

The Effectiveness of Cognitive-Analytic Therapy on Impulsivity and Dissociative Experiences of Borderline Personality Disordered Patients

Debashi, L., Najafi, *M., Rahimian-Boogar, I.

Abstract

Introduction: Impulsivity is known as one of the underlying and predictive factor in psychopathology that considered as the most enduring features of borderline personality disorder. Also, dissociative experiences are the most prominent components of this disorder. The aim of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-analytical therapy (CAT) on impulsivity and dissociative experiences in patients with borderline personality disorder.

Method: This study was a semi-experimental research conducted in the form of pretest-posttest and follow-up with control group. The sample of this study included 20 male with borderline personality disorder in the prison of Semnan who were selected by an experienced psychiatrist based on the Structured Clinical Interview and Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). Participants were included randomly in two experimental groups (n=10) and one control group (n=10) and completed the Barratt Impulsivity Scale (BIS-II) and the Dissociative Experiences Scale (DES) in pretest, posttest and follow-up. The experimental group received the cognitive-analytical therapy (CAT) for sixteen 120-minute sessions twice a week. Data were analyzed by mixed analysis of variance (ANOVA).

Results: The findings of this study showed that cognitive-analytic therapy (CAT) after 5 and 10 sessions had no significant effects on decreasing impulsivity and dissociative experiences of the experimental group compared to the control group, but after 16 sessions of intervention and one month follow-up, a significant effect on reduction of this symptoms was observed.

Conclusion: The results of the current study showed that cognitive-analytic therapy was an effective strategy to improve the symptoms of impulsivity and dissociative experiences in borderline personality and can be used as an effective therapeutic approach.

Keywords: Cognitive analytic group therapy, Impulsivity, Dissociative experiences, Borderline personality disorder.

اثربخشی گروه درمانی شناختی-تحلیلی بر تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

لیلا دباشی^۱، محمود نجفی^۲، اسحق رحیمیان بوگر^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۸/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۲۷

چکیده

مقدمه: تکانشگری عامل زیر بنایی و پیش‌بین‌کننده آسیب‌شناسی روانی و یکی از پایدارترین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی شناخته می‌شود. همچنین، تجارب تجزیه‌ای از برجسته‌ترین مؤلفه‌های این اختلال می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-تحلیلی بر تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای در بیماران مرزی بود.

روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه این پژوهش ۲۰ نفر از مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در زندان شهرستان سمنان بودند که توسط روانپزشک بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته، آزمون چند محوری بالینی میلیون-۳ انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند و مقیاس تکانشگری بارت و مقیاس تجارب تجزیه‌ای را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. گروه آزمایش تحت ۱۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته تحت گروه درمانی درمان شناختی-تحلیلی قرار گرفتند. داده‌ها به روش تحلیل کواریانس بین گروهی تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-تحلیلی پس از ۵ و ۱۰ جلسه مداخله اثر معنی‌داری در کاهش تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نداشت، اما پس از ۱۶ جلسه مداخله و دوره پیگیری یک ماهه اثر معناداری در کاهش این علائم مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-تحلیلی به شیوه گروهی، راهبردی مؤثر در بهبود علائم تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای اختلال شخصیت مرزی می‌باشد و می‌توان از آن به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، تکانشگری، تجارب تجزیه‌ای، درمان شناختی-تحلیلی.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است، که ویژگی‌های اصلی آن شامل یک الگوی فراگیر بی‌ثبات در روابط میان فردی، خود‌انگاره، عواطف و تکانشگری بارز است و از اوایل بزرگسالی آغاز، و در زمینه‌های گوناگون ظاهر می‌شود (۱) که ترکیب این علائم آسیب‌های روانی-اجتماعی شدید و مزمن ایجاد می‌کند (۲). نرخ شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه عمومی حدود ۱/۶ درصد تخمین زده می‌شود (۱). بیماران مرزی دست کم در دو زمینه که به صورت بالقوه، خود-آسیب زنده است، تکانشگری نشان می‌دهند، و تکانشگری یکی از پایدارترین ویژگی شخصیت در بیماران مرزی، شناخته می‌شود. آنها ممکن است قمارکنند، بدون ملاحظه پول خرج کنند، زیاد غذا بخورند، سوء مصرف مواد و رابطه‌ی جنسی بی‌پروا و ناگهانی داشته باشند و یا با بی‌احتیاطی رانندگی کنند (۳). در مطالعه‌ای نشان داده شد که تکانشگری در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، یک عامل زیربنایی تلقی می‌شود و "کنش تکانشی" در طول دوره‌ی پیگیری هفت ساله، بهترین پیش‌بینی کننده آسیب بود (۴). در این اختلال، علائم تجزیه‌ای نیز حائز اهمیت می‌باشد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد علائم تجزیه‌ای/روانپریشی^۲، شامل شخصیت‌زدایی^۳، واقعیت‌زدایی^۴ و توهمات شنیداری از برجسته‌ترین مؤلفه‌های شخصیت مرزی می‌باشد (۵).

در بیماران مرزی، علائم تجزیه‌ای با سوء استفاده‌های جنسی در دوران کودکی (زنان بیشتر از مردان) همبستگی بالایی دارد (۶). براساس راهنمای عملی انجمن روانپزشکی آمریکا درمان اولیه برای اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی است (۳). روش‌های درمانی متعددی مثل روابط شیء^۷، درمان ذهنی سازی (۸)، روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل رفتاری-شناختی (۹) درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی (۱۰) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (۱۱ و ۱۲ و ۱۳)، آموزش تنظیم هیجان (۱۴ و ۱۵)، درمان متمرکز بر انتقال (به نقل از ۱۶) برای بیماران مرزی مورد استفاده قرار گرفته است. با وجود اینکه این درمان‌ها موفقیت‌هایی در بهبود علائم مرزی بدست آورده‌اند اما همچنان انگیزه بالایی برای انجام پژوهش با هدف دستیابی به روش‌های درمانی

مؤثر برای این اختلال وجود دارد. در این افراد باورهای بنیادین کارآمد به طرز چشمگیری محدود است و هیچ باور جایگزین سازگارانه‌ای دیگری هم که قابل دسترسی باشد، وجود ندارد. بر این اساس یکی از روش‌های درمانی که در این امر می‌تواند راهگشا باشد، درمان شناختی-تحلیلی است.

درمان شناختی-تحلیلی به عنوان یکی از درمان‌های کوتاه مدت به ارائه بینش در ارتباط با خطاهای شناختی می‌پردازد، سپس فرد شروع به تغییر با هدف دستیابی به راهبردهای سازنده تر و هدایت افکار می‌کند (۱۷). وظیفه درمانگر، (در درمان شناختی-تحلیلی) درگیر کردن بیماران مبتلا به اختلال شخصیت با افکار و رفتارهای سازگارانه‌تر و کاهش دادن شدت مطلق نگرانی و خودکامگی در افکار و رفتارهای آنهاست (۱۸). این راهبرد درمانی به تغییر الگوهای ناسازگارانه رفتار و آموزش راهبردهای مؤثر جایگزین برای مقابله با شرایط می‌پردازد و به درک و فهم الگوهای ارتباطی شکل گرفته در دوران کودکی و ارتباط بین این الگوها، دریافت‌های اجتماعی و تأثیر آن بر فرد توجه می‌کند (۱۹).

