

اثربخشی گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی بر کاهش ناامیدی،
تکانشگری و علائم پارانوئیدی و تعزیه‌ای 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 وصول: ۸۹/۴/۱۳ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

چکیده

پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که بررسی مشکلات روانی زندانیان و ارائه خدمات در 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



که^۱، اسکیزوفرنی شیوه‌نوییک^۲، منش بسیکوتیک^۳ و شخصیت بی ثبات از نظر هیجانی خوانده‌اند. در ICD-10 این اختلال با نام اختلال شخصیت هیجانی بی ثبات نامیده شده است (سادوک و سادوکی، ۱۳۷). طی مطالعات انجام شده در داخل کشور شروع این اختلال زندان‌ها از ۹۴۶ درصد (پلاهنجک، وکیل زاده و دریس، ۱۳۸) تا ۳۵۷ درصد (شاگرد علی‌کاران، ۱۳۹) ذکر شده است.

برخی از مبتلایان در یک یا بیشتر حوزه‌ها آسیب رسان و تکائشی هستند، مثل مسئولیتی، ولخرجرجی، قماربازی، درگیری در رفتارهای جنسی نامالم، سوء مصرف مواد یا الک بی‌بالانی در رانندگی، آسیب زدن به خود و رفتارهای مکرر خود کشی، رُست ها یا اقدام خودکشی. بی ثباتی های خلقی و عاطفی از دیگر خصیصه های شایع این اختلال هستند (کیری، آقامحمدیان و قربی هاشم آبادی، ۱۳۸). برخی از بیماران تتجیه خشم مبتلایان مشکلاتی در زمینه کنترل خشم دارند. ممکن است از کوره در بروند، احساس دلله خشم کنند، آشفته‌گاهی کلامی و قربی هاشم آبادی است که بیماران مبتلای به اختلال شخصیت مرزی به طور مکرر با مبالغ ویژگی ها باعث شده است که بیماران مبتلای به اختلال شخصیت مرزی این و قربی هاشم آبادی

قابلی دچار مشکل شده و مرتکب جرم شوند. (کیری، آقامحمدیان و قربی هاشم آبادی
وازمه‌های کلیدی: گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی، اختلال شخصیت مرزی، زندانیان.
و ازمه‌های دیگر: درمانی انسان گرایانه - وجودی، اختلال شخصیت مرزی، زندانیان.

مقدمه
اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از ۱۰ طبقه اختلال های شخصیت می باشد. راهنمای

اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از ۱۰ طبقه اختلال های شخصیت می باشد. راهنمای

تشخصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپردازی آمریکا (DSM-IV-TR)، این اختلال

را به این صورت توصیف می کند: یک الگوی فرآگیر بی ثباتی در روابط بین فردی و

خودنگاره و خلق و خودی کاوشگره مشخص که در اوایل دوره بزرگسالی شروع شده و در

محیطها و موقعیت‌های مختلف ظهور می کند (تججن روان‌پردازی آمریکا، ۲۰۰۰).

بیماران مبتلای به اختلال شخصیت مرزی در مرزین نوروز و بسیکوز قرار گرفته و با بی ثباتی فوق العاده

علطفه، خلق و رفتار مشخص می شوند. این اختلال را اسکیزوفرنی سریائی^۲، شخصیت انگار

جهیت عادی، ضرورت توجه به روان درمانی برای این افراد ییش از بیش مشخص می شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی زندانیان می باشد. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۴ نفر زندانی مرد بود که به شیوه نموده گیری تصادفی از بین ۱۰ نفر زندانی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی زندان مرکزی شهرستان بجنورد انتخاب شدند. این افراد این پژوهش عبارت بودند از: مسمن ویراست پرسنلیه چند محوری بالینی میلان (MCMI-III)، مقیاس شخصیت مرزی (STB) و

محاجه بالینی - ساختار یافته (SCID) (DSM-IV-TR). نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین علایم تالیدی، نکاشن گری و علام پارانوئیدی و تجزیه‌ای وابسته به استرس در گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی نسبت به گروه گواه به طور ممتازداری کاهش بیندازد اگرde است. بر طبق نتایج این پژوهش گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی می تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی جهت درمان افراد مبتلای به اختلال شخصیت مرزی به کار گرفته شود.

