

Effectiveness of Transference-focused Psychotherapy on Reflective Functioning and Symptomatology of the Borderline Personality Disordered patients

Khorianian, *M., Bakhshipour-Roudsari, A., Mahmoud-Alilou, M., Hashemi, T.

Abstract

Introduction: The present study aims to determine the effectiveness of a transference-focused psychotherapy (TFP) on reflective functioning (RF) and symptomatic reduction in clients with Borderline Personality Disorder (BPD).

Method: This applied research was a semi-experimental, single-subject A-B-A design. Among the clients with BPD who referred to Ibn-e-Sina Hospital in Mashhad, 3 persons, were selected by purposeful sampling, and were subjected to TFP for one year. Data were collected using (RFQ) and Borderline Personality Questionnaire (STB) in three stages of baseline, treatment and follow-up in 15 months.

Results: The findings revealed significantly increased RF total scores and decreased BPD symptoms in the treatment and follow-up stages. Reflective function of certainty has been significantly increased whereas no change detected for uncertainty. Further, a significant reduction in hopelessness and impulsivity observed, but this changes was not evident in paranoia and dissociation symptoms.

Conclusion: The one year TFP treatment could effectively increase the reflective functioning and create important structural and symptomatic changes in the BPD patients. Future research is required for deeper understanding of the treatment dimensions.

Keywords: transference-focused psychotherapy, reflective function, borderline personality disorder, dynamic psychotherapy.

اثربخشی روان‌درمانی انتقال‌محور بر کنش تأملی و کاهش نشانه‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

مهدی خوریانیان^۱، عباس بخشی‌پور رودسری^۲، مجید محمودعلیلو^۳،
نورج هاشمی^۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱۱

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی انتقال‌محور بر کنش تأملی و کاهش نشانه‌شناختی در مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت.

روش: هدف پژوهش، کاربردی و طرح آن نیمه‌آزمایشی، از نوع A-B-A بود. از میان مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی که به بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد رجوع کردند، ۳ نفر به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به مدت یک‌سال تحت روان‌درمانی انتقال‌محور قرار گرفتند. داده‌ها در سه مرحله‌ی خط-پایه، درمان و پیگیری طی ۱۵ ماه، با استفاده از پرسشنامه‌های کنش تأملی و پرسشنامه صفت اسکیزوئیدی (نسخه‌ی B) جمع‌آوری شد. برای تحلیل نتایج از شاخص‌های تحلیل دیداری، درصد بهبودی، اندازه اثر و تغییر پایا استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مراحل درمان و پیگیری، نمره‌ی کلی کنش تأملی، افزایش و نشانه‌های مرزی، کاهش معنادار داشت. شاخص اطمینان کنش تأملی، افزایش معنادار نشان داد، حال‌آنکه شاخص عدم‌اطمینان، تغییر معناداری نداشت. بعلاوه، شاخص‌های تحلیل بیانگر کاهش معنادار ناامیدی و تکانش‌گری بودند، منتها این تغییر برای نشانه‌ی تجزیه و پارانویا مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی انتقال‌محور می‌تواند در مدت زمان یک‌سال موجب افزایش کنش تأملی و تغییرات ساختاری و نشانه‌شناختی مهم در بیماران مرزی شود. پژوهش‌های بیشتر درخصوص ابعاد ژرف‌تر درمان نیاز است.

کلمات کلیدی: روان‌درمانی انتقال‌محور، تفکر تأملی، اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی پویایی.

مقدمه

موضوعی است، و هم برگرفته از مجموعه‌ای از اکتشافات و آثار تازه درباره‌ی نظریه‌ی ذهن^۷ و قصدمندی^۸ در روان‌شناسی تحولی و فلسفه ذهن است (۱۰). مطابق با دیدگاه فوناجی، کنش تأملی یا ذهنی‌سازی، تکلیفی تحولی است که ظرفیت و امکان تفسیر، استنباط و معنادار کردن حالات روانی (نظیر افکار، احساسات، انگیزه‌ها، مقاصد، امیال) و رفتار خود و دیگری را فراهم می‌سازد. این امکان به ویژه در مبتلایان به اختلال شخصیت به مخاطره می‌افتد و بازنمایی‌های خود و دیگری به نوعی دچار آمیختگی می‌شوند. از این رو، فراز و فرود این کنش می‌تواند در آسیب‌شناسی روانی نقشی تعیین‌کننده ایفا کند. در این میان می‌توان دو گونه ذهنی‌سازی را از یکدیگر متمایز نمود. گونه‌ی نخست را می‌توان ذهنی‌سازی ناچیز^۹، تفکر عینی یا روانی هم‌ارز^{۱۰} نامید، که بیانگر ناتوانی در توجه به مدل‌های پیچیده از ذهن خود و دیگری است و با آسیب‌پذیری نسبت به گستره‌ی وسیعی از اختلالات از قبیل اختلال شخصیت مرزی و اختلالات خوردن و افسردگی ارتباط دارد. گونه‌ی دوم، بیش‌ذهنی‌سازی^{۱۱} یا شبه‌ذهنی‌سازی^{۱۲} خوانده می‌شود که به معنی تولید بازنمایی‌های ذهنی از اعمال و اقدامات بدون شواهد تأییدکننده است. همچنین می‌توان آن را تمایل به ایجاد مدل‌های ذهنی از خود و دیگری در نظر گرفت که بیشتر بیانگر توصیفاتی بسیار مشروح و طولانی است که با واقعیت قابل مشاهده هیچ ارتباطی ندارند و یا ارتباط ناچیزی دارند (۱۱). تحقیقات آشکار ساخته است که کنش تأملی به شدت با کیفیت تعاملات بین فردی و روابط هیجانی بین کودک نوپا و مراقب مهربان^{۱۳} و با تأمل^{۱۴} بستگی دارد. فوناجی و همکاران در مطالعه‌ای که ارتباط مهارت ذهنی‌سازی والدین با الگوهای دلبستگی کودکان

اختلال شخصیت مرزی^۱ از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در موقعیت‌های روان‌پزشکی است (۱). این اختلال را می‌توان با تلاشی سراسیمه برای دوری از رهاشدگی وهمی یا واقعی، روابط بین فردی بی‌ثبات، آشفتگی هویت، تکانش-گری، رفتارها یا اندیشه خودکشی، تغییرپذیری هیجانی، احساس مزمن تهی‌بودن و ایده‌پردازی پارانوئیدی گذرا و مرتبط با استرس یا نشانه‌های تجزیه‌ای شدید توصیف کرد. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی در حدود ۱/۶ تا ۵/۹ برآورد شده است (۲)، در موقعیت بالینی نیز در حدود ۱۰ درصد مراجعان سرپایی روان‌پزشکی و ۱۵ تا ۲۰ درصد مراجعین بستری را این مراجعان تشکیل می‌دهند (۳)، ۷۵ درصد از تشخیص‌های اختلال شخصیت مرزی مربوط به زنان است (۲)، میزان بهبودی در آن، متغیر است و تعداد خیلی کمی از مراجعان به درمان‌های دارویی پاسخ می‌دهند (۴)، الگوهای مکرر ترک درمان، حضور نامنظم در جلسات روان‌درمانی، ناپیروی نافذ از تجویزات درمانی، سطح بالای رفتار شبه‌خودکشی^۲ که پیش‌بینی‌کننده‌ی اقدام به خودکشی است، ۸۴ درصد وقوع خودکشی (۵) و ۸ تا ۱۰ درصد خودکشی کامل (۲) که بیانگر نرخ کم‌بیش ۱۰ تا ۱۵ درصدی بیشتر مرگ‌ومیر در جمعیت عمومی است (۴)، از دیگر مشخصات مراجعان به اختلال شخصیت مرزی است. اختلال شخصیت مرزی سیری مزمن و مقاوم به درمان دارد (۳، ۶)، با این حال برخلاف تصورات موجود، درمان-ناپذیر نیست (۷). مطالعات نیز حاکی از اثربخشی^۳ و تاثیرگذاری^۴ برخی از انواع روان‌درمانی برای این گروه از مراجعان است (۸، ۹). با وجود این سازوکارهای تکوین و تداوم شخصیت مرزی، فرآیند تغییر درون مراجعان در خلال جلسات، و فنون خاص درمانی که باعث چنین تغییراتی می‌شوند، چندان مشخص نیست. به‌دیگرسخن، درخصوص فرآیندهای تغییر همچنان ابهاماتی وجود دارد (۱۰).