ویژگی کلیدی مدل بالینی درمان شناختی تحلیلی برای اختلال شخصیت مرزی، تمرکز بر فرمول بندی‌های مشکلات ارتباطی اولیه و مشارکتی بیماران مرزی است (۲۰). براین اساس توجه به دوران کودکی و آسیب‌های این دوره (مثل اذیت و آزار دوران کودکی، آزارهای مداوم و شدید، غفلت، جدایی کودک از فردی که از وی مراقبت می‌کند) حائز اهمیت است (۳). بنابراین به درمانی نیاز است که به سبک‌های دلبستگی اولیه (۲۱) توجه داشته باشد و نقش‌های متقابل و الگوهای ارتباطی (۲۰) بیمار را مورد تحلیل دقیق قرار دهد که مدل شناختی-تحلیلی این امر را محقق ساخته و دلبستگی ایمن را به عنوان یک امر ضروری اما نه کافی برای رشد طبیعی مورد توجه قرار می‌دهد و انسان را یک موجود اجتماعی می‌داند که با علاقه‌ی شدید به دیگران تکامل یافته است (۲۲). رایل معتقد است اطلاعات ابتدایی ما در مورد جهان اجتماعی از الگوهای درونی شده

1- borderline personality disorder

2- dissociative/psychotic

3- depersonalization

4- derealization

سودمندی مدل درمان شناختی-تحلیلی برای اختلال شخصیت مرزی را نشان داده‌اند. همچنین بسیاری از بیماران نیز به دلیل پیامدهای ناخواسته داروها و یا فشار درمان‌های رفتاری، درمان را نیمه تمام رها می‌کنند (۳۷). در رویکرد درمانی شناختی-تحلیلی؛ به دلیل عدم حضور سختی درمان‌های پیشین، به کارگیری توانمندی‌های بیمار در روند درمان، مشارکت کامل بیمار جهت افزایش آگاهی به منشأ مشکلات کنونی، انگیزه بیماران جهت پذیرش درمان افزایش می‌یابد (۳۸). از دلایل دیگر انتخاب این رویکرد درمانی نرخ بسیار پایین ریزش بیماران مرزی و وفاداری بیمار به این درمان نسبت به سایر رویکردها می‌باشد (۳۶ و ۲۰) که در مقایسه با نرخ ریزش در سایر رویکردهای درمانی مثل طرحواره درمانی (۳۹)، روان‌درمانی روانپویشی (۴۰)، روان‌درمانی مبتنی بر انتقال و دارو درمانی بسیار پایین بود (۴۱). دیگر شواهد نشان می‌دهد که مدل شناختی-تحلیلی از لحاظ اقتصادی به صرفه و از لحاظ کاربردی برای خدمات مؤثر است (۲۷).

بر اساس آنچه ذکر شد با توجه به تعدد پروتکل‌های درمانی و مشخص نبودن اینکه چه تعداد جلسات درمانی برای بیماران با اختلال شخصیت مرزی جواب می‌دهد و با توجه به هزینه اقتصادی و به کار بردن بسته‌های درمانی که هم‌زمان کمتری نیاز داشته باشد و هم علام اختلال را کاهش دهد نیاز به انجام چنین پژوهشی بود. از طرف دیگر پژوهش‌ها کمتر به متغیرهایی از جمله تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای که از ویژگی‌های مهم افراد دارای اختلال شخصیت مرزی است، پرداخته‌اند و این موضوع مبین لزوم و اهمیت پژوهش حاضر است. با توجه به مشکلات درمانی فوق و نقص‌های آن مانند، عود علائم در دوره‌های پیگیری، روش‌های درمانی دیگر در جهت کاهش نقائص درمانی و افزایش کارایی درمانی، الزامی به نظر می‌رسد. از طرفی در زمینه اثربخشی مدل شناختی تحلیلی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در داخل کشور، شواهد زیادی وجود ندارد؛ لذا پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیماران بود.

تعاملات ما با دیگران ناشی می‌شود که افراد بر اساس این الگوها نقش‌هایی را برای خود، نقش‌هایی برای دیگران و یا یک الگوی کلی برای روابطشان با دیگران در نظر می‌گیرند (۲۳ و ۲۴ و ۲۵). رایل این نقش‌ها را به ۳ سطح اختصاص داد. سطح اول فهرست نقش‌های متقابل است. در بیماران مرزی تنها تعداد کمی از نقش‌های متقابل ناسازگار وجود دارد، این بدین معنی است که این افراد در موقعیت‌های اجتماعی مختلف الگوهای محدود و ناکارآمد برای برنامه ریزی و اجرا دارند. سطح دوم، تعویض بین نقش‌های دوطرفه و اجرای مناسب آنها است. در افراد مرزی انتقال بین نقش‌ها ضعیف است و در پاسخ به محرکی کوچک بسیار حساس هستند و در آنها تغییرات ناگهانی رخ می‌دهد. سطح سوم، مربوط به ظرفیت ما برای خود اندیشی و خود کنترلی هشیار است. این ظرفیت‌ها به ما اجازه می‌دهد تا به طور منطقی در موقعیت‌های ناآشنا عمل کنیم و راه‌حل‌های ممکن را مورد بررسی قرار دهیم (۲۶). در افراد معمولی، عملکرد خوداندیشی به سهولت و به طور مکرر انجام می‌شود، اما در افراد مرزی این عملکرد مختل است، زیرا این توانایی در کودکی و در تعاملات اجتماعی با دیگران یاد گرفته می‌شود درحالی که در افراد مرزی، به دلیل سوء استفاده در دوران کودکی و مشکلات هویتی رشد، سطوح سه گانه با مشکل مواجه می‌شود (۲۵).

مطالعات نشان داده‌اند که درمان شناختی-تحلیلی به طور بارزی موجب کاهش علائم و بهبود سلامت روان در اختلالات اضطرابی، شخصیت مرزی (۲۰ و ۲۷ و ۲۸)، افسردگی، خودآسیب زنی و رفتارهای پرخطر (مثل رفتارهای خودکشی) (۲۵ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰) می‌شود. همچنین موجب کاهش شدت اختلال مرزی، گسیختگی شخصیتی (۲۰ و ۳۱)، بهبود قابل توجه عملکرد بین فردی، کاهش پریشانی‌های روانشناختی (۲۰)، خودمدیریتی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت (۱۹ و ۲۷)، اختلالات خلقی، بیماری‌های روان-تنی، اعتیاد و بیماری‌های روانی (۱۹) و کاهش خطر اختلال شخصیت می‌گردد (۲۰). مطالعات مختلف از قبیل پژوهش‌های کیفی (موردی) (۳۲ و ۳۳ و ۳۴)، شواهد مبتنی بر آزمایش‌های کنترل شده تصادفی (۲۸ و ۳۵) و مطالعات میدانی قابل اجرا در فعالیت‌های روزمره ویژه بیماران مرزی (۳۱ و ۳۶) اثربخشی و

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش و دوره پیگیری بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را مردان زندانی شهرستان سمنان تشکیل دادند. نمونه این پژوهش ۲۰ نفر از مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در زندان شهرستان سمنان بودند که براساس تشخیص روانپزشک معتمد زندان، اجرای مصاحبه بالینی ساختار یافته، آزمون چند محوری بالینی میلیون ۳ انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط پرسشنامه ساختار شخصیت مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۶ جلسه هفتگی تحت گروه درمانی شناختی- تحلیلی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود پژوهش حاضر عبارت بود از: ۱- اختلال شخصیت مرزی، ۲- تاریخچه‌ای از سوء استفاده یا غفلت، ۳- برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، ۴- عدم دریافت روان‌درمانی طی یکسال اخیر. ملاک‌های خروج پژوهش حاضر عبارت بود از: ۱- غیبت بیش از دو جلسه ۲- وجود اختلالات همراه و هرگونه اختلال روانپزشکی ناشی از وضعیت پزشکی و سایر اختلال‌های روانی که اولویت درمانی باشد. در این پژوهش آزمودنی‌ها تحت گروه درمانی شناختی تحلیلی به مدت ۱۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای قرار گرفتند.