مقدمه
اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از ۱۰ طبقه اختلال های شخصیت می باشد. راهنمای

تشخصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپردازی آمریکا (DSM-IV-TR)، این اختلال

را به این صورت توصیف می کند: یک الگوی فرآگیر بی ثباتی در روابط بین فردی و

خودنگاره و خلق و خودی کاوشگره مشخص که در اوایل دوره بزرگسالی شروع شده و در

محیطها و موقعیت‌های مختلف ظهور می کند (تججن روان‌پردازی آمریکا، ۲۰۰۰).

بیماران مبتلای به اختلال شخصیت مرزی در مرزین نوروز و بسیکوز قرار گرفته و با بی ثباتی فوق العاده

علطفه، خلق و رفتار مشخص می شوند. این اختلال را اسکیزوفرنی سریائی^۲، شخصیت انگار

هاشم آبادی، ۱۳۸۷؛ مک، کالو، ۱۴۰۰؛ یالگ و همکاران، ۱۴۰۹؛ فاتحی زاده، شفیع آباد اختنادی و دلاور، ۱۳۸۷). در مقابل درمان های انسان گرایانه - وجودی بر عالمی نامبلدی، علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس و اختلال‌های هویتی تأکید ورزیده (برای مثال ماری، ۱۹۷۳؛ رابرتسون و همکاران، ۱۹۹۴؛ روستکین، چیلی و شاورمن، ۱۹۹۵) نیوکمب و همیلتون، ۱۹۸۰؛ بارلو، ۲۰۰۸). علی رغم اثربخشی درمان های شناختی رفتاری بر اکثر اختلالات بر روی مسحور ۱ (بارلو، ۲۰۰۸) برای پیشتر مراجعت خصوصاً آن‌هایی که مسحور ۲ مبتلا به اختلالات شخصیتی موده اند این درمان پهندان مؤثر نبوده است. برای مثال بای وغیرین (۱۹۹۰) نشان داده‌اند بیمارانی که در زیر مجموعه اختلالات شخصیتی قرار می‌گیرند اغلب به درمان شناختی رفتاری سنتی پاسخ نمی‌دهند، و کار با آن ها با مشکلات زیادی رو رونت.

در این بیماران افکار و احساسات به دلیل دردناک بودن مورد انتخاب قرار می‌گیرند؛ علاوه با توجه به عصب و گستردگی الگوهای شخصیتی، مبتلایان به این اختلال در برابر هر گونه تعییری استادگی می‌کنند. به همین علت انعطاف ناپذیری و مقاومت در برابر درمان از مشخصه های اصلی تابلوی بالینی آن ها به شمار می‌رود (انجمن روانی‌شکی آمریکا، ۲۰۰۰). با این حال شوامدی وجود دارد که روان درمانی می‌تواند در کاهش علائم این بیماران موثر باشد.

1. Oldham and et al
2. dialectical behavior therapy
3. Linehan
4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
5. Cognitive Behavior Analysis System of Psychotherapy
6. McCullough
7. schema therapy
8. Young and et al
9. Cognitive-Behavior Therapy
10. existential-humanistic therapies
11. Mary
12. Robertson and et al
13. Martins and Newcump
14. Rostkin, Chilly and Shoverman
15. Yalom and Shoverman
16. Newcump and Thunhill

مرزی که به دلیل مشکلات قانونی زندانی می‌شوند، اغلب جزو زندانیان سابقه‌دار هستند. (اولدام و همکاران، ۲۰۱۰).

در زمینه‌ی مداخلات درمانی در مورد اختلال شخصیت مرزی نلاش های فراوانی در حیله دارو درمانی و روان درمانی انجام شده و به بیت رسیده است که از جمله درمان های روان شناختی رایج می‌توان به درمان های شناختی - رفتاری مانند؛ رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) (لینهان، ۲۰۱۰)، آگاهی پنهانی مبتنی بر شناخت درمانی^۴ (MBCT)، نظام روان درمانی تحلیل شناختی رفتاری^۵ (CBASP) (مک، کالو، ۲۰۰۸)، طرح‌واره درمانی^۶ (یانگ) و آبادی، ۱۳۸۷ و فاتحی زاده، شفیع آبادی، اعتمادی و دلاور، ۱۳۸۷) و قشری هاشم همکاران^۷، و درمان شناختی - رفتاری^۸ (اکبری، آقامحمدیان و قشری هاشم گرایانه، ۱۹۷۳؛ رابرتسون و همکاران^۹، ۱۹۹۴؛ مارتیز و نیوکمب^{۱۰}، ۱۹۹۸؛ رابرتسون، چیلی و شاورمن^{۱۱}، ۱۹۹۰؛ نیوکمب و همیلتون^{۱۲}، ۱۹۸۰؛ بارلو، ۱۹۸۰) اشاره کرد. با نگاهی به این پژوهش‌ها مشخص می‌شود که درمان های شناختی - رفتاری رایج عمدتاً به علاجی چون تکانشگری، رفتارهای خودآسیب و رسان و ادراک طرد در روابط بین فردی پرداخته‌اند (برای مثال؛ اکبری، آقامحمدیان و قشری

