

مقاله اصلی

## اثربخشی درمان روانپوشی مبتنی بر ظرفیت‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی و تحمل پریشانی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۷

### خلاصه

**مقدمه:** با توجه به نبود طرح‌های آزمایشی تصادفی کنترل شده در خصوص فرآیندهای تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در مدیریت اختلال شخصیت مرزی و ضرورت و اهمیت این موضوع، لازم شد تا اثربخشی درمان روانپوشی مبتنی بر ظرفیت‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی و تحمل پریشانی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مورد مطالعه قرار گیرد.

**روش کار:** پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی است که در آن از تمامی بیماران اختلال شخصیت مرزی دارای بدتنظیمی هیجانی بالا و تحمل پریشانی پایین مراجعه کرده به کلینیک‌های اعصاب و روان شهر تهران در پاییز ۱۴۰۲، ۳۰ آزمودنی با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و بر اساس معیارهای ورودی انتخاب شدند. آنها به‌طور تصادفی در یکی از گروه‌های مداخله (روانپوشی مبتنی بر ظرفیت‌سازی) یا کنترل قرار گرفتند. از مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS) و مقیاس تحمل پریشانی (DTS) به منظور اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه مورد تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** آزمون تحلیل کوواریانس برای تغییرات بین گروهی هر دو متغیر بدتنظیمی هیجانی ( $P=0/04$ ) و تحمل پریشانی ( $F=75/66$ ) و تحمل پریشانی ( $P=0/02$  و  $F=86/15$ ) معنادار بود.

**نتیجه‌گیری:** در نتیجه می‌توان روان‌درمانی پوشی مبتنی بر ظرفیت‌سازی را درمانی مناسب برای کاهش بدتنظیمی هیجانی و افزایش تحمل پریشانی بیماران اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفت.

**کلمات کلیدی:** درمان روانپوشی مبتنی بر ظرفیت‌سازی، بدتنظیمی هیجانی، تحمل پریشانی، شخصیت مرزی.

صبا خرقانی<sup>۱</sup>

فائزه ابراهیمی خلجی\*<sup>۲</sup>

ساجده شریفی<sup>۳</sup>

سمن نراقی پور<sup>۴</sup>

نسیم صمدی فرد<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد

تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی مثبت‌گرا، گروه

روانشناسی اسلامی مثبت‌گرا، پردیس شهر ری، دانشگاه غیر

انتفاعی قرآن و حدیث، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی،

واحد الکترونیکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد

تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۵</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی،

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی،

اردبیل، ایران

Email:

faezehebrahimi1990@gmail.com

## مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، اختلالی وخیم و پیچیده است که ویژگی آن، بی‌ثباتی در هویت، روابط بین‌فردی، رفتارها و هیجانات است (۱). درمان اختلال شخصیت مرزی با مشکلات چندی مواجه است، به طوری که گاهی در روند درمان، درمانگر و مراجع دچار درماندگی و ناامیدی می‌شوند. بسیاری از درمانگران این اختلال را غیرقابل درمان می‌دانند (۲، ۳). دیر زمانی است که محققان و بالینگران به روشن ساختن نقش فرآیندهای هیجانی در تبیین و درمان علائم اختلال شخصیت مرزی علاقه نشان می‌دهند (۴، ۵). بدن‌تنظیمی هیجان و تحمل پریشانی دو مورد از فرآیندهای هیجانی هستند که در پیشینه تحقیقات اختلال شخصیت مرزی کانون توجه پژوهشگران بوده‌اند (۶، ۷). بدن‌تنظیمی هیجانی یا مشکل در تعدیل پاسخ هیجانی، به عنوان هسته اصلی بسیاری از مشکلات افراد مرزی معرفی شده است. مشکلاتی از قبیل خود-جرحی، رفتار خودکشی و رفتارهای تکانشی خود آسیب‌رسان مانند مصرف مواد یا رفتار جنسی بی‌پروا (۸). تنظیم هیجان به دامنه وسیعی از فرایند زیستی اجتماعی و رفتاری اطلاق می‌شود که افراد به وسیله آنها به هیجاناتی که دارند، نحوه داشتن آنها، چگونگی تجارب و تظاهر هیجان‌هایشان نفوذ کرده و به صورت خودکار یا کنترل شده و در یک سطح هوشیار تا ناهشیار بر آنها تاثیر می‌گذارند (۹، ۱۰). تنظیم هیجان به توانایی پاسخگویی به خواسته‌های محیطی با دامنه عواطف مناسب، از نظر اجتماعی قابل تحمل و به اندازه کافی انعطاف‌پذیر کمک می‌کند و همچنین توانایی به تأخیر انداختن واکنش‌های خود به خودی را در صورت لزوم ایجاد می‌کند (۱۱). پژوهش‌ها ارتباط بین بدن‌تنظیمی هیجانی و علائم اختلال شخصیت مرزی را نشان می‌دهند (۱۲) و در واقع اختلال شخصیت مرزی با نارسایی در تنظیم و پاسخدهی هیجانی مرتبط است (۱۳). افرادی که از اختلال شخصی مرزی رنج می‌برند، آگاهی و درک کمتری را نسبت به هیجان‌هایشان نشان می‌دهند (۱۴، ۱۵) و پاسخ‌های هیجانی آنها بیش از حد طولانی، شدید، بی‌ثبات یا بی‌تناسب با موقعیت و یا رفتارهای آنان بی‌تناسب با حالت هیجانی است