ابزار

۱- پرسشنامه تکانشگری بارت: مقیاس تکانشگری بارت توسط بارت (۴۲) ساخته شده است، نسخه یازدهم آن شامل ۳۰ ماده است که آزمودنی باید به هریک از آنها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (هیچ‌گاه/ به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و بیشتر اوقات/همیشه) پاسخ دهد. این مقیاس سه نوع تکانشگری که شامل تکانشگری شناختی/ توجهی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی می‌شود را اندازه‌گیری می‌کند. پاتن، استانفورد، و بارت (۴۳) در پژوهش خود به تعیین اعتبار و پایایی ابزار مذکور پرداختند و اعتبار و پایایی را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش کردند. همچنین نسخه اصلی این پرسشنامه نیز برای نخستین بار در ایران توسط

اختیاری و همکاران ترجمه و هنجاریابی شد و ضریب اعتبار و پایایی آن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ گزارش شده است (۴۴).
۲- مقیاس تجارب تجزیه‌ای: مقیاس تجارب تجزیه‌ای "یک ابزار خود-سنجی کوتاه، برای اندازه‌گیری فراوانی تجارب گسستگی می‌باشد" که در سال ۱۹۸۶ توسط برنشتاین و پاتنم ساخته شد (۴۵). این مقیاس شامل ۲۸ پرسش راجع به تجربیات زندگی روزمره افراد است که از آزمودنی خواسته می‌شود به سؤالات با توجه به میزانی که مطابق با تجربه‌اش بوده و مدت زمانی که آن تجربه را داشته به درصد از (هرگز) ۰ تا (همیشه) ۱۰۰ درصد مشخص کند. این ابزار سه خرده مقیاس دارد: مسخ شخصیت-مسخ واقعیت، تجربه نادیده انگاری و درگیری‌های تصویری و جذب شدگی (۴۶) برنشتاین و پاتنم حساسیت این مقیاس را ۰/۷۶ و ویژگی آن را نیز ۰/۷۶ بیان کردند (۴۵). ادمان، نیبک و کورلین در پژوهشی آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را نشان دادند (۴۷). در پژوهش بک و اولسون همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۰ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۸) در پژوهش دیگری پایایی این مقیاس بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد (۴۹) در پژوهش سجادی و دهقانی‌زاده (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۴ محاسبه شد (۵۰). در این مقیاس از نمره برش ۳۰ استفاده می‌شود (۵۱).
۳- پرسشنامه چند محوری بالینی میلیون (MCMIII): این مقیاس شامل ۱۷۵ گویه به صورت بلی/ خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. این پرسشنامه یک آزمون عینی می‌باشد که سبک‌ها/ الگوهای شخصیتی مربوط به اختلال‌های محور دو را می‌سنجد. مطالعات مربوط به اعتبار و پایایی MCMIII نشان می‌دهد که این پرسشنامه به طور کلی یک ابزار روانسنجی به خوبی سازمان یافته است که همسانی درونی آن بالای دارد. ضرایب آلفای مقیاس‌های ۲۰ و ۲۶ بیش از ۰/۸ و برای مقیاس‌های افسردگی و وسواس عملی آن به ترتیب بالاتر از ۰/۹۰ و پایین تر از ۰/۶۶ است. همچنین برای MCMIII ضرایب پایایی بازآزمایی بالا با میانه‌ی ۰/۹۱ گزارش شده است (۵۲). اولین مطالعه در ایران توسط خواجه موگهی (۵۳)، به منظور هنجاریابی این آزمون در

در این مطالعه از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور ۲ (SCID-II) استفاده شد که ده اختلال شخصیت را مورد سنجش قرار می‌دهد. مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور دو (SCID-II) یک مصاحبه بالینی ساخته شده توسط متخصص بالینی مجرب است که برای تشخیص اختلال‌های محور دو بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به کار می‌رود. در این مطالعه برای تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی و رد کردن سایر تشخیص‌های بالینی محور دو از نسخه بالینی (SCID-II) استفاده شد. بختیاری و همکاران در پژوهشی ضریب پایایی بازآزمایی این ابزار را در جمعیت ایرانی ۰/۸۷ گزارش کردند (۵۸).

روند اجرای پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی (نیمه آزمایشی) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با پیگیری یک ماهه با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی زندان شهرستان سمنان بودند. از میان زندانیان شهرستان سمنان ۱۵۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه چند محوری میلون پاسخ دادند. از میان آن‌ها ۶۵ نفر که در اختلال شخصیت مرزی نمره بالایی کسب کرده بودند انتخاب و با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته SCID ویژه اختلالات محور ۲، جهت تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی مورد مصاحبه قرار گرفتند که از میان آن‌ها ۲۶ نفر تشخیص اختلال شخصیت مرزی گرفتند، سپس به منظور جلوگیری از وجود همزمان دیگر اختلال‌های روانپزشکی، ۲۶ نفر مجدداً به وسیله مصاحبه بالینی ساختار یافته SCID ویژه اختلال‌های محور ۱ مورد ارزیابی قرار گرفتند که ۲ نفر به دلیل همبودی اختلال افسردگی و سوء مصرف مواد با اختلال شخصیت مرزی و ۱ نفر به دلیل نداشتن سواد خواندن و نوشتن کنار گذاشته شدند. از ۲۳ نفر باقی‌مانده ۳ نفر به صورت تصادفی کنار گذاشته و ۲۰ نفر نهایی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گماشته شدند. همچنین با تعیین ملاک‌های ورود و خروج، اصل اساسی همگونی گروه‌ها رعایت گردید. در این پژوهش آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت گروه درمانی شناختی تحلیلی به مدت ۱۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار

شهر تهران صورت گرفته است. در مطالعه خواجه موگهی ضریب پایایی مقیاس‌ها به روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز از دامنه‌ی ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال هذیانی) به گزارش شده است (۵۳). در مطالعه شریفی همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی، در دامنه‌ی ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است (۵۴). همچنین در مطالعه شریفی، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از سانحه) گزارش شده است (۵۴). اعتبار مقیاس‌های MCMIII از طریق اعتبار تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل (توان پیش‌بینی مثبت، توان پیش‌بینی منفی و توان پیش‌بینی کل) به دست آمده است. اعتبار تشخیصی تمام مقیاس‌های MCMIII بسیار خوب برآورد شده است (۵۴).