می کند تا این اضطراب مقابله کرده، و به اعماقی بوردازد که زمینه ایجاد یک وجود با ارزش را فراهم آورد. باگتال^۱ سه تکلیف مهم درمانی را به شرح زیر شناسایی می کند: ۱- به مراجعتی که در فرایند درمان با همه وجود حضور ندارند و تأثیر این مسئله خارج از درمان برای آنان محلودیت ایجاد می کند، کمک می نماید. ۲- از مراجعان در رویه رو شدن با اضطراب هایی که مدت های طولانی سعی در دوری کردن از آنها داشته اند، حمایت می کند. ۳- در دستیابی مراجuhan به تعريف جدیدی از خود و جهان، به گونه ای که با زندگی تماش خلاصه اتری ایجاد کنند، کمک می کند. به بیان دیگر، این درمان به مراجuhan کمک می کند تا به وجود امکانات دیگر که قبلاً هرگز آنها را شناسایی نکرده بودند، بی بیزند تا به کمک آنها بتوانند در شیوه بودن درجهان تعییرات لازم را ایجاد کنند (نوایی نژاد، ۱۳۸۳).

در این بین ققدان پژوهش هایی در زمینه اثر بخشی گروه درمانی انسان گرایانه- وجودی بر درمان اختلال شخصیت مزدی 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 کاملاً علاطم نایابی، تکانشگری و عالمی پارانوئیدی و تجزیه ای و ایسته به استرس در زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مزدی موثر است؟»

روش پژوهش

بررسی حاضر جزء دسته پژوهش های کاربردی و از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه است که در آن آزمودنی ها به شیوه نمونه گیری تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه جایگزین شدند. در این پژوهش علامت اختلال شخصیت مزدی به عنوان متغیر وابسته و گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده اند. جامعه آماری این پژوهش شامل پرسنل های پلیس بالامانع است. این راهی مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسنل های پلیس بالینی میباشد. میتوان این پرسنل را کلیه زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مزدی در زندان مرکزی

بسیاره باشند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مزدی در زندانها از زندانیان در زندانیان در زندان مرکزی شهرستان بجنورد مبتلا به اختلال شخصیت مزدی در زندانها از ۴۴/۴ درصد (پلاهنجک، وکیل زاده و دریس، ۱۳۸۷) تا ۱۳۷۸/۱۳٪ ذکر کردند، پیش بینی می شود ۳۰٪ از زندانیان را بسیاران مبتلا به اختلال شخصیت مزدی تشکیل دهند که این درصد معادل ۱۰ نفر از زندانیان در زندان مرکزی شهرستان بجنورد مبتلا به اختلال شخصیت مزدی تشکیل داده شدند. با توجه به آنکه براحتی هر گروه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است (دلاور، ۱۳۸۷)، بنابراین در این پژوهش به علت افت آزمودنی ها براحتی هر گروهها مذکور ۱۷ نفر و در مجموع ۳۴ نفر به صورت تصادفی مبتداه انتخاب و سپس این افراد، گروه های آزمایش و گروه جایگزین شدند. در این پژوهش با توجه به همبستگی هیئت نظراء پیش آزمون و پس آزمون در هر سه شاخص مقیاس شخصیت مزدی، متغیر پیش آزمون انتخاب شد و به منظور کنترل اثر آن روی نمره پس آزمون از آنها عوایان متغیر مادخته گر شناخته شد و به منظور کنترل اثر آن روی نمره پس آزمون از آنها تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. در این تحلیل، عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گواه) به عنوان متغیر مستقل و نمرات پس آزمون سه شاخص مقیاس شخصیت مزدی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده اند. پیش از این راهی تحلیل کوواریانس آزمون کولموگروف استرنوف جهت بروز پیش فرض نرمال بودن صورت گرفت که تاثیر نشان داد نمرات در دو گروه آزمایشی و گواه دارای توزیع نرمال است. همچنین بروای بروسی پیش آزمون و پس آزمایشی واریانس ها در متغیرهای وابسته از آزمون لوبن استفاده شد. تایلی نشان داد که پراکندگی نمرات در دو گروه آزمایشی و گواه یکسان و در ترتیب پیش فرض یکسانه واریانس ها برقرار است؛ بنابراین استفاده از تحلیل کوواریانس بالامانع است. این راهی مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسنل های پلیس بالینی میباشد. میتوان این پرسنل را کلیه زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مزدی در زندان مرکزی

