

بررسی پدیدارشناسانه تجربه غم در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

انسیه انجدانی[✉]، زهره خسروی^{**}، پروین رحمتی نژاد^{***}،
 مهرانگیز پیوسته گر^{****}، مهرداد افتخار^{*****} و
 شکوه السادات بنی جمالی^{*****}

چکیده

غمگینی یکی از ویژگی‌های هسته‌ای اختلال شخصیت مرزی است، با وجود این، مطالعه‌های معدودی ماهیت این هیجان را در این بیماران بررسی کرده‌اند. با توجه به ارزش انطباقی این هیجان، درک اینکه چگونه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی غمگینی را تجربه می‌کنند، با درمان در ارتباط قرار می‌گیرد. مطالعه حاضر تحلیل کیفی روایت‌های ۷ شرکت‌کننده مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است که در یک مصاحبه نیمه ساختار یافته شرکت کرده و تجارب غمگینی خود را در بافتی رابطه‌ای توصیف کردند. متن پیاده شده مصاحبه‌ها بر اساس اصول تحلیل پدیدارشناسانه تفسیری تحلیل و شش مقوله اصلی «از دست رفتن رابطه/خراب شدن رابطه/ جدایی، پرخاشگری، احساسات منفی نامتمایز، من به عنوان موجودی بد/ناکارآمد/بی‌ارزش، تجربه‌ای خارج از ظرفیت‌های درون روانی و اجتناب از تجربه کردن» استخراج شد. به نظر می‌رسد تجربه غمگینی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی همچنان که بر از دست دادن فرد یا رابطه‌ای مهم متمرکز است، تلاشی برای تجربه نکردن فقدان، از دست دادن و غمگینی ناشی از آن است و بیش از آنکه بر فقدان متمرکز باشد، بر نبود ظرفیت تجربه فقدان و نبود ظرفیت تجربه غمگینی متمرکز است.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، غمگینی، ملال

* دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران nc.enjedany@gmail.com

** استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران

*** کارشناس ارشد روانشناسی، بیمارستان کامکار-عرب‌نیا، قم، ایران

**** دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران

***** دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

***** دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۲۸

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، یکی از مشکلات پیچیده مربوط به حیطه سلامت روان است که با مشخصه‌هایی چون هیجان‌ات منفی شدید، اختلال در هویت، رفتارهای تکانشگرانه و ناپایداری در روابط میان فردی شناخته می‌شود، از سوی دیگر این اختلال اغلب همبودی بالایی با سایر اختلالات روان‌شناختی دارد (لیشنرینگ، لیبنگ، کروس، نیو^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). اختلالات افسرده‌وار از جمله شایع‌ترین طبقات تشخیصی همبود با اختلال شخصیت مرزی هستند. حدود ۴۱-۸۳ درصد از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی سابقه‌ای از ابتلا به اختلال افسردگی عمده گزارش کرده‌اند (لیب، زانارینی، اشمال، لینهان^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). فارغ از این همبودی، تجربه افسردگی یا دوره‌های فراگیر و شدید تجربه غمگینی را می‌توان بخشی اساسی از تجارب بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفت. به نظر می‌رسد تجربه شدید احساساتی از این دست، اغلب به عنوان عاملی زمینه‌ساز برای سایر علائم همچون تکانشگری و ناپایداری در روابط میان‌فردی در نظر گرفته شده است (پاریس^۳، ۲۰۰۵؛ کرچفیلد، کلارکین، لوی و کرنبرگ، ۲۰۰۸؛ به نقل از غیائی، یزدی و صرامی فروشانی، ۱۳۹۵). فراوانی و شدت تجربه دوره‌های غمگینی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به شکلی است که برخی پژوهشگران درباره لزوم مفهوم‌سازی اختلال شخصیت مرزی به عنوان یک اختلال عاطفی بحث کرده‌اند (به عنوان مثال آکسکال^۴، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۴). در کنار این گروه دسته‌ای دیگر از پژوهشگران معتقد هستند به‌رغم هم‌پوشی موجود میان نشانه‌ها، در پدیدارشناسی افسردگی (که شامل شدت و کیفیت نشانه‌هاست) در این دو گروه تفاوت‌هایی وجود دارد و نمی‌توان این دو را پدیده‌هایی هم‌سان در نظر گرفت (گاندرسون و فیلیپس^۵، ۱۹۹۱؛ پاریس، ۲۰۱۰؛ سیلک^۶، ۲۰۱۰). برخی پژوهشگران در بررسی دقیق‌تر این گمانه که تجربه افسردگی و حالت غمگینی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی به لحاظ شدت و

-
1. Leichsenring, Leibing, Kruse & New
 2. Lieb, Zannarini, Schmal & Linehan
 3. Paris
 4. Akiskal
 5. Guderson & Philips
 6. Silk

کیفیت، از حالت‌های غمگینی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده متمایز است، فرضیاتی را مطرح کرده‌اند. به عنوان مثال گاندرسون (۱۹۸۴، به نقل از محمدزاده، ۱۳۸۹) معتقد است که افسردگی بیماران مرزی شدیداً به موقعیت‌های میان فردی وابسته است که در آن‌ها فرد احساس تنهایی کند، کنار گذاشته شده و خالی و بی‌چیز، بدون وجود اشتیاقی از طرف دیگران مهم رها شده است. وستن، موسس، سیلک، لهر^۱ و همکاران (۱۹۹۲) نیز احساس افسردگی این بیماران را با احساس عمیق و طولانی مدت بیگانگی و اشتیاقی ارضا نشده برای دلبستگی نزدیک، مرتبط می‌دانند.

