

Designing an Integrative Pathological Model and Treatment and Determining Its Effectiveness on Emotional Instability among People with Borderline Personality Traits: A Mixed Study

Article Info

Authors:

Zeinab Zakerzadeh¹,
Mohsen Golparvar^{2*},
Asghar Aghaei³

Keywords:

Injuries, Borderline
Personality Disorder,
Emotional Instability,
Integrative Therapy

Article History:

Received: 2020-07-24
Accepted: 2020-11-14
Published: 2021-05-22

Correspondence:

Email:
drmgolparvar@gmail.com
Phone:
Address: Department of
Psychology, Faculty of Psychology
and Educational Sciences, Isfahan
(Khorasgan) Branch, Islamic Azad
University, Isfahan, Iran

Abstract

Purpose: Borderline personality characteristics can cause many problems in the life of people with these characteristics. Accordingly, the aim of this study was to design an integrative pathological model and treatment and determining its effectiveness on emotional instability among borderline individuals.

Methodology: The present study is a mixed research (qualitative and quantitative). In the qualitative stage, Clarke & Braun (2006) thematic analysis approach was used. The context of the research in qualitative stage was the texts related to borderline individuals' injuries, sample size was the 25 reference texts that were selected in a purposeful manner. At this stage, after extracting the spectrum of injuries with the use of specialized panel group, the required treatments for the spectrum of injuries were determined and an integrated treatment package with an agreement coefficient of 0.94 was designed. In the quantitative stage a semi-experimental design with two groups and three stages (pre-test, post-test and follow up) was used. In the quantitative stage, from 70 persons with borderline personality characteristics, 30 persons were selected based on criteria of entry and then randomly assigned in an experimental and a control group (each group with 15 person). The group of integrated oriented therapy received 15 sessions of treatment and the control group did not receive any treatment. Emotional instability scale was used to measure the dependent variable in the pretest, post-test and follow up. Data in qualitative stage were analyzed by thematic analysis and in quantitative stage were analyzed by Chi square test, repeated measure analysis of variance and post hoc Bonferroni test through SPSS 24 software.

Findings: The findings of the qualitative stage for designing integrative therapy package indicated five categories of injuries including emotional and behavioral vulnerability, perceptual and cognitive vulnerability, identity vulnerability, social vulnerability and physical vulnerability for individuals with borderline personality characteristics. In the quantitative stage, the results showed that there isn't a significant difference between the integrated oriented therapy and control groups in emotional instability in post-test ($P=0.205$). But in the follow-up phase, it significantly reduced emotional instability ($P<0.001$).

Conclusion: Based on the findings and according to the spectrum of five integrated injuries of individuals with borderline personality characteristics, integrated oriented therapy can be considered as a therapeutic approach for emotional instability of borderline individuals.

-
1. PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
 2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran (Corresponding Author).
 3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
-

طراحی الگوی آسیب‌شناختی و درمان یکپارچه‌نگر و تعیین اثربخشی آن بر بی‌ثباتی هیجانی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی: یک مطالعه آمیخته

زینب ذاکرزاده^۱، محسن گل‌پرور^{۲*}، اصغر آقایی^۳

چکیده

هدف: ویژگی‌های شخصیت مرزی می‌تواند مشکلات متعددی در مسیر زندگی افراد واجد این ویژگی‌ها ایجاد کند. بر همین اساس، این پژوهش با هدف طراحی الگوی آسیب‌شناختی و درمان یکپارچه‌نگر و تعیین اثربخشی آن بر بی‌ثباتی هیجانی در افراد مرزی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از زمره پژوهش‌های آمیخته (کیفی و کمی) است. در مرحله کیفی از روش تحلیل مضمون به شیوه براون و کلارک (۲۰۰۶) استفاده شد. بافت پژوهش در بخش کیفی، متون مربوط به آسیب‌های افراد مرزی، حجم نمونه ۲۵ متن مرجع بود که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. در همین مرحله، پس از استخراج طیف آسیب‌ها، با استفاده از ۶ نفر گروه متمرکز تخصصی، درمان‌های مورد نیاز برای طیف آسیب‌ها تعیین و بسته درمان یکپارچه‌نگر با ضریب توافق برابر با ۰/۹۴ طراحی گردید. در مرحله کمی از روش نیمه‌تجربی دو گروهی با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. در این مرحله از میان ۷۰ فرد مرزی، ۳۰ نفر به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) گمارده شدند. گروه درمان یکپارچه‌نگر به مدت ۱۵ جلسه، تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت ننمود. از مقیاس بی‌ثباتی هیجانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای سنجش متغیر وابسته استفاده شد. داده‌ها در بخش کیفی از طریق تحلیل مضمون و در بخش کمی با استفاده از آزمون خی-دو، تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار اسپاس، نسخه ۲۴ تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های بخش کیفی برای طراحی درمان یکپارچه‌نگر، حاکی از پنج دسته آسیب شامل آسیب‌پذیری هیجانی و رفتاری، آسیب‌پذیری ادراکی و شناختی، آسیب‌پذیری هویتی، آسیب‌پذیری اجتماعی و آسیب‌پذیری جسمی در میان افراد مرزی بود. در بخش کمی نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که بین درمان یکپارچه‌نگر با گروه کنترل در بی‌ثباتی هیجانی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/205$). اما در مرحله پیگیری به طور معناداری موجب کاهش بی‌ثباتی هیجانی گردید ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به طیف آسیب‌های پنجگانه یکپارچه‌نگر افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، درمان یکپارچه‌نگر را می‌توان به عنوان یک رویکرد درمانی برای بی‌ثباتی هیجانی افراد مرزی مد نظر قرار داد.

کلید واژه‌ها: آسیب‌ها، اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی، درمان یکپارچه‌نگر.

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول).
drmgolparvar@gmail.com

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ با شیوعی متنوع در بین جمعیت‌های بالینی و غیربالینی با برآورد شیوع طول عمر تا شیوع نقطه‌ای بین ۱/۶ تا ۵/۹ درصد، تا برآوردهای شیوع بین ۰/۷ تا ۲ درصد در میان افراد بزرگسال، یکی از اختلال‌های شخصیتی است که به طور جدی توجه پژوهشگران سرتاسر دنیا را به خود جلب نموده است (کولاکوفلو و کوزی، ۲۰۱۸؛ اود، آرنز، هرمنس، ورهوف و کندال، ۲۰۱۸). در ایران شیوع علایم اختلال شخصیت مرزی در برخی جمعیت‌های غیربالینی نظیر جمعیت دانش‌آموزی در حدود ۲ تا ۸ درصد گزارش شده است (آقایی و گل‌پرور، ۲۰۱۴). شخصیت مرزی، در عرصه‌های مختلف، نظیر عملکرد و کارکرد ضعیف در حوزه‌های مختلف زندگی، تمایل یا قصد انجام خودکشی و همبودی با طیف قابل توجهی از اختلال‌های روان‌شناختی، افراد مبتلا را با مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌سازد (اکسلوس، ۲۰۱۸؛ اود و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات مختلف تاکنون از آسیب‌های هیجانی، رفتاری، ادراکی و شناختی، هویتی، اجتماعی و جسمی، بالاخص آسیب‌پذیری در برابر عدم تنظیم هیجان و بی‌ثباتی هیجانی^۲ در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی سخن به میان آورده‌اند (دیکسون-گوردون، پیترسن، فرتوک و ین، ۲۰۱۷؛ سلوتما، ون دن برگ، درایسن، وایلموس و فرانکن، ۲۰۱۹؛ گایلکنس، سوبی‌چک، روسی، راسوفسکی و ون‌آلفن، ۲۰۱۸). بی‌ثباتی هیجانی به نوسان هیجان‌ها از طیف هیجان‌های مثبت مانند شادی به هیجان‌های منفی مانند غم و اندوه گفته می‌شود (دیکسون-گوردون و همکاران، ۲۰۱۷؛ هیوبن، کلیس، اسلیوگن، برنز و ون‌استیلنت، ۲۰۱۸). افراد مرزی به دلیل ناتوانی در تنظیم هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف، اغلب مشکلات هیجانی و خلقی چندگانه‌ای نظیر حساسیت هیجانی، واکنش‌پذیری هیجانی و بازگشت کند به وضعیت عادی پس از هیجانی شدن را از خود بروز می‌دهند. مشکلات افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی در بی‌ثباتی عاطفی و هیجانی به این دلیل است که این افراد دارای مهارت‌های راهبردی و لازم برای تنظیم و کنترل هیجان‌های خود نیستند. به همین دلیل نیز اغلب اندیشمندان و درمانگران بر این باورند که این افراد برای دستیابی به مهارت‌های کنترل و تنظیم هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف نیازمند درمان هستند (دیکسون-گوردون و همکاران، ۲۰۱۷).

