

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی

هدیه باباخان زاده

دانشگاه علوم پزشکی البرز

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به شخصیت مرزی مراجعه کننده به مرکز درمانی شهر کرج در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه‌گیری این پژوهش به صورت در دسترس انجام شد. ابتدا افراد مبتلا به شخصیت مرزی شناسایی و از بین آنها ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر گمارده شدند. برنامه درمانی با رویکرد پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (هفته‌ای ۲ جلسه) به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش انجام شد؛ گروه کنترل به مدت دو ماه در لیست انتظار قرار گرفت. هر دو گروه به پرسشنامه‌های طرحواره‌های هیجانی در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد بین میانگین نمره طرحواره‌های هیجانی پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌های هیجانی، بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی

## مقدمه

اختلال شخصیت، الگوی بادوام از تجارب درونی و رفتاری است که از انتظارات فرهنگی فرد بسیار به دور است، فراگیر و انعطاف ناپذیر بوده، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شود و در طول زمان ثبات دارد و باعث ناراحتی و یا افت عملکرد می شود. (روشن چسلی و دیگران، ۱۳۹۴). انجمن روانپزشکی امریکا، ۱۰ نوع اختلال شخصیت تعریف کرده و آنها را در ۳ خوشه طبقه بندی کرده است. خوشه A با رفتار عجیب و غریب و نامتعارف مشخص شده و مرکب از اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال می باشد. خوشه B که با رفتار هیجانی و نمایشی مشخص شده اند، شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی، نمایشی، مرزی و خودشیفته است. خوشه C هم که با رفتار اضطرابی مشخص می شود، شامل اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی - جبری است (تاجیک نژاد، ۱۳۹۵).

اختلال شخصیت مرزی (BPD) یک اختلال شخصیتی شایع و پیچیده است که از مشخصه های آن، الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط بین فردی، خودپنداره، عاطفه و بدتنظیمی هیجانی است (dsm5). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مجموعه ای همبندی ها با دیگر اختلالات روانی، نظیر افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد و دیگر اختلالات شخصیت رنج می برند (تومکو و همکاران، ۲۰۱۴). اختلال شخصیت مرزی یکی از رایج ترین اختلالات شخصیتی در جمعیت های بالینی است و در ۱۰ درصد بیماران سرپایی و ۲۵ درصد جمعیت بستری تشخیص داده می شود (گاندرسون و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش های متعدد یافته های مهمی را در مورد سیر درمان اختلال شخصیت مرزی به دست داده اند: علایمی که به تکانشگری مربوط می شوند، مثلاً آسیب به خود و اقدام به خودکشی سریعتر حل می شوند. بر عکس، علایم عاطفی که ملالت مزمن را بازتاب می دهند، مانند احساس تنهایی و تهی بودن، پایداری بیشتری دارند (دوستی و همکاران، ۲۰۱۷).

طرحواره های هیجانی ساختارهای روانی هستند که به شخصیت فرد شکل می دهند و بر روی تعامل با دیگران، تجربه هیجانی و تفسیر واکنشهای ما تاثیر می گذارند. در طول دوره کودکی طرحواره های هیجانی، مانند یادگیر های کودک برای تعامل و تنظیم هیجانی از طریق تعاملات با مراقبان مهم رشد می یابند. از طریق فعالیت های اولیه مانند بازی و تغذیه کودک شروع به تجربه هیجان ها در محیط و تعامل با دیگران می کند. تکرار تعاملات بین فردی از این نوع به کودک کمک می کند یک شخصیت منحصر به فرد هیجانی پدید آورد و زمینه را برای تعامل موثر و امید به برقراری ارتباط بین فردی در آینده فراهم کند. طرحواره های هیجانی مانند دیگر طرحواره های حافظه، بر اساس اطلاعات مشابه فراوان و یا تجربیات تکرار شده از گذشته فرد گرفته شده اند. این طرحواره ها توسط عواطف بنیادی مانند تجربیات جسمی، حسی و حرکتی مورد تبیین قرار می گیرند. هنگامی که این هیجانها در محدوده رابطه درون فردی روی می دهند طرحواره های هیجانی فرد از هیجان اطلاع می یابند، بنابراین بر روشی که افراد به هیجان درونی خود می پردازند، تاثیر میگذارد (ریچاردسون، ۲۰۱۵).

ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش<sup>۱</sup>، گسلش<sup>۲</sup>، خود به عنوان زمینه<sup>۳</sup>، ارتباط با زمان حال<sup>۴</sup>، ارزش ها<sup>۵</sup> و عمل متعهد<sup>۶</sup> (هایز، لوما، بوند، ماسودا و لایلیس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶).

1. Acceptance
2. Cognitive defusion
3. Self as context
4. Contact with present moment
5. Values

براساس این نظریه بسیاری از روش‌هایی که برای حل مشکلاتمان استفاده می‌کنیم ما را به دام‌هایی می‌اندازد که موجب رنجش خاطر ما می‌شوند. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند. بنابراین، شیوه اصلی درمان ACT مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آنها اجتناب شده است (هیراتزکا<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی از رویکردهای نوین روان‌درمانی و مورد بحث در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۹</sup> می‌باشد که یک رویکرد درمانی کارآمد بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی می‌باشد و مشکلات روان‌شناختی انسان را عمدتاً به عنوان انعطاف ناپذیری روانشناختی قلمداد می‌کند، مشکلاتی که توسط هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای ایجاد شده است. هایز (۱۹۶۰) معتقد است که این نوع درمان در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرایندهای کلامی غیر مستقیم را بکار می‌گیرد تا به طور تجربی بتواند در درجه اول از طریق پذیرش، نا هم‌جوشی، ایجاد یک حس فراتجربی از خود، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و ساختن الگوهای بسیار خوب از اقدامات متعهدانه مرتبط با این ارزش‌ها (شش فرایند بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری در فرد ایجاد کند (مظلومی و همکاران، ۱۳۹۵).

بنابراین در این پژوهش به این مسئله می‌پردازد که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد؟

### روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی شهر کرج در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه‌گیری این پژوهش به صورت در دسترس انجام شد. ابتدا افراد مبتلا به شخصیت مرزی شناسایی و از بین آنها ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر گمارده شدند. برنامه درمانی با رویکرد پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (هفته‌ای ۲ جلسه) به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش انجام شد؛ گروه کنترل به مدت دو ماه در لیست انتظار قرار گرفت. هر دو گروه به پرسشنامه‌های طرحواره‌های هیجانی در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند.

6. Committed action

7. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

8. Hiratzka

9. Acceptance and commitment therapy (ACT)

## ابزار پژوهش

## پرسشنامه مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی

لیپی (۱۳۹۰) در تلاش برای سنجش طرح‌واره‌های هیجانی افراد اقدام به ساختن مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی کرد. در این مقیاس ما می‌توانیم میزان طرح‌واره‌های هیجانی را در افراد مختلف موردسنجش قرار دهیم. فرم ۲۸ سؤالی آن در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این مقیاس سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه، یا بیماری خاصی ندارند. به علاوه، اگرچه این مدل با ترکیب مؤلفه‌های شناختی و هیجانی، مدلی جدید به نظر می‌رسد اما این مدل صرفاً حاصل ترکیب دو مدل شناختی بک-فریمن و طرح‌واره‌های شناختی یانگ است که با مدل‌های تنظیم هیجانی مارشا لینهان درآمیخته شده است. در این مقیاس ما می‌توانیم ۱۴ نوع طرح‌واره هیجانی را بسنجیم. این پرسشنامه تاکنون در کشورهای زیادی مورد استفاده قرار گرفته است مقبولیت فراوانی یافته است. این مقیاس به روش لیکرت و به صورت ۶ جوابی است. این مقیاس دارای ۲۸ عبارت است که ۱۴ زیر مقیاس را در حیطه طرح‌واره هیجانی می‌سنجد.

## یافته‌ها

## آمار توصیفی

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه در پیش‌آزمون آورده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

کنترل		آزمایش		متغیرها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۴/۲۴	۳۹/۶۸	۴/۴۲	۴۱/۷۵	طرح‌واره‌های هیجانی (پیش‌آزمون)
۴/۶۴	۳۸/۷۱	۳/۳۵	۲۵/۳۵	طرح‌واره‌های هیجانی (پس‌آزمون)

در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد متغیر پژوهش در دو گروه نشان داده شده است. بین میانگین‌های متغیر پژوهش در دو گروه تفاوت وجود دارد.

