

اثربخشی گروه‌درمانی انسان‌گرایانه - وجودی بر کاهش ناامیدی، تکانشگری و علائم پارانوئیدی و تجزیه‌ای وابسته به استرس در اختلال شخصیت مرزی

حسین قمری گیوی^۱

ایمان الله بیگدلی^۲

احسان گلی گرمیانکی^۳

عبدالصمد آق^۴

سعید مهرآبادی^۵

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

تاریخ وصول: ۸۹/۴/۱۳

چکیده

پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که بررسی مشکلات روانی زندانیان و ارائه خدمات
بر زمینه بهداشت روان به آن‌ها از جمله دغدغه‌های روان‌شناسان و روان‌پزشکان بوده است. با
توجه به گستردگی میزان ناهنجاری‌های روانی و اختلالات شخصیت زندانیان در مقایسه با

^۱- استادیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۲- دانشیار روانشناسی، دانشگاه سمنان

^۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۵- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سمنان

جمعیت عادی، ضرورت توجه به روان‌درمانی برای این افراد بیش از پیش مشخص می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی انسان‌گرایانه - وجودی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی زندانیان می‌باشد. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۴ نفر زندانی مرد بود که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی از بین ۱۰۵ نفر زندانی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی زندان مرکزی شهرستان بجنورد انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش عبارت بودند از: سومین ویراست پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMI-III)، مقیاس شخصیت مرزی (STB) و مصاحبه بالینی - ساختار یافته DSM-IV-TR (SCID). نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین علائم ناامیدی، تکانش‌گری و علائم پارانوئیدی و تجزیه‌ای وابسته به استرس در گروه درمانی انسان‌گرایانه - وجودی نسبت به گروه گواه به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. بر طبق نتایج این پژوهش گروه درمانی انسان‌گرایانه - وجودی می‌تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی جهت درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی انسان‌گرایانه - وجودی، اختلال شخصیت مرزی، زندانیان.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از ۱۰ طبقه اختلال‌های شخصیت می‌باشد. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV-TR)، این اختلال را به این صورت توصیف می‌کند: یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی و خودانگاره و خلق و خوی تکانشگرانه مشخص که در اوایل دوره بزرگسالی شروع شده و در محیط‌ها و موقعیت‌های مختلف ظهور می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مرز بین نورو و پسیکوز قرار گرفته و با بی‌ثباتی فوق‌العاده، عاطفه، خلق و رفتار مشخص می‌شوند. این اختلال را اسپیکروفونی سرپائی^۲، شخصیت‌انگار

۱. Borderline Personality Disorder (BPD)

۲. Ambulatory Schizophrenia (AS)

مرزی که به دلیل مشکلات قانونی زندانی می‌شوند، اغلب جزو زندانیان سابقه‌دار هستند. (اولدهام و همکاران^۱، ۲۰۰۱).

در زمینه‌ی مداخلات درمانی در مورد اختلال شخصیت مرزی تلاش‌های فراوانی در حیطه دارو درمانی و روان درمانی انجام شده و به ثبت رسیده است که از جمله درمان‌های روان شناختی رایج می‌توان به درمان‌های شناختی - رفتاری مانند؛ رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) (لینهان^۲، ۲۰۱۰)، آگاهی بخشی مبتنی بر شناخت درمانی^۴ (MBCT)، نظام روان درمانی تحلیل شناختی رفتاری^۵ (CBASP) (مک کالو^۶، ۲۰۰۸)، طرحواره درمانی^۷ (یانگ و همکاران^۸، ۲۰۰۹) و درمان شناختی - رفتاری^۹ (CBT) (اکبری، آقامحمدیان و قنبری هاشم آبادی، ۱۳۸۷ و فاتحی زاده، شفیق آبادی، اعتمادی و دلاور، ۱۳۸۷) و درمان‌های انسان‌گرایانه - وجودی^{۱۱} (برای مثال ماری^{۱۱}، ۱۹۷۳؛ رابرتسون و همکاران^{۱۲}، ۱۹۹۴، مارتینز و نیوکمپ^{۱۳}، ۱۹۹۸؛ روستکین، چیلی و شاورمن^{۱۴}، ۲۰۰۱؛ یالوم و شاورمن^{۱۵}، ۲۰۰۶؛ نیوکمپ و همپتون^{۱۶}، ۲۰۰۸؛ بارلو^{۱۷}، ۲۰۰۸) اشاره کرد. با نگاهی به این پژوهش‌ها مشخص می‌شود که درمان‌های شناختی - رفتاری رایج عمدتاً به علائمی چون تکانشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و ادراک‌طرد در روابط بین فردی پرداخته‌اند (برای مثال؛ اکبری، آقامحمدیان و قنبری