پراستفاده‌ترین درمان‌ها برای افراد مرزی شامل درمان‌های شناختی-رفتاری^۱، درمان‌های روان‌پویشی^{۱۱}، رفتار درمانی دیالکتیک^۲، طرحواره درمانی^۳ و بازپردازش و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم^۴ در کنار طیف متنوعی از درمان‌های روان‌شناختی ترکیبی به صورت فردی، گروهی و یا ترکیب درمان فردی-گروهی است (آستین، ینسن، پیترسن، ینسن و سیمونسن، ۲۰۲۰؛ استوربو، استافرس-وینترلینگ، ولم، کانگرسل، ماتوی، یورگنسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ کرامر، گرانددجین، بیوچت، کولی، کونوس، دی‌راتن و همکاران، ۲۰۲۰؛ مومنی‌سفرآباد، اصغرنازاد فرید، قرایی و حبیبی، ۲۰۱۸). دلیل تنوع پارادیم‌های^۸ درمانی مورد استفاده برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، در هم پیچیده شدن مشکلات رفتاری، شناختی

- 1 BPD-Borderline Personality Disorder
- 2 Kulacaoglu & Kose
- 3 Oud, Arntz, Hermens, Verhoef & Kendall
- 4 Ekselius
- 5 Emotional instability
- 6 Dixon-Gordon, Peters, Fertuck & Yen
- 7 Slotema, van den Berg, Driessen, Wilhelmus & Franken
- 8 Gielkens, Sobczak, Rossi, Rosowsky & van Alphen
- 9 Houben, Claes, Sleuwaegen, Berens & Vansteelandt
- 10 Cognitive-Behavioral
- 11 Psychodynamic
- 12 Dialectical Behavior Therapy
- 13 Schema Therapy
- 14 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- 15 Austin, Jansen, Petersen, Jensen & Simonsen
- 16 Storebø, Stoffers-Winterling, Völlm, Kongerslev, Mattivi, Jørgensen et al
- 17 Kramer, Grandjean, Beuchat, Kolly, Conus, de Roten et al
- 18 Paradigms

و هیجانی در این افراد است. این در هم پیچیدگی ممکن است باعث شود بسیاری از افراد مرزی در برابر برخی درمان‌ها مقاومت نشان دهند (اکسلوس، ۲۰۱۸؛ کریستی، جنتیلی، کوتت، پالومبا، باربویی و کوئیپرس، ۲۰۱۸).

بر اساس شواهد کنونی، رفتار درمانی دیالکتیک متشکل از برخی اصول درمان شناختی-رفتاری با درمان ذهن‌آگاهی همراه با راهبردهای تفکر دیالکتیک و ذهن-بودیسم (آستین و همکاران، ۲۰۲۰؛ اکسلوس، ۲۰۱۸؛ کرامر و همکاران، ۲۰۲۰؛ کریستی و همکاران، ۲۰۱۸)، طرحواره درمانی با هدف شناسایی و اصلاح طرحواره‌های محوری خودشکنانه که از نیازهای ارضاء نشده افراد در کودکی به وجود آمده و در بزرگسالی به صورت سبک‌های مقابله ناسازگارانه خود را نمایان می‌سازد (استوربو و همکاران، ۲۰۲۰؛ پیرانی، ۲۰۱۷؛ خدابنده لو، نجفی و رحیمیان بوگر، ۲۰۱۸)، درمان‌های روان‌پوشی به عنوان درمان‌های مبتنی بر انتقال و با اتکاء بر شکل‌دهی بازنمایی یکپارچه از خود و دیگران و اصلاح سازوکارهای دفاعی اولیه خود (اکسلوس، ۲۰۱۸؛ کریستی و همکاران، ۲۰۱۸؛ جوانا مارتی و لیزرتی، ۲۰۱۷) و بالاخره رویکرد بازپردازش و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم با تمرکز بر یادآوری خاطره یک واقعه دردناک و تلخ همراه با تصویر واقعه و کلیه افکار منفی مرتبط با آن و سپس از طریق واداشتن بیمار به حرکت چشم‌ها به راست و چپ که زمینه ساز جایگزینی افکار منفی مرتبط با واقعه دردناک و تصویر به یاد آمده از آن با افکار مثبت می‌شود (استاکولی، کارلتو، کاوالو، بالدومیر-گاگو، دی لورنزو، فرناندز و همکاران، ۲۰۱۸؛ مومنی سفرآباد و همکاران، ۲۰۱۸؛ نافیا، اوواناس و بنچیخی، ۲۰۱۷) مهمترین درمان‌های استفاده شده برای افراد مرزی هستند.

مرور پیشینه نظری و پژوهشی نشان دهنده این است که درمان‌های منفرد مورد اشاره اغلب دارای اثرات پائین تا متوسطی در افراد مرزی هستند (آستین و همکاران، ۲۰۲۰؛ اود و همکاران، ۲۰۱۸؛ جوانا مارتی و لیزرتی، ۲۰۱۷؛ کریستی و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین شواهد نشان‌دهنده آن است که با افزایش طول درمان و تعداد جلسات درمانی میزان اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی افزایش می‌یابد. با این حال اغلب درمان‌های روان‌شناختی در تاثیر بر بی‌ثباتی و یا تنظیم هیجان‌ها و عواطف منفی نتایج متناقض و گاه ضعیفی را به بار می‌آورند (اود و همکاران، ۲۰۱۸؛ جوانا مارتی و لیزرتی، ۲۰۱۷). نتایج ضعیف همراه با هزینه‌های درمانی قابل توجه (زانارینی، فرانکن برگ، ریچ، کانکی و فیتزماریس، ۲۰۱۵؛ میولدیک، مک کارتی، بیورک و گرینر، ۲۰۱۷)، ضرورت توجه بیشتر به درمان‌های ترکیبی و یکپارچه‌نگر را مطرح می‌کند (آستین و همکاران، ۲۰۲۰؛ اود و همکاران، ۲۰۱۸؛ خدابنده لو و همکاران، ۲۰۱۸؛ کریستی و همکاران، ۲۰۱۸). رویکرد درمان یکپارچه‌نگر تدوین و استفاده شده در این مطالعه، رویکردی التقاطی و مرکب از چهار رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک، روان‌درمانی پوشی کوتاه مدت، طرحواره درمانی بازپردازش و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم است که با توجه به طیف آسیب‌های متنوع شناختی، ادراکی، اجتماعی، رفتاری، هیجانی و روان‌تنی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، به صورت بالقوه امکان استفاده از فنون درمانی مطرح برای هر یک از چهار رویکرد مورد اشاره را متناسب با نیازهای درمانی این افراد دارد. این توجه و تناسب فنون و رویکردهای درمانی با نیازهای افراد مرزی به باور آستین و همکاران (۲۰۲۰)، و د و همکاران (۲۰۱۸) و کریستی و همکاران (۲۰۱۸) راهگشای خروج از بن بست درمانی که گاهی در درمان افراد مرزی اتفاق می‌افتد، می‌شود. از طرف دیگر، بر پایه شواهد پژوهشی و تبیین‌های نظری ارائه شده توسط صاحب‌نظران و پژوهشگران، یکپارچه سازی درمان‌ها و یا ترکیب درمان‌های مختلف با یکدیگر برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، این توان و ظرفیت را دارد تا متناسب با طیف مشکلات در هم تنیده این افراد، و برحسب نیاز آن‌ها، امکان و ظرفیت درمان را بهبود و ارتقاء بخشد (وایت، ۲۰۰۷).

