

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی، طرحواره درمانی و روان‌نگری شناختی - تحلیلی بر کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy, schema therapy and cognitive-analytical psychotherapy on reducing symptoms in people with borderline personality disorder

Mitra Hashemzadeh Chakan
PhD Student in General Psychology, Department of Psychology,
Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
Reza Kazemi (crossponding author)
Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad
University, Ardabil, Iran.
Somayeh Taklavi
Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad
University, Ardabil, Iran
Mohammad Narimani
Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad
University, Ardabil, Iran

Abstract

Aim: Borderline personality disorder is the most common disorder in clinical settings. Due to the complex nature of the disorder and the need for new therapies. **Method:** this study was performed to compare the effectiveness of three treatments on reducing symptoms in people with borderline personality disorder. In a quasi-experimental study, in the form of pre-test-post-test design with a control group with two-month follow-up, 60 people based on clinical interview and multiaxial test of three million (MCMI-III) (individuals with a score of $<84 <BR$) by sampling method Targeted, selected and randomly assigned to four groups (45 in the experimental group and 15 in the control group) and on the Borderline Personality Scale (STB), as a diagnostic tool and difficult questionnaires Gratz & ruemer (2004), Barat impulsivity (BIS), Omid Schneider responded as a research tool before and after the intervention program. The interventions were performed in groups for four months with 90 minute sessions per week. **Results:** The results of multivariate analysis of covariance MANCOVA and Ben Feroni post hoc test showed that there is a significant difference in the symptoms associated with the disorder in the pre-test, post-test and follow-up stages ($P < 0.05$). **Conclusion:** The mean difference in the emotion distortion variable in favor of the CAT method in the impulsivity variable was different in favor of the DBT approach and in the chronic emptiness feeling variable, the results indicated that there was no significant difference.

Keywords: Borderline personality disorder, Dialectical behavior therapy, Schema therapy, Cognitive-analytic therapy, Emotion distortion, Impulsivity, Feeling of emptiness.

میترا هاشم زاده چکان
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل،
دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
رضا کاظمی (نویسنده مسئول)
روانپزشک، استاد یار گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی واحد اردبیل،
دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
سمیه تکلوی
استاد یار گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی واحد اردبیل، دانشگاه آزاد
اسلامی، اردبیل، ایران.
محمد نریمانی
استاد گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی واحد اردبیل، دانشگاه آزاد
اسلامی، اردبیل، ایران.

چکیده

هدف: اختلال شخصیت مرزی شایع ترین اختلال در محیط های بالینی است. این مطالعه به دلیل ماهیت پیچیده اختلال مذکور و ضرورت بکارگیری درمانهای جدید، با هدف مقایسه اثربخشی سه روش درمانی بر کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اجرا شد. روش: در یک پژوهش شبه آزمایشی، در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری دوماهه، ۶۰ نفر بر مبنای مصاحبه بالینی و آزمون چند محوری میلیون سه (MCMI-III)، (افراد با نمره $84 < BR$) به روش نمونه گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه (۴۵ نفر درسه گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) گمارده شدند و به مقیاس شخصیت مرزی (STB)، بعنوان ابزار تشخیص و پرسشنامه های دشواری تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴)، تکانشگری بارات (BIS)، امیدواری اشنايدر بعنوان ابزار پژوهش قبل و بعد از برنامه مداخله درمانی پاسخ دادند. مداخله ها به مدت چهارماه با جلسات ۹۰ دقیقه ای در هفته، به شیوه اجرا شد. یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره MANCOVA و آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری درعلايم مرتبط با اختلال تفاوت معنادار وجود دارد ($P > 0.05$). نتیجه گیری: تفاوت میانگین در متغیر کژتنظیمی هیجان به نفع روش CAT در متغیر تکانشگری این تفاوت به نفع رویکرد DBT و در متغیر احساس پوچی مزمن نیز نتایج حاکی از عدم

وجود تفاوت معنادار بود.

کلید واژه: اختلال شخصیت مرزی، رفتاردرمانی دیالکتیک، طرحواره درمانی، درمانگری شناختی-تحلیلی، کژتنظیمی هیجان، تکانشگری، احساس پوچی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۰

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) بعنوان شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های بالینی (آکین وستین، ۲۰۱۷) یک اختلال روانی ناهمگن شناخته شده است. مبتلایان به این اختلال در قلمروهای مختلف از جمله الگوی فراگیر بی‌ثباتی عاطفی، تکانشگری^۲ بارز، بی‌ثباتی در روابط بین فردی و خودانگاره و اختلال هویت (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، و تربرورگ، ۲۰۱۸) و رفتارهای پرخطر، کج خلقی و همچنین ترس از رهاشدگی (آکین وستین، ۲۰۱۷) دارای مشکل بوده و در دسته B از اختلالات شخصیت قرار می‌گیرند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در واقع این اختلال با ویژگیهای احساس پوچی، خشم نامناسب، رفتار خودکشی مکرر و افکار پارانوئیدی مربوط به استرس یا علائم تجزیه شدید (اسکات و همکاران، ۲۰۱۷) بروز می‌کند. نرخ شیوع آن در جامعه حدود ۱/۶٪ و در میان بیماران روانپزشکی بستری در بیمارستانهای روانی حدود ۲۰٪ بدست آمده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

مطالعات بسیاری، عوامل بیولوژیک (سرشت آسیب پذیر کودک) و محیط خانوادگی بشدت نا کارآمد و آشفته (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶) و نیز اختلالات ساختاری یا کارکردی در لوب فرونتال (ساویتز و همکاران، ۲۰۰۹، وینگفیلد و همکاران، ۲۰۰۹) و اختلالات مختلف در نواحی مربوط به کارکردهای اجرایی، تنظیم عواطف و بازداری رفتاری (وینگفیلد و همکاران، ۲۰۱۰) را در BPD نشان داده اند. که بیانگر ارتباط عوامل نورولوژیکی با اختلال مذکور است.

یکی از مشخصه های اصلی اختلال شخصیت مرزی، کژتنظیمی هیجانی (نوسان خلقی) است که محصول مشترک آمادگی زیستی، شرایط محیطی و تعامل میان این دو، طی فرآیند رشد در نظر گرفته شده (لینهان، ۱۹۹۳) و به عدم توانایی برای پاسخ دادن منعطف به هیجانها و کنترل (مدیریت) آنها اطلاق می شود (کارپنتر و ترول، ۲۰۱۳) به نقل از علیلو و همکاران، ۱۳۹۳). یکی دیگر از مشخصه های بیماران مرزی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) تکانشگری است که آن را "گرایش و آمادگی برای ابراز واکنش های سریع و بی برنامه نسبت به محرکهای درونی یا بیرونی، بدون توجه به عواقب و پیامد های منفی آنها" تعریف کرده اند (زانارینی و فرانکنبورگ، ۱۹۹۷). اقدام به خودکشی، در ۸۴٪ از بیماران مرزی (لیب و همکاران، ۲۰۱۰). و نیز تجربه نوسانات خلقی شدید در سطح پرخاشگری و روابط بین فردی در آنها مشاهده می شود (لویین و بلات، ۲۰۱۱). در کمتر از ده درصد موارد تشخیص در بزرگسالی اتفاق می افتد (لورنس و همکاران، ۲۰۱۳).

^۱ -Borderline Personality Disorder

^۲ - Impulsivity

دیگر متغیرهایی که بیماران مبتلا به BPD با آن درگیر هستند احساس پوچی مزمن و بی حوصلگی است، این بیماران از احساس خلاء درونی، شبیه یک نیاز شدید و فوری جسمانی رنج می‌برند، از این رو اغلب می‌کوشند تا این خلا را پر کنند. بیماران مرزی برای اطمینان از تهی نبودن داخل بدن شان، خودزنی می‌کنند (علیلو، شریفی، ۱۳۹۰).

مطالعات اخیر در ادبیات پژوهش نشان داده است که این اختلال اغلب با دیگر اختلالات شخصیت از جمله اختلال شخصیت خودشیفته^۱ و ضداجتماعی^۲ همبود دارد (مک کورمیک و همکاران ۲۰۱۷، زانارینی و همکاران، ۲۰۱۷). اختلالات افسردگی، دوقطبی، و اختلالات اضطرابی (وحشت زدگی^۳ و هراس خاص و هراس اجتماعی^۴)، در زنان مبتلا به BPD (گران و همکاران، ۲۰۰۹). و اختلال سوء مصرف مواد و عقب ماندگی ذهنی^۵ در مردان مبتلا روی می‌دهند (شن و همکاران، ۲۰۱۷). گاندرسون و همکاران معتقدند که دو ملاک بین فردی مهم، ترس از رها شدگی و روابط بی ثبات، به تمایز BPD از سایر اختلالات شخصیت کمک می‌کند (استانلی و سیورر، ۲۰۱۰).