۴- مصاحبه بالینی ساختار یافته: در این مطالعه، از مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته SCID استفاده شد که شامل دو نسخه اصلی می‌باشد. SCID-I که برای اختلالات محور یک بر اساس متن پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی استفاده می‌شود و برای اهداف پژوهشی و بالینی تهیه شده است (فیرست، اسپیتز، گیون و ویلیامز، ۱۹۹۷). این ابزار هفت گروه تشخیصی اختلالات محور ۱ شامل: اختلالات خلقی، روانپریشی، وابستگی به مواد، اضطراب و اختلالات جسمانی شکل، خوردن و سازگاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اجرای کامل SCID در یک جلسه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه انجام می‌شود (۵۵). در این مطالعه برای رد کردن تشخیص‌های بالینی محور یک از نسخه بالینی (SCID-CV) استفاده شد. نسخه بالینی دارای کتابچه راهنما و برنامه نمره‌گذاری مشخص است. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID، ۰/۶ گزارش شده است (۵۶). شریفی و همکاران توافق تشخیصی این ابزار را برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب گزارش کردند (کاپای بالای ۰/۶) و ضرایب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمد (۵۷). همچنین بختیاری و همکاران در پژوهشی دیگر ضریب پایایی بازآزمایی این ابزار را در جمعیت ایرانی ۰/۹۵ گزارش کردند (۵۸). همچنین

جهت کاهش نگرانی بیماران از اتمام جلسات، فهرستی از مداخلات و فنون بازسازی شناختی و موارد خود یاری‌رسان در قالب نامه خداحافظی در اختیار گروه آزمایش قرار گرفت. محتوای پروتکل درمان شناختی - تحلیلی به ترتیب جلسات به طور خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است (۲۳).

گرفتند. ابتدا از هر دو گروه کنترل و آزمایش پیش-آزمون گرفته شد. سپس هر دو گروه ۴ مرحله به ترتیب در جلسات پنجم، دهم و شانزدهم و یک ماه پس از اتمام درمان مورد ارزیابی گرفتند. جلسه آخر درمان (شانزدهم)

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات شناختی- تحلیلی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی براساس ترتیب جلسات

جلسه	محتوای درمان
اول	اتحاد درمانی و تفاهم درمانی، شرح حال بیمار، ارائه درکی از CAT و چگونگی کارکرد آن به بیمار، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با بیمار.
دوم	جمع‌آوری سابقه و شرح حال بیمار، کار با بیمار و ایجاد فهرستی از مشکلات اصلی (فهرستی از مشکلات آماج)، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
سوم	جمع‌آوری سابقه‌ی بیمار، صورت‌بندی مجدد مشکلات بیمار، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
چهارم	صورت‌بندی مجدد، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
پنجم	بررسی واکنش بیمار به نامه صورت‌بندی و تعدیل نامه‌ی صورت‌بندی براساس اظهارنظر بیمار، تعیین اهداف درمانی، تدوین فرمول‌بندی نهایی براساس فرمول‌بندی اولیه مربوط به مشکلات، علایم و نشانگان بالینی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
ششم	بازشناسی وقایع آشکارساز رفتار ناکارآمد، شناسایی نقاط ضعف و قوت بیمار، آغاز عملیات شناسایی روندهای ناسازگار متوالی و نقش‌های متقابل ناسازگار با کمک درمانگر، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
هفتم	تدوین فهرستی جهت شناسایی روندهای ناسازگار متوالی با همکاری بیمار، شناسایی روندهای ناسازگار در زمینه‌ی بین فردی در طی جلسه‌ی درمان، شناسایی دقیق روندهای ناسازگار رخ داده در طول جلسه درمان و استفاده از آن‌ها به عنوان وسیله‌ای برای تغییر و یادگیری، پیش‌بینی دقیق احساسات انتقال و انتقال متقابل بر اساس نامه‌ی صورت‌بندی مجدد، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
هشتم	بازبینی و بازشناسایی روندهای ناسازگار اکتسابی قدیمی توسط فرد بیمار، بهبود توانایی بیمار در شناسایی رویه‌های متوالی ناسازگار و نقش‌های متقابل، آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح آن‌ها، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
نهم	شناسایی روندهای ناسازگار و اصلاح بازبینی‌های صورت گرفته توسط بیمار، کمک به بیمار برای فهم اینکه هریک از رفتارهای ناکارآمد وی در کجای دیگرام قرار دارد و افزایش آگاهی از چرخه‌ی رفتارهای تکراری، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
دهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس شناخت تأثیر هیجان‌ها و رفتارهای بیمار بر علایم و رفتارهای تکانشگرانه، آگاهی از نحوه‌ی استمرار الگوها و طرحواره‌های قدیمی مرتبط با رفتارهای تکانشگرانه و تجارب تجزیه‌ای، تحلیل روندهای ناسازگار و مشخص کردن جایگاه این روندها در دیگرام، کمک به بیمار برای رفتار کردن به شیوه‌ای جدید، خلاصه‌سازی جلسات درمانی.
یازدهم	کمک به بیمار برای رفتار کردن به شیوه‌ای جدید و اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی بیمار، استفاده از فنون تقویتی گوناگون در جهت تسریع تغییرات و بهبودی (ارایه تقویت مثبت، ایفای نقش و تفکر در مورد ایده‌های جدید یا حل مسئله)، کمک به بیمار برای کسب بینش نسبت به چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
دوازدهم	کمک به بیمار برای اصلاح نقش‌های بین فردی، تجدیدنظر رویه‌ای براساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری رفتارهای تکانشگرانه بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
سیزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس کمک بیمار برای دستیابی به الگوهای کارآمدتر رفتاری، کمک به بیمار برای شناسایی درست تله‌ها و موانع رشد، ارائه تکالیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمان.
چهاردهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس بینش افزایی و آگاهی بیمار از مسیر تکاملی مشکلات در جهت کاهش رفتارهای تکانشگرانه، توانایی مدیریت رفتارهای خود در محیط‌های خارج از درمان و زندگی واقعی، خلاصه‌سازی جلسه درمان.
پانزدهم	نوشتن نامه‌ی خداحافظی (متن نامه شامل خلاصه‌ای از دلایل مراجعه بیمار، خلاصه‌ای از آنچه که کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است و بیان ابزارهایی که بیماران می‌توانند در آینده استفاده کنند)، خلاصه‌سازی جلسه‌ی درمانی.
شانزدهم	بررسی بازخورد بیمار به نامه‌ی خداحافظی، خلاصه‌سازی جلسات درمانی

یافته ها

میانگین و انحراف معیار نمرات کل مربوط به ساختار شخصیت در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک اندازه گیری شده است (جدول ۲).

به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر تکانشگری و علایم تجزیه‌ای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از شاخص‌های توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس بین گروهی استفاده شد.

ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شدند. به منظور بررسی مفروضه یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد؛ نتیجه آزمون ام‌باکس نشان می‌دهد که این پیش‌فرض برقرار است. ($F=1/223, P=0/271, BOX'S=16/208$). به منظور بررسی دومین پیش‌فرض یکسانی واریانس خطا از آزمون لون استفاده شد. که نتایج آزمون لون حاکی از برقراری این پیش‌فرض در تمام مراحل سنجش، جلسه پنجم ($F=1/47, P=0/241$)، دهم ($F=0/363, P=0/555$)، شانزدهم ($F=0/251, P=0/623$) و دوره ($F=0/841, P=0/04$) پیگیری می‌باشد.