یک مفهوم شناختی-عاطفی-اجتماعی که در دهه‌ی گذشته در شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی به عنوان عاملی سبب‌شناسانه اهمیت فراوان یافته، کنش تأملی^۵ است. کنش تأملی را می‌توان تعریف عملیاتی ذهنی‌سازی^۶ به‌شمار آورد (۱۱). مفهوم یادشده، هم برآمده از فضای معرفت-شناسانه‌ی دیدگاه روانکاوانه، به‌ویژه نظریه‌های روابط

- 1- Borderline Personality Disorder
- 2- Parasuicidality
- 3- Efficacy
- 4- Effectiveness
- 5- Reflective Function / RF
- 6- Mentalization
- 7- Theory Of Mind
- 8- Intentionality
- 9- Hypo-Mentalizing
- 10- Concrete or Psychic Equivalent Thinking
- 11- Hyper-Mentalizing
- 12- Pseudo-Mentalizing Or Excessive Mentalizing
- 13- Benign
- 14- Reflective

نوپا را می‌سنجید، دریافتند که کنش تأملی رابطه‌ی بین ایمنی‌دل‌بستگی والدین و ایمنی‌دل‌بستگی کودک را در موقعیت ناآشنا در ۱۲ و ۱۸ ماهگی تعدیل‌گری می‌کند. یعنی والدین ناایمن با کنش تأملی بالا درمقایسه با والدین ناایمن با کنش تأملی پایین، بیشتر احتمال داشت که فرزندی با دل‌بستگی ایمن داشته باشند (۱۲). همراستا با این یافته، کلی و همکاران (۱۳) نیز نشان دادند که کنش تأملی مادر، واسطه‌ی رابطه‌ی بین رفتارهای نامعمول^۱ مادرانه (نظیر اشتباهاتی در رابطه‌ی عاطفی، آشفتگی مرزها و نقش‌ها^۲، مزاحمت^۳) و ایمنی‌دل‌بستگی در فرزندان است. همچنین فوناجی و همکاران (۱۴) تعامل بین تعرض^۴ و کنش تأملی را در نمونه‌ی بزرگی از مراجعان بستری روانپزشکی بررسی نمودند. آنها دریافتند که بین مراجعانی که گزارش تعرض داده بودند، همان‌ها که نمره‌ی پایینی در کنش تأملی گرفتند، درمقایسه با آنهایی که کنش تأملی بالایی داشتند، احتمال بیشتری بود که تشخیص مرزی دریافت کنند. بنابراین چنین می‌نماید که کنش تأملی بالا، ضربه‌گیر احتمالی در برابر شکل‌یابی شخصیت مرزی در اشخاصی باشد که تجربه‌ی تعرض داشته‌اند. از سوی دیگر مشخص شده که فقدان انسجام/تمایز در بازنمایی‌های خود و دیگری با کاستی در ظرفیت کنش تأملی همراه است (۸). همچنین کنش تأملی یکی از سازوکارهای مفروض تغییر در روان‌درمانی انتقال‌محور^۵ است (۱۰).

روان‌درمانی انتقال‌محور از جمله درمان‌های اثربخش و تاثیرگذار در اختلال شخصیت مرزی به‌شمار می‌آید (۸، ۹). در تلاش‌های بالینی، داده‌هایی مبنی بر اثربخشی و تاثیرگذاری آن، هم‌تراز با درمان رفتاری‌جدلی^۶ و روان‌درمانی ذهنیت‌محور^۷ بدست آمده است (۹). بررسی‌های اخیر، تاثیرگذاری روان‌درمانی انتقال‌محور را در مقایسه با گروه کنترل (۱۵) و گروهی که درمان معمول (۱۶) دریافت کردند، برای مبتلایان به شخصیت مرزی نشان داده است. در مطالعه‌ی (۱۷) آشکار شد که روان‌درمانی انتقال‌محور رفتارهای خودتخریبی و ویژگی‌های آسیب‌زای شخصیت را کاهش می‌دهد. در مطالعه‌ی که ۱۰۴ زن با تشخیص شخصیت مرزی به مدت یک‌سال تحت روان‌درمانی انتقال‌محور بودند آشکار شد که درمان یادشده در کاهش میزان خودکشی، اقدام به خودکشی، شناسایی نشانه‌های اختلال

شخصیت مرزی، بستری شدن، میزان کناره‌گیری یا افزایش عملکرد عمومی، اثربخش است (۱۸). در مطالعاتی که به مقایسه‌ی سه‌ساله‌ی روان‌درمانی انتقال‌محور و طرحواره-درمانی پرداختند، اثربخشی درمان انتقال‌محور در کاهش علائم آشفتگی محرز بود، با این حال درمقایسه با طرحواره-درمانی، از نظر میزان کناره‌گیری از درمان بالاتر و از نظر اندازه‌ی اثر، پایین‌تر بود (۱۹، ۲۰). در یک تلاش پژوهشی جدیدتر که در آن از کنترل تصادفی استفاده شده بود، پژوهشگران به مقایسه‌ی یک‌ساله‌ی روان‌درمانی انتقال‌محور، درمان رفتاری‌جدلی و روان‌درمانی روان‌پویشی تعدیل‌شده‌ی حمایتی^۸ پرداختند، نتایج نشان داد هر سه نوع درمان، به میزانی متفاوت، در کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود عملکرد کلی و سازگاری اجتماعی (تغییرات نشانه‌ای) اثربخش بودند. روان‌درمانی انتقال‌محور و درمان رفتاری‌جدلی با بهبود تمایل به خودکشی^۹، روان‌درمانی انتقال‌محور و روان‌درمانی حمایتی با بهبود خشم^{۱۰} رابطه داشتند. همچنین دو درمان اخیر، هر کدام با جنبه‌هایی از کاهش تکانش‌گری همبسته بودند، اما تنها روان‌درمانی انتقال‌محور به‌طور معناداری پیش‌بین تغییر در بی‌قراری^{۱۱} و توهین کلامی و مستقیم^{۱۲} بود (۹). نظر به این که میانگین نمرات کنش تأملی در مراجعان گروه انتقال‌محور، و نه در رفتاری‌جدلی و حمایتی، افزایش داشت، کنش تأملی به منزله‌ی سازوکار تغییر در درمان مراجعان مرزی مفهوم‌سازی شد (۱۶). از این رو می‌توان بیان داشت فقط روان‌درمانی انتقال‌محور با تغییرات نشانه‌ای و ساختاری (کاهش خشم، پرخاشگری، تمایل به خودکشی و افزایش کنش تأملی) در ارتباط بوده است (۹). این یافته نیز با نتایج مطالعه‌ی لوی و

- 1- Atypical
- 2- Role/Boundary Confusion
- 3- Intrusiveness
- 4- Abuse
- 5- Transference-focused psychotherapy / TFP
- 6- Dialectical Behavior Therapy/ DBT
- 7- Mentalization-Based Psychotherapy/ MBT
- 8- Modified Psychodynamic Supportive Psychotherapy/ SPT
- 9- Suicidality
- 10- Anger
- 11- Irritability
- 12- Verbal and Direct Assault