(۱۶). همچنین از راهبردهای اجتنابی و دیگر راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان به میزان بیشتری استفاده می‌کنند (۱۷، ۱۸). این افراد چون نمی‌توانند در مقابل اتفاقات روزانه پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نمایند پریشانی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۹).

سازه تحمل پریشانی، برای اولین بار برای اختلال شخصیت مرزی مطرح شد و نقص در تحمل پریشانی را همسو با رفتارهای تکانشی و ناسازگارانه افراد مرزی دانسته‌اند (۵). بررسی تحقیقات موجود نشان از ارتباط بین تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی دارد (۱۲) و نشان می‌دهد که بدن‌تنظیمی هیجان به کاهش تحمل پریشانی منجر می‌شود (۲۰). تحمل پریشانی، توانایی درک شده یا واقعی برای مقاومت در برابر تجربه هیجان منفی است و نقش مهمی در مواجهه دارد و می‌تواند با تمرین مکرر توسعه یابد. لی تحمل پریشانی در واقع به عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود که ماهیتی چندبعدی دارد و دارای ابعادی شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان هست (۲۱). راهبردهای نظم جویی فرآیند هیجان اثر مستقیمی با تحمل پریشانی دارند (۲۲). افراد دارای تحمل پریشانی کم، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا توانایی مقابله‌ای خود با هیجان‌ات را دست کم می‌گیرند. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجان‌ات نباشند، تمام توجهشان جلب این هیجان آشفته‌کننده می‌گردد و عملکردشان کاهش می‌یابد (۲۳). بازنمایی عدم تحمل پریشانی به صورت حالات هیجانی منفی است و افراد مرزی اغلب با تمایل به واکنش جهت‌رهایی از تجربه هیجانی منفی آن را آشکار می‌کنند (۲۴). آنها همچنین در پاسخ به هیجان‌ات منفی خود رفتارهای اجتنابی، ناسالم و خودآسیب‌رسان را به کار می‌بندند (۲۵، ۲۶).