اغلب این اختلال، با گزارش تجربیات تروماتیک در افراد مبتلا همراه است (سینایی و همکاران، ۲۰۱۸). به همین دلیل مبتلایان، به سطح بالای مراقبتهای روان پزشکی و خدمات روانشناختی نیازمند هستند (آکین و ستین، ۲۰۱۷)، بعلاوه این اختلال با ایجاد آشفتگی در عملکرد اجتماعی و شغلی (APA، ۲۰۱۰) نیاز به امکانات اقتصادی را ایجاب می‌کند، از سوی دیگر با توجه به شیوع بالای این اختلال در جامعه زنان و لزوم تربیت سالم کودکان پیدا کردن روش های درمانی موثر در بهبود نشانه های اختلال مرزی بسیار ضروری به نظر می‌رسد. این گروه از بیماران بطور خاص به شیوه های درمانی تخصصی نیاز دارند که بتواند مستقیماً مشکلات و نشانه های اختلال را هدف درمان قرار دهد (جاکوب و همکاران، ۲۰۰۸) بر پایه شواهد نظری درمان این اختلال چالش برانگیز است (اولدهام، ۲۰۰۲)، بطوریکه در سالهای اخیر BPD یک اختلال درمان ناپذیر فرض شده است (مک ماین و همکاران، ۲۰۰۹). علیرغم فرض بر عدم پاسخ به درمان، تاکنون اقدامات درمانی متعددی از جمله درمان های دارویی و غیردارویی با توجه به سبب شناسی آن، برای درمان بیماران به کار گرفته شده است.

رایج ترین درمان های دارویی شامل ضد افسردگی های سه حلقه ای، مهارکننده های بازجذب مجدد سروتونین و نیز گاباپنتین (کلاو، ۲۰۱۴) و درمان های غیردارویی بیشتر شامل استفاده از درمان های روان شناختی است (چین و همکاران، ۲۰۱۶، کورگر و همکاران، ۲۰۱۰). رفتار درمانی دیالکتیکی^۶ از جمله درمان های تاثیر گذار در کاهش علائم این اختلال است، موفقیت این درمان در BPD به طور ویژه ثابت شده است (اوکوئل و داوولینگ، ۲۰۱۴). DBT بعنوان یک رویکرد موج سوم، مداخلات مربوط به درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اصل تغییر را با آموزش ها و فنون فلسفه شرق مبتنی

¹ Narcissistic personality disorder

² Antisocial personality disorder

³ Panic disorder

⁴ Social and specific phobia

⁵ Mental retardation

⁶ Dialectical behavioral therapy

براصل پذیرش، در آمیخته است. در این رویکرد هوشیاری فراگیربنیادین^۱ و تحمل پریشانی^۲ به عنوان مولفه پذیرش و تنظیم هیجان و کار آمدی بین فردی^۳ به عنوان مولفه های تغییر مطرح می شوند (میلر و همکاران، ۲۰۰۶، ماهلام و همکاران، ۲۰۱۶). از دیگر درمانهای روان شناختی تاثیرگذار بر BPD طرحواره درمانی^۴ است. این نوع درمان، درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶) پایه گذاری شده است. او در این درمان کوشیده است تا با بکارگیری مبانی و راهبردهای روشهای درمان شناختی - رفتاری (CBT) و مولفه هایی از سایر نظریه ها مثل دلبستگی، روابط شیء، ساختار گرایی و روان تحلیل گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آنها با یکدیگر، یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت ارایه دهد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). این نوع درمان، به بیماران کمک می کند تا بر طرحواره های ناسازگار خود غلبه نمایند (همان منبع).

علاوه بر روش های درمانی ذکر شده، از جمله درمانهایی که میتواند در کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود نشگان دیگر مبتلایان تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است رواندرمانگری شناختی تحلیلی (CAT)^۵ است، به عنوان یکی از درمانهای کوتاه مدت روانشناختی رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بینش افزایی دارد و در موقعیتهای گروهی به طور ماهرانه عمل میکند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶، ماریوت و کلت، ۲۰۰۹) عناصر مفید و مؤثر نظریه روانپوشی، روابط موضوعی^۶ و روانشناسی شناختی به خصوص نظریه سازه های فردی کلی با هم ادغام شده، و اساس فرمولبندی درمان شناختی تحلیلی، را پایه ریزی کرده است، این درمان با همکاری درمانگر و بیمار، مشارکت کامل بیمار را می طلبد (هپ، ۲۰۱۲، کلت و همکاران، ۲۰۱۳). مرور مطالعات گذشته نشان داد که تا به حال هیچ پژوهشی بطور مستقیم مقایسه اتربخشی این سه روش درمانی را بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی مورد مطالعه قرار نداده است. وکیلی، و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند، رفتاردرمانی دیالکتیک می تواند در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد و این تأثیر از پایداری لازم تا زمان پیگیری برخوردار است. هم چنین مونته گومری و همکاران (مونته گومری، ۲۰۱۶)، در پژوهش خود دیدگاه متفاوت دو درمان DBT, ST را گزارش دادند. بر اساس این دیدگاه در ST بررسیهای اتیولوژیک بیشتر به دانش متمرکز بر دلایل بیولوژیکی^۷ و محیطی با تمرکز بیشتر بر فاکتورهای اثر گذار محیطی که طرحواره های ناسازگار را هدف قرار می دهد توجه می شود، در مقابل DBT بر تاثیر متقابل آسیب پذیری ژنتیکی پایه و ناتوانی در تنظیم یا بد تنظیمی هیجانی، و بر روی یک محیط نامعتبر در خانواده که منشاء نیازهای عاطفی اساسی نادیده گرفته شده است متمرکز است. رایلی و همکاران (رایلی و همکاران، ۱۹۹۷) در پژوهشی اعلام کردند: "اثر بخشی روان درمانگری شناختی - تحلیلی در درمان اختلال شخصیت مرزی مبتنی بر این فرض است

¹ core Mindfulness

² distress Tolerance

³ interpersonal effectiveness

⁴ Schema therapy

⁵ cognitive-analytic therapy

⁶ psychoanalytic object relations theory

⁷ biology

که بی ثباتی هیجانی (دام‌ها)، رفتار تکانشی (دوراهی‌ها) و بی‌ثباتی اجتماعی (موانع)، ریشه در الگوهای ناسازگارانه و تکرار شونده در دوران اولیه زندگی فرد دارد". هم‌چنین در پژوهشی دیگر (مولرو همکاران، ۲۰۰۱) گزارش دادند که روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی به واسطه تغییر در صفات هسته شخصیت و اصلاح رفتارهای آسیب‌زا منجر به بهبود در عملکرد روانی اجتماعی و بهداشت روان می‌گردد. اتحاد درمانی بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و درمانگر خود تسهیل‌کننده فرایند و تداوم بهتر درمان شناختی تحلیلی و در نتیجه اثربخشی آن می‌باشد (کلت و همکاران، ۲۰۱۳). عینی و همکاران نشان دادند: که CAT بر بهبود قدرت ایگو در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش موثر بوده است (عینی و همکاران، ۱۳۹۶). بطور کلی نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمانگری شناختی تحلیلی در درمان اختلالات بالینی دیگر مانند رفتارهای آسیب‌رسان، اختلال جسمانی‌سازی، (رایل، ۲۰۲۰) افسردگی و اختلال وحشت‌زدگی (کلارک و همکاران، ۲۰۱۳) و اختلالات اضطرابی (تزوRAMANIS و همکاران، ۲۰۱۰) می‌باشد. معضلات مرتبط با یکارگیری درمانهای مختلف در درمان این اختلال ناهمگن، بر ضرورت این مطالعه می‌افزاید.

باتوجه به نتایج پژوهش‌ها، در مطالعات پیشین بررسی و مطالعه اثربخشی شیوه‌های درمانی ذکر شده در قیاس با یکدیگر مورد ارزیابی واقع نشدند. لذا مطالعه حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال می‌باشد که کدام یک از رویکردهای درمانی منتخب در این مطالعه، بر کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثرتر است؟ با توجه به مقاومت افراد مبتلا به اختلال مذکور نسبت به درمان، تدوین درمانی با اثربخشی مطلوب جهت کاهش علائم افراد مبتلا به این اختلال بسیار ضروری به نظر می‌رسد، لذا نتایج تحقیق حاضر می‌تواند در انتخاب درمان مناسب توسط روان‌شناسان و مشاوران مشغول به فعالیت در این حوزه، مورد استفاده قرار گیرد.