تمایز یافته‌تر شوند (۲۲). همانطور که گفته شد کنش تأملی به‌عنوان یکی از سازوکارهای تغییر در روان‌درمانی انتقال-محور، از درمان‌های ساختارنگر نوپای پویایی برای اختلال شخصیت مرزی است. داده‌های تجربی نیز از اثربخشی و تاثیرگذاری این درمان پشتیبانی می‌کنند. ازسویی، باتوجه به بررسی‌های صورت گرفته توسط پژوهشگر، با در نظر گرفتن خطاهای احتمالی، غیر از یک پژوهش (که اثر درمان گفته شده را بر ساختار مراجعان شخصیت وابسته ارزیابی نموده)، پژوهشی در ایران که روان‌درمانی انتقال‌محور را بکار گرفته باشد، یافت نشد. از سوی دیگر، پژوهشی که به مطالعه‌ی اثربخشی یکی از گونه‌های روان‌درمانی بلندمدت بر کنش تأملی و نشانه‌های مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی بپردازد، مشاهده نشد. از این رو، باتوجه به موارد یادشده، می‌توان اهداف پژوهش حاضر را پرداختن به خلاءهای موجود دانست و آنها را به‌منزله‌ی نوآوری پژوهش پیش‌رو نیز به‌شمار آورد. درمجموع پژوهش دردست، بااین هدف صورت گرفت که تعیین کند آیا روان‌درمانی انتقال‌محور در افزایش کنش تأملی و کاهش نشانه‌های اختصاصی مراجعان مبتلا-به اختلال شخصیت مرزی تاثیرگذار است؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش، یک طرح تک آزمودنی از نوع A-B-A است. **آزمودنی‌ها:** جامعه‌ی آماری پژوهش، مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی بودند که در خرداد و تیر ماه ۱۳۹۶ به بیمارستان ابن‌سینا در شهر مشهد مراجعه کردند. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳ نفر مطابق با ملاک‌های ورود و خروج زیر انتخاب شدند: (۱) دارابودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی براساس الف) تشخیص روانپزشک ب) نمرات مراجع در پرسشنامه‌ی شخصیت مرزی بود؛ (۲) عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی دست‌کم به مدت ۲ ماه پیش‌از ورود به پژوهش؛ (۳) عدم مصرف داروهای روانپزشکی مرتبط با تشخیص دست‌کم به مدت ۲ ماه پیش‌از ورود به پژوهش؛ (۴) داشتن سن دست‌کم ۲۰ و دست‌بالا ۴۰ سال؛ (۵) داشتن حداقل تحصیلات دیپلم.

همکاران (۱۶) که بهبودهای ساختاری را مختص روان‌درمانی انتقال‌محور می‌دانند، همراهی است. روان‌درمانی انتقال‌محور، نوعی درمان روان‌پویانه‌ی تعدیل‌شده‌ی ساختارمند است. درمان یادشده برگرفته از نظریه‌های روابط موضوعی در مورد سازمان شخصیت مرزی^۱ است (۲۱). مشابه با درمان رفتاری جدلی و ذهنیت-محور، این درمان نیز درباره‌ی سبب‌شناسی شخصیت مرزی دارای صورت‌بندی خاص خود است. کرنبرگ سازمان شخصیت را متشکل از جفت‌های روابط موضوعی^۲ و عاطفه‌ی ملازم آنها می‌داند. باتوجه به تعامل عوامل سرشتی و محیطی، براین باور است که مراجع مرزی، تاحدی به‌سبب هیجان‌های منفی به‌ویژه پرخاشگری، دشواری‌هایی در یکپارچه نمودن بازنمایی‌های مجزا از خود/دیگری دارد. بازنمایی‌های آرمانی/مثبت در اقدامی دفاعی و محافظتی، با استفاده‌ی ناخودآگاه از سازوکار دوپاره‌سازی، از بازنمایی‌های منفی و پرخاشگرانه جدا شده و بازنمایی‌های قطبی، تک‌بعدی و چندپاره از خود/دیگری پدید می‌آیند. از همین روی، در تنظیم هیجان و هویت اشکالاتی به وجود می‌آید و به‌دنبال آن، استفاده از سازوکارهای دفاعی بدوی (نظیر همانندسازی فرافکن، انکار، آرمانی‌سازی و خوارشماری و کنترل همه‌توان) فزونی می‌یابد (۲۲)، چراکه ناپایداری هیجانی در ایجاد ادراک‌های ثابت از خود/دیگری تداخل ایجاد می‌کند (۲۳). روان‌درمانی انتقال‌محور در تلاش است تا با استفاده از محیطی ساختارمند و معاهده‌ی درمانی، به‌همراه استفاده از فنون شفاف‌سازی، مواجهه و تعبیر در رابطه‌ی اینجا و اکنون انتقال، نخست هیجان‌های آشوبناک و تندوتیز مراجع را تحمل کند^۳. سپس با حفظ موضوعی غیرقضاوتی و خنثی، فضایی برای تأمل مراجع بر بازنمایی‌ها و تجسم‌های ارتباطی یا همان الگوهای دلبستگی خود فراهم سازد. این کار ابتدا، در فضای انتقالی در رابطه با درمانگر، و سپس در حوزه‌ی وسیع‌تر با سایر اشخاص مهم زندگی مراجع رخ می‌دهد. بدین ترتیب آنها را هرچه بیشتر به‌صورت ابعادی، چندوجهی، کلی‌تر و بافتاری می‌نگرد. بنابراین، انتظار می‌رود با رشد فزاینده‌ی کنش تأملی، در تعامل ایمن و امن با درمانگری تأمل‌گرا، استفاده از دفاع‌های دوپاره‌ساز و اولیه کاهش یابد و بازنمایی‌ها به گونه‌ای مناسب یکپارچه‌تر و

1- Borderline Personality Organization / BPO
2- object relations dyad
3- contain

است. پایه‌ی نظری این پرسشنامه بر پژوهش‌های نظری کرنبرگ استوار است. این پرسشنامه به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی، توسط لیچسنرینگ ساخته شده است. همچنین در پرسشنامه‌ی یادشده به‌گزینه‌ی بلی، نمره یک و به‌گزینه‌ی ی خیر، نمره صفر اختصاص می‌یابد (۲۵). این مقیاس الگوهای مقوله‌ای و ابعادی شخصیت مرزی را با هم ادغام نموده، و مقیاس‌هایی برای سنجش پراکندگی هویتی، سازوکارهای دفاعی اولیه، واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده و ترس از صمیمیت را شامل می‌شود. همچنین برپایه‌ی ۲۰ سوال متمایزکننده‌ی پرسشنامه، نقطه‌ی برش (نمره ۱۰ از ۲۰ نمره) در نظر گرفته شده است. لیچسنرینگ در پژوهش خود آلفای کرونباخ برای مولفه‌های این آزمون را در دامنه‌ی ی بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱، و پایایی بازآزمون را بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش نمود که مبین همسانی درونی هستند (۲۵). فوناجی و همکاران (۱۱) نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۱ را گزارش نمودند که حاکی از همسانی درونی قوی است. در تحقیق یادشده، آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی، ۰/۸۹ و بالینی، ۰/۹۴ بود که مبین پایایی بسیار خوبی است. اعتبار همزمان این مقیاس ۰/۷۰، همبستگی کل مقیاس‌ها با یکدیگر ۰/۷۱ و ۰/۸۰ و سه نوع پایایی بازآزمایی، تنصیفی و همسانی درونی در جامعه‌ی ایرانی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ است (۲۶). لازم به‌گفتن است که دو سوال آخر پرسشنامه‌ی اصلی از آنجاکه در هیچ‌یک از طبقات موردنظر قرار نگرفتند، در هنجاریابی ایرانی پرسشنامه حذف شدند (۲۶). در پژوهش حاضر، از این پرسشنامه فقط برای غربال مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی استفاده شد.

۳- پرسشنامه صفت اسکیزوئیدی (نسخه‌ی B): پرسشنامه شخصیت مرزی دارای ۲۲ سوال است. در نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌خیر، صفر و بلی، یک اختصاص می‌یابد. این پرسشنامه سه عامل ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس را بررسی می‌کند. جکسون و کلاریچ (۲۷) ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۶۱ گزارش

همچنین ملاک‌های خروج مشتمل موارد زیر بود: ۱) داشتن علائم روان‌پریشی برجسته و افکار خودکشی غیرقابل کنترل؛ ۲) داشتن اختلالات هذیانی یا سایر اختلالات شناخت؛ ۳) وجود تغییرات شخصیتی گذرا، ناشی از وضعیت‌های پزشکی یا سوء مصرف مواد؛ ۴) وجود سوء مصرف فعال هر گونه مواد در زمان ورود به پژوهش؛ ۵) تشخیص اختلال دوقطبی و سایر اختلالات شخصیت به‌ویژه خوشه-B (اختلال شخصیت ضد اجتماعی، نمایشی و خودشیفته) براساس نظر روانپزشک. مراجعان عبارت بودند از: آقای ۳۱ ساله، دارای مدرک کارشناسی ارشد و مطلقه، خانم ۲۵ ساله دانشجوی دوره کارشناسی و مجرد و خانم وکیل ۳۷ ساله که مطلقه بود.