تحقیقات نشان داده است روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت می تواند در افزایش راهبرد سازگارانه تنظیم هیجان موثر باشد (۲۷) و روانپویشی فشرده کوتاه مدت اثر معناداری بر بدتنظیمی هیجانی دارد (۲۸, ۲۹). تحقیقات همچنین نشان داده است که درمان روانپویشی با شکل دادن سازوکارهای دفاعی پخته تر به افزایش ظرفیت تحمل پریشانی کمک می کند (۳۰, ۳۱). یک طرح شبه آزمایشی نشان داد که درمان روانپویشی می تواند گامی در جهت بهبود تحمل پریشانی باشد (۳۲). تنها یک مطالعه‌ی اولیه نشان داده است که درمان روانپویشی می تواند برای اختلال شخصیت مرزی مفید واقع شود (۳۳). تحقیقات دیگری در ادامه مطالعه اولیه عباس و همکاران انجام نشده است و نیز تاکنون مطالعه‌ای انجام نشده است که تأثیر درمان روانپویشی را بر بدتنظیمی هیجانی یا تحمل پریشانی افراد مرزی بررسی کند. اصولاً افراد مرزی در دسته بیماران شدیداً شکننده قرار می گیرند و ظرفیت تحمل اضطراب و احساسات پیچیده برانگیخته شده در پاسخ به فنون روانپویشی دوانلو را ندارند و درمان روانپویشی فشرده کوتاه مدت مرسوم برای آنها توصیه نمی شود. اما در نسخه‌ای جدید، جان فردریکسون (۳۴) رویکردی مبتنی بر ظرفیت سازی را برای بیماران شکننده معرفی کرده است. این روش با وام گرفتن مفاهیمی از متقدمین این مکتب، فنونی را برای ایجاد یک رابطه‌ی درمانی امن، بیدار کردن اراده ناهشیار، کار بر روی دویاره سازی‌ها و فرافکنی‌ها و افزایش ظرفیت پردازش اضطراب و احساسات پیچیده پیشنهاد می کند. با توجه به نبود طرح‌های آزمایشی تصادفی کنترل شده در خصوص این موضوع و اهمیت فرآیندهای تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در مدیریت اختلال شخصیت مرزی، لازم شد تا اثربخشی درمان روانپویشی مبتنی بر ظرفیت سازی بر بدتنظیمی هیجانی و تحمل پریشانی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مورد مطالعه قرار گیرد.

## روش کار

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، تمامی بیماران اختلال

شخصیت مرزی که بدتنظیمی هیجانی بالا و تحمل پریشانی پایینی داشتند و در پاییز ۱۴۰۲ به کلینیک‌های اعصاب و روان شهر تهران مراجعه کرده بودند را شامل می شد. حجم نمونه تحقیق شامل ۳۰ آزمودنی است که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و براساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص اختلال شخصیت مرزی براساس معیارهای DSM-5 و بدتنظیمی هیجانی بالا و تحمل پریشانی پایین و همچنین عدم مصرف داروهای آرام‌بخش و ضد افسردگی را شامل می شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، در ابتدا پیش از اخذ فرم رضایت آگاهانه، توضیحاتی درباره فرآیندهای درمان و پژوهش به آزمودنی‌ها داده شد و تصریح شد که آنها در هر مرحله از پژوهش می توانند با اختیار خود به همکاری با محققان پایان دهند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که مطالب بازگو شده در جلسات درمان و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه بوده، در اختیار هیچ شخص یا سازمانی قرار نمی گیرد و بدون ذکر نام مراجعان تحلیل خواهد شد. شرکت کنندگان به طور تصادفی در یکی از گروه‌های مداخله یا کنترل قرار گرفتند و گروه مداخله، روان‌درمانی پویشی مبتنی بر ظرفیت سازی دریافت کردند. از مقیاس مشکلات تنظیم هیجان (DERS) و مقیاس تحمل پریشانی (DTS) به منظور اندازه‌گیری پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

**شرح مداخله:** هر کدام از آزمودنی‌ها ۲۰ جلسه روان‌درمانی پویشی مبتنی بر ظرفیت سازی دریافت کردند. میانگین مدت جلسات ۹۰ دقیقه بود. این جلسات در سه فاز تدوین شده است. هدف فاز اول ایجاد رابطه درمانی امن است. در این مرحله آزمودنی برخلاف روابط ناایمن قبلی‌اش، رابطه‌ای امن با درمانگر شکل می‌دهد. لازمه این کار این است که آنها بتوانند اضطراب و پریشانی این را تحمل کنند که اطمینان کنند، اراده آنها انتخاب کند و هدف مثبتی را دنبال کنند. در فاز دوم هدف این است که سیستم مقاومت آزمودنی از سیستم دویاره سازی- فرافکنی به سیستم واپسرانی و سپس از سیستم واپسرانی به سیستم