(MCMI-III) می‌باشد.

اصلی دارد: SCID-II که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان پردازشکی (محور ۱ در M-IV) و SCID-II که اختلال‌های شخصیت (محور ۲ در TR) می‌بردند، و می‌گردید، اندازه گیری می‌گردید. این مقیاس برای بزرگسالان ۱۸ سال به می‌گفت. در این پژوهش جهت ارزیابی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرذی، از این می‌گفتند. در این پژوهش بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرذی، از این می‌گفتند. در این پژوهش ابتدا توسط اینارهای غربالگری ذکر شده، زنده‌لیان مبتلا به اختلالات شخصیت مرذی مشخص شدند؛ و پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه، متغیر پژوهش شامل درمان انسان گردید. وجودی برای گروه آزمایش اجرا گردید. شیوه گروه درمانی، از گرایانه و وجودی در قالب ۱۵ جلسه ۱/۵ ساعته و هفت‌تایی یک مرتبه برگزار گردید. پیش از

SCID-II استفاده شده است.

در این پژوهش ابتدا توسط اینارهای غربالگری ذکر شده، زنده‌لیان مبتلا به اختلالات شخصیت مرذی مشخص شدند؛ و پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه، متغیر پژوهش شامل درمان انسان گردید. وجودی برای گروه آزمایش اجرا گردید. شیوه گروه درمانی، از گرایانه و وجودی در قالب ۱۵ جلسه ۱/۵ ساعته و هفت‌تایی یک مرتبه برگزار گردید. پیش از

۳

گواه، درمانی صورت نگرفت و به جای آن هفت‌تایی یکبار جلسات خنثی (شمرنگاری) به ۱/۵ ساعت برگزار شد. بعد از اتمام جلسات درمانی آزمون میلیون ۴ برای بزرگسالان مدل‌آزمودنی، مجدداً بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ شده‌اند.

۱

مقیاس شخصیت مرذی (STB)

این مقیاس شامل ۱۸ ماده می‌باشد که به صورت به‌اخیر جواب داده می‌شود، جواب به نظره یک و جواب خیر نموده صفر می‌گیرد. هنگام تطبیق مقیاس STB با ملاک‌های DSM-IV-IR از متون معتر روان‌شناسی مرضی ۶ ماده دیگر به آن اضافه گردید تا تعریف IR را از اختلال شخصیت مرذی پوشش دهد. نایابین مقیاس STB دارای ۴۶ ماده می‌باشد. (داده‌های جلسه اول نیزین گروه درمانی انسان گردیده - وجودی، معوف قواعد و هنجارهای گروه، بعده این اضافه ۱۹-۳۴ جلسه دوم تغییر اضافاً به گذشگر با یکدیگر، تغییر اضافاً به صحبت درود مسائل شخصی خود جلسه سوم آموزش و تغییر بازخورد دادن اضافاً به یکدیگر، آموزش و تغییر اضافاً به گوش دادن (لعل به ۱۹-۳۴ کارش شده است) (محمدزاده، گودرزی، تقوی، ملزاده، ۱۳۸۴).