-
1. Oldham and et al
 2. dialectical behavior therapy
 3. Linehan
 4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
 - 5- Cognitive Behavior Analysis System of Psychotherapy
 5. McCullough
 7. schema therapy
 3. Young and et al
 - ۹- Cognitive-Behavior Therapy
 10. existential-humanistic therapies
 11. Mary
 12. Robertson and et al
 13. Martins and Newcamp
 14. Rostkin, Chilly and Shoverman
 15. Yallom and Shoverman
 16. Newcamp and Hamilton
 17. Barlow

می‌کند تا با این اضطراب مقابله کرده، و به اعمالی بپردازد که زمینه‌ی ایجاد یک وجود ب‌ارزش را فراهم آورد. باگنتال^۱ سه تکلیف مهم درمانی را به شرح زیر شناسایی می‌کند: ۱- به مراجعانی که در فرایند درمان با همه وجود حضور ندارند و تأثیر این مسأله خارج از درمان برای آنان محدودیت ایجاد می‌کند، کمک می‌نماید. ۲- از مراجعان در روبه‌رو شدن با اضطراب‌هایی که مدت‌های طولانی سعی در دوری کردن از آنها داشته‌اند، حمایت می‌کند. ۳- در دستیابی مراجعان به تعریف جدیدی از خود و جهان، به گونه‌ای که با زندگی تماس خالصانه‌تری ایجاد کنند، کمک می‌کند. به بیان دیگر، این درمان به مراجعان کمک می‌کند تا به وجود امکانات دیگر که قبلاً هرگز آنها را شناسایی نکرده بودند، پی ببرند تا به کمک آنها بتوانند در شیوه بودن در جهان تغییرات لازم را ایجاد کنند (نوابی نژاد، ۱۳۸۳).

در این بین فقدان پژوهش‌هایی در زمینه اثر بخشی گروه درمانی انسان گرایانه-وجودی بر درمان اختلال شخصیت مرزی به طور آشکاری مشهود است. در همین راستا مطالعه حاضر جهت پاسخ به سوال زیر طراحی شده است: «آیا گروه درمانی انسان گرایانه- وجودی بر کاهش علائم ناامیدی، تکانشگری و علائم پارانوئیدی و تجزیه‌ای وابسته به استرس در زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است؟»

روش پژوهش

بررسی حاضر جزء دسته پژوهش‌های کاربردی و از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه است که در آن آزمودنی‌ها به شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. در این پژوهش علائم اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر وابسته و گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده‌اند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در زندان مرکزی شهرستان بجنورد تشکیل می‌دهند. از آنجایی که تعداد ۴۰۰ زندانی در زندان مرکزی

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMI-III)

پرسشنامه‌ای است که ۱۴ اختلال شخصیت و ۱۰ نشانه بالینی را بر حسب ۱۷۵ ماده که به صورت «بلی» و «خیر» می‌باشد، اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که جهت درمان یا ارزیابی روان‌شناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. آلفای کرونباخ آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ و ضرایب باز آزمایی آن از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ در پژوهش‌های مختلف متغیر بوده است (آلوجا و همکاران^۱، ۲۰۰۷). این مقیاس در ایران توسط شریفی (۱۳۸۱) اعتباریابی شده است. نتایج این مطالعه نشان داده است که ضرایب باز آزمایی آن در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ و ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ قرار دارد.