روش

طرح تحقیق این پژوهش شبه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شد. که در آن اثر بخشی متغیرهای مستقل (سه روش درمانی) بر متغیرهای وابسته یعنی کژتنظیمی هیجان، تکانشگری، احساس پوچی مزمن مورد بررسی قرار گرفت. مراحل اجرایی طرح تحقیق به شرح زیر است: اجایگزین کردن تصادفی آزمودنیها در گروهها ۲. اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۳. اجرای متغیر مستقل در قالب مداخله برای گروههای آزمایش ۴. اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۵. اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (با حداقل دو ماه). جامعه آماری این پژوهش راکلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در بخش مسمومیت بیمارستان طالقانی شهر ارومیه در سال ۹۸-۹۹ بستری شده بودند، تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، بر اساس ارجاع متخصص اعصاب و روان، تعداد ۶۰ نفر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بر مبنای پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، و انجام مصاحبه بالینی و آزمون چند محوری بالینی میلون سه (MCMI-III)، (افراد با نمره $BR > 84$) انتخاب و

به صورت تصادفی در چهار گروه (۴۵ نفرسه گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) گمارده شدند. از مقیاس شخصیت مرزی (STB)، بعنوان ابزار تشخیصی و از پرسشنامه های دشواری تنظیم هیجان گراتزورونمر ۲۰۰۴، مقیاس تکانشوری بارات (BIS)، امیدواری اشنایدر (HS) بعنوان ابزار پژوهش استفاده شد. گروهها به مدت چهارماه، هفته ای با جلسات ۱/۵ ساعته توسط روانشناس و کمک درمانگر در جلسات مداخله حضور پیدا کردند. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. دارا بودن ملاکهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ملاکهای ورد DSM-5، سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم، دامنه ی سنی ۱۸ تا ۳۰ سال عدم دریافت درمان روانشناختی طی ۶ ماه گذشته باهدف درمان اختلال شخصیت مرزی عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی دیگر بعنوان ملاکهای ورود به مطالعه و بیماران روان پریش، بیماران خلقی دوقطبی، و بیمارانی که در هنگام انتخاب با تشخیص اختلال شخصیت مرزی تحت روان درمانی باشند بعنوان ملاکهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد بدین ترتیب معیار همگونی آزمودنیها لحاظ شد. در هر چهار گروه، همسانی دارویی مورد توجه قرار گرفت. طی دوره درمانی در هیچ کدام از ۴ گروه از طرف پزشک مربوطه تغییری در نوع داروی درمانی و دوز دریافتی آن صورت نگرفت.

ابزار

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون سه (MCMI-III): این پرسشنامه توسط میلون در سال ۱۹۸۷ تهیه و دارای ۱۷۵ سؤال است که به صورت بلی و خیر پاسخ داده می شود. برای افراد ۱۸ سال و بالاتر طراحی شده است. مطالعات مربوط به اعتبار و روایی MCMI نشان می دهند که این پرسشنامه به طور کلی بعنوان یک ابزار روانسنجی به خوبی سازمان یافته است. همچنین برای MCMI-III ضرایب بازآزمایی بالایی با میانه ۰/۹۱ گزارش شده است (بالاترین آن ۰/۹۶ برای اختلال جسمانی شکل و پایین ترین آن ۰/۸۲ برای تحقیر). همبستگی های گوناگونی میان MCMI و ابزارهای مربوط مختلف از جمله پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه رفتار کلی، آزمون غربال گری میشیگان^۱ پرسشنامه اضطراب حالت- صفت، فهرست نشانه ها SCL^۲ 90 و MMPI به دست آمده است (میلون، ۱۹۹۴، نقل از شریفی، ۱۳۸۶). این پرسشنامه اولین بار توسط خواجه موگهی (علمدار ساروی و قلعه بندی، ۱۳۸۳) در ایران معرفی شد و ویژگی های روان سنجی آن با یافته های گزارش شده توسط میلون هم خوانی دارد اعتبار آزمون ۰/۸۰ و پایایی آنرا به روش بازآزمایی برای هر کدام از زیر مقیاس ها مابین ۰/۶۳ الی ۰/۸۶ گزارش شده است (هادی نژاد، ۱۳۸۶). در این تحقیق پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای اختلال شخصیت مرزی، ۰/۶۴ بدست آمد.

مقیاس شخصیت مرزی (STB, ۲۰۰۱): شامل ۱۸ ماده می باشد که به صورت بلی /خیر جواب داده می شود، جواب بلی نمره یک و جواب خیرنمره صفر می گیرد. البته در این تحقیق هنگام تطبیق مقیاس

¹ Michigan Alcoholism Screening Test

² -Symptom Checklist -

STB با ملاک های TR-IV-DSM، از متون معتبر روان شناسی مرضی ماده دیگر به آن اضافه گردید تا تعریف^۱ (DSM TR-IV) از اختلال شخصیت مرزی را پوشش دهد. بنابراین، مقیاس STB دارای ۲۴ ماده می باشد. جکسون و کلاریج (جاکسون و کلاریج، ۱۹۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB، ۰/۶۱ گزارش کرده اند. همچنین، (راولینگ و همکاران، ۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده اند. روایی همزمان STB با مقیاس های روان رنجورخویی و روان پریشی گرای EPQ در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است (همان منبع). در این پژوهش پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای اختلال شخصیت مرزی، ۰/۸۱ بدست آمد.

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان: برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از مقیاس معرفی شده توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) استفاده شد، این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس می باشد. خرده مقیاس های این پرسشنامه شامل، عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. پایایی درونی کلی برابر با ۰/۹۳ می باشد و برای هر خرده مقیاس به ترتیب بیان شده، برای عدم پذیرش پاسخ های هیجانی ۰/۸۵، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند ۰/۸۹، دشواری کنترل تکانه ۰/۸۶، فقدان آگاهی هیجان ۰/۸۰، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ۰/۸۸ و برای فقدان شفافیت هیجان ۰/۸۴ می باشد. براساس بررسی پایایی درونی که توسط علوی انجام شده همسانی درونی کلی را ۰/۸۶ گزارش شده است. هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده تنظیم هیجان پایین خواهد بود (نقابی و رفیعی ۲۰۱۲). در پژوهش کرمی روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ به دست آمد (کرمی و همکاران، ۲۰۱۶). پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای دشواری تنظیم هیجان، ۰/۸۵ بدست آمد.

مقیاس تکانشوری بارات (BIS): افراد بر اساس شیوه ی عمل و تفکر در موقعیت های مختلف تفاوت دارند. مقیاس تکانشگری بارات شامل ۳۰ ماده است و برای اندازه گیری برخی از شیوه هایی که افراد بر اساس آنها می اندیشند و رفتار می کنند، استفاده میشود (لوئیس، ترجمه حبیب نژاد، ۱۳۸۸). این پرسشنامه (ویرایش یازدهم)، که توسط پروفیسور بارات ساخته شده است (بارات، ۲۰۰۴) حاوی ۳۰ سوال می باشد و ۳ عامل، الف) تکانشگری شناختی: شامل گرفتن تصمیم های شناختی سریع است. ب) تکانشگری حرکتی: شامل عمل کردن بدون فکر می باشد. ج) بی برنامه گی: به صورت یک جهت یابی آنی یا فقدان آینده نگری مشخص می شود. را مورد ارزیابی قرار می دهد. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است و به بررسی مولفه های شخصیتی و رفتاری تکانشوری، می پردازد. ساختار پرسش های گردآوری شده، نشان دهنده ی، ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است. بر مبنای درجه بندی لیکرت، نمره ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) رده بندی میشود. امتیاز و نمره سوالات ۳۰، ۲۹، ۲۰، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۱ معکوس می شوند. نمره خام تکانشگری مجموع نمرات پاسخ های داده شده است (هرچه نمره بالاتر باشد،

¹ Diagnostic statistical manual of mental disorders

تکانشگری بیشتر است). پایین‌ترین نمره ۳۰ و بالاترین ۱۲۰ است. (پاتن و همکاران، ۱۹۹۵) در پژوهشی به تعیین اعتبار و پایایی مقیاس تکانشگری بارات پرداختند و میزان اعتبار و پایایی آن طبق گزارش یافته‌ها، به ترتیب ۰٫۸۷ و ۰٫۷۹ می‌باشد که حاکی از اعتبار و روایی قابل قبول این پرسشنامه است. ترجمه فارسی تکانشگری بارات از نظر اعتبار و پایایی در حد مطلوبی است (حافظی و خواجه‌بوی، ۲۰۱۱). پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای تکانشگری، ۰٫۷۵ بدست آمد.

مقیاس امیدواری اشنايدر (SAHS): مقیاس ۱۲ سوالی امیدواری توسط اشنايدر (به نقل اشنايدر و پترسون، ۲۰۰۰) برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل گذرگاه و انگیزش می‌باشد و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ دادن به هر سوال، پیوستاری از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم در نظر گرفته شده، است. سوالات ۷، ۵، ۳ و ۱۱ نمره گذاری نمی‌شوند و مربوط به حواس پرتی اند. سوالات ۴، ۶ و ۸ مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سوالات ۱۰، ۹، ۱۲ و ۲ مربوط به خرده مقیاس انگیزش می‌باشد. نمره امید، حاصل جمع این دو خرده مقیاس است. بنابراین مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار می‌گیرد. در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶)، بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در استان تهران انجام شده، پایایی مقیاس امید اشنايدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۸۹ بدست آمد. مقیاس امید با مقیاس‌هایی که به میزان ۰٫۵۰ تا ۰٫۶۰ با مقیاس خوش بینی شیبر و کارور همبستگی دارد. بعلاوه طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش روایی محتوا نیز مورد تایید قرار گرفته است (بیجاری و قنبری هاشم آبادی، ۱۳۸۸). این در پژوهش حاضر برای سنجش میزان احساس پوچی استفاده می‌شود به طوری که هر چه میزان امیدواری فرد بالا باشد. میزان احساس پوچی پایین بوده خواهد بود.