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

ابزاری جهت تشخیص گذاری براساس معیارهای DSM-IV-TR است. اجرای این مصاحبه نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر پیرامون پاسخ‌های مصاحبه شونده است. یکی از اهداف سازنده گذان این ابزار، طراحی مصاحبه‌ای بوده است که در عین ساختار یافگی، استفاده از آن برای مخصوصان بالینی ساده باشد. شایان ذکر است که SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپردازی مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار دو نسخه پرسنل شده از طرف اضافی تغییر و چند مقایسه آزادی و انتخاب، تئیین رابطه آزادی و انتخاب در زندگی اضافه، تغییر اضافی پیامد و قبول پیامد های آن

جدول شماره ۲ فراوانی و درصد آزمودنی های هر گروه را به ترتیب تحقیقات می پوشست تاها نشان می دهد. همان طور که در جدول مشاهده می گردید هر گروه از ۶۰۰۰ نفر

از مابینی و کوه های نظر وجود داشتند.

جلسه نهم	تحليل وجودی مسوولیت پذیری و عدم مسوولیت پذیری، تغییر اعضا به پذیرش مسوولیت، نسبت به خود
جلسه دهم	تحلیل وجودی احترام به خود و نقش آن در روابط بین فردی، بحث گروهی اعضا درباره مزمان پذیرش و اظراف آن و زندگی
جلسه هفدهم	خود، تعریف کو اعضا بر وزیریکی هایی مشتبه و جزوی خود و بیان آنها در گروه

卷之三

جدول ۲۰: میانگین و پراکنده استاداره علمی کرد کروههای مختلف از موئی

STB آزمون M SD M SD

سازمانی از این سه مجموعه از آنها می‌باشد.

نگاشتگری زبان آذربایجانی

مکالمہ ایک دوسرے کے ساتھ ادا کرنے والے کا نام
 مکالمہ کا مطلب اسی کا ہے کہ ایک دوسرے کے ساتھ
 ادا کرنے والے کا نام

مکالمہ پڑھنے والوں کی

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های مقیاس شخصیت

رودی-ی کوچک را بر سر انسان نمایمی، ناسختری، و عالم بجزیره

پیار انوئید وابسته به استرس در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

یافته‌های پژوهش
به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس استفاده شد
که نتایج در زیر ارائه می‌شود.

جدول ۲. فراوانی و درصد آزمودنی های هر گروه

پایه تحصیلی وضعیت ناهم

مذکورهای جمهیت شناختی

بایه تحصیلی
وضعیت ناهم

卷之三

بایه تحصیلی

وضعيت تأهل

مذکور های جمهوری شناختی

جدول ۶. آمارهای استنباطی تحلیل کوواریانس مشاهدات های مختلف آزمون STB در گروه های تکاشگری و پارتوپند

آزمایشی و گروه		آزمون		STB		متغیر		سطح معناداری		ضریب اتا		F		متغیرگن		آزمون	
تکاشگری		۷۳۲		۱۱۱۴۹		۱۰۱۳۹		۰/۱۱۴۹		۰/۱۱۴۹		۰/۱۸		۱۳۱۶۴		۰/۱۰۰۰۷	
علائم تجزیه ای و پارتوپند		۱۶۵۸		۰/۱۰۰۰۱		۰/۱۰۰۰۱		۰/۱۰۰۰۱		۰/۱۰۰۰۱		۰/۱۸۴		۰/۱۰۰۰۱		۰/۱۰۰۰۸	
واسطه به استرس		۱۶۴۲		۰/۱۰۰۰۸		۰/۱۰۰۰۸		۰/۱۰۰۰۸		۰/۱۰۰۰۸		۰/۱۰۹		۰/۱۰۰۰۸		۰/۱۰۰۰۸	

*P<0.01

df=1

بر طبق یافته های این پژوهش، گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی به صورت معناداری نسبت به گروه گواه بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی اثربخش تر بوده است. نتایج پژوهش به حاضر مؤید نتایج پژوهشی هستند که در ایالات متحده انجام شد. در این پژوهش گروه گروه گرایانه - وجودی و مشناختی - رفتاری به مدت ۲۰ هفته بر روی ۷۰ بیمار مرزی ایام گردید. نتایج حاصل از این پژوهش نشان دادند که هر دو درمان فرق در کاهش علایم اخلاقی، شخصیت مرزی موثر بودند. در این بین درمان انسان گرایانه - وجودی نسبت به گروه گروه گرایانه - رفتاری از میزان اثر مشابهی بیشتر داشت.^{۱۶}

طور معناداری اثربخش تر بود و نسبت به درمان مشناختی - رفتاری از میزان اثر مشابهی بیشتر داشت.^{۱۷}

بود (والاس و همکاران، ۲۰۰۸).

خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۶) مطالعه ای را با هدف مقایسه میزان اثر پیشی مداخله ای،^{۱۸} گرایانه - وجودی فردی و گروهی در کاهش مشناخته ای روان شناختی زندانیان مبتلا به ایجاد^{۱۹} شخصیت مرزی انجام دادند. نتایج نشان دادند که اگرچه هر دو رویکرد درمان گروه ۰/۱۴^{۲۰} «درمان فردی» بر کاهش مشناخته ای روان شناختی زندانیان مرد تأثیر دارد، اما اثربخشی^{۲۱} گروهی بیشتر از درمان فردی می باشد. بهروزی فر (۱۳۸۷) در مطالعه خود به مقایسه افراد^{۲۲} گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است. میزان تأثیر این روش درمانی انسان گرایانه - وجودی در مقایسه با^{۲۳} گروه گواه درمانی انسان گرایانه - وجودی و مشناختی - رفتاری در افرایش عرضت^{۲۴} زندانیان پوداخت. نتایج این مطالعه حاکی از این بود که هر دو رویکرد گروه درمانی در مقایسه^{۲۵} زندانیان معنی که در نایابیدی^{۲۶} و در علائم تجزیه ای و پارتوپند^{۲۷} وابسته به استرس ۰/۱۶^{۲۸} در تکاشگری^{۲۹} ۰/۱۸^{۳۰} بوده است، بلین معنی که در نایابیدی^{۳۱} درصد واریانس و در علائم تجزیه ای و پارتوپند^{۳۲} وابسته به استرس ۰/۱۶^{۳۳} در تکاشگری^{۳۴} ۰/۱۸^{۳۵} بودن^{۳۶} گروهی است. به طور کلی نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس حاکی از اثربخش بودن^{۳۷} گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی نسبت به قدان درمان برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت^{۳۸} نیز در پژوهش خود یک رویکرد انسان گرایانه - وجودی گروهی را در جلوگیری از فرسودگی شفافی مشارک ارائه می کند. نتایج این پژوهش نشان داد مشاورانی که از این رویکرد^{۳۹} مرزی می باشد.

درمانگر در این شیوه درمانی با مراعجان در یک موایجه و وجودی باز و شغاف ملاقات می‌کند. او نه تفسیر، نه ارزشیابی و نه قضاوت می‌کند، و اجراه بودن به دیگران می‌دهد؛ در نتیجه دیگران، خود را در جوهره بودن، باز و آشکار می‌کنند، و آنجه در کرد که درمانگر میان می‌گذارند. این ویژگی هایه همراه پس خواراند بین فردی درست و دقیق از سوی درمانگر و نیز سایر اعضای گروه منجر به کاهش علائم پارانویید در زندانیان متلا به اختلال شخصیت می‌گردد.

آنچه در پایان جلسات گروه درمانی، قابل مشاهده بود احساس مثبت تو و رضایت پیشتر نسبت به خود و اطرافیان بود. این احساس مثبت در تغییر رفتار اعصابی گروه با سایر زندانیان و در روان درمانی به اختلال پیشتر زمانی رخ می‌دهد که مراجح و درمانگر انتظارات مشابهی از درمان دارند. یکی دیگر از ابعاد مهم فرایند گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی شامل آزاد کردن توانایی هایی بالقوه شناختی و تعلیماتی با نظام های دفاعی در فرد تغییر رفتار آنها نیز تأیید کننده این ادعا بود. با توجه به تبیّح این پژوهش، گروه درمانی انسان گرایانه - وجودی می‌تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی و مکمل برای سایر روان درمانی ها در جهت درمان افراد متلا به اختلال شخصیت مزدی به کار گرفته شود.