ابزار

۱- پرسشنامه‌ی کنش تأملی^۱: این پرسشنامه نوعی مقیاس غربالگری آسان اجرا و کوتاه است که کنش تأملی را می‌سنجد (۱۵) و در سه نسخه‌ی ۵۴، ۴۶ و ۸ آیتمی کنش تأملی را در لیکرتی ۷ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً مخالفم) درجه‌بندی می‌کند. مقیاس یادشده همچنین دارای دو خرده مقیاس اطمینان درباره‌ی حالات روانی^۲ و عدم اطمینان درباره‌ی حالات روانی^۳ است که با وضعیت‌های بالینی، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی، مرتبط‌اند. اعتبار سازه، ثبات عاملی، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این مقیاس، طی مطالعات سه‌گانه‌ای که توسط پدیدآورندگان پرسشنامه صورت گرفته، رضایت‌بخش تا عالی ارزیابی شده است (۱۱). مقیاس نام‌برده با مقیاس‌هایی که سازه‌هایی همچون ذهن‌آگاهی و دیدگاه‌گیری را می‌سنجد، همبستگی مثبت بالایی دارد. خرده مقیاس عدم اطمینان در این پرسشنامه با ویژگی‌های مرزی جمعیت بالینی و غیربالینی، شدت افسردگی و تکانشگری همبستگی مثبت دارد. خرده مقیاس اطمینان نیز، با شاخص‌های آسیب‌شناسی همبستگی منفی معناداری دارد. این یافته‌ها را مطالعات دیگر نیز تایید کرده‌اند (۲۴). در مطالعه‌ی حاضر، از این پرسشنامه جهت بررسی وضعیت کنش تأملی مراجعان مرزی استفاده شد.

۲- پرسشنامه شخصیت مرزی^۴: پرسشنامه شخصیت مرزی مقیاسی ۵۳ ماده‌ای است که از سازمان‌بندی شخصیت مرزی و نیز ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده

1- The Reflective Functioning Questionnaire / RFQ
2- Certainty About Mental States / RFQ_C
3- Uncertainty About Mental States / RFQ_U
4- Borderline Personality Inventory / BPI
5- Schizotypal Trait Questionnaire-B Form / STB

ملاقات شدند. داده‌های مربوط به مرحله‌ی درمان، دوبار با فاصله‌ی هر ۵ ماه از شروع درمان گردآوری شد. بعلاوه داده‌های مرحله پیگیری، ۲ ماه بعد از انتهای فرآیند روان‌درمانی انتقال‌محور جمع‌آوری شد. همچنین جلسات نظارت، زیر نظر دو روانکاو مقیم فرانسه و آلمان، هر هفته دوبار به صورت برخط [آنلاین] برگزار شد. این جلسات به صورت صوتی و گزارش‌های شفاهی هفتگی در اختیار ناظران قرار گرفت. بعلاوه، با رعایت ملاک‌های ناشناختگی، محرمانگی و خصوصی بودن اطلاعات مراجعان، موافقت ایشان برای شرکت در پژوهش در قالب رضایت آگاهانه‌ی کتبی دریافت شد.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های درصد بهبودی^۱، اندازه‌ی اثر^۲، تغییر پایا^۳ و تحلیل دیداری^۴ استفاده شد. درصد بهبودی به صورت زیر محاسبه می‌شود:

تفاضل میانگین خط‌پایه از دوره‌ی درمان و پیگیری تقسیم بر میانگین خط‌پایه نموده و حاصل در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شود. مقادیر بالای ۷۰ درصد مبین تأثیر بالای مداخله، بین ۵۰ تا ۷۰ درصد حاکی از اثربخشی متوسط و مقادیر کمتر از ۵۰ درصد نمایانگر عدم اثربخشی درمان است. برای محاسبه‌ی اندازه اثر از D کوهن استفاده شد که به شرح زیر محاسبه می‌شود:

تفاضل میانگین خط‌پایه از میانگین درمان و پیگیری بر انحراف استاندارد کل تقسیم می‌شود. مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص، اندازه اثر ۰/۴۱ را کوچک، ۱/۱۵ را متوسط و اندازه اثر ۲/۷ را بزرگ پیشنهاد کرده‌اند (۳۰).

تغییر پایا، لازمه‌ی تغییر معنادار بالینی است. در همین راستا، از شاخص تغییر پایا نیز در پژوهش حاضر استفاده شده است که به نحوی معناداری بالینی و آماری را باهم ترکیب می‌کند. این شاخص، جهت و میزان تغییر پایا را نیز نشان می‌دهد.

برای محاسبه‌ی این شاخص، تفاضل میانگین دوره‌ی درمان و پیگیری از میانگین خط‌پایه، تقسیم بر خطای استاندارد تفاوت می‌شود. برای آنکه شاخص نام‌برده از نظر آماری معنادار باشد، نتیجه‌ی آن بایست مساوی یا بزرگتر از ۱/۹۶ باشد، که نشان

کردند. همچنین راولینگز و همکاران (۲۸) ضریب آلفای ۰/۸۰ برای آن گزارش نمودند. اعتبار همزمان آن با مقیاس‌های روان‌رنجوری و روان‌پریشی در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است. تحقیقی هم که توسط شانکار (۲۹) روی مراجعان بالینی با تشخیص اختلال شخصیت مرزی صورت گرفته، اعتبار افتراقی و سازه‌ی پرسشنامه شخصیت مرزی را تایید کرده است. در ایران، ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله‌ی ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۸۴ و خرده مقیاس‌های ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه و پارانوئیدی به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰ گزارش شده است. ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس‌های ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه و پارانوئیدی به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۵۸ و ۰/۵۷ بودند. همچنین این پرسشنامه از اعتبار عاملی و افتراقی مطلوبی در ایران برخوردار است (۲۹). در این پژوهش، از این پرسشنامه برای بررسی نشانه‌های اختصاصی مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی استفاده شد.

روند اجرای پژوهش: پژوهشگر بعد از انجام هماهنگی‌های لازم، ملاک‌های ورود و خروج را به صورت مکتوب در اختیار روان‌پزشکان قرار داد. روان‌پزشکان مراجعان واجد شرایط را به پژوهشگر ارجاع دادند. سپس مراجعان یادشده، پرسشنامه‌ی BPI را به‌عنوان غربال‌گری اولیه بعد از تشخیص روان‌پزشک، زیر نظر پژوهشگر تکمیل نمودند. مراجعانی که مطابق با پرسشنامه نمره‌ی ۳۰ به بالا کسب کردند، انتخاب شدند. مراجعان انتخاب شده هر یک به‌طور جداگانه در جلسه‌ای یک ساعته با پژوهشگر دیدار نمودند که در آن اهداف پژوهشی شرح، و رضایت آگاهانه کسب شد. در همین جلسه، RFQ و STB توسط مراجعان به‌عنوان نخستین داده‌های خط پایه، تکمیل و جمع‌آوری شد. همچنین باتوافق دوجانبه بین پژوهشگر و مراجعان مقرر شد هر یک از مراجعان دو بار دیگر، هر ۱۰ روز یکبار، در کلینیک حضور یابند و برای بار دوم و سوم اطلاعات خط‌پایه را تکمیل نمایند. بعد از تکمیل اطلاعات خط‌پایه، مراجعان به صورت پلکانی وارد فرآیند روان‌درمانی انتقال‌محور شدند. لازم به ذکر است که سه مراجع دیگر با ویژگی‌های مشابه مراجعان اولیه انتخاب شدند و به صورت هم‌زمان وارد روند درمان شدند تا در صورت لزوم، جایگزینی صورت گیرد. مراجعان در طول یک‌سال، ۲ بار در هفته، شنبه‌ها و سه‌شنبه‌ها در جلساتی به مدت ۵۰ دقیقه

1- Percentage recovery / PR

2- Effect size / ES

3- Reliable change index / RCI

4- Visual analysis

نمره‌ی کل کنش تأملی در مراجع اول (۱/۱۲ و ۱/۰۴)، دوم (۰/۶۵ و ۰/۵۸) و سوم (۰/۸ و ۱/۲) است. همانگونه که مشاهده می‌شود درصدهای بهبودی، به جز کنش تأملی عدم-اطمینان، در مراحل درمان و پیگیری برای کنش تأملی اطمینان، بالا و برای نمره‌ی کل کنش تأملی بالاتر از متوسط است.