مقیاس شخصیت مرزی (STB)

این مقیاس شامل ۱۸ ماده می‌باشد که به صورت بله/خیر جواب داده می‌شود، جواب بله نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. هنگام تطبیق مقیاس STB با ملاک‌های DSM-IV-IR، از متون معتبر روانشناسی مرضی ۶ ماده دیگر به آن اضافه گردید تا تعریف DSM-IV-IR را از اختلال شخصیت مرزی پوشش دهد. بنابراین مقیاس STB دارای ۲۴ ماده می‌باشد (ماده‌های ۱۹-۲۴ اضافه گردیده‌اند). برای STB ضریب پایایی باز آزمایی ۰/۶۱، ضریب آلفا ۰/۸۰ گزارش شده است (محمدزاده، گودرزی، تقوی، ملازاده، ۱۳۸۴).

مصاحبه بالینی - ساختار یافته DSM-IV-TR (SCID)

ابزاری جهت تشخیص‌گذاری براساس معیارهای DSM-IV-TR است. اجرای این مصاحبه نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر پیرامون پاسخ‌های مصاحبه شونده است. یکی از اهداف سازندگان این ابزار، طراحی مصاحبه‌ای بوده است که در عین ساختار یافتگی، استفاده از آن برای متخصصان بالینی ساده باشد. شایان ذکر است که SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار دو نسخه

صلی دارد: SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (محور ۱ در DSM-IV-TR) می‌پردازد، و SCID-II که اختلال‌های شخصیت (محور ۲ در DSM-IV-TR) را ارزیابی می‌کند. در این پژوهش جهت ارزیابی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی از نسخه SCID-II استفاده شده است.

در این پژوهش ابتدا توسط ابزارهای غربالگری ذکر شده، زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشخص شدند؛ و پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه، متغیر مستقل شامل درمان انسان‌گرایانه- وجودی برای گروه آزمایش اجرا گردید. شیوه گروه‌درمانی انسان‌گرایانه- وجودی در قالب ۱۵ جلسه ۱/۵ ساعته و هفته‌ای یک مرتبه برگزار گردید؛ در گروه گواه، درمانی صورت نگرفت و به جای آن هفته‌ای یکبار جلسات خنثی (شعرخوانی) به مدت ۱/۵ ساعت برگزار شد. بعد از اتمام جلسات درمانی آزمون میلون ۳ برای بررسی علائم این اختلال، مجدداً بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمانی انسان‌گرایانه - وجودی

جلسه اول	تبیین گروه‌درمانی انسان‌گرایانه- وجودی، معرفی قواعد و هنجارهای گروه، معارفه بین اعضا
جلسه دوم	ترغیب اعضا به گفتگو با یکدیگر، ترغیب اعضا به صحبت در مورد مسایل شخصی خود
جلسه سوم	آموزش و ترغیب بازخورد دادن اعضا به یکدیگر، آموزش و ترغیب اعضا به گوش دادن فعال به یکدیگر
جلسه چهارم	ترغیب اعضا به بحث در مورد خود، ترغیب اعضا به بیان احساسات و افکار فعلی، ترغیب اعضا به بازخورد و همدلی نسبت به وضعیت فعلی دیگران
جلسه پنجم	معرفی و تحلیل سلسله مراتب نیازها، تحلیل رفتارهای بزهکارانه اعضا بر اساس نیازها
جلسه ششم	تحلیل وجودی اعتماد و عدم اعتماد به نفس، تحلیل موارد و مثال‌ها در ارتباط با وابستگی و عدم اعتماد به نفس در زندگی اعضا
جلسه هفتم	تحلیل وجودی باز بودن و ابراز خود، تشویق اعضا برای بیان درونیات خود، ترغیب اعضا به تحمل افکار و احساسات ابراز شده از طرف اعضا
جلسه هشتم	تحلیل وجودی مفاهیم آزادی و انتخاب، تبیین رابطه آزادی و انتخاب در زندگی اعضا، ترغیب اعضا به تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های جدید و قبول پیامدهای آن