## یافته‌های استنباطی

جدول ۲: نتایج آزمون کلموگروف اسمرینوف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات

کلموگروف اسمرینوف			نرمال بودن توزیع نمرات
سطح معنی داری	آماره	گروه	
۰/۶۸۹	۰/۶۵۴	پیش‌آزمون	طرح‌واره‌های هیجانی
۰/۷۳۴	۰/۷۲۸	پس‌آزمون	

همانطور که از یافته های جدول ۲ استنباط می شود، از آنجا که سطح معنی داری به دست آمده در آزمون کلموگروف اسمرینوف، در متغیر پژوهش، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می باشد، در نتیجه می توان گفت که توزیع متغیر مورد بررسی در نمونه آماری داری توزیع نرمال می باشد و می توانیم فرضیه پژوهش را از طریق آزمون های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم.

### جدول ۳: نتایج آزمون تعامل بین گروه ها

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتی سهمی
	طرحواره های هیجانی	۳۵۴/۶۱۲	۱	۳۵۴/۶۱۲	۸۹/۶۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸

نتایج جدول ۳ نشان داد که تفاوت طرحواره های هیجانی در دو گروه در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. از این رو می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره های هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد.

### بحث و نتیجه گیری

**فرضیه:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره های هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. یافته ها نشان داد بین میانگین نمره طرحواره های هیجانی پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره های هیجانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. فرایندهای مرکزی ACT به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خودمفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند.

طرحواره های هیجانی ساختارهای روانی هستند که به شخصیت فرد شکل می دهند و بر روی تعامل با دیگران، تجربه هیجانی و تفسیر واکنش های افراد تاثیر می گذارند. در طول دوره کودکی طرحواره های هیجانی، مانند یادگیری های کودک برای تعامل و تنظیم هیجانی از طریق تعاملات با مراقبان مهم رشد می یابند. از طریق فعالیت های اولیه مانند بازی و تغذیه کودک شروع به تجربه هیجان ها در محیط و تعامل با دیگران می کند.

## منابع

۱. تاجیک نژاد، مرضیه (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین بدرفتاری ها و فقدان های کودکی، بد تنظیمی هیجانی با اختلالات شخصیت مرزی. پایان نامه ارشد روانشناسی. دانشکده علوم علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد علوم و تحقیقات.
۲. روشن چسلی، رسول و دیگران (۱۳۹۴). آسیب شناسی روانی بر مبنای DSM-5. تهران: ابن سینا.
۳. سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۹۲). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روان پزشکی بالینی، ترجمه نصرت الله پور افکاری، تهران: شهراب: آینده سازان.
۴. شاهقلیان، مهناز؛ آزادفلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی و خدادادی، مجتبی. (۱۳۹۰). طراحی نسخه نرم افزاری آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین (WCST): مبانی نظری، نحوه ساخت و ویژگی های روانسنجی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱ (۴)، ۱۱۰-۱۳۴.
۵. صبور، س. کاکابرابی، کیوان. (۱۳۹۵) اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی. استرس و شاخص های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری. دوره ۲. شماره ۴. ص ۲۰
۶. مظلومی، نیلوفر؛ و ابراهیمی نژاد، غلامرضا. (۱۳۹۵). تعیین اثربخشی رویکرد درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتباط مثبت با دیگران در مادران دارای کودکان با مشکل اختلال یادگیری در مقطع راهنمایی، اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 5<sup>th</sup> ed. Washington: American Psychiatric Press; 2013.
8. Dosti C, Gholami S, Toarabian S. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on aggression reduction in students with internet addiction. Journal of Health Care. 2017; 2: 6.
9. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. Am J Psychiatry. 2009; 166 (5): 530-539.
10. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy, 44 (1), 1-25.
11. Hiratzka, J., Rastegar, F., Contag, A. G., Norvell, D. C., Anderson, P. A., & Hart, R. A. (2015). Adverse Event Recording and Reporting in Clinical Trials Comparing Lumbar Disk Replacement with Lumbar Fusion: A Systematic Review. Global spine journal, 5 (06), 486-495.
12. Richardson, G. (2015). Early Maladaptive Schemas in a Sample of British Adolescent Sexual Abuses Implication for Therapy. Journal of Sexual Aggression. Vol: 11, no.3.259-276.
13. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteris tics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. J Pers Disord. 2014; 28 (5): 734-50.
14. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. Hosp Community Psychiatry. 1991; 42 (10): 1015-21.