نتایج تحلیل کواریانس بین گروهی در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل کواریانس بین گروهی نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر تکانشگری در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/002$)، همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی-تحلیلی بعد از ۵ ($F=0/73$) و ۴ ($P=0/405$)

جلسه ۱۰ ($F=2/93$ و $P=0/105$) مداخله اثر معنی‌داری در کاهش تکانشگری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نداشته است. اما نتایج آزمون کواریانس بین گروهی نشان می‌دهد که مداخله پس از اتمام جلسات درمانی در جلسه شانزدهم ($F=9/47$ و $P=0/007$) اثر معناداری در کاهش تکانشگری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است که تغییرات درمانی حاصل در دوره پیگیری نیز ماندگار بودند ($F=16/87$ و $P=0/001$). لذا درمان شناختی-تحلیلی بعد از یک ماه پیگیری اثر معنی‌داری در کاهش تکانشگری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است.

به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی با کنترل اثر پیش‌آزمون در کاهش تجارب تجزیه‌ای در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری از تحلیل کواریانس بین گروهی استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های کواریانس بررسی شدند. به منظور بررسی مفروضه یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد؛ نتیجه آزمون ام‌باکس نشان می‌دهد که این پیش‌فرض برقرار نیست ($P=0/001$)، $F=3/151$ ، $F=41/750$ ، $BOX'S=$ به منظور بررسی دومین پیش‌فرض یکسانی واریانس خطا از آزمون لون استفاده شد. که نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش‌فرض در تمام مراحل سنجش، جلسه پنجم ($F=0/153, P=0/700$)، دهم ($F=0/596, P=0/450$)، شانزدهم ($F=0/391, P=0/061$) و دوره ($F=0/04, P=0/841$) پیگیری دارد. بنابراین فرض یکسانی واریانس خطا برقرار است.

جدول ۲) یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرها به تفکیک جلسات درمانی

گروه	متغیر	جلسه پنجم		جلسه دهم		جلسه شانزدهم		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	تکانشگری	۷۴/۳۰	۶/۱۱	۷۲/۴۰	۳/۹۲	۶۸/۸۰	۴/۴۷	۶۶/۹۰	۳/۸۱
گواه	تکانشگری	۷۷/۸۰	۶/۱۶	۷۶/۸۰	۵/۷۷	۷۶/۴۰	۵/۵۲	۷۶/۱۰	۵/۵۱
کل	تکانشگری	۷۶/۰۵	۶/۲۴	۷۴/۶۰	۵/۳۰	۷۲/۶۰	۶/۲۵	۷۱/۵۰	۶/۵۹
آزمایش	تجارب تجزیه‌ای	۸۰/۸۰	۲۸۸/۲۱	۷۹۷/۰	۲۸۹/۸۷	۷۱۰/۰	۲۸۳/۹۴	۷۱۷/۰	۲۶۰/۵۱
گواه	تجارب تجزیه‌ای	۱۲۲/۱۰	۳۸۳/۷۴	۱۲۳۶/۰	۳۶۷/۲۵	۱۲۳۳/۰	۳۶۷/۱۲	۱۲۲۸/۰	۳۴۲/۱۸
کل	تجارب تجزیه‌ای	۱۰۱۴/۵	۳۹۲/۴۱	۱۰۱۶/۵۰	۳۹۲/۹۴	۹۷۱/۵۰	۴۱۷/۱۵	۹۷۲/۵۰	۳۹۵/۳۸

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس بین گروهی برای تفاوت گروه آزمایش و کنترل در تکانشگری به تفکیک جلسات

منبع تغییرات	جلسه	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اتا
گروه	۵	۶/۹۴۰	۱	۶/۹۴۰	۰/۷۳	۰/۴۰	۰/۰۴۱
	۱۰	۴۳/۵۹۹	۱	۴۳/۵۹۹	۲/۹۳	۰/۱۰۵	-
	۱۶	۲۳۲/۱۵۱	۱	۲۳۲/۱۵۱	۹/۴۶۷	۰/۰۰۷	۰/۳۵
	پیگیری	۳۳۴/۷۴۴	۱	۳۳۴/۷۴۴	۱۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس بین گروهی برای تفاوت گروه آزمایش و کنترل در تجارب تجزیه‌ای به تفکیک جلسات

منبع تغییرات	جلسه	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اتا
گروه	۵	۲۱/۱۸۹	۱	۲۱/۱۸۹	۰/۱۰	۰/۹۲۲	۰/۰۰۱
	۱۰	۵۳۰۷/۷۱۳	۱	۵۳۰۷/۷۱۳	۲/۶۱۱	۰/۱۲۵	۰/۱۳۳
	۱۶	۷۵۳۵۱/۹۹۰	۱	۷۵۳۵۱/۹۹۰	۵/۷۸۹	۰/۰۲۸	۰/۲۵۴
	پیگیری	۹۴۶۰۵/۸۹۲	۱	۹۴۶۰۵/۸۹۲	۷/۸۰	۰/۰۱۲	۰/۳۱۵

۰/۳۵ و ۰/۴۹ بود. در پژوهشی تأثیرگذاری CAT بر ساختارهای شخصیتی افراد و تغییر در سبک زندگی مبتلایان به اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی و وسواسی را نشان دادند، که این تأثیرپذیری در مطالعه فوق نیز مشهود بود و در نهایت سبب، شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتارهای مزاحم و وسواسی و کشف ریشه تعارض‌های بیماران گردید (۳۵). کارادیک^۱ نیز، کاهش علائم ناشی از تجارب هیجانی آسیب‌زا در دوره درمان و پیگیری، در اختلالات روانی را با درمان شناختی تحلیلی نشان داد (۶۰).

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که در واقع بی‌نظمی هیجانی اساس نارساکنشی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌باشد (۶۱) و از ویژگی‌های اصلی این اختلال بی‌نظمی رفتاری، عدم توانایی در فهم و تفسیر کنش هیجانی و عدم توانایی در تنظیم واکنش مناسب به علائم هیجان می‌باشد (۶۲). این بیماران پس از انگیختگی حالت هیجانی (خشم و تکانشگری) به سختی به حالت معمول بر می‌گردند (۶۳) همچنین بروز رفتار در این بیماران بوسیله فرآیند شناختی کنترل نمی‌شود و نمی‌توانند یاد بگیرند که با کنترل جریان شناختی پاسخ خود را تغییر و یا تعدیل کنند، که این کنترل شناختی ضعیف امکان دارد منجر به رفتارهای تکانه‌ای و خود آسیب‌رسان گردد (۶۴) بنابراین روان‌درمانگری شناختی تحلیلی با دادن بینش به بیمار در جهت دستیابی به منشأ مشکل، ایجاد نقش مشارکتی فعال و