شواهد پژوهشی چندی تاکنون از اثربخشی طیف درمان‌های مورد استفاده در درمان یکپارچه‌نگر حمایت نموده‌اند. برای نمونه پیرانی (۲۰۱۷) اثربخشی طرحواره درمانی را در کاهش بی‌ثباتی هیجانی، اود و همکاران (۲۰۱۸) تاثیر طرحواره درمانی را بر رفتار خود آسیبی (به نوعی برگردان هیجان خشم و پرخاشگری به خود را منعکس می‌کند)، آستین و همکاران (۲۰۲۰) تاثیر

1. Cristea, Gentili, Cotet, Palomba, Barbui, Cuijpers

2. Juanmartí & Lizeretti

3. Ostacoli, Carletto, Cavallo, Baldomir-Gago, Di Lorenzo, Fernandez et al

4. Nafiaa, Ouanass & Benchikhi

5. Zanarini, Frankenburg, Reich, Conkey & Fitzmaurice

6. Meuldijk, McCarthy, Bourke & Grenyer

7. White

رفتار درمانی دیالکتیک را بر افسردگی، کرامر و همکاران (۲۰۲۰) تاثیر تنظیم و کنترل هیجانی در درمان‌های روان‌شناختی را بر ارتقاء کنترل و تنظیم هیجانی، کریستی و همکاران (۲۰۱۸) تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک و درمان‌های روان‌پویشی را بر علائم و نشانه‌های افراد مرزی، و مومنی‌سفرآباد و همکاران (۲۰۱۸) نیز تاثیر بازپردازش و حساسیت‌زدایی حرکات چشم را در کاهش حالات تجزیه‌ای، افسردگی و اضطراب تا سه ماه پس از اتمام درمان در افراد مرزی نشان داده‌اند.

نگاهی به جدیدترین مطالعات مورد اشاره به خوبی گویای آن است که در کمتر مطالعه‌ای درمان مرکب و یکپارچه‌نگر مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین، با توجه به خلاء وجود یک الگوی آسیب‌شناختی یکپارچه و جامع در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی همراه با خلاء وجود درمان جامع و یکپارچه‌نگر برای این افراد، در پژوهش حاضر ابتدا الگوی آسیب‌شناسی یکپارچه افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی استخراج، سپس بر مبنای آن درمان یکپارچه‌نگر متناسب با این آسیب‌ها طراحی و در نهایت در بخش کمی اثربخشی این نوع درمان یکپارچه‌نگر بر بی‌ثباتی هیجانی آزمون شد. ضعف پژوهش‌ها و رویکردهای درمانی گذشته، عدم توجه به طیف یکپارچه آسیب‌های افراد دارای ویژگی مرزی و عدم ارائه چهارچوب درمانی یکپارچه‌نگر متناسب با این آسیب‌ها است. در همین راستا این پژوهش با ارائه الگوی آسیب‌شناختی یکپارچه از طیف مشکلات افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی و به دنبال آن با ارائه رویکرد درمانی یکپارچه‌نگر، در تلاش برای رفع خلاء و ضعف‌های دانشی و علمی مورد اشاره انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش آمیخته دارای دو مرحله کیفی و کمی است. در مرحله کیفی از رویکرد تحلیل مضمون کلارک و براون (۲۰۰۶ و ۲۰۱۷) و در مرحله کمی، از روش نیمه‌تجربی با دو گروه شامل درمان یکپارچه‌نگر و یک گروه کنترل با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد.

بافت پژوهش در بخش کیفی شامل ۲۵۰ منبع علمی مربوط به افراد دارای ویژگی شخصیت مرزی بود. این منابع از طریق جستجوی متون فارسی و انگلیسی بر پایه کلیدواژه ویژگی‌های شخصیت مرزی طی چندین مرحله مطالعه و غربالگری به دست آمدند. حجم نمونه ۲۵ منبع نهایی و روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر معیارهای تمرکز ویژه بر آسیب‌ها و مشکلات افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی و استفاده از شواهد معتبر و قابل‌بازبایی بود. کفایت حجم نمونه بر پایه معیار اشباع اطلاعاتی (استفاده از متون علمی به عنوان متن نمونه تا مرحله تکرار یافته‌ها و عدم وجود اطلاعات جدید) تایید گردید.

جامعه آماری پژوهش در مرحله کمی، شامل ۷۰ فرد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی در شهر اصفهان در زمستان سال ۱۳۹۶ و نیمه اول سال ۱۳۹۷ بودند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر (برای هر یک از گروه‌های دو گانه پژوهش ۱۵ نفر) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. تعداد نمونه ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های دو گانه پژوهش، با توجه به منابع معتبر موجود برای دستیابی به توان آماری قابل قبول در مطالعات تجربی روان‌شناختی، در نظر گرفته شد. معیارهای ورود شامل وجود نشانه‌های شخصیت مرزی بر پایه مصاحبه بالینی نشانه‌های این نوع اختلال شخصیت در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM) انجمن روان‌شناسی آمریکا، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش و حداقل سطح تحصیلات سیکل بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در درمان، عدم ابتلا به اختلالات شناخته شده شدید روان‌شناسی و روانپزشکی، بستری شدن در بیمارستان روانی در طول دوره پژوهش و تغییر محل سکونت بودند.

فرایند اجرا در بخش کیفی: فرایند اجرا در مرحله کیفی شامل دو زیر مرحله بود.

الف) مرحله اول کیفی: ابتدا بر اساس رویکرد تحلیل مضمون براون و کلارک (۲۰۰۶) و کلارک و براون (۲۰۱۷) به ترتیب کدهای باز، و مقولات فرعی و اصلی از متون معتبر استخراج و الگوی آسیب‌های یکپارچه افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی استخراج گردید. تحلیل مضمون به شیوه استقرایی آن (از مقولات جزئی به مضامین کلی) طی فرایند: ۱. آشنایی با داده‌ها؛ ۲.

1. Braun & Clarke

2. Familiarizing yourself with your data

ایجاد کدهای اولیه؛^۳ جستجوی مضامین؛^۴ مرور مضامین؛^۵ تعریف و نامگذاری مضامین؛^۶ و تهیه گزارش^۵ انجام شد (براون و کلارک، ۲۰۰۶؛ کلارک و براون، ۲۰۱۷).

ب) مرحله دوم کیفی: در این مرحله بر پایه کلید واژه درمان‌های اثربخش برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، فنون درمانی مورد استفاده برای آن‌ها استخراج و در نهایت در یک پنل متمرکز شامل ۶ متخصص، درمان متناسب با هر یک از دسته آسیب‌های به دست آمده در مرحله اول با نقطه توافق حداقل ۰/۸، تعیین و درمان یکپارچه نگر طراحی گردید. اطمینان از اعتبار داده‌های کیفی در این مطالعه بر اساس اعتبارپذیری یا مقبول بودن^۷ (انتخاب طیف متنوع متون و منابع مورد تحلیل، صرف زمان چند ماهه در بررسی‌های رفت و برگشتی متعدد به متون و استفاده از دو ناظر مستقل کدگذار بیرونی برای تعیین صحت و سقم کدها و مقولات استخراج شده)، اعتمادپذیری^۸ از طریق استفاده از نظرات اصلاحی و انتقادی کدگذاران بیرونی مستقل و متخصص بر روی تحلیل مضمون و کدها و مقولات فرعی و اصلی استخراج شده، انتقال‌پذیری^۹ از طریق گزارش جزء به جزء و دقیق روند انجام تحلیل مضمون و استخراج مقولات اصلی، تاییدپذیری^{۱۰} از طریق بررسی دقیق توافق داوران متخصص بر روی تحلیل مضمون و بسته درمانی طراحی شده و در نهایت درستکاری^{۱۱} از طریق گزارش دقیق و صادقانه مضامین استخراج شده و ارائه منابع دقیق هر مضمون و اطلاعات استخراج شده به کمیته تخصصی ناظر بر پژوهش دنبال و تایید گردید (کرسول و پلاتو کلارک، ۲۰۱۷).

فرایند اجرا در بخش کمی: پس از گمارش افراد به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه مداخله و گروه کنترل، با استفاده از مقیاس بی‌ثباتی هیجانی پیش‌آزمون اجرا شد، سپس گروه مداخله (درمان یکپارچه‌نگر) به‌صورت گروهی، طی ۱۵ جلسه هفتگی، به تناسب طول جلسات در برخی جلسات ۶۰ دقیقه و در برخی دیگر ۱۲۰ دقیقه توسط درمانگر روان‌شناس تحت درمان قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمان، در مرحله پس‌آزمون و سپس دو ماه پس از آن در مرحله پیگیری گروه آزمایش و گروه کنترل به مقیاس بی‌ثباتی هیجانی مجدد پاسخ دادند. آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، رازداری، اطلاع‌رسانی دقیق در مورد نتایج و درمان گروه کنترل پس از اتمام درمان گروه مداخله از طریق درمان یکپارچه‌نگر در پژوهش رعایت شدند. درمانگر در پژوهش حاضر روان‌شناس دارای تجربه درمانی و آموزشی بیش از ۱۰ سال، محل اجرا در یکی از مراکز مشاوره روان‌شناختی در شهر اصفهان، درمان به صورت فردی و مبتنی بر تعامل فعال درمانگر و درمانجو همراه با روش الگوبرداری از حرکات و رفتارهای درمانی درمانگر و ایفای نقش انجام شده است. از ابزار زیر در این پژوهش استفاده شد.