در زمان ایجاد تمایز بین عواطف مرتبط با غم، این فرضیه جدید پدیدار می‌شود که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به میزان بالایی ملال را تجربه می‌کنند، اما چنانکه برخی نظریه‌پردازان روانکاوی مشاهده کرده‌اند، آن‌ها نمی‌توانند غمگینی^۲ را تجربه کنند (گرینکر^۳، ۱۹۶۸؛ سیرلس^۴، ۱۹۹۴). معمولاً غمگینی از دیدگاه تحولی به عنوان یک تجربه هیجانی پیچیده توصیف می‌شود که ذهن را در جایگاهی قرار می‌دهد که ظهور برخی توانمندی‌های روان‌شناختی مثل درون‌نگری و سوگ را تسهیل می‌کند (ایزارد^۵، ۲۰۰۰). نظریه‌پردازان هیجان نیز غمگینی را پیامد آگاهی از فقدان بزرگ توصیف می‌کنند (لازاروس^۶، ۱۹۹۴). در عوض ملال به وضعیتی از عواطف منفی برمی‌گردد که عمومی‌تر است و فرد را تنها درگیر رنج هیجانی مبهمی می‌کند (بریند-ملفنت، لکورس و دشناکس^۷، ۲۰۱۲). از دیدگاه روانکاوی، فقدان غمگینی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی را می‌توان به عنوان یکی از ویژگی‌های ناشی از موقعیت روانی اسکیزوئید-پارانوئید فهمید (واسکا^۸، ۲۰۰۲). موقعیتی روانی که در آن غمگینی و سوگواری با محتوای روانی دیگری مثل خشم^۹ (کرنبرگ^{۱۰}،

-
1. Westen, Moses, Silk & Lohr
 2. Sadness
 3. Grinker
 4. Searles
 5. Izard
 6. Lazarus
 7. Briand-Malefant, Lecourse & Deschenax
 8. Waska
 9. Rage
 10. Kernberg

(۱۹۹۴) یا افسردگی بین فردی (گاندرسون و فیلیپس، ۱۹۹۱؛ وستن و همکاران، ۱۹۹۲) جایگزین می‌شوند. از این دیدگاه، تجربه ذهنی سوگواری و غم نیازمند سازماندهی روان‌شناختی ویژه‌ای است که موقعیت افسرده‌وار نام دارد. از مشخصه‌های قرار گرفتن فرد در موقعیت افسرده‌وار، تبدیل شدن دوباره‌سازی^۱ به دوسوگرایی^۲ نسبت به بازنمایی‌های درونی ابژه^۳، قدرت‌مندی کافی ایگو^۴، فراهم شدن ظرفیت درون‌نگری، همدلی و نگرانی (کرنبرگ، ۱۹۸۶) است. این سازمان روان‌شناختی می‌تواند به عنوان نوعی پردازش عاطفی در نظر گرفته شود که در آن عاطفه به جای آنکه با بیرون ریخته شدن در فضای میان ذهنی نظم‌دهی شود (بریند-ملفنت، لکورس و دشناکس، ۲۰۱۰) درون ایگو مدیریت یا گنجانده (بیون^۵، ۱۹۶۲) می‌شود. به نظر می‌رسد ویژگی‌های مختص این سازماندهی روانی - موقعیت افسرده‌وار - در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی غایب است. بنابراین، بیماران در دست یافتن به غمگینی دچار نقص هستند و این منجر می‌شود به تجربه شکلی از ملال که هنوز بررسی^۶ نشده است به جای تجربه غمگینی که فرصت درون‌نگری کردن، پردازش کردن و تفکر و در نهایت سوگواری را برای فرد فراهم می‌کند.

قرار گرفتن بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در وضعیت خلقی ملال، در کارکرد بالینی درمانگرانی نیز اثراتی دارد که با این جمعیت در ارتباط هستند. درمانگران، معتقد هستند بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با سایر بیماران، رنج یا ناراحتی هیجانی بسیار عمیق‌تری را احساس یا لاقط گزارش می‌کنند (زانارینی، فرنکبرگ، دیلوکا، هنن^۷ و همکاران، ۱۹۹۸)، همچنین در تعاملات خود این عواطف را به سبکی اغراق‌آمیز مخابره می‌کنند (زانازینی و فرانکنبرگ، ۱۹۹۴). به کارگیری مداوم این شیوه از طرف بیماران، اغلب به ایجاد مسائلی در انتقال متقابل درمانگران منجر می‌شود، به عنوان مثال می‌تواند تمایلی

-
1. splitting
 2. ambivalence
 3. internal object representations
 4. sufficient ego strenght
 5. Bion
 6. explore
 7. Zannarini, Frankenburg, DeLuca & Hennen

ناخواسته در درمانگر در جهت دور شدن از پرداختن به این مشخصه‌های هیجانی پایدار و در نتیجه دور شدن از تلاش برای درمان آن‌ها به وجود آورد (ماستربرگ، ۱۹۷۴؛ نقل از زانارینی و همکاران، ۱۹۹۴). به‌رغم مشکلات بالینی که چنین ملال شدیدی می‌تواند برای بیماران و متخصصان این حیطه ایجاد کند و با توجه به تأکید قابل مشاهده در ادبیات پژوهشی در این مورد که این تجربه از غمگینی به لحاظ کیفی تجربه‌ای متفاوت است (سیلک، ۲۰۱۰) در این زمینه که از بیماران مرزی درخواست شود حالت خلقی ملال‌شان را توصیف کنند پژوهش‌های چندانی انجام نشده است. به علاوه تجربه غم و افسردگی، اغلب تجربه‌ای ذهنی است و به نظر می‌رسد ابزارهای کمی نمی‌توانند به خوبی ماهیت چنین تجاربی را آشکار کنند. با در نظر گرفتن جای خالی بررسی‌های کیفی در این زمینه و از آنجا که شناخت کیفیت تجربه حالت‌های مرتبط با هیجان غم و افسردگی می‌تواند نقشی اساسی در به‌کارگیری و طراحی مداخلات مرتبط با این اختلال داشته باشد، هدف ما آن است که در این مقاله به واسطه یک رویکرد پدیدارشناسانه کیفی، این شکل میان فردی از تجربه غمگینی در بیماران مرزی بیشتر بررسی شود و تلاشی برای پاسخ به این پرسش باشد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، غم را چگونه تجربه می‌کنند و به تجربه‌های غمگینانه خود چه معنایی می‌بخشند؟