جلسه نهم	تحلیل وجودی مسوولیت پذیری و عدم مسوولیت پذیری، ترغیب اعضا به پذیرش مسوولیت نسبت به خود و اطرافیان و زندگی
جلسه دهم	تحلیل وجودی احترام به خود و نقش آن در روابط بین فردی، بحث گروهی اعضا درباره میزان پذیرش خود، تمرکز اعضا بر ویژگی های مثبت وجودی خود و بیان آنها در گروه
جلسه یازدهم	تحلیل وجودی احساس عمیق تنهایی و یکتایی، بیان اعضا درباره احساس تنهایی و نزدیکی با دیگران، ترغیب اعضا به درک تنهایی یکدیگر و تلاش برای صمیمیت
جلسه دوازدهم	تحلیل وجودی مسئله مرگ به عنوان مکمل زندگی و هدایت کننده آن، گفتگوی اعضا درباره احساس و نگرش در مورد مرگ
جلسه سیزدهم	تحلیل وجودی هدفمندی و معنا جویی در زندگی، گفتگوی اعضا درباره هدف های گذشته، انتخاب هدف های جدید و واقعی و تعهد نسبت به آنها
جلسه چهاردهم	تحلیل وجودی مفهوم خود شکوفایی و تعالی، ترغیب اعضا برای کمک به تعالی خود و سایر اعضای گروه با تکیه بر مسائل جلسات قبل
جلسه پانزدهم	مرور مطالب قبل و فرایند گروه، تبیین چالش های آینده اعضا در نتیجه تغییرات رفتاری - روان شناختی، بیان احساسات و نگرش های اعضا در مورد تجربه گروه درمانی، مرتبط کردن تجربه های دوره گروه با تجربه های بعدی زندگی

یافته های پژوهش

به منظور تحلیل داده های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در زیر ارائه می شود.

جدول ۲. فراوانی و درصد آزمودنی های هر گروه

گروه های جمعیت شناختی	وضعیت تأهل						
	مجرد	متأهل	مطلقه	ابتدایی	راهنمایی	دیپلم	لیسانس
انسان گرایانه - وجودی	۳	۸	۶	۷	۵	۴	۱
	۱۷/۶۴	۴۷/۰۵	۳۵/۲۹	۴۱/۱۷	۲۹/۴۱	۲۳/۵۲	۵/۸۸
گروه گواه	۲	۱۰	۵	۵	۸	۴	۰
	۱۱/۷۶	۵۸/۸۲	۲۹/۴۱	۲۹/۴۱	۴۷/۰۵	۲۳/۵۲	۰

جدول شماره ۲ فراوانی و درصد آزمودنی‌های هر گروه را به تفکیک تحصیلات و وضعیت تأهل نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌گردد، در هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه ۱۷ نفر وجود داشتند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد عملکرد گروه‌ها در شاخص‌های مختلف آزمون STB

گروه‌های پژوهش	انسان‌گرایانه - وجودی		گروه گواه	
	SD	M	SD	M
امیدی	۵/۶۵	۱/۱۶	۵/۱۸	۱/۱۸
	۱/۷۶	۰/۹۷	۵	۱/۲۷
تکانشگری	۴/۷۶	۱/۳	۴/۵۹	۱/۳۷
	۱/۷۶	۱/۰۳	۴/۵۹	۱/۱۷
علائم تجزیه‌ای ر پارانوئید وابسته به استرس	۳/۴۱	۱/۵۴	۲/۸۲	۱/۴۲
	۱/۵۹	۱/۰۰۴	۲/۵۹	۱/۱۷

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های مقیاس شخصیت مرزی آزمودنی‌های گروه‌ها را در آزمون STB شامل ناامیدی، تکانشگری، و علائم تجزیه‌ای و بارانوئید وابسته به استرس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۴. آماره‌های استنباطی تحلیل کوواریانس شاخص‌های مختلف آزمون STB در گروه‌های

آزمایشی و گواه

آزمون STB	مجموع مجدورات	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
ناامیدی	۱۰۱/۴۹	۱۰۱/۴۹	۱۳۱/۶۴	۰/۰۰۰۰۲*	۰/۸
تکانشگری	۷۳/۲	۷۳/۲	۱۶۵/۸	۰/۰۰۰۰۱*	۰/۸۴
علائم تجزیه‌ای و پارانوئید وابسته به استرس	۱۴/۶۲	۱۴/۶۲	۳۰/۵۷	۰/۰۰۰۰۸*	۰/۴۹