مقیاس بی‌ثباتی هیجانی^{۱۲}: برای سنجش بی‌ثباتی هیجانی در این پژوهش از مقیاس ۲۰ عبارتی که توسط ملاچیچ و گلدبرگ^{۱۴} (۲۰۰۷) ارائه گشته، استفاده شد. این پرسشنامه تک‌عاملی و مقیاس پاسخ‌گویی آن پنج درجه‌ای (در مورد من صحت ندارد=۱، ۲، ۳، ۴ و در مورد من صحت دارد=۵) است. دامنه نوسان نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و افزایش نمرات به معنای افزایش سطح بی‌ثباتی هیجانی است. ملاچیچ و گلدبرگ (۲۰۰۷) روایی سازه این پرسشنامه را با تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نشان دادند که سوالات این مقیاس چه در قالب خودگزارش‌دهی و چه در قالب دیگر گزارش‌دهی دارای بارهای عاملی ۰/۴ و

1. Generating initial codes

2. Searching for themes

3. Reviewing themes

4. Defining and naming themes

5. Producing the report

6. Validity

7. Credibility

8. Dependability

9. Transferability

1. Confirm ability 0

1. Authenticity 1

1. Creswell & Plano Clark 2

1. Emotional instability Scale 3

1. Mlacic & Goldberg 4

بالتر بر روی یک عامل است. علاوه بر این، نمره‌های حاصل از این پرسشنامه در راستای روایی واگرا، در دو قالب خودگزارش‌دهی و دیگری گزارش‌دهی (به ترتیب دارای همبستگی معنادار $0/70-$ و $0/63-$) با نشانگرهای دو قطبی ثبات هیجانی در پرسشنامه شخصیت گلدبرگ دارای همبستگی معنادار گزارش شده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دو گروه نمونه مستقل (یک گروه برای خودگزارش‌دهی شامل ۵۱۹ نفر از دانشجویان دانشگاه زاگرب در کرواسی و گروه دیگر برای دیگری گزارش‌دهی شامل ۵۱۵ نفر از دوستان گروه نمونه خودگزارش‌دهی) نیز به ترتیب برابر با $0/92$ و $0/91$ گزارش شده است (ملاچیچ و گلدبرگ، 2007). میلیچ و همکاران (2020) در مطالعه دیگری، به عنوان شواهدی از روایی همگرا (در مطالعه میلیچ و همکاران (2020)) با نمره‌گذاری معکوس سوالات این مقیاس، متغیر ثبات هیجانی به جای بی‌ثباتی هیجانی مطرح شده است) بین امتیازات حاصل از این مقیاس با توافق جویی و وظیفه‌شناسی رابطه معنادار (به ترتیب برابر با $0/237$ و $0/280$ و معناداری $p < 0/01$) و پایایی برحسب آلفای کرونباخ مقیاس برابر با $0/86$ گزارش شده است (میلیچ و همکاران، 2020). این پرسشنامه برای اولین بار از زبان انگلیسی در این مطالعه به زبان فارسی از طریق ترجمه و تطابق محتوایی نسخه ترجمه شده با نسخه انگلیسی توسط دو روان‌شناس حوزه سنجش و شخصیت با سابقه بیش از ۱۰ سال پژوهش و آموزش برای اجرا آماده گردید. در مطالعه حاضر، به عنوان شواهدی از روایی همگرا بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با تکانشگری همبستگی معنادار برابر با $0/68$ و پایایی برحسب آلفای کرونباخ مقیاس بی‌ثباتی هیجانی برابر با $0/94$ به دست آمد.

در تحلیل داده‌ها، در مرحله کیفی از تحلیل مضمون به شیوه براون و کلارک (2006)، برای بررسی روایی محتوایی تحلیل مضمون انجام شده از نسبت روایی محتوایی^۲ (CVR) لاوشه^۳ و برای تعیین اعتبار بسته درمانی طراحی شده از ضریب توافق داوران استفاده شد (کریپندورف^۴؛ 2004 ؛ مهاجر رهبری، شریعتی، کرامت، یونسین، اسلامی، موسوی و همکار، 2015). در مرحله کمی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برای واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماچلی (ماکلی)، از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. حداقل سطح معناداری در مطالعه حاضر $0/05$ در نظر گرفته شد. داده‌ها از طریق نرم افزار اس پی اس ۱۸ نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل مضمون با هدف استخراج آسیب‌های یکپارچه افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی مبتنی بر کلید واژه‌های آسیب‌های روانی، اجتماعی و جسمی به ترتیب مراحل شامل: ۱. آشنایی با داده‌ها؛ ۲. استخراج کدهای باز اولیه در حوزه آسیب‌ها و مشکلات افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی و ثبت آن‌ها در فرم تحلیل مضمون (دارای سه ستون از راست به چپ شامل ستون اول کدهای باز، ستون دوم مقولات فرعی و ستون سوم مقولات اصلی)؛ ۳. استخراج ۵۹ مقوله فرعی و ۸ مقوله اصلی ذیل پنج مضمون جامع، نهایی و اصلی در سه عرصه کلی روانی (در ابعاد رفتاری، هیجانی و عاطفی و شناختی)، اجتماعی و روان‌تنی؛ ۴. مرور و در صورت نیاز بازنگری مضامین اصلی استخراج شده در مرحله سوم؛ ۵. نامگذاری و تعریف پنج مضمون نهایی و اصلی، انجام شد. در شکل ۱، نقشه مضامین^۵ مبتنی بر پنج آسیب و مقولات فرعی و اصلی مرتبط با آن‌ها ارائه شده است.