ایزولاسیون عاطفه تغییر شکل یابد. در نهایت فاز سوم تجربه هرچه بیشتر احساسات ناهشیار در دستور کار قرار می‌گیرد (۳۴).  
**مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS):** توسط گرتز و رومر (۳۵) با هدف بررسی مشکلات تنظیم هیجان تدوین شده و دارای ۳۶ گویه است. این ابزار که مقیاس خودگزارشی است شش زیر مقیاس: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه ای از تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که تقریباً هیچ وقت ۱ نمره، گاهگاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. بر این اساس کمترین نمره فرد در مقیاس، ۳۶ و بیشترین نمره ۱۸۰ خواهد بود، نمره بالا نشان دهنده مشکلات تنظیم هیجانی است. گراتز و رومر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله دو هفته‌ای ۰/۸۵ گزارش کردند. اعتبار ملاک همزمان پرسشنامه با مقیاس بک و پرسشنامه چند وجهی درد تایید شده است. فنی و همکاران (۳۶) نیز ضریب

آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.  
**مقیاس تحمل هیجانی (DTS):** توسط سیمونز و گاهر ساخته شده است. از ۱۵ گویه و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی تشکیل شده و نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس است. نمرات در طیف لیکرت پنج درجه‌ای هستند به طوری که برای «کاملاً موافق» نمره ۱ و «کاملاً مخالف» نمره پنج در نظر گرفته می‌شود و نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۰، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است (۳۷).

### نتایج

جدول ۱ داده‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو متغیر بدتنظیمی هیجانی و تحمل پریشانی را نشان می‌دهد. مشاهده می‌شود که میانگین پس‌آزمون بدتنظیمی هیجانی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به میزان بیشتری کاهش یافته است و پس‌آزمون تحمل پریشانی گروه مداخله هم نسبت به گروه کنترل به میزان بیشتری افزایش یافته است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی

متغیر	شاخص	پیش‌آزمون گروه مداخله	پس‌آزمون گروه مداخله	پیش‌آزمون گروه کنترل	پس‌آزمون گروه کنترل
بدتنظیمی هیجانی	میانگین	۱۱۷/۵۰	۷۷/۲۵	۱۱۹/۳۰	۱۱۷/۵۲
	انحراف معیار	۱۱/۷۳	۱۴/۱۸	۱۲/۲۱	۱۲/۰۵
تحمل پریشانی	میانگین	۲۲/۴۵	۴۰/۳۳	۲۵/۶۷	۲۵/۹۸
	انحراف معیار	۴/۴۰	۶/۳۲	۴/۰۴	۴/۲۳

وابسته برای بدتنظیمی هیجانی ( $F=۰/۵۲$  و  $P=۰/۷۶$ ) و تحمل پریشانی ( $F=۰/۴۱$  و  $P=۱/۱۲$ ) معنادار نبود، لذا فرضیه همگنی شیب رگرسیون هم برقرار است. جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون لوین به منظور بررسی همسانی واریانس‌ها برای بدتنظیمی هیجانی ( $F=۶/۴۹$  و  $P=۰/۱۱$ ) و تحمل پریشانی ( $F=۳/۰۶$  و  $P=۰/۱۷$ ) معنادار نبود. این یافته نشان می‌دهد که بین واریانس خطای پس‌آزمون هر دو گروه برای هر دو متغیر تفاوت معناداری وجود ندارد، پس فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. شیب خط بین متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون) و متغیر

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	ضریب ایتن
بدتنظیمی	گروه	۳۶۲۴/۲۱	۱	۳۶۲۴/۲۱	۷۵/۶۶	۰/۰۴	۰/۶۴
هیجانی	پیش آزمون	۱۲۱/۵۳	۱	۱۲۱/۵۳	۱۷/۰۸	۰/۰۸	
	خطا	۹۲/۷۷	۲۷	۱۳/۲۵			
تحمل	گروه	۲۱۲۳/۶۶	۱	۲۱۲۳/۶۶	۸۶/۱۵	۰/۰۲	۰/۶۸
پریشانی	پیش آزمون	۲۲۱/۷۸	۱	۲۲۱/۷۸	۱۴/۴۲	۰/۲۴	
	خطا	۱۹۹/۹۸	۲۷	۷/۴۱			