* $P < 0.01$

df=۱

همان‌طور که نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، در تمام شاخص‌های مقیاس شخصیت‌مرزی شامل ناامیدی ($F_{(1,31)}=131/64, p=0/00002$)، تکانشگری ($F_{(1,31)}=165/8, p=0/00001$) و علائم تجزیه‌ای و پارانوئید وابسته به استرس ($p=0/00008$) میانگین نمرات پس‌آزمون گروه درمانی انسان‌گرایانه-وجودی در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافته است. میزان تأثیر این روش درمانی در کاهش ناامیدی ۰/۸، در تکانشگری ۰/۸۴ و در علائم تجزیه‌ای و پارانوئید وابسته به استرس ۰/۴۹ بوده است، بدین معنی که در ناامیدی ۸۰ درصد واریانس، در تکانشگری ۸۶ درصد واریانس و در علائم تجزیه‌ای و پارانوئید وابسته به استرس ۶۶ درصد واریانس نمرات در دو گروه ناشی از عضویت گروهی است. به‌طور کلی نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس حاکی از اثربخش بودن گروه درمانی انسان‌گرایانه-وجودی نسبت به فقدان درمان برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت‌مرزی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

برطبق یافته‌های این پژوهش، گروه‌درمانی انسان‌گرایانه - وجودی به صورت معناداری نسبت به گروه گواه بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی اثربخش‌تر بوده است. نتایج پژوهش حاضر مؤید نتایج پژوهشی هستند که در ایالات متحده انجام شد. در این پژوهش گروه‌درمانی انسان‌گرایانه - وجودی و شناختی - رفتاری به مدت ۲۰ هفته بر روی ۷۰ بیمار مرد مرزی اجرا گردید. نتایج حاصل از این پژوهش نشان دادند که هر دو درمان فوق در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی موثر بودند. در این بین درمان انسان‌گرایانه - وجودی نسبت به گروه گواه به طور معناداری اثربخش‌تر بود و نسبت به درمان شناختی - رفتاری از میزان اثر مشابهی برخوردار بود (والاس و همکاران، ۲۰۰۸).

خدایاری‌فرد و همکاران (۱۳۸۶) مطالعه‌ای را با هدف مقایسه میزان اثربخشی مداخله انسان‌گرایانه - وجودی فردی و گروهی در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام دادند. نتایج نشان دادند که اگرچه هر دو رویکرد «درمان گروهی» و «درمان فردی» بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی زندانیان مرد تأثیر دارد، اما اثربخشی درمان گروهی بیشتر از درمان فردی می‌باشد. بهروزی فر (۱۳۸۷) در مطالعه خود به مقایسه اثربخشی و روش گروه‌درمانی انسان‌گرایانه - وجودی و شناختی - رفتاری در افزایش عزت نفس زندانیان پرداخت. نتایج این مطالعه حاکی از این بود که هر دو رویکرد گروه‌درمانی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری در افزایش عزت نفس زندانیان مؤثر هستند. همسو با یافته‌های این مطالعه حسن‌آبادی (۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود به این دست یافت که گروه‌درمانی انسان‌گرایانه - وجودی در افزایش عزت نفس زندانیان به طور معناداری مؤثر است. لامبی^۲ (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود یک رویکرد انسان‌گرایانه - وجودی گروهی را در جلوگیری از رسودگی شغلی مشاوران ارائه می‌کند. نتایج این پژوهش نشان داد مشاورانی که از این رویکرد

انسان گرایانه در چارچوب کاری و شخصی خود سود می‌برند، انتظارات حرفه‌ای واقع‌بینانه‌تری دارند و مهارت‌های مقابله‌ای را افزایش داده و در نتیجه فرسودگی را در خود کاهش می‌دهند. یک تبیین احتمالی برای اثربخشی گروه درمانی انسان گرایانه- وجودی تأکید بر روابط فرد با خود، دیگران و محیط است. چنانکه رابطه‌ی فرد با خود در فرایند درمان به او کمک می‌کند تا در زندگی خود معنا و مفهومی یافته و از ناامیدی رها گردد (شارف، ۱۳۸۱). تلقین و حفظ امید در این درمان حیاتی است. امید نه تنها مراجع را برای ماندن در درمان ترغیب می‌کند، بلکه ایمان در این درمان می‌تواند به تنهایی از نظر درمانی مؤثر باشد. یک پیامد مثبت در روان درمانی به احتمال بیشتر زمانی رخ می‌دهد که مراجع و درمانگر انتظارات مشابهی از درمان دارند. یکی دیگر از ابعاد مهم فرایند گروه درمانی انسان گرایانه- وجودی شامل آزاد کردن توانایی‌های بالقوه‌ی شناختی و خلاقیت فرد است که معمولاً با نظام‌های دفاعی در فرد سد می‌شود.