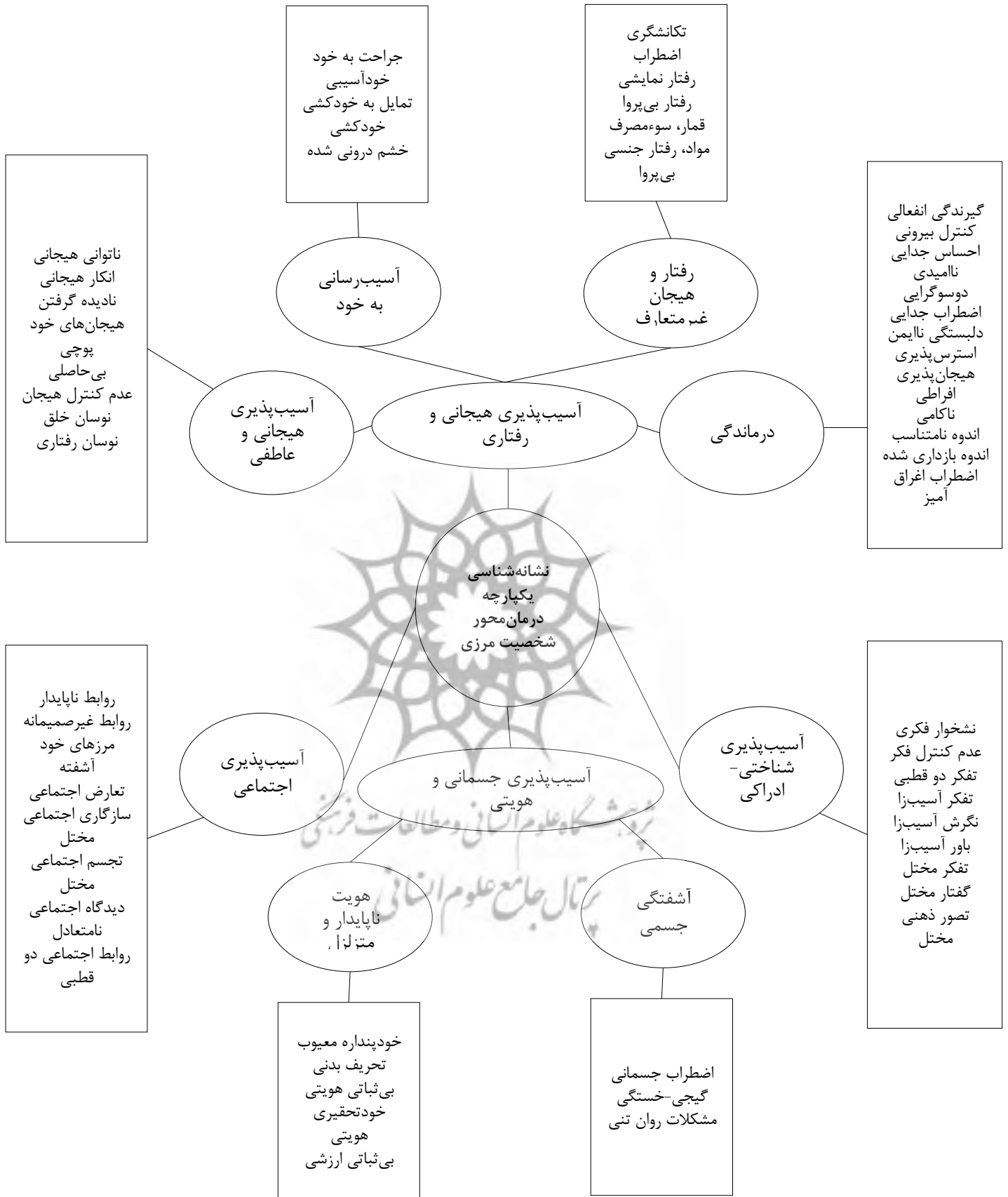
1. Milić et al

2. Content Validity Ratio (CVR)

3. Lawshe

4. Krippendorff

5. Themes Map



شکل ۱. نقشه مضامین آسیب‌شناسی یکپارچه افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی

در بررسی تخصصی متمرکز ۶ نفر متخصص، تناسب و ارتباط نظری و منطقی کدهای باز، مقولات فرعی، مقولات اصلی و در نهایت پنج مضمون اصلی مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله نسبت روایی محتوایی (CVR) برای آسیب‌پذیری هیجانی و رفتاری برابر با ۰/۹۹، برای آسیب‌پذیری ادراکی و شناختی برابر با ۱، برای آسیب‌پذیری هویتی برابر با ۰/۹۹، برای آسیب‌پذیری اجتماعی برابر با ۱ و برای آسیب‌پذیری جسمانی برابر با ۱ به دست آمد. برای مشخص شدن، نیاز به تمرکز درمانی در درمان یکپارچه‌نگر، با توجه به امکان استفاده از شاخص فراوانی و درصد فراوانی تعداد مقولات اصلی برای هر یک از مضامین اصلی نهایی، فراوانی و درصد فراوانی مرتبط با پنج مضمون اصلی بررسی گردید. در جدول ۱، نتایج بررسی فراوانی و درصد فراوانی پنج حوزه مسائل آسیب‌شناختی افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی مرزی ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی مقولات اصلی پنج حوزه مسائل آسیب‌شناختی افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی مرزی

ردیف	مقولات فرعی و اصلی مشکلات پنج‌گانه	فراوانی	٪ فراوانی
۱	آسیب‌پذیری هیجانی و رفتاری	۳۶	۶۴/۲۸
۲	آسیب‌پذیری ادراکی و شناختی	۸	۱۴/۳۰
۳	آسیب‌پذیری هویتی	۹	۱۶/۰۷
۴	آسیب‌پذیری اجتماعی	۲	۳/۵۷
۵	آسیب‌پذیری جسمانی	۱	۱/۷۸
۶	مجموع کل	۵۶	۱۰۰
۷	مقدار X^2 دو برابر با ۷۳/۰۹ و معنادار در سطح $P < ۰/۰۰۱$		

چنان‌که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، برای درمان یکپارچه‌نگر، به ترتیب تمرکز درمانی در این بسته درمانی لازم است بر آسیب‌پذیری هیجانی و رفتاری، آسیب‌پذیری هویتی، آسیب‌پذیری ادراکی-شناختی، آسیب‌پذیری اجتماعی و سپس آسیب‌پذیری جسمانی متمرکز شود. مقدار X^2 دو نشان داد که فراوانی مقولات اصلی زیر گروه هر یک از پنج آسیب اصلی شناسایی شده، با یکدیگر دارای تفاوت معنادار هستند. این تفاوت معنادار ضرورت اختصاص زمان درمانی متفاوت برای هر یک از این مقولات آسیب‌شناختی را تایید می‌کند.

پنل تخصصی پس از توافق کامل ۱۰۰ درصد بر روی تناسب فنون و راهبردهای درمانی هر یک از چهار درمان ارائه شده با هر یک از پنج مضمون اصلی نهایی استخراج شده از تحلیل مضمون، بسته درمانی یکپارچه‌نگر را مشتمل بر ۱۵ جلسه ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای به جمع‌بندی نهایی رسیدند. پس از تدوین اولیه بررسی تخصصی در باب فرایند (شروع درمان و گام به گام پیش رفتن آن)، محتوا، کفایت فنون و کفایت کلی بسته درمانی از طریق ۶ متخصص بررسی و اصلاحات و تغییرات نهایی در بسته درمان انجام شد. ضریب توافق بر روی فرایند، محتوا، کفایت فنون درمانی و اعتبار تخصصی کلیت بسته درمانی بعد از اصلاحات نهایی به ترتیب برابر با ۰/۹۷، ۰/۹۱، ۰/۹۷ و ۰/۹۴ به دست آمد. در جدول ۲، خلاصه جلسات درمان یکپارچه‌نگر ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان یکپارچه نگر

جلسات درمان	شرح جلسه
اول	هدف: درمان آسیب پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب پذیری شناختی-ادراکی و آسیب پذیری هویتی آغاز گردید. محتوا: تسهیل پیوند باز آفرینی (فنون مقدماتی)، مصاحبه روانی (راهبردهای ثبت تاریخچه و طرح کلی درمان)، کاوش در تاریخچه زندگی مراجع (فنون مقدماتی)، راهبردهای اعتباربخشی استفاده شد.
دوم	هدف: درمان آسیب پذیری هیجانی-رفتاری ادامه و به دنبال آن درمان آسیب پذیری اجتماعی آغاز گردید. محتوا: ترسیم خطوط کلی اهداف درمان (فنون مقدماتی)، مصاحبه روانی (راهبردهای ثبت تاریخچه و طرح کلی درمان) ارزیابی تشخیصی اولیه به کار گرفته شد.
سوم	هدف: درمان آسیب پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب پذیری شناختی-ادراکی ادامه یافت. محتوا: ارزیابی تشخیصی اولیه (درمان تجربی) استفاده شد.
چهارم	هدف: ادامه درمان آسیب پذیری هیجانی-رفتاری صورت گرفت. محتوا: آشنایی با طرحواره‌ها و تغییر ذهنیت طرحواره‌ها به صورت مقدماتی (فنون مقدماتی) به کار گرفته شد.
پنجم	هدف: درمان آسیب پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب پذیری آسیب پذیری اجتماعی ادامه یافت. محتوا: تعهد زنده ماندن برای یکسال و عدم خودکشی یک ساله (راهبردهای مقدماتی)، تعهد کار کردن روی رفتار های محل درمان و کیفیت زندگی (راهبردهای مقدماتی)، تعهد دنبال کردن درمان برای یک بازه مشخص (راهبردهای مقدماتی)، تعیین-توافق با محدودیت (فنون مقدماتی)، تعیین محدودیت برای رفتار خود تخریب‌گری مراجع و کنار آمدن با بحران (فنون مقدماتی)، محدودیت‌گزینی برای رفتار پرخاشگرانه (فنون مقدماتی)، محدودیت‌گزینی برای والد تنبیه‌گر (فنون مقدماتی) به کار گرفته شد.
ششم	هدف: ادامه درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری صورت گرفت. محتوا: آموزش و به کارگیری حمایت بحران استفاده شد.
هفتم	هدف: درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری هویتی ادامه یافت. محتوا: مراقبه (راهبردهای آماده سازی)، فعالیت‌های ذهن آگاهی (فنون شناختی-رفتاری)، فعالیت‌های لذت-بخش برای مهربانی با خویش (فنون رفتاری)، فنون اضافی آرام بخش (راهبردهای آماده سازی) به کار گرفته شد.
هشتم	هدف: درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری اجتماعی ادامه یافت. محتوا: تصویر سازی ذهنی (فنون تجربی)، فن دو صندلی (فنون تجربی)، فن نامه نوشتن (فنون تجربی) استفاده شد.
نهم	هدف: درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری اجتماعی ادامه یافت. محتوا: تصویر سازی ذهنی (فنون تجربی)، فن دو صندلی (فنون تجربی)، فن نامه نوشتن (فنون تجربی) به کار گرفته شد.
دهم	هدف: درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی و آسیب‌پذیری جسمانی ادامه یافت. محتوا: تحریک دو سویه مغز به روش دیداری-شنیداری-لمسی (حساسیت زدایی)، فن تصویر سازی-ترکیبی (دقیق شدن در تنش‌های باقی مانده در بدن)، مثلث تعارض، مداخله بحران استفاده شد.
یازدهم	هدف: درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی و آسیب‌پذیری اجتماعی ادامه یافت. محتوا: آموزش طبیعی بودن احساسات و نیاز(فنون شناختی)، آموزش تجربه و بروز دادن احساسات خود بدون تنبیه(فنون شناختی)، آموزش عدم خود تنبیهی در صورت هر گونه گناه-خطا(فنون شناختی)، آموزش استفاده از تبیین متفاوت و گره گشا برای موقعیت خشم آور(فنون شناختی)، باز والدینی صحیح(فنون شناختی)، برجسته‌نمایی ویژگی مثبت مراجع(فنون شناختی)، رد باور "ویژگی مثبت والد دلیل موجه برای رفتار خود آسیب رسان"(فنون شناختی)، آموزش کارت آموزشی(فنون شناختی)، آموزش فرم ثبت طرحواره(فنون شناختی)، اصلاح شناختی(راهبردهای تغییر)، آموزش روانی مفهوم Dialectic (راهبرد های Dialectic) به کار گرفته شد.
دوازدهم و سیزدهم	هدف: درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری ادامه یافت. محتوا: واقعیت آزمایی، ایفای نقش(فنون رفتاری)، تصویر سازی(فنون رفتاری)، گروه خودیاری(فنون رفتاری)، تمرین خارج از جلسات به عنوان تکلیف خانگی(فنون رفتاری)، آموزش فنون جرأت مندی همراه با تدبیر اندیشی(فنون رفتاری)، آموزش مهارت حل مساله(راهبردهای تغییر)، آموزش مهارت تحمل پربشانی(راهبردهای تغییر)، آموزش مهارت تنظیم هیجانی(راهبردهای تغییر)، روش‌های وابستگی(راهبردهای تغییر) استفاده شد.