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون تحلیل کوواریانس برای تغییرات بین گروهی هر دو متغیر بدتنظیمی هیجانی ( $P=0/04$  و  $F=75/66$ ) و تحمل پریشانی ( $P=0/02$ ) و  $F=86/15$ ) معنادار است. اثر متغیر هم‌پراش (پیش آزمون) نیز بر هیچ‌کدام از متغیرهای وابسته معنادار نبود ( $P>0/05$ )، لذا مداخله درمان روانپوشی مبتنی بر ظرفیت‌سازی باعث بهبود معنادار بدتنظیمی هیجانی و تحمل پریشانی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی شده است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی مبتنی بر ظرفیت‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی و تحمل پریشانی بیماران اختلال شخصیت مرزی اجرا شد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس یک‌راهه بدتنظیمی هیجانی این بیماران نشان داد که روان‌درمانی پویشی مبتنی بر ظرفیت‌سازی میزانی از بهبودی معنادار را ایجاد کرده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (۲۷-۲۹) هم‌گرایی دارد. یافته‌ها همچنین نشان دادند که روان‌درمانی پویشی مبتنی بر ظرفیت‌سازی بر روی افزایش تحمل پریشانی این بیماران تأثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج تحقیقات پیشین (۳۲، ۳۸، ۳۹) هم‌راستا است.

تروما و شرایط بد دوران کودکی به نحو پیچیده‌ای با عوامل زیستی تعامل می‌کنند و بر شکل‌گیری بدتنظیمی هیجانی و اختلال شخصیت مرزی اثر می‌گذارند (۴۰). مطابق نظریه روان‌پویشی، گفته می‌شود که در انسان همبندی هیجان‌ها با

اضطراب شرطی شده به دلیل ترومای دلبستگی می‌تواند منجر به بدتنظیمی هیجانی شود (۴۱). در این رویکرد ریشه اختلالات روانی تعارضات هیجانی است و فرض می‌شود که از تجربیات اولیه فرد بر می‌خیزد (۴۲). به علاوه، دفاع‌ها می‌توانند عواطف تنظیم نشده را ایجاد کرده و نگهداری کنند که روی هم رفته به آن حالات عاطفی بدتنظیم شده گفته می‌شود. بنابراین حالات عاطفی تنظیم نشده به دو شکل ایجاد می‌شوند ۱. اضطراب: زمانی که اضطرابی مرتبط با یک هیجان معین، بیمار را فرا گرفته و او نسبت به احساس مخفی شده توسط این اضطراب هشیار نیست. بنابراین آنچه اینجا نیازمند تنظیم است، صرفاً خود احساس نیست، بلکه اضطراب نیز هست؛ ۲. دفاع: زمانی که اضطراب تنظیم نمی‌شود، بیمار در حال استفاده از دفاع‌هایی است که عواطف تنظیم نشده را ایجاد یا تکمیل می‌کنند. بنابراین تنظیم این احساسات نیازمند غیرفعال‌سازی دفاع‌ها و توقف احساسات دفاعی/ثانویه است (به عنوان مثال، تجربه غم در موارد آسیب‌دیدگی به جای احساس خشم، نوعی احساس دفاعی است که نیازمند تنظیم احساس غم و تجربه‌ی سالم خشم به عنوان احساس اصیل است) (۳۴). تلاش پیوسته درمانگر روانپوشی برای تجربه عمیق هیجانی به عنوان عنصری شفا بخش است (۴۳) و هیجان‌هایی که درون رابطه اولیه ما دچار کژتنظیمی می‌شوند، می‌توانند در یک رابطه جایگزین دیگر که در قالب روان‌درمانی طراحی شده است، تنظیم شده و به رفتارهای سالم منجر شوند (۳۴). درمانگر پویشی به مراجعان کمک می‌کند تا بر اضطراب و اجتناب‌های دفاعی خود غلبه