روش اجرا

بعد از هماهنگی و رعایت ملاحظات اخلاقی و روشن سازی اهداف پژوهش، رضایت افراد نمونه برای شرکت در پژوهش جلب شد خانواده‌ها همراهی نمودند. سپس بعد از گزارش تشخیص روانپزشک، با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، و با اجرای مقیاس میلون ۳ افراد دارای نمره بالا $BR > 84$ در پرسشنامه مذکور شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. از بین بیماران ۶۰ نفر بصورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمرده شدند. مرحله اول پیش از درمان، که پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار گرفت (پیش آزمون). مرحله دوم پس از درمان بود که درمان‌های گروهی مبتنی ST، DBT و CAT به مدت چهارماه هر هفته یکبار با جلسات ۱/۵ ساعته بر روی بیماران سه گروه آزمایش اجرا گردید و سپس بار دیگر ارزیابی صورت گرفت (پس آزمون). گروه کنترل صرفاً در جلسات حاضر شدند که شامل سخنرانی‌های

جلسات	برنامه جلسات رفتار درمانی دیالکتیک DBT
جلسه ۱ و ۲ DBT	اخذ شرح حال بیمار و فرضیه سازی در خصوص الگوهای مختل تکرار شونده بیمار
جلسه ۳ و ۴ DBT	چک کردن خلق بیمار و خلاصه سازی تاریخچه قبلی بیمار، (تحلیل عملکردی)
جلسه ۵ DBT	مفهوم سازی براساس رفتار درمانی دیالکتیک
جلسه ۶ و ۷ DBT	تحلیل زنجیره ای بیمار که به رفتار مشکل آفرین ختم می شود، آموزش انواع بدتنظیمی
جلسه ۸ DBT	استفاده از راهبردهای تغییر (مساله گشایی) به همراه راهبردهای اعتبار بخشی به هدف کمک به پرورش حل مساله فعال و کارآمدتر بیمار و ادامه در جلسات ۹ و ۱۰
جلسه ۱۱ DBT	مشخص کردن تنش های دیالکتیک بیمار و متعادل کردن تنش ها از طریق تعادل برقرار کردن بین راهبردهای پذیرش و تغییر
جلسه ۱۲ DBT	استفاده از متافورها جهت ایجاد تعادل در تنش های دیالکتیک بیمار
جلسه ۱۳ DBT	آموزش و سرمشق دهی تفکر دیالکتیکی از طریق تکنیک های مختلف مانند چالش های شناختی، آموزش روانی مفهوم دیالکتیک و مفهوم دو نیمه سازی در بیماران
جلسه ۱۴ DBT	راهبردهای سبک شناختی شامل استفاده از راهبردهای آسیب پذیری متقابل شامل خود آشکار سازی، پاسخ دهی گرم و همدلانه و....
جلسه ۱۵، ۱۶ DBT	استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی

معمول بدون اهداف درمانی بود. و مداخله ای دریافت نکردند. در هر چهار گروه، ملاکهای ورود لحاظ شد و طی دوره درمانی، دارودرمانی برای بیماران صورت نگرفت. و در نهایت پس از دوماه جهت پیگیری اثرات مداخلات مجدداً آزمودنیها به پرسشنامه ها پاسخ دادند و داده ها جمع آوری شد. با در نظر گرفتن مسائل اخلاقی و با توجه به نتایج پژوهش، گروه کنترل نیز درمان روان شناختی مربوطه را پس از تحلیل نتایج، دریافت نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و جهت آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) به منظور کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد. : با توجه به وجود چهار گروه، آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه اثر بخشی روشها، مورد استفاده قرار خواهد گرفت. کلیه داده ها پس از جمع آوری توسط نرم افزار آماری SPSS21 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار خواهد گرفت. جهت رعایت اصول اخلاقی حاکم بر روند پژوهش به آزمودنی ها اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آن‌ها در طول پژوهش و پس از آن حفظ خواهد شد و حتی در صورت وجود عدم تمایل می‌توانند از ذکر نام در پرسشنامه‌ها خودداری و از کد استفاده کنند. همچنین رضایت شرکت کنندگان و خانواده آنها برای انجام مداخلات جلب شد. جلسات درمان به شرح زیر اجرا شد.

جلسه ۱ CAT	سنجش آغازین، بازنگری فرمول بندی، تدوین فهرست مشکلات آماجی بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار.
جلسه ۲ CAT	بازنگری فرمولبندی بر اساس جمع آوری سابقه شخصی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری.
جلسه ۳ CAT	بازنگری فرمولبندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری.
جلسه ۴ CAT	بازنگری فرمولبندی بر اساس افکار ناکارآمد، نظامهای باورها و رفتارهای
جلسه ۵ CAT	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمولبندی نهایی بر اساس فرمولبندیهای اولیه مربوط به مشکلات.
جلسه ۶ CAT	بازشناسی رخدادهای آشکار ساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندیهای بیمار،
جلسه ۷ CAT	بازشناسی مشکلات و بیثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه ها و افکار ناکارآمد .
جلسه ۸ CAT	بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی
جلسه ۹ CAT	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه ها و اصلاح بازمینی های انجام گرفته توسط بیمار
جلسه ۱۰ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای تکانشی بر علائم اختلال و آگاهی
جلسه ۱۱ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه ای در مورد ارزشگذاری هیجانها منفی
جلسه ۱۲ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی درمانجو،
جلسه ۱۳ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس اصلاح نقشهای بین فردی و حمایتیهای اجتماعی
جلسات	برنامه جلسات طرحواره درمانی
جلسه ۱ و ۲ ST	مفهوم پردازی مشکل بیمار شامل اخذ یک مصاحبه تشخیصی کامل و
جلسه ۳ ST	ترمیم خطوط کلی اهداف درمان و هدف گزینی درمان بر اساس گفته های بیمار
جلسه ۴ ST	ارزیابی چهار عامل زمینه ساز در محیط اولیه دوران کودکی بیمار شامل بدرفتاری و نا امنی، رها شدگی و محرومیت هیجانی،اطلاعت از نیازها و احساسات و تنبیه گری یا طرد شدن
جلسه ۵ و ۶ ST	استفاده از پرسشنامه به عنوان نقطه آغاز بحث پیرامون ریشه های تحولی طرحواره ها و ذهنیت ها
جلسه ۷ ST	آموزش ذهنیت ها به بیمار (درمانگر ذهنیت های طرحواره ابرا به بیمار توضیح می دهد).
جلسه ۸ و ۹ ST	درمان ذهنیت کودک رها شده :ایجاد محیط حمایت گرانه ،تاکید بر رابطه درمانی
جلسه ۱۰ و ۱۱ ST	درمان ذهنیت محافظ بی تفاوت:ایجاد فضای امن برای بیمار به منظور تجربه کردن احساسات
جلسه ۱۲ و ۱۳ ST	درمان ذهنیت والد تنبیه گر:جنگیدن با والد تنبیه گر با استفاده از تصویر سازی ذهنی و
جلسه ۱۴ و ۱۵ ST	درمان ذهنیت کودک عصبانی:استفاده از تصویر سازی ذهنی و تخلیه خشم بیمار به افراد
جلسه ۱۶ ST	جمع بندی درمان و تاکید بر جایگزینی ذهنیت والد بزرگسال بر سایر ذهنیت ها
جلسه ۱۴ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرحواره‌های واقع بینانه
جلسه ۱۵ CAT	تجدیدنظر رویه ای بر اساس بینش افزایی و آگاهسازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلات
جلسه ۱۶ CAT	نوشتن نامه های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و بیمار به هم و نیز خلاصه سازی روند درمان براساس آنچه کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است

یافته ها

اطلاعات دموگرافیک آزمودنی ها از نظرایجاد همگونی بین آزمودنیها در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱ ترکیب مشخصات دموگرافیک به تفکیک گروه