منابع

بیدار کردن قابلیت های فرد برای ادراک و پاسخ خلاق، او را قادر می سازد تا رابطه معنی داری را با دیگران تحریج کرده و در های شناخت و در کی ابعاد هستی شناسی وجود به روی او گشوده شود. این شناخت باعث می شود تا فرد از اضطراب موجود در وجود خود، یا وحشت نبودن رهایی یابد. درمان انسان گرایانه - وجودی با فراهم سازی شرایط ورود تک تک اعصابی گروه درمانی به سطحی عمیق تر و وسیع تر از آگاهی، به فرمی آموزد که گزینی از آزادی و شخصیت پذیری نبوده و با خود اضطراب را همراه می آورد. درمان وجودی به فرد کمک مسئولیت تاب این اضطراب مقابله کرده، و به اعمالی بیزاره که زمینه ایجاد یک وجود با ارزش را فراهم آورده (نوایی نژاد، ۱۳۸۷). مقایسه میزان اربعشی دو شیوه گروه درمانی شناختی - رفتاری و بهروزی فر جواد، (۱۳۸۷). از جمله تئین های احتمالی دیگر برای اثر بخشی این درمان اصالات وجودی - انسان گرایانه بر عوت نفس زندانیان (پایان نامه کارشناسی ارشد) دانشگاه فردوسی مشهد.

پالاهنگی، حسن؛ وکیل زاده، سیده هاله الدین؛ دریسان، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی فراوانی اختلالات و گوشیه گیری برهانه، بدین طریق فرد از دنیای خصوصی درون خودش رهایی یافته و در دنیای ارتباخ با دیگران زندگی می‌کند. اضطراب و آشتگی هایی که تجسس تاکثیر بیشتر داری ها و شخصیت در فرد شکل گرفته است، منجر به بروز المکار باشانه و یا اتفاقی می شود.

- Altua, A., Cuevas L., Garcia L. F., Zuckermann G. O. (2007). *Personality Model Predicts MCMI-III Personality Disorder*. Personality Individual Differences. (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.

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-TR 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.

Roskin, M., Chilly, B., Shoverman, H. (2001). *Personality disorders and humanistic-existential psychotherapy*. Psychiatry Quarterly. (73):337-349.

Valas, L., Carpool, M., Benckt, T., Zavinsky, M. (2008). *Personality disorders in the general population: defined prevalence as related to sociodemographic profile*. Personality Individual Differences. (30):311-320.

Vallom, 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.

حسن آبادی، حسین. (۱۳۸۱). برسی اثربخشی سه شمعه گرده درمانی عزلانی - هیجانی، وجودی - انسانی، گامهایه و معنوی - مذهبی در افزایش عزت نفس زنانهای زندهان مشهد (پایان نامه دکتری).

دانشگاه تربیت مدرس.

خندابلایی فرد، محمد، عابدینی، یاسمن؛ اکبری، سعید؛ غباری نسلب، باقر؛ سهیمی، قاسم؛ یوسفی، سید جمال (۱۳۷۶). معاشره میزان اثربخشی مداخله انسانگرایانه در جوهری فردی و کارهای دنیا. کاهش نشانگان روانسنجی زندانیان. مجله علوم رفتاری، ۲، ۵۹۰-۵۹۳.

رسید. حسن (۱۳۶۱).

سادوک، پنجمین؛ سادوک، جیمز. (۱۳۸۷). نخلاصه روانپردازی علم رفتاری روی پژوهشی باشیم؟

(ترجمه: حسن رفیعی؛ خسرو سبزواریان). تهران: انتشارات ارجمند.

سازیت) و پیشوند (.....) همچنین در مورد این امور مذکور شده است.

شاسکوری بیهاری، جسوسنی، بمنبر «اصداقی، خیر الہ؛ رشیدی)، علی؛ مهدی نیا، علیرضا؛ آهن نور، مینا (۱۳۸۸).

نه کمتر شناسی اختلال شناختی در زبان ایان مرتبط با مواد مخدر در زبان ایان مرکزی که ماسنجه در

سال ۱۳۹۰، مجله علمی پژوهشی قانونی (۲۴) به ۱۶۷-۱۶۸.

لاتهنیس زاده، مریم السادات؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ اعتمادی، الحمد؛ دلار علی. (۱۳۷۷). *متایس*.

البيهقي دو شیوه رفتار درمانی جمالی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم مراجعت زای (۳۰-۴-۷۶): ۷۴-۷.

مشهد لبه احتمال نسبتی میزد راه سفر بسیار است.

ساختار عاملی، روانی، پایام و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مزی (STB) در دانشجویان
دانشگاه شهید بهشتیه اصول بهداشت روانی. ۲۷ و ۲۸، ۱۹۸۷.

نیو یورک، شیکاگو، (۱۳۸۴)؛ نظریه های مشارکه و روابط بین‌الملل، پاریس.