کند، در طی این فرایند مراجع می‌آموزد تا هیجان‌های طاقت فرسا و غیر قابل تحمل خود را تجربه کند و بتواند احساسات دردناک از زخم‌های گذشته‌اش را تحمل کند و به تنظیم هیجان‌اتش بپردازد. در نتیجه این فرایند، از علائم و رفتارهای دفاعی مراجع کاسته می‌شود (۴۴). به منظور کاهش حالات عاطفی بدن‌تنظیم شده، سه اصل بنیادین در روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت مد نظر قرار می‌گیرد: ۱. تنظیم در برابر ابراز؛ تنظیم اضطراب و غیرفعال‌سازی دفاع‌ها و سپس برانگیختن و ابراز احساسات واقعی زیرین؛ ۲. تمرکز روی تجربه هیجانی؛ یعنی تمرکز مداوم روی احساسات و پردازش آنها و مکانیزم‌های کژتنظیمی هیجان طی جلسه ۳. استفاده از راهبردهای تجربی؛ یعنی بیمار تشویق می‌شود که به جای اجتناب از احساسات خود از طریق استراتژی‌های شناختی و انحراف توجه، آنها را تمام و کمال تجربه کند. این سه اصل بنیادین خود در چند مرحله طی درمان به اجرا درمی‌آیند: در فاز اول، احساسات از طریق ارائه مثال‌های روشن از موقعیت‌ها برانگیخته می‌شوند. در فاز دوم، مکانیزم‌های تنظیم کننده هیجان تقویت می‌گردند؛ یعنی شناسایی موقعیتهای پراضطراب، دانستن این که چه زمان احساسات با اضطراب دچار کژتنظیمی میشوند، تمایز بین علائم فعال شدن احساس از اضطراب و ارزیابی میزان اضطراب بیمار. در فاز سوم، مکانیزم‌های کژتنظیمی بیمار کاهش داده می‌شوند یا مسدود می‌گردند. یعنی احساس، اضطراب، دفاع و محرک تفکیک داده می‌شوند، دفاع‌ها مسدود می‌گردند و به بیمار در جهت تمیز دادن احساس اصیل از احساس دفاعی کمک می‌شود. در فاز چهارم، تجربه و ابراز کامل هیجان و جزئیات آن از جمله تجارب بدنی و تکانه‌های مرتبط با احساس هر چه کامل‌تر و عمیق‌تر تجربه می‌گردد، در نهایت بیمار ظرفیتی پیدا می‌کند که احساسات خود را بدون این که دچار کژتنظیمی شده باشند تجربه نماید (۳۴). در درمان روانپوشی وقتی مراجع نسبت به تعارض درونی بیش پیدا کند و به اینکه چگونه این

تعارضات تکرار می‌شوند آگاه شود، هیجان‌های خود را پشت دفاع‌ها مخفی نمی‌کند و آنها را به سمت اعتدال و خودتنظیمی هیجانی سوق می‌دهد (۴۵). این روش درمانی، فضایی را برای تجربه هیجانی واقعی فراهم می‌آورد که طی آن فرد تشویق می‌شود با پذیرش بیشتری با هیجان‌ات پریشان‌کننده خود روبرو شود و بر آنها مسلط شود (۲۵). درمان روانپوشی با پایش لحظه به لحظه دفاع‌ها و تغییر مسیر تخلیه هیجان‌ات افزایش ظرفیت تحمل پریشانی را ارتقا می‌دهد (۳۸، ۳۹) و چرخه‌های برانگیختن اضطراب ناهشیار و بازسازی شناختی، به‌طور گام به گام ظرفیت تحمل پریشانی این بیماران را افزایش می‌دهد و تنظیم هیجانی را تسهیل می‌کند (۴۶). در نتیجه می‌توان روان‌درمانی پویایی مبتنی بر ظرفیت‌سازی را درمانی مناسب برای کاهش بدن‌تنظیمی هیجانی و افزایش تحمل پریشانی بیماران اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفت.

مانند هر پژوهش دیگری، مطالعه حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. نبود دوره پیگیری برای سنجش میزان پایداری اثرات، یکی از این محدودیت‌ها است. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تنها استفاده از ابزارهای خود-گزارش‌دهی که ممکن است سوگیری تایید اجتماعی و نشان دادن تصویر مورد پسند محققان از خود را در پی داشته باشد اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده در این زمینه با داشتن دوره پیگیری بلندمدت، به کارگرفتن ابزارهای سنجش عینی‌تر و عمیق‌تر محدودیت‌های پژوهش حاضر را جبران کنند.