متغیر	سن	جنسیت	تحصیلات		حوادث تروماتیک			وضعیت اقتصادی					
			مذکر	زیر دیپلم	دیپلم	دانشجو	کودک	تجلوزجنسی	عادی	ندار	متوسط	دار	
	۱۹-۲۰	۲۲-۲۰	۲۳-۲۵	۸	۷	۲	۵	۵	۹	۱	۳	۷	۵
گروه DBT	۶	۷	۲	۷	۲	۵	۵	۹	۱	۳	۷	۵	
گروه ST	۸	۵	۲	۷	۲	۵	۵	۹	۱	۳	۷	۵	
گروه CAT	۶	۵	۴	۷	۲	۵	۵	۹	۱	۳	۷	۵	
کنترل	۷	۴	۴	۷	۲	۵	۵	۹	۱	۳	۷	۵	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار نمره کلی پیش آزمون گروه آزمایش DBT در کژتنظیمی هیجان ($166/00 \pm 2/619$) و در تکانشگری ($70/73 \pm 1/486$) و در احساس پوچی مزمن ($10/87 \pm 1/356$) و نمره کلی پس آزمون گروه آزمایش DBT در کژتنظیمی هیجان ($79/76 \pm 1/060$) و در تکانشگری ($49/13 \pm 2/222$) و در احساس پوچی مزمن ($56/67 \pm 2/526$) و نمره کلی پیگیری گروه آزمایش DBT در کژتنظیمی هیجان ($2/619 \pm 82/00$) و در تکانشگری ($51/332 \pm 7/664$) و در احساس پوچی مزمن ($59/80 \pm 3/550$) می‌باشد. نمره کلی پیش آزمون گروه آزمایش ST در کژتنظیمی هیجان ($171/13 \pm 1/885$) و در تکانشگری ($71/07 \pm 1/486$) و در احساس پوچی مزمن ($10/67 \pm 1/113$) و نمره کلی پس آزمون گروه آزمایش ST در کژتنظیمی هیجان ($86/53 \pm 2/20$) و در تکانشگری ($55/1 \pm 47/885$) و در احساس پوچی مزمن ($58/07 \pm 2/434$) و نمره کلی پیگیری گروه آزمایش ST در کژتنظیمی هیجان ($86/1 \pm 80/971$) و در تکانشگری ($55/40 \pm 2/232$) و در احساس پوچی مزمن ($59/13 \pm 3/378$) می‌باشد. نمره کلی پیش آزمون گروه آزمایش CAT در کژتنظیمی هیجان ($175/47 \pm 1/685$) و در تکانشگری ($70/1 \pm 93/656$)، و در احساس پوچی مزمن ($10/1 \pm 87/060$) و نمره کلی پس آزمون گروه آزمایش CAT در کژتنظیمی هیجان ($1/651 \pm 90/20$) و در تکانشگری ($52/2 \pm 73/267$) و در احساس پوچی مزمن ($60/80 \pm 2/178$) و نمره کلی پیگیری گروه آزمایش CAT در کژتنظیمی هیجان ($91/1 \pm 07/486$) و در تکانشگری ($53/80 \pm 2/120$) و در احساس پوچی مزمن ($60/20 \pm 2/908$) می‌باشد. به عبارتی نمرات گروه آزمایش در تمام مولفه‌های متغیر کژتنظیمی هیجان کاهش و در تمام مولفه‌های تکانشگری نیز کاهش و در مولفه‌های احساس پوچی مزمن با سنجش نمره امیدواری افزایش داشته است. بطوریکه نمره امیدواری بالا بیانگر احساس پوچی بهبود یافته و پایین است. اما در گروه کنترل نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند.

بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس: قبل از تحلیل داده‌ها جهت حصول اطمینان از برآورد مفروضه‌هایی زیر بنایی تحلیل کوواریانس توسط داده‌های پژوهش، به بررسی نرمال بودن واریانس‌ها، توسط آزمون کالموگروف اسمیرنوف پرداخته شد برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمونهای لوین و تصحیحات باکس استفاده شد. لازم به توضیح است که در این پژوهش پس آزمون‌های دشواری تنظیم هیجان، تکانشگری بارات و احساس پوچی مزمن و زیر مقیاس‌های آنها، به عنوان متغیرهای وابسته و پیش آزمون آنها به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) تلقی شدند. بنابراین بین متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (یعنی گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم بود. و تعامل غیر معنی‌داری بین متغیرهای وابسته و کمکی (کواریت‌ها) مشاهده شد. پس فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی برقرار است. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف با توجه به سطوح معناداری به دست آمده بزرگتر از سطح $0/05$ بوده حاکی از برقراری شرط نرمال بودن داده‌ها است ($p > 0/05$).

جدول ۲ خلاصه آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

گروه مورد مطالعه		کژتنظیمی		تکانشگری				احساس پوچی							
متغیرها-زیر مولفه‌ها	نتایج	عدم پذیرش	دشواری انجام	دشواری کنترل تکانه	فقدان آگاهی	دسترسی محدود	عدم وضوح	کل	تکانشگری شناختی	تکانشگری حرکتی	بی‌برنامگی	کل	تفکر عاملی	تفکر راهبردی	کل
پیش‌آزمون	M	۲۶/۹۳	۲۷/۹۳	۲۸/۰۰	۲۷/۸۰	۲۷/۰۷	۲۸/۲۷	۱۶۶/۰۰	۲۳/۴۶	۲۳/۸۰	۲۳/۴۷	۷۰/۷۳	۴/۷۳	۶/۱۴	۱۰/۸۷
	SD	۱/۷۵۱	۱/۳۸۷	۱/۴۶۴	۱/۰۸۲	۰/۷۹۹	۱/۲۲۳	۲/۶۱۹	۱/۱۲۵	۱/۰۸۲	۱/۱۸۷	۱/۴۸۶	۱/۱۶۳	۱/۰۶۰	۱/۳۵۶
پس‌آزمون	M	۱۳/۴۷	۱۳/۴۷	۱۳/۳۳	۱۳/۰۰	۱۳/۳۳	۱۳/۱۳	۷۹/۷۳	۱۶/۱۳	۱۶/۸۷	۱۶/۱۳	۴۹/۱۳	۲۸/۸۰	۲۷/۸۷	۵۶/۶۷
	SD	۰/۹۹۰	۱/۰۶۰	۰/۹۷۶	۱/۰۶۹	۰/۹۷۶	۱/۱۲۵	۱/۰۶۰	۱/۴۵۷	۰/۹۹۰	۱/۰۶۰	۲/۸۲۲	۱/۸۹۷	۱/۷۲۷	۲/۵۲۶
پیگیری	M	۱۳/۷۳	۱۳/۶۰	۱۳/۶۷	۱۳/۴۷	۱۳/۸۰	۱۳/۷۳	۸۲/۰۰	۱۷/۱۳	۱۷/۱۳	۱۶/۷۳	۵۱/۳۳	۲۹/۸۰	۳۰/۰۰	۵۹/۸۰
	SD	۰/۹۶۱	۰/۹۸۶	۰/۸۱۶	۰/۵۶۱	۰/۵۶۱	۰/۷۹۹	۲/۶۱۹	۱/۳۵۶	۱/۸۴۶	۲/۱۲۰	۲/۶۶۴	۲/۰۰۷	۲/۳۶۸	۳/۵۵۰
پیش‌آزمون	M	۲۲/۲۶	۳۰/۱۳	۲۸/۸۰	۲۹/۸۷	۲۸/۸۰	۳۱/۸۰	۱۷۱/۱۳	۲۴/۰۷	۲۳/۷۳	۲۳/۲۷	۷۱/۰۷	۴/۶۷	۶/۰۰	۱۰/۶۷
	SD	۵/۱۰۶	۲/۲۶۴	۳/۱۴۴	۲/۶۶۹	۳/۱۴۴	۳/۰۰۵	۱/۸۸۵	۰/۷۹۹	۰/۸۸۴	۱/۰۸۲	۱/۹۴۴	۱/۲۳۴	۱/۴۱۴	۱/۱۱۳
پس‌آزمون	M	۱۴/۰۷	۱۵/۰۰	۱۵/۷۲	۱۴/۶۷	۱۴/۰۰	۱۳/۰۷	۸۶/۵۳	۱۹/۴۰	۱۸/۱۳	۱۷/۹۳	۵۵/۴۷	۲۸/۸۰	۲۹/۲۷	۵۸/۰۷
	SD	۰/۹۶۱	۱/۵۱۲	۱/۳۳۵	۰/۹۷۶	۰/۹۲۶	۱/۱۲۵	۲/۲۰	۱/۴۰۴	۰/۹۹۰	۱/۸۸۵	۲/۱۷۸	۱/۵۸۰	۲/۴۳۴	۲/۴۳۴
پیگیری	M	۱۴/۰۶	۱۴/۶۷	۱۵/۲۰	۱۴/۶۷	۱۴/۲۰	۱۴/۰۰	۸۶/۸۰	۱۸/۳۳	۱۸/۶۰	۱۸/۴۷	۵۵/۴۰	۲۹/۳۳	۲۹/۸۰	۵۹/۱۳
	SD	۰/۸۸۴	۱/۷۵	۰/۹۰۰	۰/۷۷۵	۱/۴۶۴	۱/۴۶۴	۱/۹۷۱	۱/۴۴۷	۱/۱۱۳	۱/۰۶۰	۲/۳۲۲	۲/۰۲۴	۱/۶۹۹	۳/۳۷۸
پیش‌آزمون	M	۲۶/۰۰	۲۹/۲۰	۲۹/۹۳	۲۹/۳۳	۲۸/۸۰	۳۰/۲۰	۱۷۵/۴۷	۲۳/۵۳	۲۳/۹۳	۲۳/۴۷	۷۰/۹۳	۵/۲۷	۵/۶۰	۱۰/۸۷
	SD	۴/۴۵۶	۱/۷۸۱	۴/۷۸۸	۱/۲۳۴	۳/۱۶۷	۳/۸۴۰	۱/۶۸۵	۱/۱۸۷	۰/۷۹۹	۱/۱۲۵	۱/۶۵۶	۱/۰۳۳	۱/۶۳۹	۱/۰۶۰
پس‌آزمون	M	۱۴/۹۳	۱۵/۲۷	۱۵/۸۰	۱۴/۱۳	۱۵/۰۰	۱۵/۰۷	۹۰/۲۰	۱۷/۸۷	۱۸/۴۰	۱۶/۴۶	۵۲/۷۳	۳۰/۷۳	۳۰/۰۷	۶۰/۸۰
	SD	۰/۸۸۴	۳/۳۰۵	۲/۹۸۱	۱/۱۲۵	۰/۸۴۵	۲/۰۱۷	۲/۶۵۱	۱/۰۶۰	۲/۵۰۱	۱/۱۸۷	۲/۳۶۸	۲/۰۸۶	۱/۴۸۶	۲/۱۷۸
پیگیری	M	۱۴/۸۷	۱۵/۲۷	۱۵/۸۷	۱۴/۴۷	۱۴/۸۷	۱۵/۷۲	۹۱/۰۷	۱۶/۴۶	۱۷/۸۷	۱۹/۴۷	۵۳/۸۰	۳۰/۶۰	۲۹/۶۰	۶۰/۲۰
	SD	۱/۱۸۷	۲/۲۸۲	۲/۸۰۰	۰/۹۷۶	۰/۹۱۵	۲/۰۸۶	۱/۴۸۶	۱/۱۸۷	۱/۰۶۰	۲/۵۰۱	۲/۱۲۰	۱/۷۲۴	۱/۶۳۹	۲/۹۰۸
پیش‌آزمون	M	۲۵/۶۰	۲۸/۲۰	۲۸/۶۰	۲۸/۷۳	۲۸/۱۳	۳۳/۱۳	۱۷۳/۴۰	۲۳/۶۰	۲۲/۹۳	۲۴/۰۰	۷۰/۵۳	۴/۸۷	۵/۴۰	۱۰/۲۷
	SD	۳/۳۷۶	۱/۶۹۹	۳/۹۶۱	۲/۷۱۲	۳/۰۴۴	۲/۹۴۱	۱/۹۲۰	۱/۰۵۶	۰/۹۶۱	۰/۸۴۵	۱/۴۵۷	۱/۳۵۶	۰/۹۸۶	۱/۰۶۰
پس‌آزمون	M	۲۷/۹۳	۲۷/۳۳	۲۸/۲۷	۲۷/۴۷	۲۸/۶۰	۳۲/۶۰	۱۷۲/۲۰	۲۲/۹۳	۲۳/۶۰	۲۴/۰۷	۷۰/۶۰	۵/۱۳	۵/۴۰	۱۰/۵۳
	SD	۱/۵۸۰	۳/۱۵۵	۱/۸۳۱	۲/۶۹۴	۳/۱۱۲	۲/۰۴۲	۲/۰۴۲	۱/۲۲۳	۰/۹۸۶	۰/۷۹۹	۱/۶۸۲	۱/۲۴۶	۰/۹۸۶	۱/۱۲۵
پیگیری	M	۲۸/۰۰	۲۷/۸۰	۲۸/۵۳	۲۸/۲۷	۲۸/۱۳	۳۱/۷۴	۱۷۲/۴۷	۲۳/۳۳	۲۳/۷۳	۲۳/۱۳	۷۰/۱۹	۵/۱۳	۴/۶۰	۹/۷۳
	SD	۱/۶۴۸	۲/۸۸۳	۲/۳۸۶	۲/۳۴۴	۳/۰۶۷	۳/۳۲۷	۱/۹۹۵	۱/۱۱۳	۱/۵۳۴	۱/۰۶۰	۱/۴۷۴	۱/۰۶۰	۱/۲۹۸	۰/۸۸۴