بعلاوه شاخص تغییر پایا در مراحل درمان و پیگیری، به ترتیب، برای کنش تأملی اطمینان در مراجع اول (۱۳/۷۷ و ۱۶/۳۸)، دوم (۱۳/۶۳ و ۱۶/۶۹) و سوم (۱۲/۶۲ و ۱۹/۵۶)، برای کنش تأملی عدم‌اطمینان در مراجع اول (۰/۰۹ و ۰/۶۳)، دوم (۳/۱۷ و ۳) و سوم (۱/۵۸ و ۰/۲۵) و برای نمره‌ی کل کنش تأملی در مراجع اول (۱۴/۵۲ و ۵/۲۳)، دوم (۹/۸۶ و ۳/۴۴) و سوم (۱۱/۸ و ۶/۸۵) است. همانطور که مشخص است شاخص‌های تغییر پایا در مراحل درمان و پیگیری به استثنای مراجع اول و سوم در کنش تأملی عدم‌اطمینان، در باقی موارد بالاتر از ۱/۹۶ است و از این رو می‌توان اظهار داشت که تغییرات نه تنها بزرگ بلکه پایدار نیز بوده‌اند و نتایج بدست آمده ناشی از اثر درمان است، و نه عوامل تصادفی و اتفاقی.

می‌دهد نتایج بدست آمده بیش از خطای اندازه‌گیری، ناشی از تغییر واقعی، عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است (۳۱).

جدول ۲) بیانگر نمرات مراجعان در کنش تأملی در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری، به ترتیب، برای کنش تأملی اطمینان در مراجع اول (۲/۰۴ و ۱/۷)، دوم (۲/۰۲ و ۱/۷۴) و سوم (۱/۸۷ و ۳/۰۲)، برای کنش تأملی عدم‌اطمینان در مراجع اول (۰/۰۶ و ۰/۴۸)، دوم (۲/۲۷ و ۲/۲۹) و سوم (۱/۱۴ و ۰/۱۹) و برای نمره‌ی کلی کنش تأملی در مراجع اول (۲/۱۶ و ۱/۷۳)، دوم (۱/۱۴ و ۱/۴۷) و سوم (۱/۷۶ و ۲/۲۶) است. آنچنان که پیداست اندازه‌های اثر در کنش تأملی اطمینان و نمره‌ی کل در مراحل درمان و پیگیری بالاتر از متوسط است، حال آنکه در کنش تأملی عدم‌اطمینان به‌جز مراجع دوم و مرحله‌ی درمان مراجع سوم، اندازه‌های اثر کوچک است.

مطابق با جدول ۱) شاخص درصد بهبودی در مراحل درمان و پیگیری، به ترتیب، برای کنش تأملی اطمینان در مراجع اول (۷/۳۷ و ۷/۶۱)، دوم (۵۱/۱۳ و ۵۴/۲۵) و سوم (۷۱ و ۹۵/۳۷)، برای کنش تأملی عدم‌اطمینان در مراجع اول (۰/۰۱ و ۰/۱۳)، دوم (۰/۳۲ و ۰/۴۵) و سوم (۰/۱۶ و ۰/۰۴) و برای

جدول ۱) کنش تأملی در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری

			F				B		A				
RCI	PR	ES	f ₁	RCI	PR	ES	b ₂	b ₁	a ₃	a ₂	a ₁		
۱۶/۳۸	۷/۶۱	۱/۷	۲/۴۱	۱۳/۷۷	۷/۳۷	۲/۰۴	۲/۴۸	۲/۲۱	-۰/۴۱	۰/۱	-۰/۳۳	RF-C	
۰/۶۳	۰/۱۳	-۰/۴۸	۱/۲۹	-۰/۰۹	-۰/۰۱	-۰/۰۶	۱/۴۸	۱/۵۳	۱/۴۴	۱/۱۳	۱/۸۹	RF-U	C1
۵/۲۳	۱/۰۴	۱/۷۳	۳/۷	۱۴/۵۲	۱/۱۲	۲/۱۶	۳/۹۶	۳/۷۴	۱/۸۵	۱/۳۸	۲/۲۲	TS	
۱۶/۶۹	۵۴/۲۵	۱/۷۴	۲/۲۱	۱۳/۶۳	۵۱/۱۳	۲/۰۲	۲/۳۴	۱/۸۳	.	.	-۰/۱۲	RF-C	RF
۳	۰/۴۵	۲/۲۷	۱/۱۵	۳/۱۷	-۰/۳۲	۲/۲۹	۱/۲	۱/۶۳	۲/۳۱	۱/۷۱	۲/۲۲	RF-U	C2
۳/۴۴	۰/۵۸	۱/۱۴	۳/۳۶	۹/۸۶	-۰/۶۵	۱/۴۷	۳/۵۴	۳/۴۶	۲/۳۱	۱/۷۱	۲/۳۴	TS	
۱۹/۵۶	۹۵/۳۷	۳/۰۲	۲/۵۷	۱۲/۶۲	۷۱	۱/۸۷	۲/۳۸	۱/۶۴	-۰/۰۳	-۰/۰۵	.	RF-C	
۰/۲۵	۰/۰۴	-۰/۱۹	۱/۹۶	۱/۵۸	-۰/۱۶	۱/۱۴	۱/۸۹	۱/۵۲	۲/۱۱	۱/۹۸	۲/۰۲	RF-U	C3
۶/۸۵	۱/۲	۲/۲۶	۴/۵۳	۱۱/۸۰	۰/۸	۱/۷۶	۴/۲۷	۳/۱۶	۲/۱۴	۲/۰۳	۲/۰۲	TS	

A: مرحله‌ی خط پایه؛ a₁, a₂, a₃: تعداد مشاهدات در مرحله‌ی خط پایه؛ B: مرحله درمان؛ b₁, b₂: تعداد مشاهدات در مرحله درمان؛ F: مرحله‌ی پیگیری؛ f₁: تعداد مشاهدات در مرحله‌ی پیگیری؛ RF: کنش تأملی؛ C_{1,2,3}: مراجع اول، دوم و سوم؛ RF-C: خرده مقیاس اطمینان؛ RF-U: خرده مقیاس عدم اطمینان؛ TS: نمره‌ی کل؛ ES: اندازه اثر؛ PR: درصد بهبودی؛ RCI: شاخص تغییر پایا

در نمودارهای ۱، ۲ و ۳) آشکار است که خطوط روند کنش تأملی اطمینان و نمره‌ی کل، بعد از آخرین ارزیابی مرحله‌ی خط پایه (نقطه‌ی ۳)، در اولین ارزیابی از دوره‌ی درمان (نقطه‌ی ۴) افزایش چشمگیری نشان می‌دهد. این افزایش

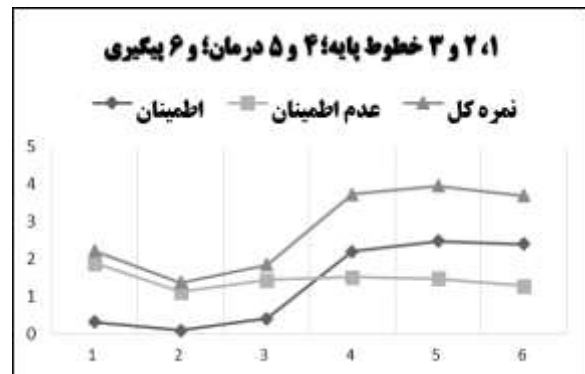
برای متغیرهای نام‌برده در ارزیابی‌های بعدی (نقاط ۵ و ۶) نیز، کم‌وبیش حفظ و حتی کمی فزونی یافته است. این درحالی است که تغییرات در کنش تأملی عدم‌اطمینان، غیراز مراجع دوم (که به ویژه از نقطه‌ی ۵ تغییر محسوسی نشان

(۱/۸۵ و ۱/۶۳)، دوم (۲/۰۱ و ۱/۶۳) و سوم (۱/۴۵ و ۲/۰۷)، برای تجزیه‌وپارانشی در مراجع اول (۰/۹۲ و ۰/۵۴)، دوم (۰/۷۹ و ۰/۸۱) و سوم (۱/۷۱ و ۱/۳۴) و برای نمره‌ی کل نشانه‌های اختصاصی در مراجع او (۱/۸۲ و ۱/۶۳)، دوم (۱/۶۲ و ۱/۵۲) و سوم (۱/۹۶ و ۲/۲۲) است. همان‌طور که پیداست اندازه‌های اثر در ناامیدی، تکانشگری و نمره‌ی کلی نشانه‌های مرزی بالاتر از متوسط است، این درحالی است که درمورد نشانه‌ی تجزیه‌وپارانشی، غیراز مراجع سوم با اندازه‌ی اثر بالاتر از متوسط، با اندازه‌های اثر کوچکی مقابل هستیم.