بیدار کردن قابلیت‌های فرد برای ادراک و پاسخ خلاق، او را قادر می‌سازد تا رابطه‌ی معنی‌داری را با دیگران تجربه کرده و درهای شناخت و درک ابعاد هستی‌شناسی وجود به روی او گشوده شود. این شناخت باعث می‌شود تا فرد از اضطراب موجود در وجود خود، یا وحشت نبودن رهایی یابد. درمان انسان گرایانه- وجودی با فراهم سازی شرایط ورود تک‌تک اعضای گروه درمانی به سطحی عمیق‌تر و وسیع‌تر از آگاهی، به فرد می‌آموزد که گریزی از آزادی و مسئولیت‌پذیری نبوده و با خود اضطراب را همراه می‌آورد. درمان وجودی به فرد کمک می‌کند تا با این اضطراب مقابله کرده، و به اعمالی پردازد که زمینه ایجاد یک وجود با ارزش را فراهم آورد (نوابی نژاد، ۱۳۸۳). از جمله تبیین‌های احتمالی دیگر برای اثر بخشی این درمان تأکید بر برقراری و حفظ روابط نزدیک با اعضای گروه می‌باشد که می‌تواند آنان را از تنهایی و گوشه‌گیری برهاند. بدین طریق فرد از دنیای خصوصی درون خودش رهایی یافته و در دنیای ارتباط با دیگران زندگی می‌کند. اضطراب و آشفتگی‌هایی که تحت تأثیر پیش‌داوری‌ها و تعصبات منفی در فرد شکل گرفته است، منجر به بروز افکار بدبینانه و پارانویید می‌شود.

رمانگر در این شیوه درمانی با مراجعان در یک مواجهه وجودی باز و شفاف ملاقات می‌کند. و نه تفسیر، نه ارزشیابی و نه قضاوت می‌کند، و اجازه بودن به دیگران می‌دهد؛ در نتیجه یگران، خود را در جوهره‌ی بودن، باز و آشکار می‌کنند، و آنچه را درک کرده‌اند، شفاف در میان می‌گذارند. این ویژگی‌ها به همراه پس‌خوراند بین فردی درست و دقیق از سوی درمانگر نیز سایر اعضای گروه منجر به کاهش علائم پارانوئید در زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌گردد.

آنچه در پایان جلسات گروه‌درمانی، قابل مشاهده بود احساس مثبت‌تر و رضایت بیشتر سبب به خود و اطرافیان بود. این احساس مثبت در تغییر رفتار اعضای گروه با سایر زندانیان و برخی موارد با پرسنل زندان مشهود بود. بازخوردهای خانواده برخی از اعضا در رابطه با تغییر رفتار آنها نیز تأیید کننده این ادعا بود. با توجه به نتایج این پژوهش، گروه‌درمانی انسان‌گرایانه - وجودی می‌تواند به عنوان شیوه‌درمانی انتخابی و مکمل برای سایر روان‌درمانی‌ها در جهت درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به کار گرفته شود.

منابع

- کبری، جواد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام علی. (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان دارویی بر علائم اضطراب و تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی. (۱۰): ۴-۲۳-۳۱۷.
- هروزی فر، جواد. (۱۳۸۷). مقایسه میزان اثر بخشی دو شیوه گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و اصالت وجود- انسان‌گرایانه بر عزت نفس زندانیان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه فردوسی مشهد.
- الاهنگ، حسن؛ وکیل زاده، سیدبهاالدین؛ دریس، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی فراوانی اختلال‌های شخصیت در مجرمین مرد زندانی شهرکرد (۱۳۸۶-۱۳۸۵). اندیشه و رفتار؛ (۸) ۳: ۲۱۱-۲۰۳.