DBT

ST

CAT

گروه کنترل

جدول ۳ نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس ها

متغیر	F	df ۱	df ۲	Sig
کژتنظیمی هیجان	۱/۹۷۲	۳	۵۶	۰/۱۲۹
تکانشگری	۳/۰۹۵	۳	۵۶	۰/۱۱۱
احساس پوچی مزمن	۱/۷۳۰	۳	۵۶	۰/۱۷۱

مطابق جدول (۴) هنگامی که نتایج متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در نظر گرفته شد مشاهده گردید که سطح معنی داری در شاخص های کژتنظیمی هیجان ($F=۴۵۴۲/۶۸۹, P<۰/۰۰۰$)، تکانشگری ($F=۲۵۱/۹۲۵, P<۰/۰۰۰$) احساس پوچی مزمن ($F=۱۷۴۹/۰۴۵, P<۰/۰۰۰$) می باشد.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به تاثیر سه روش درمانی

مقیاس	منبع	مجموع مجدورات SS	درجه آزادی Df	میانگین مجدورات MS	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
گروه	کژتنظیمی هیجان	۷۳۱۹۳/۶۶۲	۳	۲۴۳۹۷/۸۱۷	۴۵۴۲/۶۸۹	۰/۰۰۰	۰/۹۳۴	۱
	تکانشگری	۳۲۹۸/۲۴۲	۳	۱۰۹۹/۴۱۴	۲۵۱/۹۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹۰	۱
	احساس پوچی مزمن	۲۴۶۰۱/۱۲۱	۳	۸۲۰۰/۳۷۴	۱۷۴۹/۰۴۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹۶	۱
خطا	کژتنظیمی هیجان	۲۸۴/۶۵۳	۵۳	۴/۳۶۴				
	تکانشگری	۲۳۱/۲۹۴	۵۳	۴/۶۸۸				
	احساس پوچی مزمن	۲۴۸/۴۹۰	۵۳	۵/۳۷۱				
کل	کژتنظیمی هیجان	۷۷۴۸۵۶/۰۰۰	۶۰					
	تکانشگری	۱۹۵۲۸۰/۰۰۰	۶۰					
	احساس پوچی مزمن	۱۵۶۱۱۳/۰۰۰	۶۰					

جدول شماره (۵) نشان می دهد میانگین نمرات کژتنظیمی هیجان بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۸۱/۲۲۴) به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۷۰/۲۴۹)، میانگین نمره تکانشگری بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۴۶/۵۲۵)، به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۷۰/۹۹۳) و نیز میانگین احساس پوچی مزمن بیماران پس از رفتار درمانی دیالکتیکی (۵۶/۴۷۶) به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل (با میانگین ۱۰/۴۸۱) کاهش یافته است، در نتیجه شرکت در دوره رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش میزان کژتنظیمی هیجان، تکانشگری و احساس پوچی مزمن بیماران و مولفه های آنها تاثیر بسزایی داشته است.

جدول ۵ میانگین های تعدیل شده متغیرها در چهار گروه آزمایشی

مولفه ها	گروه	میانگین	خطای استاندارد	سطح اطمینان ۹۵٪
				تخمین پایین
				تخمین بالا
کژتنظیمی هیجان	رفتار درمانی دیالکتیکی	۸۱/۲۲۴	۱/۵۹۶	۷۷/۹۹۸
	طرحواره درمانی	۸۷/۰۱۴	۰/۶۵۵	۸۵/۶۸۹
	روان درمانگری شناختی - تحلیلی	۸۹/۳۱۱	۱/۵۹۶	۸۶/۱۱۰

۱۷۲/۱۵۸	۱۶۸/۳۴۰	۰/۹۴۵	۱۷۰/۲۴۹	کنترل	تکانشگری کل
۴۷/۵۰۰	۴۵/۵۴۹	۰/۴۸۳	۴۶/۵۲۵	رفتاردرمانی دیالکتیکی	
۴۴/۴۰۷	۴۳/۶۰۶	۰/۱۹۸	۴۴/۰۰۷	طرحواره درمانی	
۴۳/۳۷۳	۴۱/۴۳۷	۰/۴۷۹	۴۲/۴۰۵	روان‌درمانگری شناختی - تحلیلی	احساس پوچی مزمن
۷۱/۵۷۰	۷۰/۴۱۶	۰/۲۸۶	۷۰/۹۹۳	کنترل	
۵۹/۴۴۷	۵۳/۵۰۵	۱/۴۷۰	۵۶/۴۷۶	رفتاردرمانی دیالکتیکی	
۵۹/۷۵۴	۵۷/۳۱۵	۰/۶۰۴	۵۸/۵۳۴	طرحواره درمانی	کنترل
۵۹/۶۷۷	۵۸/۷۸۲	۱/۴۵۸	۶۱/۷۳۰	روان‌درمانگری شناختی - تحلیلی	
۱۲/۶۴۱	۹/۱۲۵	۰/۸۷۰	۱۰/۴۸۱	کنترل	