چهاردهم	هدف: درمان آسیب‌پذیری اجتماعی در کنار آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری و آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی ادامه یافت. محتوا: مثلث شخصی، آموزش مهارت و کارآمدی بین فردی (راهبردهای تغییر)، مرور مفهوم دو نیمه سازی و دیالکتیک در ارتباطات (راهبردهای Dialectic) به کار گرفته شد.
پانزدهم	هدف: ادامه درمان آسیب‌پذیری هویتی در کنار آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری، آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی، آسیب‌پذیری جسمانی و فنون فردی-هویتی انجام شد. محتوا: آموزش مهارت مدیریت خود (راهبردهای تغییر)، پانسمان موقتی جراحت روانی (بستن)، ارزیابی مجدد (چک روند)، جلسات تیم مشاوره (راهبردهای مدیریت بیمار)، فنون زیستی استفاده شد.

به دنبال بخش تحلیل کیفی و طراحی و آماده شدن بسته درمانی یکپارچه‌نگر، بخش کمی مطالعه که یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی با سه مرحله بود، آغاز گردید. در جدول ۳، ویژگی‌های جمعیت شناختی و نتایج آزمون‌های دو برای بررسی همسانی دو گروه در متغیرهای سن و جنسیت ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسه سن و جنسیت در دو گروه پژوهش

متغیر	زیرگروه‌ها	گروه کنترل فراوانی (درصد)	گروه درمان یکپارچه‌نگر فراوانی (درصد)	خی‌دو (معناداری)
سن	تا ۳۰ سال	۶ (۴۰٪)	۵ (۳۳/۳۰٪)	۰/۱۴۲
	۳۱ سال و بالاتر	۹ (۶۰٪)	۱۰ (۶۶/۷۰٪)	۰/۹۶
جنسیت	زن	۱۰ (۲۵٪)	۱۱ (۲۶/۷۰٪)	۰/۱۵۶
	مرد	۵ (۷۵٪)	۴ (۷۳/۳۰٪)	۰/۹۴

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، آزمون خی‌دو نشان می‌دهد از نظر ترکیب جنسیتی و سن بین دو گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نرمال بی‌ثباتی هیجانی نرمال است ($P > 0/05$) و آزمون لوین نیز حاکی از رعایت برابری واریانس‌های خطا بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون ماچلی (ماکلی) نیز نشان داد که پیش‌فرض کرویت ($P < 0/05$; $W = 0/489$) رعایت نشده است. در این مورد نیز نتایج آزمون گرین هاوس-گیزر مد نظر قرار گرفت. در جدول ۴، میانگین و انحراف معیار دو گروه پژوهش در سه مرحله ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار بی‌ثباتی هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله (زمان)	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	گروه کنترل
پیش‌آزمون	۱۲۴/۵۳	۳۳/۸۳	۱۰۹/۰۷	۴۴/۲۸	گروه کنترل
پس‌آزمون	۸۶/۹۳	۳۵/۹۵	۱۱۱/۲۰	۴۰/۸۵	گروه کنترل
پیگیری	۴۷/۵۳	۷/۵۸	۱۰۹/۹۳	۴۴/۲۹	گروه کنترل

در جدول ۴، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای بی‌ثباتی هیجانی (گرین هاوس-گیزر)

منبع گروه	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنا-داری	اندازه اثر	توان آماری
درون گروهی	اثر زمان	۶۳۲۱۷/۲۰	۱/۳۲	۴۷۷۶۶/۵۸	۵۶/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰۰
	تعامل زمان و گروه	۳۳۰۱۵/۴۷	۲/۶۵	۱۲۴۷۳/۱۵	۱۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰۰
بین گروهی	خطا	۲۱۴۱۱/۴۰	۲۵/۴۴	۸۴۱/۶۴	-	-	-	-
	اثر گروه	۱۴۵۹۳/۶۰	۱	۱۴۵۹۳/۶۰	۲/۹۸	۰/۰۵۹	۰/۱۲	۰/۵۴
	خطا	۱۳۷۱۲۱/۰۷	۲۸	۴۸۹۷/۱۸	-	-	-	-

چنان که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده به دلیل معناداری شاخص کرویت ماچلی (ماکلی)، با توجه به ردیف گرین هاوس-گیزر، نشان می‌دهد که عامل زمان و تعامل عامل زمان و عضویت گروهی معنادار هستند. تعامل زمان و عضویت گروهی حاکی از آن است که بین درمان یکپارچه‌نگر و گروه کنترل حداقل در یکی از مراحل پس‌آزمون و یا پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون بونفرونی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

گروه مبنا	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
پس‌آزمون				
درمان یکپارچه‌نگر	کنترل	-۲۴/۲۶	۱۲/۹۷	۰/۲۰۵
پیگیری				
درمان یکپارچه‌نگر	کنترل	-۶۲/۴	۹/۷۷	۰/۰۰۱

چنان که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد که در بی‌ثباتی هیجانی در مرحله پس‌آزمون بین گروه درمان یکپارچه‌نگر و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$)، ولی در مرحله پیگیری بین بی‌ثباتی هیجانی گروه درمان یکپارچه‌نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری

بی‌ثباتی هیجانی با محوریت نوسان هیجان‌ها از طیف هیجان‌های مثبت به هیجان‌های منفی (دیکسون-گوردون و همکاران، ۲۰۱۷؛ هیوبن و همکاران، ۲۰۱۸) در افراد مرزی در قالب مواردی نظیر حساسیت هیجانی، واکنش‌پذیری هیجانی و بازگشت کند به وضعیت عادی پس از هیجانی شدن خود را بروز می‌دهد (دیکسون-گوردون و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به اهمیت بی‌ثباتی هیجانی در افراد مرزی، پژوهش حاضر با هدف طراحی درمان یکپارچه‌نگر و تعیین اثربخشی آن بر بی‌ثباتی هیجانی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی انجام شد.