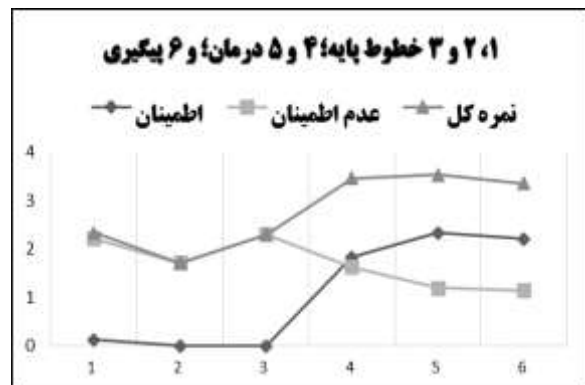
مطابق با جدول (۳) شاخص درصد بهبودی در مراحل درمان و پیگیری، به ترتیب، برای ناامیدی در مراجع اول (۰/۶۳ و ۰/۵۵)، دوم (۰/۴۰ و ۰/۴۰) و سوم (۰/۷۸ و ۰/۷۰)، برای تکانشگری در مراجع اول (۰/۶۱ و ۰/۵۶)، دوم (۰/۷۵ و ۰/۶۳) و سوم (۰/۵۲ و ۰/۷۶)، برای تجزیه‌وپارانشی در مراجع اول (۰/۳۲ و ۰/۱۸)، دوم (۰/۳۳ و ۰/۳۳) و سوم (۰/۳۸ و ۰/۲۹) و برای نمره‌ی کل نشانه‌های اختصاصی در مراجع اول (۰/۵۶ و ۰/۴۸)، دوم (۰/۵۵ و ۰/۴۹) و سوم (۰/۵۶ و ۰/۶۱) است. همانگونه که مشاهده می‌شود درصد‌های بهبودی در مراحل درمان و پیگیری برای نشانه‌ی ناامیدی، غیراز مراجع دوم، بالاتر از متوسط است؛ درمورد نشانه‌ی تکانشگری و نمره‌ی کلی نشانه‌ها در تمامی مراجعان بالاتر از متوسط است، حال آنکه میزان بهبود در نشانه‌ی تجزیه و پارانشی چندان اثربخش نیست.

بعلاوه شاخص تغییر پایا در مراحل درمان و پیگیری، به ترتیب، برای ناامیدی در مراجع اول (۵/۷۱ و ۶/۳۲)، دوم (۳/۶۵ و ۴/۶۰) و سوم (۷/۰۸ و ۸/۰۵)، برای تکانشگری در مراجع اول (۸/۲۱ و ۷/۶۹)، دوم (۸/۹۶ و ۷/۶۹) و سوم (۹/۷۴ و ۹/۷۴)، برای تجزیه و پارانشی در مراجع اول (۱/۲۸ و ۰/۷۶)، دوم (۱/۱ و ۱/۰۱) و سوم (۲/۳۸ و ۱/۶۸) و برای نمره‌ی کل نشانه‌های اختصاصی در مراجع اول (۱۱/۹ و ۸/۹۷)، دوم (۱۰/۶۲ و ۸/۳۳) و سوم (۱۲/۸۲ و ۱۲/۱۸) است. همانطور که مشخص است شاخص‌های تغییر پایا در مراحل درمان و پیگیری برای نشانه‌های ناامیدی، تکانشگری و نمره‌ی کل بالاتر از ۱/۹۶ است و می‌توان اظهار داشت که این تغییرات بزرگ پایا ناشی از اثر درمان است و به لحاظ بالینی معنادار. باینوجود درمورد نشانه‌ی تجزیه و پارانشی، تغییرات به‌دست‌آمده، از نظر آماری و بالینی معنادار نشده‌اند و می‌توان این تغییرات را به عواملی غیر از اثر درمان نسبت داد.

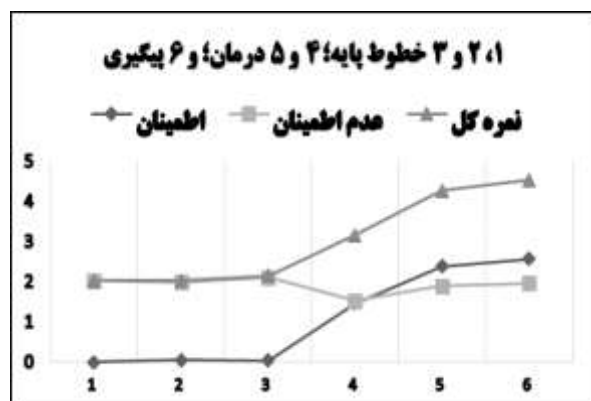
می‌دهد)، تغییر چشمگیری نشان نمی‌دهد و به‌واقع نمی‌توان الگوی فزاینده یا کاهنده‌ی دیداری مشاهده نمود.



نمودار (۱) کنش تأملی برای مراجع اول در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری



نمودار (۲) کنش تأملی برای مراجع دوم در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری



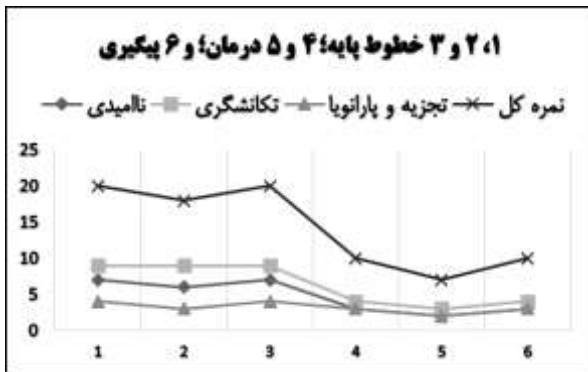
نمودار (۳) کنش تأملی برای مراجع سوم در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری

مطابق با جدول (۲) که نمایانگر نمرات نشانه‌های مرزی مراجعان در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری است شاخص اندازه اثر در مراحل درمان و پیگیری، به ترتیب، برای ناامیدی در مراجع اول (۱/۷۵ و ۱/۷۹)، دوم (۱/۲۷ و ۱/۲۷) و سوم (۲/۲۲ و ۲/۲۲)، برای تکانشگری در مراجع اول

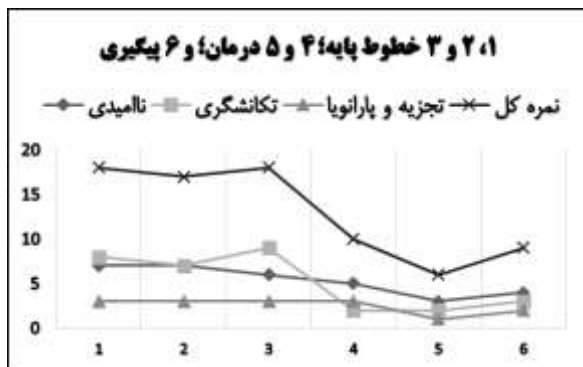
جدول ۲) نشانه‌های مرزی در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری

			F			B			A					
RCI	PR	ES	f ₁	RCI	PR	ES	b ₂	b ₁	a ₃	a ₂	a ₁			
۶/۳۲	۰/۵۵	۱/۷۵	۳	۵/۷۱	۰/۶۳	۱/۷۹	۲	۳	۷	۶	۷	H		
۷/۶۹	۰/۵۶	۱/۶۳	۴	۸/۲۱	۰/۶۱	۱/۸۵	۳	۴	۹	۹	۹	I	C1	
۰/۷۶	۰/۱۸	۰/۵۴	۳	۱/۲۸	۰/۳۲	۰/۹۲	۲	۳	۴	۳	۴	D&P		
۸/۹۷	۰/۴۸	۱/۶۳	۱۰	۱۱/۹	۰/۵۶	۱/۸۲	۷	۱۰	۲۰	۱۸	۲۰	TS		
۴/۶۰	۰/۴۰	۱/۲۷	۴	۲/۶۵	۰/۴۰	۱/۱۴	۳	۵	۶	۷	۷	H		
۷/۶۹	۰/۶۳	۱/۶۳	۳	۸/۹۶	۰/۷۵	۲/۰۱	۲	۲	۹	۷	۸	I	C2	BSS
۱/۰۱	۰/۳۳	۰/۸۱	۲	۱/۱	۰/۳۳	۰/۷۹	۱	۳	۳	۳	۳	D&P		
۸/۳۳	۰/۴۹	۱/۵۲	۹	۱۰/۶۲	۰/۵۵	۱/۶۲	۶	۱۰	۱۸	۱۷	۱۸	TS		
۸/۰۵	۰/۷۰	۲/۲۲	۲	۷/۰۸	۰/۷۸	۲/۲۲	۱	۲	۶	۷	۷	H		
۹/۷۴	۰/۷۶	۲/۰۷	۲	۶/۴۷	۰/۵۲	۱/۴۵	۳	۵	۸	۸	۹	I	C3	
۱/۶۸	۰/۲۹	۱/۳۴	۴	۲/۳۸	۰/۳۸	۱/۷۱	۳	۴	۶	۶	۵	D&P		
۱۲/۱۸	۰/۶۱	۲/۲۲	۸	۱۲/۸۲	۰/۵۶	۱/۹۶	۷	۱۱	۲۰	۲۱	۲۱	TS		