حسن آبادی، حسین. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی سه شیوه گروه درمانی عقلانی-هیجانی، وجودی-انسان‌گرایانه و معنوی-مذهبی در افزایش عزت نفس زنان/انسان‌گرایانه-مشهد (پایان نامه دکتری). دانشگاه تربیت مدرس.

خداپوری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین؛ اکبری، سعید؛ غباری بناب، باقر؛ سهرابی، فرامرز؛ یونسی، سیدجلال. (۱۳۸۶). مقایسه میزان اثربخشی مداخله انسان‌گرایانه-وجودی فردی و گروهی در کاهش نشانگان روانشناختی زنان/انسان‌گرایانه. مجله علوم رفتاری؛ (۲): ۴: ۲۸۳-۲۹۰.

دلاور، علی. (۱۳۸۷). مبانی نظری و علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد. ص ۱۳۱.

سادوک، پنجامین؛ سادوک، جیمز. (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی، (ترجمه: حسن رفیعی؛ خسرو، سبحانیان). تهران: انتشارات ارجمند.

شارف، ریچارد. (۱۳۸۱). نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره. (ترجمه: مهرداد فیروزبخت). تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.

شاکری، جلال؛ حسینی، منیر؛ صادقی، خیراله؛ رشیدی، علی؛ مهدی نیا، علیرضا؛ آهن نورد، مینا. (۱۳۸۸). همه‌گیرشناسی اختلال شخصیت در زنان/انسان‌گرایانه مرتبط با مواد مخدر در زنان مرکزی کرمانشاه در سال ۱۳۸۵. مجله علمی پزشکی قانونی، (۱۳): ۳: ۱۶۲-۱۵۸.

شریفی، علی اکبر. (۱۳۸۱). هنجاریابی آزمون چند محوری میلیون ۳ در شهر اصفهان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه اصفهان.

فاتحی زاده، مریم السادات؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ اعتمادی، احمد؛ دلاور علی. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی دو شیوه رفتار درمانی جدالی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم مراجعان زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اصفهان. فصلنامه مطالعات روانشناختی، (۳-۴): ۷-۲۴.

محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سید محمدرضا؛ ملازاده، جواد. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۲۷ و ۲۸، ۷۵-۸۹.

نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۳). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی. تهران: انتشارات سمت.

- Aluja, A., Cuevas L., Garcia L. F., Zuckermans G. O. (2007). *Personality Mod. Predicts MCMI-III Personality Disorder*. *Personality Individual Difference* (42):1311-1321.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington DC: Author: 706-710.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Lambie, G. W. (2006). *Burnout Prevention: A Humanistic Perspective and Structure Group Supervision Activity*. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*. (45)1:32-44.
- Linehan, M. (2010). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Martins, G., Newcamp C. (1998). *Psychometric Properties of the long and short versions of the Existential Group therapy*. *Group Therapy Research*. (25):137-147.
- Mary, R. (1973). *Implementation of outpatient Existential therapy for borderline personality disorder: A randomized trial*. *Human Research and Therapy*. (11):961-973.
- McCullough, J. (2008). *Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Newcamp, C. (2009). *Existential & Humanistic Group therapy of DSM-IV-TI personality disorder*, New York: Routledge.
- Newcamp, C., Hamilton M. (2008). *Mental disorders and request for psychological intervention in a humanistic approach*. *International Journal of Psychotherapy and Psychiatry*. (31)447-450.
- Oldham, J. M., Gabbard G. O., Goin M. K., Gunderson J., Soloff P., Spiegel D., & et al (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. *Supplement American Journal of Psychiatry*. 158:1-52.
- Robertson, J., Kanler, H., Hantell, S., Tennen, H., Poling, J., Triffeman, E. (1994). *Existential issues and therapies*. New York: Routledge.
- Rostkin, M., Chilly, B., Shoverman, H. (2001). *Personality disorders and humanistic existential psychotherapy*. *Psychiatry Quarterly*. (73)4:337-349.
- Valas, L., Carpoo, M., Benck, T., Zavinsky, M. (2008). *Personality disorders in the general population: defined prevalence as related to sociodemographic profile*. *Personality Individual Differences*. (30):311-320.
- Yalom, I. D., Shoverman, H. (2006). *Group Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.
- Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2009). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.