یافته‌های پژوهش در بخش کیفی پنج دسته آسیب‌پذیری هیجانی و رفتاری، آسیب‌پذیری هویتی، آسیب‌پذیری ادراکی-شناختی، آسیب‌پذیری اجتماعی و سپس آسیب‌پذیری جسمانی و متناسب با آن بسته درمان یکپارچه نگر با ۱۵ جلسه را به دست داد. طیف آسیب‌های پنجگانه و مقولات جزئی‌تر زیر گروه‌ها آن‌ها با آن چه در مطالعات کوراکوفلو و کوزی (۲۰۱۸) و اکسلوس (۲۰۱۸)، در خصوص آسیب‌ها و مشکلاتی نظیر ناتوانی در برقراری روابط پایدار بین‌فردی، تصور از خود، خودپنداره آسیب دیده، رفتارهای خودآسیبی، تکانشی، آشفتگی هویتی، رفتار بی‌رحمانه در تجربه عواطف و هیجانات منفی، بی‌ثباتی هیجانی، ناتوانی در تنظیم و کنترل هیجان‌ها، احساس پوچی و بیهودگی، علائم شبه‌سایکوتیک در شرایط برانگیختگی عاطفی و هیجانی بالا، افسردگی و اضطراب برای افراد دارای اختلال یا ویژگی‌های شخصیت مرزی ذکر شده همسویی دارد. تمایز مطالعه حاضر در بخش کیفی با مطالعات قبلی، این است که در این مطالعه تلاش گردید تا به شیوه کیفی الگوی یکپارچه آسیب‌های افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی برای طراحی درمان یکپارچه‌نگر ابتدا استخراج و سپس درمانی ترکیبی و یکپارچه طراحی شود. از طرف دیگر طیف متنوع آسیب‌های شناسایی شده، به اضافه گستره هر یک از این آسیب‌ها از نظر زیرگروه آسیب‌هایی که ذیل هر یک قرار می‌گیرند، به خوبی موید این دیدگاه است که طیف مشکلات افراد دارای ویژگی‌ها یا اختلال شخصیت مرزی، بسیار پیچیده، مرکب و چندوجهی است. بر همین مبنا نیز در طراحی درمان یکپارچه‌نگر، نگاهی چندوجهی به طیف آسیب‌ها مد نظر قرار گرفت و درمان ترکیبی و یکپارچه متناسب با گستره آسیب‌ها آماده اجرا در بخش کمی گردید. در ادامه به ترتیب ابتدا ناهمخوانی یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های دیگر پژوهشگران ارائه و تبیین شده و در ادامه آن همخوانی و همسویی یافته‌ها با یافته‌های دیگران مد نظر قرار گرفته است.

در درجه اول، یافته‌های پژوهش در مرحله کمی حاکی از عدم تاثیر درمان یکپارچه‌نگر در مرحله پس‌آزمون بر میزان بی‌ثباتی هیجانی در افراد مرزی بود. این نتیجه با یافته‌های پژوهشگرانی چون پیرانی (۲۰۱۷) که نشان داد طرحواره درمانی به صورت معناداری موجب کاهش بی‌ثباتی هیجانی در افراد مرزی در پس‌آزمون شده، ناهمخوان است. این ناهمخوانی به این شکل قابل

تبیین است که به لحاظ نظری و پژوهشی، چنان که در مطالعات مختلف اشاره شده (آستین و همکاران، ۲۰۲۰؛ اود و همکاران، ۲۰۱۸؛ جوانا مارتی و لیزرتی، ۲۰۱۷؛ کرامر و همکاران، ۲۰۲۰؛ کریستی و همکاران، ۲۰۱۸)، طول دوره درمان و گذر زمان برای نمایان شدن تاثیرات درمان عنصری بسیار مهم در درمان افراد مرزی است. پانزده جلسه درمان یک تا دو ساعتی در پژوهش حاضر در مرحله پس‌آزمون آغاز به تاثیرگذاری بر بی‌ثباتی هیجانی افراد مرزی نموده، ولی این تاثیرات به سطح معناداری قابل قبول نرسید. از لحاظ نظری و کاربردی، به دلیل مشکلات ریشه‌دار و عمیق افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی این افراد به زمان بیش از ۱۵ هفته (طول درمان در این مطالعه) نیاز دارند تا به تدریج و به آرامی از طریق تمرین و به کارگیری فنون درمانی، توانایی مدیریت و کنترل هیجان‌های خود را افزایش دهند. این مهم در مطالعاتی نظیر مطالعه دیکسون-گوردون و همکاران (۲۰۱۷) و هیوبن و همکاران (۲۰۱۸) مورد اشاره قرار گرفته است. از نگاهی واقع‌گرا نیز، در هم تنیدگی توانایی تنظیم عواطف و هیجان‌ها و ثبات هیجانی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی مرزی با طیف مشکلات شناختی و رفتاری در این افراد، ضرورت تمرین و پیگیری درمان تا زمان شکل‌گیری کامل مهارت‌های تنظیم و کنترل هیجان را جدی می‌نماید. با ورود به مرحله پیگیری در مطالعه حاضر، کاهش بی‌ثباتی هیجانی در گروه درمان یکپارچه نگر نسبت به گروه کنترل معنادار شد. نمایان شدن تاثیرات درمان یکپارچه‌نگر در مرحله پیگیری همسو با تبیین‌های ارائه شده در مورد نیاز به گذر زمان برای پدیدار شدن تدریجی اثرات درمان است.

اما در بخش همخوانی و همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های دیگر پژوهشگران، تاثیر درمان یکپارچه‌نگر بر بی‌ثباتی هیجانی در مرحله پیگیری را می‌توان با یافته‌های اود و همکاران (۲۰۱۸) در خصوص تاثیر طرحواره درمانی بر رفتار خود آسیبی که اغلب در اثر برگردان هیجان خشم و پرخاشگری به خود در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی اتفاق می‌افتد، و با یافته پیرانی (۲۰۱۷) مبنی بر تاثیر طرحواره درمانی بر کاهش بی‌ثباتی هیجانی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در مرحله پیگیری همسو است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با توجه به استفاده از فنون چهار رویکرد درمانی در بسته درمانی یکپارچه‌نگر، با یافته‌های آستین و همکاران (۲۰۲۰) در خصوص تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر افسردگی، با یافته‌های کرامر و همکاران (۲۰۲۰) در خصوص اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در ارتقاء کنترل و تنظیم هیجانی، با یافته‌های کریستی و همکاران (۲۰۱۸) در حوزه تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک و درمان‌های روان‌پوشی بر علایم و نشانه‌های افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، و با یافته‌های مومنی‌سفرآباد و همکاران (۲۰۱۸) نیز در خصوص تاثیر بازپردازش و حساسیت‌زدایی حرکات چشم در کاهش حالات تجزیه‌ای، افسردگی و اضطراب تا سه ماه پس از اتمام درمان همسو است. تمایز مطالعه حاضر با مطالعات مورد اشاره در این است که مطالعه حاضر برای اولین بار از فنون ترکیبی چهار درمان که تا پیش از این هر یک به‌طور جداگانه مورد مطالعه قرار گرفته بودند استفاده نموده و به‌طور ویژه بر بی‌ثباتی هیجانی تمرکز شده است.

در تبیین تاثیر معنادار درمان یکپارچه‌نگر بر بی‌ثباتی هیجانی در مرحله پیگیری می‌توان گفت که به دلیل پیچیدگی مشکلات و مسائل هیجانی و عاطفی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی با مسائل شناختی و رفتاری از دوران کودکی تا بزرگسالی، این افراد در درجه اول نیازمند طولانی‌تر نمودن درمان و از طرف دیگر نیازمند تداوم استفاده از مهارت‌های به‌دست آمده در طول درمان، پس از اتمام جلسات درمان هستند. این امر موجب می‌شود تا به تدریج توانایی کنترل و مدیریت هیجانی و عاطفی در آن‌ها بالا برود و از این طریق توان تسلط بر بی‌ثباتی هیجانی خود را پیدا کنند. اولین نکته در اینجا که لازم است به‌طور جدی به آن توجه شود این است که آشکار شدن دست‌آوردهای درمانی در زمان کار با افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی نیاز به صبر و تحمل و گذر زمان دارد. از طرف دیگر برای پایداری هر چه بیشتر اثرات درمان که تا چند ماه بعد از اتمام درمان خود را نمایان می‌سازد، لازم است ساز و کار پیگیری و کسب اطلاع از درمانجویان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی استفاده شود (اود و همکاران، ۲۰۱۸؛ جوانا مارتی و لیزرتی، ۲۰۱۷).