نتایج آزمون تحلیل کواریانس بین گروهی نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر تجارب تجزیه‌ای در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/036$)، همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی-تحلیلی بعد از ۵ ($F=0/10$ و $P=0/922$) و ۱۰ جلسه ($F=2/611$ و $P=0/125$) مداخله، اثر معنی‌داری در کاهش تجارب تجزیه‌ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نداشته اما نتایج آزمون کواریانس بین گروهی نشان می‌دهد که مداخله پس از اتمام جلسات درمانی در جلسه شانزدهم ($F=5/789$ و $P=0/028$) اثر معناداری در کاهش تجارب تجزیه‌ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته که تغییرات درمانی حاصل در دوره پیگیری نیز ماندگار بودند ($F=7/80$ و $P=0/012$). لذا درمان شناختی-تحلیلی بعد از یک ماه پیگیری اثر معنی‌داری در کاهش تجارب تجزیه‌ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی تحلیلی پس از ۵ و ۱۰ جلسه مداخله، تکانشگری را در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی کاهش نداد، اما در مراحل پیشرفته درمان و پس از اجرای کامل پروتکل درمانی، درمان شناختی تحلیلی پس از ۱۶ جلسه مداخله و دوره پیگیری یک ماهه تکانشگری را کاهش داد و موجب کاهش و بهبود شدت علائم مرزی شد. این نتیجه با یافته‌های پیشین همسو بود (۲۹ و ۳۰ و ۲۵ و ۲۰ و ۲۸ و ۳۵ و ۲۷ و ۵۹). در متغیر تکانشگری میزان تغییرات مشاهده پس از ۱۶ جلسه و یک ماه به ترتیب

درمان می‌باشد. این درمان با ارائه آگاهی در زمینه خطاهای شناختی و ماهیت علائم، بیمار را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش می‌نماید که درمان شناختی تحلیلی راه‌های این تغییر نگرش را در طول جلسات درمان به فرد می‌آموزد و این مسئله توسط مک‌کور، نیز نشان داده شده است (۳۸).

در نظر هپل، این روش درمانی، از آنجا شناختی تحلیلی نامیده می‌شود که همچون روان‌تحلیل‌گری، تجربه احساسات واقعی، غلبه بر مقاومت و توجه دقیق به پدیده انتقال در مشکلات کنونی را مبنای تمرکز قرار داده است، اما مفهوم‌سازی آن از ناهشیاری و روش درمانگری آن مخصوصاً از دیگر مفاهیم روان‌تحلیلی متمایز است (۶۷). این یافته‌ها همسو با بررسی فعلی است که نشان داده‌اند، درمان شناختی تحلیلی یک مداخله روانشناختی مؤثر برای اختلالات روانی است (۶۸). دلیل دیگر اثربخشی این درمان راهبردهایی است که طی جلسات درمان به کار می‌رود؛ این درمان منشأ شکل‌گیری روند آسیب‌زا را در قالب نمودار و نامه‌های صورت‌بندی مجدد به بیمار نشان می‌دهد، این کار باعث می‌شود ریشه الگوهای تکراری ناکارآمد، مشکل اصلی و روند رشد آنها مشخص شود. علاوه بر این بسیاری از نامه‌های صورت‌بندی مجدد شامل نموداری از نقش‌های متقابل به کار رفته توسط بیمار، روندهای متوالی به کار رفته در نقش‌های متقابل و پیامدهای حاصل از آن می‌شود. پاسخ بیماران به نامه صورت‌بندی مجدد به مشکلات پایه‌ای آنها بستگی دارد، بعضی از بیماران این تجربه که نامه‌ای به آنها نوشته شود و به آن فکر کنند را جالب و رو به جلو توصیف می‌کنند (۲۸). همچنین در این درمان، در جلسه آخر یا یکی مانده به آخر نامه خداحافظی به بیمار نوشته می‌شود در واقع نامه خداحافظی و محتوای آن در تداوم اثرات بلندمدت درمان شناختی تحلیلی بسیار مؤثر است (۲۸).

علاوه بر این، در پژوهش حاضر طول مدت درمان، اتحاد درمانی این مداخله که از مشارکت فعال بیمار و درمانگر ناشی شده بود، تعداد جلسات متوالی و به کارگیری دقیق قواعد درمان نیز از علت‌های دیگر کسب این نتایج، می‌توان بیان نمود. اتحاد درمانی بین بیماران و درمانگر، خود تسهیل‌کننده فرآیند درمان و تداوم بهتر درمان می‌باشد که این

آموزش راهبردهای جایگزین مناسب به جای راهبردهای ناکارآمد و اصلاح طرحواره‌های آسیب‌زای کودکی و جایگزین کردن طرحواره‌های مناسب به بهبود عملکرد این بیماران کمک می‌کند و موجب کاهش بروز رفتارهای تکانه‌ای و بی‌برنامه می‌شود. که این فرمول‌بندی مستحکم، ارائه آگاهی و بینش افزایی نسبت به منشأ تحولی مشکلات بیمار، طی درمان شناختی تحلیلی در بهبود مبتلایان به انواع اختلالات روانی مؤثر است (۶۵ و ۶۶). این امر به بیمار در جهت تغییر سبک زندگی‌شان که در نهایت سبب تعدیل ساختارهای شخصیتی می‌گردد، کمک می‌کند و این فرآیند موجب کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. ویژگی کلیدی این مدل درمانی که بر فرمول‌بندی اولیه و مشارکتی مشکلات هسته‌ای ارتباطی بیماران مرزی تأکید می‌کند یکی دیگر از علت‌های مهم افزایش اثربخشی این درمان می‌باشد (۲۰).

درمان شناختی تحلیلی با بررسی سبک‌های دلبستگی اولیه (۲۱)، نقش‌های متقابل و الگوهای ارتباطی (۲۰) موجب بهبودی علائم می‌شود. کلارک نشان داد که ترغیب بیماران به یادآوری تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی و حل و فصل آنها در درمان شناختی تحلیلی نقش مؤثری در کاهش علائم بیمارگونه، کاهش درماندگی روانشناختی و در نهایت بهبود سلامت روان دارد (۲۷). یکی از حوزه‌های تأثیرگذار این مداخله در پژوهش حاضر، تأثیری است که بر روی کاهش اشتغالات ذهنی و سردرگمی‌های بیماران داشته که در مطالعه کلت، بینت، رایل و تیک نیز این مسئله در ارتباط با مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی تأیید گردید، که مهمترین دستاورد آن، کاهش بی‌ثباتی‌های هیجانی بیماران بود (۲۰). تأکیدی که این درمان بر نقش فعال و مشارکت بیمار در فرمول‌بندی مشکلات دارد یکی دیگر از مهمترین ویژگی‌هایی است که در کارآمدی این درمان نقش بسزایی دارد (۱۸)؛ هرآنچه در بیمار نیاز به تغییر داشته باشد در این درمان جهت تعدیل فراخوانده می‌شود و تمرکز عمده این روش درمانی بر کشف چگونگی تعاملات بیمار می‌باشد، در واقع این امر ریشه بسیاری از اختلالات و شکل‌گیری طرحواره‌ها در الگوهای تعاملی اوایل زندگی است که اهمیت بالینی فراوانی دارد (۱۸). توجه این درمان به چگونگی شکل‌گیری و تداوم مشکل، علت دیگری در تبیین اثربخشی این

حاضر، تأثیری است که این روش بر دستیابی بیمار به ماهیت علائم، بررسی روند شکل‌گیری غلط نقش‌های متقابل (از کودکی تا حال) و ترغیب بیمار به تعدیل روش‌های پیشین خود در زندگی، می‌گذارد. در نهایت نتیجه گرفته می‌شود که گروه درمانی شناختی-تحلیلی موجب بهبود تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای بیماران مرزی در نمونه حاضر گردید.