روش

پژوهش حاضر پژوهشی کیفی بود و با توجه به تمرکز بر دیدگاه شخصی افراد از تجربه آن‌ها در زمینه غمگینی، به شیوه پدیدارشناسانه انجام شد. از جامعه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی که برای درمان به مرکز روانپزشکی ایران مراجعه کرده بودند ۷ مورد با روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند و بر مبنای تأیید تشخیص اختلال شخصیت مرزی طبق ملاک‌های مصاحبه تشخیصی SCID^۱ انتخاب شدند. انتخاب نمونه‌ها پس از دست یافتن به اشباع - یعنی زمانی که با افزودن بر تعداد نمونه‌ها چیزی بر محتوای یافته‌ها افزوده نشود - متوقف شد. در پژوهش حاضر از مصاحبه متمرکز بر هیجان‌ات RAP^۲ (لوپورسکی و کریستس-کریستف، ۱۹۹۰) استفاده شد. این ابزار

-
1. Structural Interview of DSM
 2. Relational Anecdotes Paradigm
 3. Luborsky & Crits-Christoph

مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته است که الگوی قصه‌هایی را استخراج می‌کند که افراد از تجارب هیجانی خود در روابط میان‌فردی ذکر می‌کنند. پیش از آغاز مصاحبه‌ها فرآیند انجام کار برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از موافقت بیماران با همکاری و امضای فرم رضایت، مصاحبه‌ها انجام شد. به طور میانگین برای هر مصاحبه حدود ۱ ساعت زمان صرف شد. همه مصاحبه‌ها ابتدا به صورت صوتی ضبط و سپس به صورت کلمه به کلمه پیاده سازی شده و متن‌ها پس از پیاده‌سازی مجدداً با فایل صوتی مقایسه شدند و در نهایت با به‌کارگیری اصول تحلیل تفسیری پدیدارشناختی^۱ (IPA) (اسمیت و اوزبورن، ۲۰۰۸؛ اسمیت، ۱۹۹۶) کدگذاری شدند. کدگذاری بدون شیوه‌ای از پیش تعریف شده برای این کار از طریق رویکردی اکتشافی و استنتاجی در گسترش تم‌ها و از طریق غوطه‌ور شدن در داده‌ها فراهم شد. چنان که بیان شد کدگذاری درجاتی از تفسیر (تعبیر) داده توسط پژوهشگر را نیز شامل می‌شود (به عنوان مثال عبارت «من احساس کردم مورد خیانت واقع شدم» به عنوان «خیانت» کدگذاری می‌شود و «من به او اعتماد کردم و او رفت و پشت سر من حرف زد» هم با همین تم مشابه کدگذاری می‌شود). فرآیند کدگذاری از طریق همراهی دو پژوهشگر انجام شد به این شکل که دو پژوهشگر تا زمان رسیدن به توافق در مورد هر تم با یکدیگر بحث می‌کردند. برای کدهای نهایی شده تعریفی اختصاصی ارائه شد و کدها به همراه تعاریف‌شان و فراوانی ظهور هر کد در یک لیست جمع‌آوری شدند و در نهایت کدهایی انتخاب شدند که از بیشترین فراوانی تکرار بهره‌مند بودند و در طبقه‌هایی سازماندهی شدند که معرف معنایی مشابه بودند.

یافته‌ها

سن شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر بین ۱۸-۳۴ سال بود، به لحاظ جنسیت یک شرکت‌کننده مرد و باقی زن بودند و در زمان انجام مصاحبه‌ها یک مورد متأهل، پنج مورد مجرد و یک مورد مطلقه بودند. وضعیت تحصیلی شرکت‌کنندگان نیز عبارت بود از یک مورد دانشجوی کارشناسی، یک مورد کاردانی، دو مورد راهنمایی و سه مورد دیپلم. تحلیل متن پیاده شده مصاحبه‌ها به استخراج شش مقوله اصلی منجر شد که در همه داستان‌هایی به چشم می‌خورد که شرکت‌کنندگان

1. Interpretative Phenomenological Analysis

2. Smith & Osborn

درباره غمگینی روایت کردند. این مقوله‌ها که بیان‌کننده آن هستند که غم چطور به لحاظ پدیدارشناختی توسط این گروه دریافت می‌شود در جدول ۱ به‌طور خلاصه مشاهده می‌شود:

جدول ۱: مقوله‌های اصلی و فرعی مربوط به معنای پدیدارشناختی غم در جمعیت مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی
از دست رفتن، خراب شدن رابطه/جدایی	<ul style="list-style-type: none"> • اقدام به جدایی از طرف مقابل • نپذیرفتن جدایی از طرف شرکت‌کننده و تلاش برای برقراری مجدد ارتباط، • نقش نزدیکان (دوستان و خانواده‌ها) در ایجاد جدایی • دیگران آسیب‌زننده • مورد خیانت نزدیکان واقع شدن • طرد شدن و رها شدن، تنهایی
پرخاشگری	<ul style="list-style-type: none"> • پرخاشگری نسبت به خود • پرخاشگری نسبت به طرف مقابل • تکانشگری در ابراز خشم نسبت به خود و دیگری • مورد پرخاشگری قرار گرفتن
احساسات منفی دیگر	<ul style="list-style-type: none"> • احساس گناه • اضطراب • حسرت • ناامیدی • ناکامی، باختن/از دست دادن/ شکست
من به عنوان موجودی بد، ناکارآمد، بی‌ارزش	<ul style="list-style-type: none"> • احساس شرم • تقصیر و خرابکار بودن • نقص • خواستنی نبودن، جذاب نبودن، دوست داشتنی نبودن • احساس بی‌ارزشی، ناچیز بودن • بد بودن • خرد شدن
تجربه‌ای خارج از ظرفیت‌های درون روانی	<ul style="list-style-type: none"> • درماندگی • احساس گم‌گشتگی • ناتوانی در مدیریت خود و وقایع • تکانشگری

این مقوله‌ها در ادامه با جزئیات بیشتر بررسی می‌شوند:

از دست رفتن، خراب شدن رابطه/جدایی: در تمامی موارد مصاحبه‌های انجام شده در گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اولین موردی که در یادآوری خاطره‌های غمگین به ذهن شرکت‌کنندگان تداعی شد، تجربه جدایی در رابطه‌ای عاشقانه بود. در تمامی موارد جدایی یا تخریب رابطه که به جدایی منجر شده بود، از طرف فرد مقابل اتفاق افتاده بود و اغلب، شرکت‌کنندگان هنوز وقوع جدایی در رابطه را نپذیرفته و در تلاش برای بازگشت به رابطه بودند. در ادامه بخش‌هایی از روایت‌های شرکت‌کنندگان نقل می‌شود که با مقوله استخراج شده در ارتباط هستند:

شرکت کننده ۱: «... من ۱۰ سال با یه پسرهای دوست بودم از راه دور، بعد کلاً خیلی ارتباطمون با هم خوب بود... ۱۰ سال این کشش رو داشتیم که صدای همدیگه رو بشنویم هر روز روزانه از صبح تا شب... تو این ۱۰ سال من ۶،۵ بار بیشتر ندیدمش، ولی خب قرار شد که اممم... ما تا ابد با همدیگه باشیم... او ممم بعد من... چهل روز پیش یا دو ماه پیش دقیقاً یادم نیامد مجبور شدم باهاش بهم بزنم... این خیلی غمگینم میکنه... اینکه وقتی باهاش بهم زدم برگشت دنبالم... حتی یه زنگ نزد... بعدش دیگه هیچ نه زنگی نه اس ام اسی... حتی الان دیگه از تلفن کارتی دوبار زنگ زدم... دفعه اول که زنگ زدم بهش گوشی رو داد دست یه آقای دیگه‌ای تا آقاهه برگشت گفتش صبر کن. بهت زنگ میزنم فعلاً قطع کرد... دفعه ی چندم... کد تهران میفته احساس میکنم برنمیداره... این موضوع خیلی غمگینم میکنه چون ۱۰ سال من تمام خواستگارام رو رد کردم...».

مقوله‌های فرعی مربوط به این مقوله عبارتند از: اقدام به جدایی از طرف مقابل، نپذیرفتن جدایی از طرف شرکت‌کننده و تلاش برای برقراری مجدد ارتباط، نقش نزدیکان (دوستان و خانواده‌ها) در ایجاد جدایی، دیگران آسیب‌زنده، مورد خیانت نزدیکان واقع شدن، طرد شدن و رها شدن، تنهایی.

پرخاشگری: آنچه شرکت‌کنندگان از تجربه‌های غم‌انگیزشان روایت کردند، شامل تعاملاتی بود که در آن‌ها خشم و پرخاشگری بسیاری به چشم می‌خورد. مقوله‌های فرعی این مقوله عبارتند از: پرخاشگری نسبت به خود، پرخاشگری نسبت طرف مقابل، تکانشگری در ابراز خشم نسبت به خود و دیگری، مورد پرخاشگری قرار گرفتن.

در زمینه مقوله پرخاشگری نیز یکی از نکات جالب توجه این است که در این فرآیندها نیز مسئولیتی متوجه شرکت کننده نیست و او معمولاً نقش فردی را دارد که مورد آزار دیگران یا بازداری در برآورده ساختن خواسته هایش قرار می گیرد و ابراز خشم و پرخاشگری اش نسبت به خود یا دیگری واکنشی است به شرایط نامساعدی که در آن قرار دارد. پرخاشگری بیشتر نسبت به خود و به شکل اعمال خودتخریب گرانه ای از جمله اقدام های مکرر به خودکشی بروز یافته است. به عنوان مثال:

شرکت کننده ۳: «یه مدت گذشت تا اینکه بالاخره بهم زنگ زد... زنگ زد رابطه شروع شد و بعد من رفتم به مامانم گفتم که مامان... خانواده من میدونستن که من دوشش دارم... رفتم گفتم مامان فلانی میخواد بیاد خونمون و اینا... مامانم بهم گفتش که... (مکت میکنه)... مامانم بهم گفتش که... فکرشو از سرت بیرون کن، اینو که به من گفت خودکشی کردم... اولین خودکشیم این بوده...»

احساسات منفی دیگر: در تجربه های شرکت کنندگان در زمینه غمگینی، عواطف منفی دیگری نیز به چشم می خورد. مقوله های فرعی این مقوله عبارتند از: احساس گناه، اضطراب، حسرت، ناامیدی، ناکامی، باختن/از دست دادن/ شکست. در میان مقوله های فرعی این دسته احساس گناه با فاصله ای چشم گیر بیشترین فراوانی را دارد. به نظر می رسد که تجربه این گروه از افراد از غمگینی بسیار آمیخته است با احساس گناهی که اغلب ناشی از واکنش های تکانشگرانه در برخورد با خانواده و نزدیکان است. به عنوان مثال:

شرکت کننده ۳: «آخرین بار خودکشی کردم همین دو سه هفته پیش... واقعاً برای این بود که بمیرم. من اصلاً دوست ندارم زندگی کنم، به زور نفس میکشم... عذاب میکشم... (با بغض) آنقدر از خودم بدم میاد که... هیچ چیز نمیتونه... اوضاع زندگیم رو درست کنه... جز مردن... کارایی کردم که در شأن خودم و خانواده ام نبود، (با تن صدای بغض آلود و لحن غمگین) خودم خودمو خرد کردم... شخصیت خودمو خرد کردم... پاکیم گرفته شد، معصومیت رو از دست دادم... هیچ چیزی برای از دست دادن ندارم. (سکوت طولانی) (با تن صدای آرام و بغض آلود) واقعاً نمیدونم چطوری با خودم کنار بیام؟»

من به عنوان موجودی بد، ناکارآمد، بی ارزش: شایع ترین محتوایی که در روایت های شرکت کنندگان از تجربه غمگینی آنها مشاهده شد، احساس بی ارزشی، ناکارآمدی و بد بودن

است. از جمله کدهای یافت شده در این طبقه می‌توان به این موارد اشاره کرد: احساس شرم، تقصیر، خرابکار بودن، نقص، خواستنی نبودن، جذاب نبودن، دوست داشتنی نبودن، احساس بی‌ارزشی، ناچیز بودن، بد بودن، خرد شدن.