A: مرحله‌ی خط پایه؛ a₁, a₂, a₃: تعداد مشاهدات در مرحله‌ی خط پایه؛ B: مرحله درمان؛ b₁, b₂: تعداد مشاهدات در مرحله درمان؛ F: مرحله‌ی پیگیری؛ f₁: تعداد مشاهدات در مرحله‌ی پیگیری؛ BSS: نشانه‌های مرزی؛ H: ناامیدی؛ I: تکانشگری؛ D&P: تجزیه و پارانوایا؛ TS: نمره‌ی کل؛ C_{1,2,3}: مراجع اول، دوم و سوم؛ ES: اندازه اثر؛ PR: درصد بهبود؛ RCI: شاخص تغییر پایا.



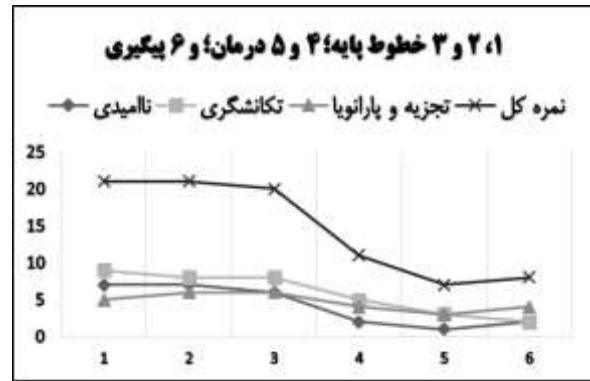
نمودار ۴) نشانه‌های مرزی برای مراجع اول در مراحل خط-پایه، درمان و پیگیری



نمودار ۵) نشانه‌های مرزی برای مراجع دوم در مراحل خط-پایه، درمان و پیگیری

مطابق با نمودارهای ۴، ۵ و ۶ همان‌طور که پیداست خط روند نمره‌ی کلی نشانه‌ها در تمام مراجعان، از نقطه‌ی ۳ به ۴، کاهش محسوس نشان می‌دهد. سیر کاهشی یادشده در نقطه‌ی ۵ فزونی یافته است. اما در نقطه‌ی پیگیری، ۶، شاهد بازگشت ناچیز روند کاهنده هستیم. ناامیدی، در مراجع اول و سوم از نقطه ۳ به ۴، کاهش محسوس نشان می‌دهد، در نقطه‌ی ۵، این کاهش کمی بیشتر شده و در مرحله‌ی پیگیری کاهش نام‌برده اندکی بازگشت نشان می‌دهد. روند تغییرات ناامیدی در مورد مراجع دوم از نقطه‌ی ۳ به ۴، افت چشمگیری نشان نمی‌دهد. در تکانشگری، تمامی مراجعان از نقطه‌ی ۳ به ۴، کاهش چشمگیری وجود دارد. این روند کاهنده‌ی در نقاط ۵ و ۶ نیز استمرار دارد. نشانه‌ی تجزیه و پارانوایا، در هیچ‌یک از مراجعان در مراحل درمان و پیگیری، افت و خیز مشخص و چشمگیری نداشته و کم‌وبیش نیم‌رخ افقی در طول تحقیق از خود به جای گذارده است.

این یافته همسو با مطالعات کلارکین و همکاران (۳۶)، لوی و همکاران (۱۶)، ورهات-پلیتر و دبن-ماجر (۱۷) و دوئرینگ و همکاران (۱۸) بود. برابر با دیدگاه فوناجی و همکاران نمره ۳ و کم‌تر برای مقیاس کنش تأملی، پایین و سوال‌انگیز است. این نمره همچنین بیانگر تأملات ساده‌انگارانه در مورد حالات روانی خود و دیگری و سبک بیش‌تحلیلی یا بیش-فعال است (۱۴). درچنین مواردی اسنادها به‌ظاهر به‌طور کامل تأملی به‌نظر می‌رسند و ژرفای بیش‌از حد انتظار دارند، اما با نگاهی دقیق‌تر، ارتباط معقول، انسجام و پیچیدگی مناسب مشاهده نمی‌شود. اطمینان این افراد درباره‌ی احساسات و افکار درونی خود و دیگران، وانمودی از فرآیندهای منعطف، گشوده و یکپارچه‌ی موجود در افراد دارای تأمل بالا است (۱۱). نمره ۵ در مقیاس کنش تأملی، بیشتر در جمعیت غیربالینی و سالم وجود دارد و با تفکر تأملی در موقعیت‌های غیرمعمول و اسنادهای بسنده‌ی افکار و احساسات در مورد خود و دیگری پیوند دارد. افرادی که در این گستره قرار می‌گیرند در مورد احساسات و افکار تأملی بحث می‌کنند، اما چنین تفکری خودانگیز نیست. بعلاوه در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی پیچیده که در آنها تعارض و دوسوگرایی وجود دارد، محدود می‌شود. افرادی که نمره ۴ کسب می‌کنند، مدل ذهنی‌شان مشابه افراد دارای نمره ۵ است، اما یکپارچگی کمتری دارند (۱۶). بعلاوه یافته‌ها آشکار ساخت که نشانه‌ی تجزیه و پارانوایا و عدم اطمینان (به استثنای مراجع دوم) کاهش معناداری نداشت. در پژوهش دومالیستر و همکاران (۳۴) روان‌درمانی پوشی بلندمدت بیمارستان‌محور، در بهبود ظرفیت کنش تأملی، کاهش نشانه‌ها و کاهش شاخص عدم اطمینان موثر بود. اما در پژوهش حاضر، شاخص عدم اطمینان (به استثنای مراجع دوم) کاهش معناداری نشان نداد. از دلایل این ناهمسویی می‌توان به سطح تحلیل‌های صورت گرفته در پژوهش‌ها اشاره داشت. در پژوهش دومالیستر و همکاران، تحلیل‌های آماری صورت گرفته در سطح گروهی بوده است، حال آنکه در پژوهش حاضر تحلیل‌های آماری در تراز عمیق و فردی به دنبال معناداری بالینی بودند. در تحلیل‌های گروهی احتمال نادیدانگاشتن تغییرپذیری تفاوت‌های فردی بالا است. دلیل دیگری که شاید بتوان برای این ناهمسویی مطرح نمود، بیمارستان‌محور بودن پژوهش دومالیستر و همکاران است.



نمودار (۶) نشانه‌های مرزی برای مراجع سوم در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری

به صورت کوتاه می‌توان بیان داشت مطابق با یافته‌های پژوهش پیرو بکارگیری روان‌درمانی انتقال‌محور، کنش تأملی افزایش و نشانه‌های اختصاصی اختلال شخصیت مرزی، کاهش داشت. با این حال در کنش تأملی عدم اطمینان و نشانه‌ی تجزیه و پارانوایا تغییر معنادار و محسوسی مشاهده نشد.

بحث

شمار زیادی از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در کنش تأملی (۱۱، ۳۲) درگیر آسیب‌های عمده‌ای هستند که با پراکندگی هویت، مشکلات بین فردی و آسیب‌شناسی نشانه‌ای در ارتباط است. ایجاد و استقرار کنش تأملی، پیش-شرط دستیابی به تحکیم هویت، رفع دشواری‌های بین-فردی (۳۳) و در نتیجه کاهش نشانه‌ها است (۳۴). پرسش تحقیق پیش‌رو در همین راستا، تعیین اثربخشی روان‌درمانی انتقال‌محور بر کنش تأملی و نشانه‌های مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی بود.