نکته دیگری که در تبیین یافته‌ها باید به آن توجه شود این است که از طریق چه ساز و کاری درمان یکپارچه‌نگر می‌تواند با گذر زمانی دو تا سه ماهه زمینه کاهش هر چه بیشتر بی‌ثباتی هیجانی را فراهم آورد. تاثیر درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور با توجه به ترکیب این درمان از چهار رویکرد متداول به نوعی در سازوکارهای تاثیرگذاری این چهار درمان نهفته است. درمان ترکیبی با شکل و ساختار مورد استفاده در این پژوهش حاوی این پیام ضمنی است که در درمان افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی

وقتی متناسب با نشانه‌ها و علائم از فنون رفتار درمانی دیالکتیک، روان درمانی پویایی کوتاه مدت و بازپردازش و حساسیت زدایی حرکات چشم در کنار فنون طرحواره درمانی استفاده شود، تاثیرات درمانی پس از مدتی (حداقل دو ماه بعد) نمایان می‌شود. بنابراین تاثیرات درمانی درمان یکپارچه‌نگر، به ساز و کار اصلاح رفتار و افزایش سطح تحمل در برابر هیجان‌ها و احساسات رنج آور و افزایش توان تنظیم هیجان که در رفتار درمانی دیالکتیک محوریت دارد (اکسلیوس، ۲۰۱۸؛ کریستی و همکاران، ۲۰۱۸)، به اصلاح و تغییر نیروی بنیان‌های ذهنی ناخودآگاه و یا نیمه خودآگاه در خصوص تاثیر و تاثرات رفتار و احساسات فردی در تعامل و روابط بین فردی که در درمان روان پویایی محوریت دارد (جووانا مارتی و لیزرتی، ۲۰۱۷) و بالاخره به سازوکار جایگزینی حالات و هیجان‌ها و تفکرات منفی مرتبط با خاطرات دردناک گذشته با حالات و تفکرات مثبت که در بازپردازش و حساسیت زدایی با حرکات چشم محوریت دارند مربوط می‌شود. ترکیبی از این ساز و کارها افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی را قادر ساخته تا به آرامی در مرحله پیگیری از سطح بی‌ثباتی هیجانی خود بکاهند.

مطالعه حاضر نشان داد درمان یکپارچه‌نگر که در این مطالعه مبتنی بر طیف آسیب‌های یکپارچه افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی طراحی و مورد استفاده قرار گرفت، درمانی اثربخش حداقل در یک فاصله زمانی ۲ تا ۳ ماه پس از درمان بر بی‌ثباتی هیجانی است. در پایان نیز ضروری است تا در تفسیر و تعمیم نتایج به محدودیت‌های پژوهش توجه شود. اولین محدودیت این که این مطالعه به جای افراد دارای تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی، بر افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی و بر بی‌ثباتی هیجانی سنجش شده از طریق پرسشنامه تمرکز داشته است. پیشنهاد پژوهشی هم راستا با محدودیت‌های مورد اشاره، این است که در مطالعات آینده، در صورت قابلیت دسترسی به تعداد کافی از افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، از این گروه به جای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی برای مطالعه استفاده شود. به اضافه این که در کنار پرسشنامه برای سنجش عمیق‌تر و جامع‌تر متغیری مانند بی‌ثباتی هیجانی، از مصاحبه نیز استفاده شود. در سطح کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود تا درمان یکپارچه‌نگر طراحی و تدوین شده در مطالعه حاضر، به عنوان یک رویکرد درمانی برای بی‌ثباتی هیجانی افراد مرزی مد نظر قرار گیرد.



References

- Aghaei A, Golparvar M. (2014). Prevalence of personality disorders symptoms among male high school students in Isfahan, Iran. *European Journal of Psychology and Educational Studies*; 1(1): 22-29. [[Link](#)]
- Austin SF, Jansen JE, Petersen CJ, Jensen R, Simonsen E. (2020). Mobile app integration into dialectical behavior therapy for persons with borderline personality disorder: Qualitative and quantitative study. *JMIR Mental Health*; 7(6): e14913. [[Link](#)]
- Braun V, Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*; 3(2):77-101. [[Link](#)]
- Clarke V, Braun B. (2017). Thematic analysis. *Journal of Positive Psychology*; 12(3): 297-298. [[Link](#)]
- Creswell JW, Plano Clark VL. (2017). *Designing and conducting mixed method research*. Thousand Oaks CA: Sage publications; 2017. [[Link](#)]
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. (2018). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*; 74(4): 319-328. [[Link](#)]
- Dixon-Gordon KL, Peters JR, Fertuck EA, Yen S. (2017). Emotional processes in borderline personality disorder: An update for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*; 27(4): 425-438. [[Link](#)]
- Ekselius L. (2018). Personality disorder: a disease in disguise. *Uppsala Journal of Medical Sciences*; 123(4):194-204. [[Link](#)]
- Gielkens EMJ, Sobczak S, Rossi G, Rosowsky E & et al. (2018). EMDR as a treatment approach of PTSD complicated by comorbid psychiatric, somatic, and cognitive disorders: A case report of an older woman with a borderline and avoidant personality disorder. *Clinical Case Studies*; 17(5): 328-347. [[Link](#)]
- Houben M, Claes L, Sleuwaegen E, Berens A & et al. (2018). Emotional reactivity to appraisals in patients with a borderline personality disorder: a daily life study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*; 5(18): 1-13. [[Link](#)]
- Juanmartí FB, Lizeretti NP. (2017). The efficacy of psychotherapy for borderline personality disorder: A review. *Psychologist Papers*; 38(2): 148-156. [[Link](#)]
- Khodabandelow S, Najafi M, Rahimian Boogar I. (2018). The effectiveness of schema mode therapy on the self-esteem in narcissistic personality disorder: A single-subject research. *Clinical Psychology Studies*; 8(30): 65-101. [[Link](#)]
- Kramer U, Grandjean L, Beuchat H, Kolly S, Conus P & et al. (2020). Mechanisms of change in brief treatments for borderline personality disorder: a protocol of a randomized controlled trial. *Trials*; 21: 335. [[Link](#)]
- Krippendorff K. (2004). Measuring the reliability of qualitative text analysis. *Quality and Quantity*; 38(6):787-800. [[Link](#)]
- Kulacaoglu F, Kose S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the midst of vulnerability, chaos, and awe. *Brain Sciences*; 8(11): 201. [[Link](#)]
- Meuldijk D, McCarthy A, Bourke ME, Grenyer BFS. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS One*; 12(3): e0171592. [[Link](#)]
- Milić J, Milić Vranješ I, Krajina I, Heffer M & et al. (2020). Circadian typology and personality dimensions of croatian students of health-related university majors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 17: 4794. [[Link](#)]
- Mlacic B, Goldberg LR. (2007). An analysis of a cross-cultural personality inventory: the IPIP Big-Five factor markers in Croatia. *Journal of Personality Assessment*; 88(2): 168-177. [[Link](#)]

- Mohajer Rahbari M, Shariati M, Keramat A, Yunesian M & et al. (2015). Content validity of national post marriage educational program using mixed methods. *Iranian Journal of Public Health*; 44(4): 535-542. [[Link](#)]
- Momeni Safarabad N, Asgharnejad Farid AA, Gharraee B, Habibi M. (2018). Treatment of a patient with borderline personality disorder based on phase-oriented model of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A case report. *Iranian Journal of Psychiatry*; 13(1): 80-83. [[Link](#)]
- Nafiaa H, Ouanass A, Benchikhi L. (2017). Contribution of EMDR therapy in the management of personality borderline: About a clinical case. *European Psychiatry*; 41: S780. [[Link](#)]
- Ostacoli L, Carletto S, Cavallo M, Baldomir-Gago P & et al. (2018). Comparison of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy as adjunctive treatments for recurrent depression: The European depression EMDR network (EDEN) randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*; 9:74. [[Link](#)]
- Oud M, Arntz A, Hermens ML, Verhoef R & et al. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 52(10): 949-961. [[Link](#)]
- Pirani, Z. (2017). The effectiveness of schema therapy on reducing emotional instability and feeling of abandonment among patients with the borderline personality disorder in Arak. *Research in Clinical Psychology and Counseling*; 7(1): 77-88. [[Link](#)]
- Slotema CW, van den Berg DPG, Driessen A, Wilhelmus B & et al. (2019). Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*; 10(1): 1614822. [[Link](#)]
- Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT & et al. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database System Review*; 5: CD012955. [[Link](#)]
- White CC. (2007). Integrative treatment for borderline personality disorder. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*; 9(3): 242. [[Link](#)]
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC & et al(2015). Rates of psychiatric treatment reported by patients with borderline personality disorder and other personality disorders over 16 years of prospective follow-up. *Psychiatric Services*; 66(1): 15-20. [[Link](#)]