در این مطالعه، محدودیت جامعه پژوهش، عدم کنترل کامل درمان دارویی و برخی متغیرهای مداخله‌گر (نظیر طول مدت بیماری، سابقه خانوادگی اختلال‌های روانپزشکی و...) ساختار نیمه‌آزمایشی مطالعه حاضر، انجام این پژوهش در جامعه مردان، مهمترین محدودیت‌هایی هستند که هنگام استنباط یافته‌ها و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرند. بنابراین مطالعات بیشتری مورد نیاز است تا چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر تکرار نماید و برخی از سؤالات برخاسته از این مطالعه و پیشینه پژوهش را مورد بررسی علمی قرار دهند. و به این سؤال با قطعیت بیشتری پاسخ داده شود که آیا این درمان، روش قدرتمند و مؤثری نسبت به مداخلات درمانی رایج در راستای کاهش تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است یا نه؟ تکرار این مطالعه با کنترل اثر درمان دارویی، همزمان با درمان دارویی، کنترل بیشتر متغیرهای مداخله‌گر و مزاحم، پیشنهاد می‌گردد. همچنین اجرای پروتکل ۲۴ جلسه‌ای این درمان برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، مداخلاتی با دوره پیگیری طولانی‌تر، بررسی این مداخله در اختلالات روانپزشکی شایع و جامعه آماری کودکان و نوجوانان، اختلال شخصیت نمایشی و اختلال‌های اضطرابی (مثل پانیک)، اجرای پژوهش بر روی نمونه‌های زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می‌گردد. همچنین در مطالعات بعدی لازم است، حمایت تجربی بیشتری برای عناصر اثربخش این رویکرد درمانی نظیر کشف ریشه تعارض‌ها و الگوهای مخرب رفتارهای آسیب‌زای مرزی، کاهش اشتغالات ذهنی، تنظیم فرآیند احساسی و عاطفی فرد، به عمل آید. در نهایت پیشنهاد می‌شود که در زمینه نوع و چگونگی آموزش استراتژی‌های جایگزین مناسب در درمان شناختی تحلیلی (برای موفقیت یک مداخله روانشناختی)

فرآیند و تأثیرگذاری آن در مطالعه کارادیک (۶۱) نیز تأیید شده است.

همچنین نتایج نشان داد که درمان شناختی تحلیلی پس از ۵ و ۱۰ جلسه مداخله، علائم تجزیه‌ای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی را کاهش نداد اما در مراحل پیشرفته درمان و پس از اجرای کامل پروتکل درمانی، علائم تجزیه‌ای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی کاهش یافت. میزان تغییرات مشاهده شده در تجارب تجزیه‌ای پس از ۱۰، ۱۶ جلسه و یک ماه پیگیری به ترتیب ۰/۱۳، ۰/۲۵، و ۰/۳۱ بود. این یافته همسو با مطالعات پیشین بود (۲۰ و ۳۱ و ۶۹ و ۷۰). کلت، بینت، رایل و تیک نشان دادند که این درمان با کاهش تدریجی پریشانی‌های روانشناختی، علایم تجزیه‌ای و کاهش آشفتگی‌های شخصیتی موجب بهبود عملکرد روزمره این بیماران می‌شود و با ابزارهای اندازه‌گیری دریافتند که این درمان موجب بهبود و یکپارچگی ساختار شخصیت مرزی می‌شود. این تغییرات پس از دوره پیگیری همچنان پایدار بود، همچنین در مطالعه‌ی خود نشان دادند که بیشترین تأثیرات این درمان در طی جلسات اول بر روی پریشانی‌های روان‌شناختی بود (جلسه ۱-۴) و تغییرات در زمینه دیگر علایم مثل یکپارچگی شخصیت و کاهش گسست و تجزیه در جلسات بعدی درمان و در مرحله دوم درمان اتفاق افتاد (۲۰). در پژوهشی دیگر تأثیر درمان شناختی تحلیلی بر اختلال هویت تجزیه‌ای، مورد بررسی قرار گرفت که نتایج کاهش طیف وسیعی از علائم و تأثیرات پایدار و مؤثری در یک دوره پیگیری ۶ ماهه را نشان داد (۶۹). همچنین در پژوهشی دیگر که به بررسی تأثیر درمان شناختی تحلیلی در توصیف علائم و تجربیات مبتلایان به اختلالات سایکوتیک پرداخته شد و بیماران ترغیب به یادآوری تجربیات آسیب‌زا اولیه و حل و فصل آن شدند، درمان شناختی-تحلیلی به عنوان مدل درمانی منسجم و قدرتمندی در کسب نتایج بالینی معرفی گردید (۷۰).

کامیدو بیان می‌کند که تعامل و درگیری سریع بیمار نتیجه فرمول‌بندی مشارکتی اولیه در درمان شناختی-تحلیلی است، و این روشی کلیدی برای کاهش فسخ جلسات هنگام درمان بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است (۲۹)، که مطالعه حاضر از این دیدگاه حمایت می‌کند. بنابراین دلیل تأثیرگذاری این مداخله برای بیماران مرزی در پژوهش

prisoners. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(3):97-105.

14- Zargarani N, Mashhadi A, Tabibi Z. The Effectiveness of Emotion Regulation Group Training Based on Process Model of Gross on Behavioral and Cognitive Inhibition of Adolescent Girls with Syndrome of BPD and ADHD. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;6(4).

15- Hoseini-Emam SS, Najafi M, Makvand-Hosseini Sh, Salavati M, Rezaei AM. Comparing the Effectiveness of Training Emotion Regulation Skills Based on Gross and Linehan Models on Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2018;15(4):508-17.

16-Rashn Sh, Makvand-Hosseini Sh, 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.

17- Ryle A, Low J. Cognitive analytic therapy. *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*: Springer. 1993; 87-100.

18- Akbari J, Aghamohammadi H, Ghanbari Hashem Abadi B. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Drug Therapy on Anxiety and Impulsivity Symptoms in Men with Borderline Personality Disorder. *Principles of Mental Health*. 2008; 10(4): 317-23.

19- Ryle A, Kerr IB. *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice*: John Wiley & Sons; 2003.

20- Kellett S, Bennett D, Ryle T, Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2013; 20(3): 216-25.

21- Bateman AW, Ryle A, Fonagy P, Kerr IB. Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *International Review of Psychiatry*. 2007; 19(1): 51-62.

22- Trevarthen C. Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*. 2001; 22(1-2): 95-131.

23- Denman C. Cognitive-analytic therapy. *Advances in Psychiatric treatment*. 2001; 7(4): 243-52.

24- Denman C. The place of psychotherapy in modern psychiatric practice. *Advances in psychiatric treatment*. 2011; 17(4): 243-9.

25- Ryle A, Leighton T, Pollock P. *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*: John Wiley & Sons Inc. 1997.

26- Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*. 1997; 9(4): 679-700.

ویژه بیماران مرزی در نمونه‌های ایرانی پژوهش‌هایی صورت گیرد.

منابع

1- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub. 2013.

2- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*. 2002; 51(12): 936-50.

3- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR*. Washington, DC. 2000.

4- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*. 2001; 158(11): 1783-93.

5- Chabrol H, Montovany A, Ducongé E, Kallmeyer A, Mullet E, Leichsenring F. Factor structure of the borderline personality inventory in adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*. 2004; 20(1): 59-65.

6- McCormick B, Blum N, Hansel R, Franklin JA, John DS, Pfohl B, et al. Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2007; 48(5): 406-12.

7- Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological Narcism*, New York (Jason Aronson) 1975.

8- Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*. 2006; 62(4): 411-30.

9- McCullough Jr JP. *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*: Educational Publishing Foundation. 2003.