### تشکر و قدردانی

در پایان از کلینیک‌ها و مراجعانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

## References

1. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
2. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*. 2005;46:8-13.
3. Bagge C, Nickell A, Stepp S, Durrett C, Jackson K, Trull TJ. Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*. 2004;113(2):279.
4. Gunderson JG. *Borderline personality disorder: A clinical guide*: American Psychiatric Pub; 2009.
5. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*: Guilford press; 1993.
6. Gratz KL, Tull MT. *Borderline personality disorder. Distress tolerance: Theory, research ,and clinical applications*. 2011:198-220.
7. Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez C, Lynch TR. Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical psychology review*. 2008;28(1):75-91.
8. Chapman AL. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*. 2019;31(3):1143-56.
9. Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Handbook of emotion regulation*. 2014;2:3-20.
10. McRae K ,Rhee SH, Gatt JM, Godinez D, Williams LM, Gross JJ. Genetic and environmental influences on emotion regulation: A twin study of cognitive reappraisal and expressive suppression. *Emotion*. 2017;17(5):772.
11. Vanderlind WM, Millgram Y, Baskin-Sommers AR, Clark MS, Joormann J. Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical psychology review*. 2020;76:101826.
12. Iverson KM, Follette VM, Pistorello J, Fruzzetti AE. An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2012;3(4):415.
13. Putnam KM, Silk KR. Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*. 2005;17(4):899-925.
14. Leible TL, Snell Jr WE. Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and individual differences*. 200. ۴۰ ۴-۳۹۳:(۲)۳۷;۴
15. Levine D, Marziali E, Hood J. Emotion processing in borderline personality disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 1997;185(4):240-6.
16. Beauchaine TP. Future directions in emotion dysregulation and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015;44(5):875-96.
17. Bijttebier P, Vertommen H. Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*. 1999;26(5):847-56.
18. Conklin CZ, Bradley R, Westen D .Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2006;194(2):69-77.
19. Rahmati F, Saaber s. Comparison of cognitive emotion regulation and resiliency in students addicted to the internet and normal students. 2017;11(1):579-96.
20. Worden B, Levy HC, Das A, Katz BW, Stevens M, Tolin DF. Perceived emotion regulation and emotional distress tolerance in patients with hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019;22:100441.
21. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*. 2010;136(4):576.
22. Hazrat Beigi F, Asgari P, Makvandi B, Kerai A. Causal relationship strategies for emotion processing and spiritual intelligence with Internet addiction tendency with the mediating role of imposing distress. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;15(4):24-33.

23. McCubbin R, Sampson M. The relationship between obsessive-compulsive symptoms and appraisals of emotional states. *Journal of anxiety disorders*. 2006;20(1):42-57.
24. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2016;41:73-81.
25. Mousavi S, Mousavi S, Shahsavari MR. Effects of Compassion-Focused Therapy on Resilience and Distress Tolerance in Female Heads of Households. *Women's Health Bulletin*. 2023;10(3):200-9.
26. Matheny NL, Smith HL, Summers BJ, McDermott KA, Macatee RJ, Cogle JR. The role of distress tolerance in multiple facets of hostility and willingness to forgive. *Cognitive therapy and research*. 2017;41:170-7.
27. Kashfi N, Ghanifar MH, Nasri M, Dastjerdi Q. The Effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Emotion Regulation and Prevention of Relapse of Recovering Drug Users. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2023;17(68):235-44.
28. Shams S, Ghelichkhan N, yousefi N, alijani S. Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *Journal of Nursing Education*. 2022;10(1):106-21.
29. Moradzadeh Khorasani L, Mirzaian B, Hassanzadeh R. The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on difficulties in emotion regulation in non-suicidal self-injurious people. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021;15(6):86-104.
30. Parisuz A, Najarpourian S, Mohammadi K. The Effect of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Marital Conflicts and Interpersonal Processing of Married Women with Emotional Divorce. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*. 2019;1(2):112-22.
31. Ziapour A, Hajiazizi A, Ahmadi M, Dehghan F. Effect of short-term dynamic psychotherapy on sexual function and marital satisfaction in women with depression :Clinical trial study. *Health Science Reports*. 2023;6(6):e1370.
32. Bahremand M, Talebzadeh Shoushtari M, Marashian FS. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Distress Tolerance and Marital Quality of Life in Infertile Women. *Women's Health Bulletin*. 2024;11(2):112-9.
33. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008;196(3):211-6.
34. Frederickson J. *Co-Creating Safety: Healing the Fragile Patient*: Seven Leaves Press; 2020. 568 p.
35. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26:41-54.
36. Fata L, Birashk B, ATEF VM, Dabson K. Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. 2005.
37. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005;29(2):83-102.
38. Rocco D, Calvo V, Agrosi V, Bergami F, Busetto LM, Marin S, et al. Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*. 2021.(۱)۲۴؛
39. Amani N, Haji alizadeh K, Zarei E, Dortaj F. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. 2021.
40. Crowell SE, Kaufman EA, Beauchaine TP. A biosocial model of BPD: Theory and empirical evidence. *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*: Springer; 2014. p. 143-57.