شرکت کننده ۴: «(از چی وحشت کرده بود؟) از اون همه تنهایی، از اینکه به هیچ جایی تعلق نداره. از اینکه هیچ آدمی حاضر نیست به خاطرش خطر کنه. هیچ آدمی حاضر نیست برای نگه داشتنش دست و پا بزنه، چنگ بزنه. ببین اون دره میتونست قفل بشه اون شب. یعنی مامان من میتونست اون شب بلند شه مثلاً در رو قفل کنه. منو دعوا کنه بگه چرا میخوای بری؟ یا خواهر بزرگم، اون خیلی بهم نزدیکه، ولی حتی اون هم خوابیده بود، بعد حتی یادمه مامان انگار فکر کنم مامانم خیلی هم خوشحال بود. من خیلی گریه کردم اون شب از اینکه هیچ کس براش مهم نیست».

تجربهای خارج از ظرفیت‌های درون روانی: یافته‌های پژوهش نشان داد که تجربه شرکت‌کنندگان از دوره‌های غمگینی، اغلب تجربه‌ای غرق‌کننده، در خود فرو برنده و فلج‌کننده بوده و افراد در نهایت در مقابل تجربه آن به احساس درماندگی و ناتوانی دست یافته‌اند، گویا شدت این تجربه بسیار فراتر از تحمل منابع درونی آن‌ها باشد. شرکت‌کنندگان در توصیف دوره‌های غمگینی خود به دردی سنگین اشاره کردند که له‌کننده و زمین‌زننده بوده، آن‌ها را در محاصره‌ای هیجانی گرفتار کرده و برای مقابله با آن هیچ ابزاری ندارند و در نتیجه در موارد بسیاری این حجم بالا از هیجانات ناخوشایند به شکلی پردازش نیافته و فکر نشده به بیرون سرازیر می‌شوند. زیر مقوله‌های این بخش عبارت هستند از: درماندگی، احساس گم‌گشتگی، ناتوانی در مدیریت خود و وقایع، تکانشگری. به عنوان مثال:

شرکت کننده ۱: «روزانه بیست تا قرص می‌خوردم که بخوابم. که هیچی نفهمم؛ همون موقع بود که رفتم تیمارستان. دیوونه شده بودم واقعاً..... این چیزا برام خیلی هضمش سخت بود. نمیتونستم بفهمم که چ... اصلاً.. نمیتونستم بفهمشون... دیگه بالاخره بعد از مدت‌ها خودمو یه خورده جمع و جور کردم، بعد اومدم تهران خونه خواهرم، نشستم درس خوندم.... ولی هنوز که هنوز اون روزا واقعا عذابم میده. (با حالت بغض) از اون روزا بود که افسردگی من شروع شد».

اجتناب از تجربه کردن: شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر در روایت‌های خود از تجربه

غمگینی به کرات به رفتارهایی اشاره کردند که حاکی از تلاش برای تجربه نکردن و پردازش نکردن مجموعه حوادث اتفاق افتاده و احساسات فراخوانی شده توسط آن است. دسته‌بندی این حوادث و احساسات به مجموعه‌ای از مقولات استخراج شده از روایت‌ها منتهی می‌شود که تاکنون به آن‌ها اشاره شد. به عبارت دیگر بخش زیادی از تجربه غمگینی در شرکت‌کنندگان پژوهش اختصاص داشت به تجربه نکردن آنچه وقوع یافته است؛ تلاش برای تجربه نکردن جای خالی آبژه/جدایی/تمام شدن رابطه و وابستگی شدید به طرف مقابل، تلاش برای تجربه نکردن طرد/رها شدن/خواستنی نبودن و دوست داشتنی نبودن، تلاش برای تجربه نکردن درد یا غمگینی، تلاش برای تجربه نکردن احساس بی‌ارزشی، بد بودن، بی‌کفایتی و تحقیر. به عنوان مثال:

شرکت‌کننده ۲: «بعدش با یه نفر دیگه دوست شدم که اونو از یاد ببرم. اون یه نفر دیگه هم بهم ضربه زد، بعدش...».

شرکت‌کننده ۷: «شاید دوسم نداشت. اگه دوسم نداشت چرا میگفت نباید بری؟... یا حتی تا شب آخرش... روز آخر اصرار میکرد نباید بری... هی گوشیتو قطع کنی اینطور میشه اونطور میشه؟... نمیدونم احساس میکنم الف یه چیزی مصرف میکنه... یا اینکه باید افسردگی شدید داشته باشه... ولی خب میتونست... من خیلی دوست دارم یه بار فقط ببینمش رودر رو صحبت کنم، ولی خانواده‌ام منو نبردن...».

بحث و نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد آنچه بیشتر از هر چیز در ذهن شرکت‌کنندگان وضعیت عاطفی غمگینی را تداعی می‌کند، تجربه‌هایی است که در رابطه با افراد دیگر اتفاق افتاده است، به عنوان مثال یکی از شرکت‌کنندگان در آغاز مصاحبه، پس از تمام شدن مقدمه‌ای که توسط مصاحبه‌کننده درباره کلیت مصاحبه گفته می‌شود و در پاسخ به اینکه از او درخواست می‌شود از تجربه‌ای بگوید که در آن احساس غمگینی کرده است، سکوتی کوتاه می‌کند و می‌گوید: «همه روابطم». گویا چنان که گاندرسون (۱۹۸۴) افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را افسردگی میان‌فردی می‌نامد، غمگینی وضعیتی معمول که شرکت‌کننده به کرات در روابطش تجربه کرده است. در روایت شرکت‌کنندگان، مسئولیت وقوع جدایی با طرف مقابل یا نزدیکان