10- Akbari J, Aghamohammadian H, Ghanbari Hashem Abadi B. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Medicinal Therapy on Anxiety and Impulsivity Symptoms in Men with Bipolar Disorder. *Journal of Psychology*. 2010; 13(3): 342-59.

11- Mazaheri M, Bardjali A, Ahadi H, Golshani F. Effectiveness of dialectical behavioral therapy in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychological Research*. 2011; 2(5): 1-25.

12- Fatehizadeh M, Shafi Abadi A, Etemadi A, Delaware A. Comparison of the Effectiveness of Two Methods of Contraceptive Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Symptoms of Patients with Borderline Personality Disorder in Isfahan. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2007; 2(3): 7-24.

13- Vakili J, Kimiaee SA, Salehi-Fadardi J. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Borderline Personality Disorder Symptoms of

- psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *The Journal of psychotherapy practice and research*. 1995; 4(3): 205.
- 41- Raj YP. Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*. 2004; 6(3): 225-31.
- 42- Barratt ES. Perceptual-motor performance related to impulsiveness and anxiety. *Perceptual and Motor Skills*. 1967; 25(2): 485-92.
- 43- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*. 1995; 51(6): 768-74.
- 44- Ekhteyari H, Safai H, Esmaeili J, Atef G, Mohammad k, Edalati H, et al. Validity and Reliability of Persian Versions of Isans, Bart, Dickman, and Zuckerman Questionnaires in Determining Hazardous and Impulsive Behaviors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 14(3): 326-36.
- 45- Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*. 1986.
- 46- Renard SB, Pijnenborg M, Lysaker PH. Dissociation and social cognition in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*. 2012; 137(1-3): 219-23.
- 47- Körlin D, Edman G, Nybäck H. Reliability and validity of a Swedish version of the Dissociative Experiences Scale (DES-II). *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007; 61(2): 126-42.
- 48- Olsen SA, Beck JG. The effects of dissociation on information processing for analogue trauma and neutral stimuli: A laboratory study. *Journal of anxiety disorders*. 2012; 26(1): 225-32.
- 49- Sajadi SF, Zargar Y, Honarmand MM, Arshadi N. Designing and testing a model of some precedents and outcomes of borderline personality disorder in high school students of Shiraz. *International Journal of School Health*. 2015; 2(3).
- 50- Sajadi SF, Dehghanizadeh Z. A survey on the relationship between alexithymia and dissociation experiences with eating attitudes in girl students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2016; 18(5): 8-17.
- 51- Bernstein E, Putnam FW, Ross CA, Torem M, Coons P, Dill D, et al. Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1030-6.
- 52- Marnat G. *Psychoscience Guide, for clinical psychologists, counselors and psychiatrists*. Translated by Hasan Pashashriffi and Mohammad Reza Nikkhoo. Tehran: Sokhan Publications. 1392.
- 53- Khawaja Mughni N. Preliminary Preparation of the Short Form of Million-Century Multi-Axis Clinical Questionnaire in Tehran. Tehran Psychiatric Institute. 1993
- 27- Clarke S, Thomas P, James K. Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2013; 202(2) :129-34.
- 28- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 193(6): 477-84.
- 29- Cowmeadow P. Deliberate self-harm and cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*. 1994; 9: 135-50.
- 30- Fosbury J, Coles C. Cognitive analytic therapy with poorly controlled insulin-dependent diabetic patients. *Psychology and diabetes care Chichester, UK: PMH Production*. 1994.
- 31- Wildgoose A, Clarke S, Waller G. Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: a pilot study of the impact of cognitive analytic therapy. *British Journal of Medical Psychology*. 2001; 74(1): 47-55.
- 32- Beard H, Marlowe M, Ryle A. The management and treatment of personality-disordered patients: The use of sequential diagrammatic reformulation. *The British Journal of Psychiatry*. 1990; 156(4): 541-5.
- 33- Kerr IB. Cognitive-analytic therapy for borderline personality disorder in the context of a community mental health team: Individual and organizational psychodynamic implications. *British Journal of Psychotherapy*. 1999; 15(4): 425-38.
- 34- Ryle A, Beard H. The integrative effect of reformulation: Cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *British Journal of medical psychology*. 1993; 66(3): 249-58.
- 35- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009; 43(5): 397-408.
- 36- Ryle A, Golyunkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*. 2000; 73(2): 197-210.
- 37- Wayne K, Goodman M. Medications for Obsessive-compulsive Disorder: ; 2010] Available from: www.ocdchicago.or.
- 38- McCormick EW. *Change for the better: Self-help through practical psychotherapy*: Sage. 2012.
- 39- 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.
- 40- Smith TE, Koenigsberg HW, Yeomans FE, Clarkin JF, SELZER MA. Predictors of dropout in

- 68- Thompson AR, Donnison J, Warnock-Parkes E, Turpin G, Turner J, Kerr IB. Multidisciplinary community mental health team staff's experience of a 'skills level' training course in cognitive analytic therapy. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008; 17(2): 131-7.
- 69- Kellett S. The treatment of dissociative identity disorder with cognitive analytic therapy: Experimental evidence of sudden gains. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2005; 6(3): 55-81.
- 70- Kerr IB, Birkett PB, Chanen A. Clinical and service implications of a cognitive analytic therapy model of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003; 37(5): 515-23.
- 54- Sharifi AA, Molavi H, Namdari C. Triple Validity Multi-Axis Clinical Trial Milne-3. *Journal of Applied Psychology*. 2007; 9(34): 27-38.
- 55- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for Axis I DSM-IV disorders. New York: Biometrics Research. 1994.
- 56- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition. SCID-I/P; 2002.
- 57- Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: psychometric properties. *Comprehensive psychiatry*. 2009; 50(1): 86-91.
- 58- Bakhtiari M. *Psychological Disorders in Patients with Physical Disorders*: Tehran Psychological Institute. 2000.
- 59- Kazemi H, Rasoulzade Tabatabaei S, Dezhkam M, Azadfallah P, Momeni K. Comparison of cognitive analytic therapy, cognitive therapy and medication on emotional instability, impulsivity and social instability in bipolar II disorder. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 5: 91-9.
- 60- Carradice A. 'Five-Session CAT' Consultancy: Using CAT to Guide Care Planning with People Diagnosed with Personality Disorder within Community Mental Health Teams. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2013; 20(4): 359-67.
- 61- Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tiescher O, Levy KN, et al. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(12): 1832-41.
- 62- Walters KN. Emotional responses to social rejection and failure among persons with borderline personality features: Dept. of Psychology-Simon Fraser University. 2008.
- 63- Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez C, Gunderson JG. An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. *Comprehensive psychiatry*. 2010; 51(3): 275-85.
- 64- Motamedi A, Amirpour B. The effect of thinking styles on anger expression (in-out) and anger control (in-out) in university students. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 6(1): 17-24.
- 65- Hamill M, Mahony K. 'The long goodbye': Cognitive analytic therapy with carers of people with dementia. *British Journal of Psychotherapy*. 2011; 27(3): 292-304.
- 66- Fozooni B. Cognitive analytic therapy: a sympathetic critique. *Psychotherapy and Politics International*. 2010; 8(2): 128-45.
- 67- Hepple J. Cognitive-Analytic Therapy in a Group: Reflections on a Dialogic Approach. *British Journal of Psychotherapy*. 2012; 28(4): 474-95.