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه زوجی میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	گروه	متغیر
۰/۰۱	۱/۷۳۶	-۵/۷۹۰*	طرحواره درمانی	کژتنظیمی هیجان
۰/۰۰۵	۲/۲۴۹	-۸/۰۸۷*	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۱/۸۵۵	-۸۹/۰۲۵*	کنترل	
۰/۰۱	۱/۷۳۶	۵/۷۹۰*	رفتار درمانی دیالکتیک	کنترل
۱/۰۰	۱/۷۱۴	-۲/۲۹۷	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۱/۱۵۰	-۸۳/۲۳۵*	کنترل	
۰/۰۰۰	۱/۸۵۵	۸۹/۰۲۵*	رفتار درمانی دیالکتیک	کنترل
۰/۰۰۰	۱/۱۵۰	۸۳/۲۳۵*	طرحواره درمانی	
۰/۰۰۰	۱/۸۴۴	۸۰/۹۳۸*	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۰/۵۲۲	۲/۵۱۸*	طرحواره درمانی	رفتاردرمانی دیالکتیکی
۰/۰۰۰	۰/۶۸۰	۴/۱۲۰*	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۰/۵۶۱	-۲۴/۴۶۸*	کنترل	
۰/۰۰۰	۰/۵۲۲	-۲/۵۱۸*	رفتاردرمانی دیالکتیک	تکانشگری
۰/۰۰۰	۰/۵۱۸	۱/۶۰۲	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۰/۳۴۸	-۲۶/۹۸۶*	کنترل	
۰/۰۰۰	۰/۵۶۱	۲۴/۴۶۸*	رفتاردرمانی دیالکتیک	کنترل
۰/۰۰۰	۰/۳۴۸	۲۶/۹۸۶*	طرحواره درمانی	
۰/۰۰۰	۰/۵۵۸	۲۸/۵۸۸*	درمان شناختی تحلیلی	
۱/۰۰۰	۱/۵۸۹	-۲/۰۵۸	طرحواره درمانی	رفتاردرمانی دیالکتیکی
۰/۰۹۱	۲/۰۷۱	-۵/۲۵۳	درمان شناختی تحلیلی	
۰/۰۰۰	۱/۷۰۸	۴۵/۵۹۳*	کنترل	
۰/۲۹۸	۱/۵۷۸	-۳/۱۹۵	درمان شناختی تحلیلی	طرحواره درمانی
۰/۰۰۰	۱/۰۵۹	۴۷/۶۵۱*	کنترل	
۰/۰۰۰	۱/۷۰۸	-۴۵/۵۹۳*	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۰/۰۰۰	۱/۰۵۹	-۴۷/۶۵۱*	طرحواره درمانی	کنترل
۰/۰۰۰	۱/۶۹۸	-۵۰/۸۴۶*	درمان شناختی تحلیلی	

همچنین، نتایج آزمون بن فرونی^۱، جدول (۶) نشان می‌دهد که در متغیر کژتنظیمی هیجان، تفاوت بین میانگین گروه‌های DBT,ST,CAT و کنترل به نفع میانگین گروه CAT نسبت به گروه‌های دیگر است. تفاوت نمرات میانگین تکانشگری، بین گروه‌های DBT,ST,CAT و کنترل به نفع میانگین گروه DBT، نسبت به گروه‌های دیگر است.

¹ Bonferroni

عبارتی، شرکت‌کنندگان گروه DBT سطح میانگین نمرات پایین‌تری نسبت به گروه‌های دیگر دارد. تفاوت بین میانگین متغیر احساس پوچی مزمن DBT, ST, CAT کنترل نتایج حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین گروه‌ها می‌باشد. و البته در مقایسه گروه‌ها با گروه کنترل نتایج به نفع گروه CAT است. بین دو گروه رفتار درمانی دیالکتیک و گروه طرحواره درمانی در میانگین نمرات احساس پوچی مزمن تفاوت معنادار نیست ($P < /0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه مورد بررسی به منظور مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک، طرحواره درمانی و روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی بر کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تنظیم شد. نتایج حاکی از اثر بخشی CAT نسبت به گروه‌های دیگر در متغیر کژتنظیمی هیجان بود به عبارتی شرکت‌کنندگان گروه CAT نسبت به ST و همچنین DBT و گروه کنترل سطح میانگین نمرات پایین‌تری در متغیر کژتنظیمی هیجانی دارند. در تبیین این عملکرد می‌توان اشاره کرد که تغییر پذیری در بیماران، تصادفی نبود. این وضعیت، احتمالاً نشان دهنده‌ی آن است که نوعی فرآیند زیر بنایی سیستماتیک در این بین دخیل است که بی‌ثباتی عاطفی را مشخص می‌کند (کرنبرگ، ۲۰۰۴). درمان تحلیلی شناختی (CAT) به منظور غلبه بر بلوک‌ها و موانع در یادگیری مجدد رفتار، طراحی شده است. در تکنیک شناسایی^۲ درمان (CAT)، تمرینی وجود دارد که توسط آن مراجع مفهوم کلی از نقش‌های متقابل و نحوه‌ی عملکرد آن‌ها را بدست می‌آورد و به تدریج توانایی تشخیص زمان وقوع الگوهای مشکل ساز را کسب می‌کند و البته تشخیص دادن بخش مهم درمان محسوب می‌شود. زیرا فقط تشخیص و شناخت یک الگوی ناکارآمد می‌تواند پتانسیل تغییر آن را ایجاد کند. در مرحله بعدی با استفاده از تکنیک فرمولبندی مجدد^۳ که از جلسه اول آغاز می‌شود بیمار به خود شناسی عمیق‌تری از خود دست پیدا کرده و از طریق ایجاد اتحاد درمانی و همدلی (بین درمانگر و مراجعه) درک بهتری از مشکلات خود را به دست می‌آورد در نتیجه با بازنگری مشکلات درمان از طریق دانش افزایی ایجاد و بهبودی در نشانگان حاصل می‌شود. به دنبال شناسایی و فرمول بندی مجدد مرحله‌ی سوم CAT (بازنگری^۴) آغاز می‌شود، در این تکنیک تجربه‌های بیمار و احساسات برانگیخته شده‌ی ناشی از آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد و روشی جدید برای پیدا کردن راه‌های جدید برقراری ارتباط با خود و دیگران توسط بیمار، آموخته می‌شود. در واقع هدف همان استفاده از نقش‌های متقابل (RRS)^۵ به شیوه تجدید نظر شده است. رویه نقش متقابل عبارت است از یک الگوی پایدار از تعامل که ریشه در ارتباط با مراقبین سال‌های اولیه زندگی دارد و این تجربه، اولیه تعیین کننده الگوی ارتباطی جاری خود با دیگران و خود می‌شود. این نقش‌ها مشکلات را آنگونه که بین مردم رخ می‌دهد و نه در درون بیمار شناسایی می‌کند. روند

² Recognition

³ Reformulation

⁴ Revision

⁵ Reciprocal Role

این شناسایی به این شکل است که: در (CAT) بخش شناختی، جهت بالا بردن ظرفیت تفکر انتزاعی برای مشاهده فرضیه‌ها، احساسات، رفتار و ... به مراجع کمک می‌کند و بخش تحلیلی، جهت شناختن فاکتورهای ناهشیار و کشف عوامل موثر بر شناخت و برای فهم ارتباط بین درمانگر و مراجع استفاده می‌شود. هدف اصلی در این درمان که یکی از مدل‌های روان‌درمانی فردی و دارای دیدگاهی التقاطی است، پیدا کردن الگوی هیجانی اصلی در ارتباط با خود و دیگران، که با استرس‌ها و مسائل مشکل‌ساز بیمار در ارتباط هستند، می‌باشد. و با ایجاد این تغییر در روابط بهبودی حاصل می‌شود.

در متغیر تکانشگری تفاوت بین میانگین گروه‌های DBT، ST، CAT و کنترل به نفع میانگین DBT نسبت به گروه‌های ST و CAT و گروه کنترل است. به عبارتی، شرکت‌کنندگان گروه DBT سطح میانگین نمرات پایین‌تری نسبت به گروه‌های دیگر در تکانشگری دارند و این امر نشانگر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر متغیر تکانشگری است. در تبیین این نتیجه می‌توان عنوان کرد که علت کاهش علائم رفتارهای تکانشی بیماران، در محتوای برنامه‌های این شیوه‌ی درمانی نهفته است؛ چرا که در این شیوه، از تکنیک راهبردهای تغییر (مساله‌گشایی) و تکنیک تحلیل رفتاری با هدف کسب بینش نسبت به الگوهای رفتاری تکراری و نیز دادن اطلاعات آموزشی درباره‌ی اصول رفتاری به بیمار، استفاده از متافورها جهت ایجاد تعادل در تنش‌های دیالکتیک و استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، آموزش روانی مفهوم دیالکتیک و مفهوم دونیمه‌سازی استفاده می‌شود. عامل رفتاری در درمان دیالکتیکی برای اختلال شخصیت می‌تواند روی عادی شدن رفتارهای تکانه‌ای از جمله آسیب‌پذیری بدنی، مواد مخدر، الکل، بیماری و درد بدنی، تنش، و لخرجی، روابط جنسی بی‌مهابا و نظایر اینها، موثر واقع شود. بنابراین، هسته‌ی اصلی تمرکز رفتار درمانی دیالکتیکی، بر محور یادگیری، به کار گرفتن و تعمیم مهارت‌های انطباقی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای غلبه یافتن بر رفتارهایی است که کاملاً جنبه تکانه‌ای دارد. در تبیین عملکرد بهتر DBT در کاهش تکانشگری همچنین می‌توان گفت: در فرآیند درمان، درمانگر DBT، به سیستم رابطه درمانی و تنش‌ها و رفتارهایی که محل درمان امکان بروز دارند، توجه می‌کند. دستورالعمل‌های خاص رفتار درمانی دیالکتیک، توجه درمانگر را به تبادلات بین درمانگر و مراجع جلب می‌کند و می‌پذیرد که درمانگر بخشی از بافت است. درمانگر DBT، درمان را، سیستمی می‌بیند که در آن درمانگر و مراجع متقابلاً بر هم تاثیر می‌گذارند. علاوه بر این، هدف اول در DBT کنترل رفتارهای خودکشی گرایانه است که مستقیماً براساس مولفه‌های جدی‌اندیشه‌پردازی خودکشی و رفتارهای شبه خودکشی تعیین می‌شود.