یکی از طرفین، گزارش شده است. در تمام موارد، فردی که اقدام به جدایی کرده است، کسی است که شرکت‌کننده بسیار او را دوست می‌دارد، احساس نزدیکی و صمیمیت بسیاری با او دارد و معتقد است ادامه دادن زندگی بدون حضور او برایش ناممکن یا دشوار است. به‌رغم گذشت مدت زمانی چند ماهه از تمام شدن اغلب روابطی که شرکت‌کنندگان آن‌ها را توصیف کرده‌اند، شرکت‌کنندگان هنوز وقوع جدایی را رد می‌کنند و همچنان تلاش‌هایی بی‌حاصل برای برقراری مجدد رابطه انجام می‌شود. اغلب شرکت‌کننده خود را فردی می‌داند که طرف مقابل را بسیار دوست می‌داشته، احساس نزدیکی بسیاری با او دارد و جدایی برای او امکان‌ناپذیر است. در مجموع و به‌طور خلاصه می‌توان گفت بنابر یافته‌های پژوهش حاضر، در تجربه زیسته شرکت‌کنندگان این پژوهش غمگینی به معنای مجموعه‌ای نامتمایز از احساسات منفی است که می‌تواند محتواهای دیگری از جمله احساس اضطراب، ناامیدی و ناکامی را نیز در برداشته باشد و بدون استثناء از در هم شکستن یک رابطه سرچشمه می‌گیرد. تنها شدن-توسط دیگری- یا تنها ماندن، که آغازگر تجربه غمگینی در این افراد است با معانی دیگری از جمله احساس ناکارآمدی، بی‌ارزشی و دوست‌داشتنی نبودن مرتبط می‌شود. سازمان روانی فرد (اصطلاحاً ایگوی او) ظرفیت کافی برای گنجاندن این مجموعه هیجانی سنگین و پیچیده را در خود ندارد، در نتیجه این تجربه پس زده می‌شود: جدایی از طرف فرد مورد پذیرش قرار نمی‌گیرد و همچنان به شکل‌های گوناگون برای از سرگیری ارتباط تلاش می‌شود یا مجموعه هیجانی نامتمایزی که روان فرد آن را نپذیرفته از طریق اعمال پرخاشگرانه‌ای از جمله آسیب رساندن به خود یا دیگری به فضای میان‌فردی برگردانده می‌شود. و فرصت پردازش شدن، تجربه شدن و پرداختن به آن‌ها از سازمان روانی دریغ می‌شود. فرد تلاش می‌کند احساساتش را به دیگران بدهد یا از آن‌ها (دیگران) در نظم بخشیدن احساساتش کمک بگیرد. بنابراین، آنچه از نظر شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر، غمگینی نامیده می‌شود عبارت است از تلاشی برای نپذیرفتن تمام شدن یک رابطه، تلاشی برای سوگواری نکردن، تلاش برای تجربه نکردن احساسات دردناکی که از رفتن دیگری به فرد دست می‌دهد، از جمله احساس ناکارآمدی و بی‌ارزشی و در نهایت تلاشی برای تجربه نکردن آنچه غمگینی می‌نامیم. نکته جالب‌توجه آنجاست که در بخش‌هایی از روایت‌ها شرکت‌کنندگان در توضیح وضعیتی که بعد از جدایی تجربه کرده بودند از این اصطلاح استفاده می‌کردند که «وضعیت برایم هضم ناشدنی بود» این

اصطلاح هم‌چنان که یادآور ادبیات بیون (۱۹۶۲) در ذکر وقایعی که تجربه یا زندگی نشده‌اند، می‌تواند به خوبی نیز بیان‌کننده آن باشد که وقایع فراتر از ظرفیت‌های درون‌روانی فرد هستند و به ناچار پس زده یا بیرون ریخته می‌شوند.

با توجه به مطالب فوق‌الذکر، در این قسمت با بحث درباره مبانی نظری، مسأله تبیین خواهد شد.

چنان که گاندرسون و لینکس (۲۰۰۸) می‌گویند، به نظر می‌رسد تنها بودن، برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تجربه‌ای تحمل‌ناپذیر است، اما به‌رغم اینکه تجربه این افراد از غمگینی با جدایی و از دست دادن رابطه در ارتباط است، رنجی که این افراد روایت می‌کنند با مفهوم فقدان و از دست دادن برابر نیست و به لحاظ کیفی متفاوت از شکلی از غمگینی است که توسط نظریه‌پردازان هیجان به عنوان پیامد آگاهی از فقدان بزرگ توصیف می‌شود (لازاروس، ۱۹۹۴). چرا که بازنمایی فقدان به شکل آشکاری در تجربه ذهنی گزارش شده توسط شرکت‌کنندگان غایب است. به عبارت دیگر به‌رغم از دست دادن ابژه (موضوع عشق)، شرکت‌کننده به لحاظ ذهنی این فقدان را نپذیرفته و عملاً گزارش نمی‌کند. به عنوان مثال شرکت‌کننده ۵ در بخشی از روایتش می‌گوید: «اینکه کات شد برای بار دوم... (فکر میکند انگار)... الان شاید مثلاً دو سه هفته ست، یه ماه، حداکثر تا دو ماه ولی خب !!! میگم کات شده بود، ولی من همچنان زنگ می‌زدم و اون !! قطع می‌کرد... یه جورایی به خاطر اینه که نمیدونم کی دقیقاً کات شده چون از نظر من هنوز کات نشده چون من هنوز بهش فکر می‌کنم.»

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر غمگینی را تجربه‌ای فراتر از ظرفیت درون‌روانی خود توصیف می‌کنند که متشکل است از عواطف منفی نامتمایزی که فرد کنترلی بر آن‌ها ندارد. شدت و کیفیت تجربه آن‌قدر دردناک و تحمل‌ناپذیر است که به عنوان باری بیشتر از حد توان ایگو^۱ به فرد تحمیل می‌شود و به عبارتی در ایگوی فرد نمی‌گنجد. بنابراین، نیاز است که به بیرون هدایت شود، اتفاقی مثل رفتارهای پرخاشگرانه نسبت به خود یا دیگری که تحت عنوان برون‌ریزی شناخته می‌شود. به علاوه بنابر نتایج این پژوهش غمگینی اغلب توسط یک عامل بیرونی ایجاد شده است: فردی که عامل جدایی است. همه این توصیف‌ها به این معناست که فرد اغلب احساس می‌کند در مقابل حمله تجربه