همان‌طور که نتایج آشکار ساخت، روان‌درمانی انتقال‌محور توانست طی یک‌سال در مراحل درمان و پیگیری، کنش تأملی را افزایش و نشانه‌های اختصاصی اختلال شخصیت مرزی را کاهش دهد. از این نظر با پژوهش‌های لوی و همکاران (۱۶)، لوی و همکاران (۳۵)، کلارکین و همکاران (۹)، دومالیستر و همکاران (۳۴) همراستا است. در پژوهش حاضر همسو با پژوهش لوی و همکاران (۳۵) نمرات کلی کنش تأملی مراجعان در ابتدای پژوهش کمتر از ۳ بود، و در دوره‌ی درمان و پیگیری، به بالاتر از ۳ افزایش یافت. در این میان، مطابق با انتظار و پیش‌بینی نظریه، شاخص اطمینان افزایش و نشانه‌های ناامیدی و تکانشگری کاهش داشت.

از همین رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر و روش‌های احتمالاتی نمونه‌گیری نیز استفاده شود. بعلاوه برای کاهش سوگیری، از پژوهش‌های یک-سرکور (درمانگر و ارزیاب یک نفر نباشد) استفاده شود. بعلاوه می‌توان با استفاده از بودجه‌های موسسه‌ای، دوره‌های درمان و مطالعات پیگیری بلند مدت تری را مدنظر قرار داد.

تشکر و قدردانی

در انتها از مراجعان محترمی که در فرآیند پژوهش شرکت نمودند و همچنین از ناظران ارجمند، دکتر حسن مکاری و دکتر سهیلا کیانی، تشکر می‌شود.

منابع

- 1- Debashi L NM, Rahimian-Boogar I. The effectiveness of cognitive-analytic therapy on impulsivity and dissociative experiences of borderline personality disordered patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 10(2): 15-27.
- 2- RJ B. DSM-5 Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Journal of Psychiatric Practice*. 2015; 21(2): 171-3.
- 3- Paris J. Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice: Guilford Press. 2008.
- 4- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co. 1994.
- 5- Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*. 2004; 18(3: Special issue): 226-39.
- 6- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2004; 364(9432): 453-61.
- 7- Gunderson JG, Bender D, Sanislow C, Yen S, Rettew JB, Dolan-Sewell R, et al. Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2003; 66(2): 111-9.
- 8- Clarkin JF, Cain NM, Lenzenweger MF. Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: clinical insights with a focus on mechanism. *Current opinion in psychology*. 2018; 21: 80-5.
- 9- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American journal of psychiatry*. 2007; 164(6):922-8.
- 10- Busch FN. Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications: Taylor & Francis. 2011.

پژوهش‌هایی که در محیط بیمارستانی صورت می‌گیرند، درنظر از کنترل بالایی برخوردارند. بی‌شک نتیجه‌ی چنین مطالعه‌ای با نتایج مطالعه‌ی حاضر که در محیطی غیربیمارستانی رقم خورد، ممکن است متفاوت باشد. افزون-براین، شاید بخش دیگری از واریانس موجود به‌سبب نمونه‌های متفاوت باشد. نمونه‌های بیمارستانی نشانه‌های شدیدتر و سیر بیماری مزمن‌تری دارند که از منظر پیش‌آگهی، آنها را با نمونه‌ی سرپایی مراجعان پژوهش حاضر متفاوت می‌سازد. درمورد معنادار نشدن شاخص‌های تحلیل نشانه‌ی تجزیه و پارانویا می‌توان گفت که نمره‌های مراجعان در شاخص موردنظر در همان ابتدا پایین بوده که می‌توان آن را به پیش-آگهی مناسب مراجعان نسبت داد. هرچند از سوی دیگر، می‌توان نشانه‌ی یادشده را در قیاس با ناامیدی و تکانشگری، نسبت به درمان مقاومت‌تر دانست. این بدان معنی است که شاید این نشانه به مدت زمان بیشتری برای پاسخ به تغییر نیاز داشته باشد.

به‌طور کلی می‌توان گفت روان‌درمانی انتقال‌محور طی دوره-ای یک‌ساله توانست یکی از آسیب‌های عمده‌ی مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی، یعنی کاستی در ذهنی‌سازی و تأمل‌ورزی را به‌طور معناداری از منظر بالینی افزایش دهد. این افزایش با کاهش نشانه‌های اختصاصی به‌ویژه ناامیدی و تکانشگری همراه بود. مطابق با نظر پدیدآورندگان روان-درمانی انتقال‌محور، به نظر می‌آید برای تحکیم و گسترش ظرفیت ذهنی‌سازی به مدت زمان بیشتری نیاز است، با این وجود در خلال سال اول درمان می‌توان طلایع‌های ذهنی-سازی را با تمام فراز و نشیب آن مشاهده نمود. طوری که این ظرفیت به صورت ماریچی صعودی، همراه با پسرفت-هایی، در حال افزایش است.

حجم نمونه باتوجه به تک‌آزمودنی بودن طرح پژوهش، کوچک و روش نمونه‌گیری، غیراحتمالاتی بود. هر دو مورد می‌توانند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود سازند. با حجم نمونه‌ی کوچک، دشوار بتوان به معناداری آماری دست یافت، بدین جهت از معناداری بالینی استفاده شد. ارزیاب و درمانگر در این پژوهش یک نفر بودند و ممکن است در نتایج سوگیری وجود داشته باشد. مدت زمان دوره‌ی درمان و پیگیری با توجه به بلندمدت بودن روان‌درمانی انتقال‌محور و آسیب‌شناسی مزمن اختلال شخصیت مرزی، کوتاه بود.

- 22- Clarkin JF KO. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide.: American Psychiatric Pub; 2015.
- 23- Gurvits IG, Koenigsberg HW, Siever LJ. Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000; 23(1): 27-40.
- 24- Badoud D, Luyten P, Fonseca-Pedrero E, Eliez S, Fonagy P, Debbané M. The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLoS One*. 2015; 10(12): e0145892.
- 25- Leichsenring F. Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*. 1999;73(1):45-63.
- 26- Mohammadzade A. Validation of the borderline personality inventory in Iran. 2011.
- 27- Jackson M, Claridge G. Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*. 1991; 30(4): 311-23.
- 28- Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Personality and Individual Differences*. 2001; 31(3): 409-19.
- 29- Mohammad Zadeh A GM, Taghavi MR, Molazadeh J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz University Students. *The Quarterly Journal Of Fundamentals Of Mental Health*. 2005; 7(27-28): 75-89.
- 30- Nazari MA DM, Hashemi T. Effectiveness of cognitive rehabilitation on dictation errors of students with dysgraphia. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2015; 11(1): 32-41.
- 31- Zahra D, Hedge C. The reliable change index: Why isn't it more popular in academic psychology. *Psychology Postgraduate Affairs Group Quarterly*. 2010; 76(76): 14-9.
- 32- Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(9): 1127-35.
- 33- De Meulemeester C, Lowyck B, Vermote R, Verhaest Y, Luyten P. Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry research*. 2017; 258: 141-4.
- 34- De Meulemeester C, Vansteelandt K, Luyten P, Lowyck B. Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018; 9(1): 22.
- 35- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, et al. Change in attachment
- 11- Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee Y-W, Warren F, Howard S, et al. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*. 2016; 11(7): e0158678.
- 12- Fonagy P. Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. 1998.
- 13- Kelly K, Slade A, Grienberger JF. Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & human development*. 2005; 7(3): 299-311.
- 14- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996; 64(1): 22.
- 15- Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of personality disorders*. 2001; 15(6): 487-95.
- 16- Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of clinical psychology*. 2006; 62(4): 481-501.
- 17- Verheugt-Pleiter A, Deben-Mager M. Transference-Focused Psychotherapy and Mentalization-Based Treatment: Brother and Sister? *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2006; 20(4): 297-315.
- 18- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2010; 196(5): 389-95.
- 19- Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*. 2006; 63(6): 649-58.
- 20- van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, van Dyck R, Spinhoven P, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 192(6): 450-7.
- 21- Rashn Sh M-HS, Rezaei AM, Tabatabaee SM. The effect of long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with dependent personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 9(4): 1-12.

patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006; 74(6): 1027.

36- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*. 2004; 18(1): 52-72.