43. Schröder T, Cooper A, Naidoo R, Tickle A, Rennoldson M. 7 Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). D, Dawson, N Moghaddam,(Eds), Formulation in action: Applying psychological theory to clinical practice. 2016:99-122.
44. Leiper R, Maltby M. The psychodynamic approach to therapeutic change: Sage; 2004.
45. Pennebaker JW. Opening up: The healing power of expressing emotions: Guilford Press; 2012.
46. Town JM, Salvadori A, Falkenström F, Bradley S, Hardy G. Is affect experiencing therapeutic in major depressive disorder? Examining associations between affect experiencing and changes to the alliance and outcome in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*. 201۱.۱۴۸;(۲):۴۷
47. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD: John Wiley & Sons; 2001.
48. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*. 2014.(۷)

## Original Article

# The effectiveness of capacity building based dynamic psychotherapy on emotion dysregulation and distress tolerance of borderline patients

Received: 10/09/2024 - Accepted: 17/11/2024

Saba Kharghani<sup>1</sup>  
Faezeh Ebrahimi Khalaji<sup>2\*</sup>  
Sajedeh Sharifi<sup>3</sup>  
Saman Naraghpour<sup>4</sup>  
Nasim Samadifard<sup>5</sup>

<sup>1</sup> M.A. of general psychology,  
Department of Psychology, central  
Tehran branch, Islamic Azad  
University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> M.A. of Islamic positive psychology,  
Department of Islamic positive  
psychology, Shar-e-Rey Branch,  
Qura'an and Hadith University,  
Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> M.A of clinical psychology,  
Department of clinical psychology,  
electronic Branch, Islamic Azad  
University, Tehran, Iran

<sup>4</sup> M.A of General psychology,  
Department of Psychology, northern  
Tehran branch, Islamic Azad  
University, Tehran, Iran

<sup>5</sup> M.A. of clinical Psychology,  
Department of psychology, Faculty of  
educational sciences and Psychology,  
university of Mohaghegh Ardabili,  
Ardabil, Iran

Email:  
faezehebrahimi1990@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** considering the lack of RCT's and the importance of the subject it was necessary to examine the effectiveness of capacity building Dynamic Psychotherapy on emotion dysregulation and distress tolerance of boartrderline personality disorder patients.

**Methods:** this was a randomized controlled trial and from all BPD patients with high levels of emotion dysregulation and low levels of distress tolerance of neuropsychiatric clinics in Qom during fall 2023, 30 eligible individuals were selected using randomized clustered sampling and were randomly assigned into intervention and control group. The data from Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Distress Tolerance Scale (DTS) in pretest and posttest were analyzed via SPSS-26 through analyze of covariance (ANCOVA).

**Results:** the ANCOVA results showed that the differences between groups in emotion dysregulation ( $F=75/66$ ,  $p=0/04$ ) and distress tolerance ( $F=86/15$ ,  $p=0/02$ ) were significant.

**Conclusion:** Capacity Building Dynamic Psychotherapy can be considered as an effective intervention for reducing emotion dysregulation and improving distress tolerance in BPD patients.

**Keywords:** Capacity Building Dynamic Psychotherapy, emotion dysregulation, distress tolerance, boartrderline personality disorder.