شده-از طرف دیگری- ناتوان است، عاطفه تجربه شده را از آن خود نمی‌کند. این ویژگی با پیشینه پژوهشی موجود مبنی بر ماهیت بین فردی تجربه ملال در بیماران مرزی (وستن، ۱۹۹۲) همخوان است. به علاوه نقصی در فرآیند تملک (از آن خودسازی) عواطف را نشان می‌دهد که بنابر تعریف لکورس و بوکارد (۱۹۹۷) به عنوان نقص در فرآیند ذهنی‌سازی^۱ شناخته می‌شود. شرکت‌کنندگان غمگینی را به شکل عواطف منفی نامتمایزی احساس کردند که می‌تواند احساس ملالی تعریف نشده را تشکیل دهد که از ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی است. چنین رنج گسترده و پراکنده‌ای می‌تواند بیان‌کننده نقص در بسط‌دهی (جستجوی جزئیات)^۲ تجربه‌ای باشد که فرد از سر گذرانده است. بسط‌دهی فرآیندی است که به دستیابی به بازنمایی‌هایی ذهنی شده^۳ منجر می‌شود و می‌تواند این وضعیت را به درجه‌ای از تمایز برساند که غمگینی نامیده شود. در واقع می‌توان وضع موجود را به این شکل معنا کرد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دچار نقصی در دستیابی به احساس غمگینی هستند، که از نقص در توانایی ذهنی‌سازی سرچشمه می‌گیرد (بریند ملفنت، لکورس و دشناکس، ۲۰۱۰). نکته جالب توجه دیگر در نتایج به دست آمده آن است که به نظر می‌رسد شرکت‌کنندگان تمایل دارند دیگران را در جهت حمایت از نظم‌دهی عواطف خود به کار بگیرند، در واقع نظم‌بخشی هیجان‌ات در این گروه به شکل فرآیندی بین فردی اتفاق می‌افتد: شرکت‌کنندگان به فرد دیگری برای نظم‌بخشی عواطف شان نیاز دارند، به عنوان مثال کنترل بر حوادث-علت وقوع حوادث- را به دیگری نسبت می‌دهند یا در جستجوی حمایت، احساس آرامش یا به عبارت دیگر گنجاندن شدن^۴ در دیگری هستند و یا گاه با نشان دادن رفتارهای واکنشی - مثل خشم و پرخاشگری واکنشی یا نارزنده‌سازی واکنشی- به دیگری او را در این تجربه شریک می‌کنند. این شیوه‌های کنار آمدن با عواطف ناخوشایند را می‌توان تلاشی در جهت جای دادن عاطفه در زمینه بین ذهنی^۵ در نظر گرفت، یا با اصطلاح‌های بیونی (بیون، ۱۹۶۲) استفاده از همانندسازی برون‌فکنانه به جای نظم دادن عواطف در ایگو یا ذهنی سازی آن‌ها از درون. نتایج به دست آمده می‌تواند به این فکر منتهی شوند که در مداخلات بالینی که قصد کمک به بیماران مرزی برای کنار آمدن با غمگینی شان را دارند، تعبیر

-
1. mentalization
 2. Elaboration
 3. mentalized representations
 4. Containment
 5. Intersubjective

نباید متمرکز بر تجربه فقدان یا از دست دادن باشد، چرا که چنین مداخلاتی اساساً محتوایی روانی را هدف قرار می‌دهند که هنوز برای این افراد بازنمایی نشده است. شاید مناسب آن باشد که این مداخلات متناسب با کیفیت متفاوت تجربه ملال در این افراد طراحی شوند به عنوان مثال تمرکز بر راهکارهای کنار آمدن این افراد با تجربه که اغلب بین فردی و پرخاشگرانه است می‌تواند کمک کننده باشد، دستیابی به چنین هدفی می‌تواند با پرداختن به فرآیندهای ضمنی ارتباطی میان درمانگر و بیمار (بروشویلیر-اشترن، هریسون، لینسون-روث، مورگان^۱ و همکاران، ۲۰۰۲) هموار شود. از آنجا که نقص در توانمندی ذهنی‌سازی و کارکرد تأملی در هسته آسیب‌شناسی این بیماران قرار دارد، شاید لازم باشد که تمرکز بر ارتقاء چنین کارکردهایی (فوناگی و بیتمن^۲، ۲۰۰۴؛ لوی، میهان و ویر، ۲۰۰۶ به نقل از پیوسته‌گر، ۱۳۹۲) نیز قرار گیرد.

به طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر بیان‌کننده آن است که بر خلاف برخی فرضیات موجود در پیشینه پژوهش مبنی بر شباهت میان تجربه غمگینی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال افسردگی (به عنوان مثال آکسکال، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۴)، تجربه شخصی افراد گروه بیماران مرزی از آنچه غمگینی می‌نامند به لحاظ کیفی چیزی است که با آنچه به طور معمول غمگینی نامیده می‌شود، تفاوت چشمگیری دارد و شاید ملال عنوان مناسب‌تری برای این تجربه باشد و حتی در گامی فراتر می‌توان گفت این افراد از ظرفیت روانی کافی برای تجربه غمگینی و پردازش آن بهره‌مند نیستند.

در نهایت لازم است به این نکات اشاره شود که دیدگاه تئوریک پژوهشگر اثرگذاری اجتناب‌ناپذیر بر معنادگی داده‌ها در پژوهش حاضر داشته و بررسی مسأله از دیگر دیدگاه‌های نظری بدون شک فضای اندیشیدن درباره موضوع را روشن‌تر خواهد کرد. همچنین نمونه مورد بررسی در پژوهش‌های کیفی، نمونه‌ای کم‌تعداد است، یافته‌ها نیازمند بررسی بیشتر در پژوهش‌های بعدی هستند و نمی‌توان به سادگی آن‌ها را تعمیم داد.