علیرغم تایید اثر بخشی هر سه رویکرد درمانی، نتایج حاکی از عملکرد بهتر CAT بر کاهش احساس پوچی نسبت به گروه‌های ST و DBT می‌باشد در تبیین این تفاوت، ضمن اشاره به اینکه پژوهش همسو با تعیین اثر بخشی درمان‌های منتخب پژوهش حاضر که همسو با یافته‌ها و نتایج آن نیز باشد توسط پژوهشگر یافت نشد می‌توان گفت: CAT درمانی فعال، یکپارچه و متمرکز است که احتمال دارد دامنه گسترده‌ای از روش‌های درمانی در آن ترکیب شوند. با اینحال تاکید بر روی فرمول بندی و مشارکت با بیمار برای شرح متراکم پروسیجرهایی که مشکلات بیمار را حفظ و

مشخص می کنند، ویژگی معین و مشخص آن، می باشد. پروسیجرها با زنجیره فرایندهای روانی و رفتاری ارتباط پیدا می کنند که به عنوان راهنمای مورد استفاده تکراری برای عمل هدفمند، خدمت می کنند و اکثرا خارج از آگاهی عمل می کند. به طور سلسله مراتبی سازماندهی شده اند. تغییر در یک سطح سلسله مراتب ممکن است روی سطوح بالاتر یا پایین تر اثر بگذارد و در این پروسه، مشکلات به واسطه استفاده مداوم و بدون تجدید نظر از پروسیجرهای غیر موثر ایجاد می شوند و درمان شناختی تحلیلی به شناسایی و تجدید نظر روی این پروسیجرها کمک می کند. هدف اصلی، نیز پیدا کردن الگوی هیجانی اصلی در ارتباط با خود و دیگران که با استرس ها و مسائل مشکل ساز بیمار در ارتباط هستند، می باشد. توضیح اینکه نمرات بالا در مقیاس امیدواری بیانگر پایین بودن احساس پوچی مزمن است بنابراین نمرات بالا نشانگر عملکرد بهتر می باشد.

در بحث محدودیت های پژوهش می توان گفت: در پژوهش حاضر با توجه به محدود بودن نمونه تحقیق به اختلال شخصیت مرزی از کلاستر B اختلالات، در تعمیم نتایج به سایر بیماران باید با احتیاط عمل شود. و نیز با عنایت به محدود بودن انجام تحقیق به بیماران بستری در بیمارستان طالقانی ارومیه با پدیده خودکشی در تعمیم نتایج به سایر مراکز بستری باید دقت عمل بکار برد. با توجه به نتایج تحقیق و اثربخشی بیشتر بودن درمان مبتنی بر CAT نسبت به ST، و DBT در متغیر کژتنظیمی هیجان و احساس پوچی مزمن در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می-شود که در کلینیک های روانشناختی، از دوره های درمانی مبتنی بر CAT برای کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده شود. همچنین با توجه به مشکلات گسترده روان شناختی که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با آنها دست به گریبان هستند، پیشنهاد می شود که روانپزشکان پس از تشخیص گذاری، علاوه بر دارودرمانی این بیماران را جهت ارزیابی روان شناختی به کلینیک ها و مراکز مشاوره ارجاع بدهند. هم چنین پیشنهاد می شود با توجه به این که جامعه ی هدف در این تحقیق بر بیماران اختلال شخصیت مرزی از کلاستر B محدود بوده است مطالعه مذکور در آینده برای اختلالات دیگر شخصیت انجام شود.

سپاسگزاری

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل می باشد". از جناب آقای دکتر دلیر راد ریاست محترم بخش مسمومیت، دکتر بوشهری مسئول آموزشی و متخصص مسمومیت، دکتر مجیدی متخصص مسمومیت مرکز آموزشی و درمانی طالقانی و جناب آقای دکتر حامدنیا روانپزشک مرکز مذکور که در امر پژوهش از جمله، ارجاع بیماران، و تشخیص گذاری، مولفان را یاری نمودند صمیمانه قدردانی می شود.

References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Am Psychiatr Assoc. 2013.
- Arlington, V. A., & American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *American Psychiatric Association*, 5, 612-613.
- Chinn, S., Caldwell, W., & Gritsenko, K. (2016). Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. *Current pain and headache reports*, 20, 1-10. DOI 10.1007/s11916-016-0556-x.
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 129-134. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.108670>.
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *Jama*, 311(15), 1547-1555.
- Eini, S., Narimani, Mohammad., Atadokht, Akbar., Basharpour, Sajjad., Sadeghi Movahed, Fariba. (1396). The effectiveness of cognitive-analytical therapy on ego power and thematic relationships of people with borderline personality disorder: Urmia Medical Journal, 29 (1), 1.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Stinson, F. S., Dawson, D. A., & Compton, W. M. (2009). Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood, and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Molecular psychiatry*, 14(11), 1051-1066.
- Hafezi, F., & Khajouni, E. (2011). The effect of anger management skill training on reduction of impulsive behaviors and anxiety in patients with PTSD.
- Hepple, J. (2012). Cognitive-analytic therapy in a group: Reflections on a dialogic approach. *British Journal of Psychotherapy*, 28(4), 474-495.
- Jackson, M., & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 30(4), 311-323. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00952>.
- Jacob, G. A., Guenzler, C., Zimmermann, S., Scheel, C. N., Rüscher, N., Leonhart, R., ... & Lieb, K. (2008). Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(3), 391-402. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.009>.
- Karami, J. ZP. A., & Hatamian, P. Bagheri, A. (2016). Comparison of emotional regulation problems and emotional styles between smokers and non-smokers. *UMJ*, Volume 27(10), 855-48 .
- Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., & Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(3), 216-225.
- Kernberg, O. F. (2004). The risk of suicide in severe personality disorders: Differential diagnosis and treatment. *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship*, 192-204.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T., & Reinecker, H. (2010). Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioral treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed

- to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 381-388. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.001>
- Laurenssen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7, 1-4.
- Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 4-12.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 52-68.
- Marriott, M., & Kellett, S. (2009). Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centered and cognitive-behavioral therapies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(1), 57-72. <https://doi.org/10.1348/147608308X336100>.
- McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J. A., John, D. S., Pfohl, B., & Black, D. W. (2007). Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 48(5), 406-412. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.005>.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Steiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 53(10), 1082-1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Montgomery-Graham, S. (2016). DBT and schema therapy for borderline personality disorder: Mentalization as a common factor. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 53-60. DOI 10.1007/s10879-015-9309-0
- Neghabi, Z. H., & Rafiee, S. M. (2012). Relationship between mental health and happiness, achievement motivation and academic success of male and female students of Islamshahr Azad University. *Life Science Journal*, 9(4), 4150-4153.
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behavior therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6), 518-525. <https://doi.org/10.1111/jpm.12116>
- Oldham, J. M. (2002). Development of the American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 16(2), 109-112.

- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology, 51*(6), 768 -774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768).
- Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Personality and Individual Differences, 31*(3), 409-419. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00146-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00146-X)
- Ryle, A., & Kerr, I. B. (2020). *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice of a relational approach to mental health*. John Wiley & Sons.book
- Ryle, A., Leighton, T., & Pollock, P. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*. John Wiley & Sons Inc.
- Savitz, J., Lucki, I., & Drevets, W. C. (2009). 5-HT1A receptor function in major depressive disorder. *Progress in neurobiology, 88*(1), 17-31.
- Scott, L. N., Wright, A. G., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Pilkonis, P. A., & Stepp, S. D. (2017). Borderline personality disorder symptoms and aggression: A within-person process model. *Journal of abnormal psychology, 126*(4), 429..
- Shen, C. C., Hu, L. Y., & Hu, Y. H. (2017). Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC medical informatics and decision making, 17*, 1-10.
- Sinai, C., Hirvikoski, T., Wiklander, M., Nordström, A. L., Nordström, P., Nilsson, Å., ... & Jokinen, J. (2018). Exposure to interpersonal violence and risk of post-traumatic stress disorder among women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 262*, 311-315..
- Stanley, B., & Siever, L. J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *American Journal of Psychiatry, 167*(1), 24-39.
- Tzouramanis, P., Adamopoulou, A., Bozikas, V., Voikli, M., Zagora, C., Lombtzianidou, M., et al. (2010). Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome in patients with panic disorder. *Psychiatrike= Psychiatriki, 21*(4), 87-93.
- Wetterborg, D., (2018). Men with borderline personality disorder and antisocial behavior; clinical characteristics, developmental perspectives, and interventions; Inst för klinisk neurovetenskap/Dept of Clinical Neuroscience. (Thesise).
- Wingenfeld, K., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Beblo, T., Mertens, M., Kreisel, S., & Woermann, F., G. (2009). Neural correlates of the individual emotional Stroop in borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology, 34*(4), 571- 586.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Rullkötter, N., & Löwe, B. (2010). Borderline personality disorder: hypothalamus pituitary adrenal axis and findings from neuroimaging studies. *Psychoneuroendocrinology, 35*(1), 154-170.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press. Translated by Hamidpour, Hassan, and Andouz, Zahra, 2014. Tehran: Arjmand Publications).
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 11*(1), 93-104.
- Zanarini, M. C., Conkey, L. C., Temes, C. M., & Fitzmaurice, G. M. (2017). Randomized controlled trial of web-based psychoeducation for women with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 78*(3), 16065.