تشکر و قدردانی

از همه افرادی که به‌نوعی در تکمیل این پژوهش ما را حمایت نمودند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

-
1. Bruschiweiler-Stern, Harrison, Lyons-ruth & Morgan
 2. Fonagy & Bateman

منابع

- پیوسته‌گر، مهرانگیز (۱۳۹۲). شیوع رفتار خودآسیبی عمدی و رابطه آن با احساس تنهایی و سبک دلبستگی در دانش‌آموزان دختر، *مطالعات روانشناختی*، ۹(۳): ۲۹-۵۲.
- غیاثی، مهناز، یزدی، سیده منور و صرامی فروشانی، غلام‌رضا (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای آسیب‌پذیری بین‌فردی در پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی بر اساس بدتنظیمی هیجان در دو قلوهای همسان و ناهمسان، *مطالعات روانشناختی*، ۱۲(۲): ۲۵-۴۸.
- محمدزاده، علی (۱۳۸۹). بررسی برخی از همبسته‌های جمعیت‌شناختی الگوهای شخصیت مرزی در نمونه‌های غیربالینی، *مطالعات روانشناختی*، ۶(۴): ۱۴۷-۱۶۱.
- Akiskal, H.S. (2000). Temperament and mood disorders. *Harvard Mental Health Letter*, 16(8): 5-6.
- Akiskal, H. S. (2004). Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 401-407.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1): 36-51.
- Bion, W. R. (1962). theory of thinking. In *Second Thoughts*. New York: Aronson
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Deschenaux, E. (2010). Capacity to sadness: implications for psychoanalytic psychotherapy. *Psychothérapies*, 30(4): 191-201.
- Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W., Stern, D. & Tronick, E. Z. (2002). Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83(5): 1051-1062.
- Ghiasi, M., Yazdi, S.M., & Sarami Forooshani, GH. (2016). Mediator role of interpersonal vulnerability in prediction of borderline personality traits based on emotion dysregulation in monozygotic and dizygotic twins. *Journal of Psychological Studies*, 12(2): 48-25(text in Persian).
- Grinker, R. R. (1968). The borderline syndrome. *Adolescent Psychiatry*, 6(2): 339-343.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide (2nd edition)*. Washington: American Psychiatric Publishing.

- Gunderson, J.G., & Philipps, K.A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, 148(8): 967-975.
- Izard, C. E. (2000). Sadness. In A. E. Kazdin, (Ed.) *Encyclopedia of Psychology*, Vol.7 (pp. 137-138). New York: Oxford University Press.
- Kernberg, O. F. (1986). Borderline personality organization. In Stone, M. S., (Ed.) *Essential Papers on Borderline Disorders, One hundred years at the border* (pp.279-319). New York: New York University Press.
- Kernberg, O. F. (1994). Aggression, trauma, and hatred in the treatment of borderline patients. *The psychiatric clinics of North America*, 17(4): 701-714.
- Lazarus, R (1994). Universal antecedents of the emotion. In P., Ekman, & R. J. Davidson, (Eds), *Nature of emotion*. New York: Oxford University Press.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S. & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759): 74–84.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432):453-461.
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78(5): 855-873.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference. The CCRT method*. New York: Basic Books.
- Mohammad Zadeh, A. (2009). Study some of demographic correlatives of borderline personality patterns in non-clinical samples. *Journal of Psychological Studies*, 6(4): 147-161(text in Persian).
- Paivastegar, M. (2013). The rate of deliberate self- harming in girls students and relationship with loneliness & Attachment styles. *Journal of Psychological Studies*. 9(3): 29-52(text in Persian)
- Paris, J. (2010). Personality disorders and mood disorders: Phenomenological resemblances vs. pathogenetic pathways. *Journal of Personality Disorders*,24(1): 3–13.
- Paris, J. (2005). Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(3): 179-185.
- Searles, H. (1994). *My Work with Borderline Patients*. Northvale NJ: Jason Aronson (Ed).
- Silk, K.R. (2010). The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *Journal of Personality Disorders*, 24(1): 25–37.

- Smith, J. A. (1996). *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage Publications.
- Smith, J. A. & Osborn, M (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London, Sage.
- Waska, R.T. (2002). Mutilation of the self and object: the destructive world of the paranoïd-schizoïd patient and the struggle for containment and integration. *Psychoanalytic Review*, 89(3): 373-398.
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R. & Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: when depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, 6(4): 382-393.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being Borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(4): 201-207.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Bradford Reich, D., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161(11): 2108-2114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients, *Comprehensive Psychiatry*, 42(2): 144-150.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G. & Frankenburg, F. R. (1989) Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 30(2): 149-156.
- Zanarini MC. & Frankenburg FR. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 3(1): 25-36.
- Zittel Conklin, C., Bradley, R. & D. Westen. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder, *Journal of Nervous and Mental Disease*. 194(2): 69-76.

Abstracts

Psychological Studies
Faculty of Education and Psychology,
Alzahra University

Vol.13, No.1
Spring 2017

**The Effectiveness of psychotherapy Based on
Intra -family Relationships Enrichment on
Mothers' Parenting Skills and Clinical
Symptoms of Children with Behavioral
Problems**

Ensiyeh Enjedani*, Zohreh Khosravi**,
Parvin Rahmatinejad***, Mehrangiz Peyvastegar****
& Shokooh-Sadat BaniJamali*****

Abstract

The aim of the present study was to examine the effectiveness of family-based psychotherapy program on mother's parenting skills and clinical symptoms of children with behavioral disorder. In this research process, at the first step, the intra-family relationships promotional were designed, the program's effectiveness was assessed through a quasi-experimental research design with four groups and random assignment, using pre-test, post-test and follow-up stages. In this research, all the sample students participated along with their parents and randomly assigned between study groups divided into experimental and control groups. The first group received the psychological intervention, the second group took only

* Ph.D. candidates of psychology , Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

** Professor of Clinical Psychology Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

*** Master degree of psychology, kamkar arabmia hospital, Qom, Iran

**** Assistant Professor of Psychology, Department of Educational Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

***** Assosiate Professor of Psychology Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Reseived: 2016-06-28 Accepted: 2017-01-17

DOI: 10.22051/psy.2017.10473.1180

medicine, and the third group received both psychological intervention and medicine at the same time. The research instruments were the demographic questionnaire, Baumrind Parenting Style Inventory and Clinical Symptoms Checklist. The intra-family relationships promotion Program was consisted of an individual family private session, two phone calls and a booster session at the end. The data were analyzed using repeated measurements of analysis of co-variance, the findings indicated that the family-based intervention program could improve mother' parenting skills and also could reduce clinical symptoms of their children with behavioral disorders. The stability of effects maintained for the participants after three months follow up stage, as well. Therefore, by using psychotherapy programs based on intra -family relationships enrichment can reduce children behavior problems.

Keywords: *Behavioral disorder, family, intra-family relationships, parenting*