ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Transference-Focused Psychotherapy on Neuroticism and Impulsivity in Patients with Borderline Personality Disorder

Fatemeh Fathi[1],
Shahram Vaziri[2],
Mehdi Pourasghar[3],
Maryam Nasri[4]

[1] PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Medical University, Islamic Azad University, Birjand, Iran
[2]Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roudehen, Iran
[3] Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Medical Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Medical University, Islamic Azad University, Birjand, Iran

(Received January 29, 2022 ; Accepted June 18, 2022)

Abstract

Background and purpose: Borderline personality disorder is a common mental disorder that is associated with high suicide rates, severe functional impairment, high rates of associated mental disorders, overuse of treatment, and high costs to society. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of analytical psychotherapy based on transference-focused psychoanalysis on neuroticism and impulsivity in people with borderline personality.

Materials and methods: A quasi-experimental study with A-B-A design was carried out and the study population included patients (n=32) with borderline personality disorder attending the outpatient department in Zare Psychiatric Hospital and Mana House Clinic in Sari, between May and June 2020. Seven patients were selected by available sampling and were randomly allocated into an experimental group (n=4) and a control group (n=3) and were treated for one year. Barratt Impulsiveness Scale (2004) and NEO Personality Inventory (2004) were administered. Statistical analysis was performed using graph analysis, stable change, and recovery rate.

Results: Findings showed that transference-focused psychotherapy can be effective on neuroticism and impulsivity in people with borderline personality.

Conclusion: The treatment outcome is not success versus failure, however, it may include improvements in a number of functional areas. Further research is also needed to generalize current findings.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20131007014928N7)

Keywords: borderline personality disorder, transference-focused psychotherapy, impulsivity, neuroticism

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (209): 53-69 (Persian).

Corresponding Author: shahram vaziri- Im Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.
(E-mail: shahram.vaziri@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و دوم شماره 209 خرداد سال 1401 (69-53)

اثر بخشی روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال بر نوروتیزم و تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

فاطمه فتحی[1]
شهرام وزیری[2]
مهدی پوراصغر[3]
مریم نصری[4]

چکیده

سابقه و هدف: اختلال شخصیت مرزی یک اختلال روانی رایج است که با میزان بالای خودکشی، اختلال عملکردی شدید، نرخ بالای اختلالات روانی همراه است و با استفاده زیاد از درمان و هزینه‌های بالا برای جامعه مرتبط است. مطالعه حاضر با هدف اثر بخشی روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال بر روان رنجوری و تکانشگری افراد مبتلا به شخصیت مرزی انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تجربی، کاربردی و طرح آن نیمه آزمایشی از نوع تک آزمودنی A-B-A بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بازه اردیبهشت الی خرداد 1399 که به بخش سرپایی بیمارستان روان پزشکی زارع و کلینیک خانه معنا ساری مراجعه کردند، بوده است که از مجموع 32 نفر مراجعه کننده 7 نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال 4 نفر و گروه کنترل 3 نفر به روش تصادفی قرعه کشی قرار داده شدند و در طی یک سال تحت درمان قرار گرفتند. پرسشنامه ها برای جمع آوری اطلاعات پرسشنامه های تکانشگری بارات BIS (بارات و همکاران، 2004) و پنج عامل شخصیت NEO (مک کری و کاستا، 2004) بود. برای تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات هم از روش تحلیل نمودار، تغییر پایا و درصد بهبودی، استفاده شد.

یافته‌ها: روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال می تواند بر روان رنجوری و تکانشگری افراد مبتلا به شخصیت مرزی اثر بخش باشد.

استنتاج: فرجام درمان به صورت موفقیت در مقابل شکست نیست، بلکه شماری از حوزه های عملکردی است. همچنین برای تعمیم نتایج نیاز به مطالعه بیشتر است.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT20131007014928N7

واژه های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، درمان معطوف به انتقال، تکانشگری، روان رنجوری

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder) یک اختلال روانی رایج است که با میزان بالای خودکشی، اختلال عملکردی شدید، نرخ بالای اختلالات روانی همراه است و با استفاده زیاد از درمان و هزینه های بالا برای جامعه مرتبط است(1).

مولف مسئول: شهرام وزیر - رودهن: دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن E-mail: shahram.vaziri@gmail.com
1. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
2. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
3. دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
4. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
تاریخ دریافت : 1400/11/9 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1400/12/18 تاریخ تصویب : 1401/2/28

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

تعریف DSM[1] از اختلال شخصیت مرزی از Genderson و Perry (2005) حاصل شده است آن‌ها ویژگی‌های این اختلال را به صورت نارضایتی روانی و احساسی، اعمال تکانه‌ای، روابط بین فردی بی‌ثبات، افکار شبه روان پریشی و ناسازگاری اجتماعی تشخیص داده‌اند(2). بیماران مبتلا به این اختلال در مرز روان نژندی و روان پریشی قرار دارند و مشخصه آن‌ها ناپایداری حالت عاطفی، خلق، رفتار، روابط ابژه ای، و خود انگاره آن‌ها است(3). اگر چه دلایل BPD هنوز مشخص نیست اما اطلاعات موجود نشان می‌دهد که متغیرهای بیولوژیکی و روانشناختی زیادی با خطر شکل‌گیری این اختلال ارتباط دارد(4). شیوع اختلال شخصیت مرزی در مراکز مراقبت اولیه در حدود 6 درصد در بین افراد ویزیت شده در درمانگاه‌های سرپایی بهداشت روان در حدود 10 درصد و در بیماران روان‌پزشکی بستری در بیمارستان در حدود 20 درصد است(5). مطالعات انجام شده در زمینه اختلال شخصیت مرزی نشان داده‌اند که، افراد دارای این اختلال سطوح بالاتری از هیجان پذیری، پویایی، نوجویی و اجتناب از آسیب، همراه با سطوح پایین‌تری از همکاری، جامعه پذیری، کم‌رویی و خود راهبری دارند(6). BPD با هزینه‌های روان‌شناختی و اجتماعی همراه است. بار اقتصادی از بیماری های مرتبط با BPD بالاتر از کسانی است که با افسردگی مرتبط هستند و قابل قیاس با بیماران اسکیزوفرنیا است(7). پرداخت به این موضوع که در حیطه‌ی شخصیت نظریه‌های متعددی مطرح شده است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها نظریه صفات است، ضروری است. به نقل از Fist و همکاران (2020) مدل پنج عامل بزرگ شخصیت که توسط Costa, McCrae دهه 90 بیان شد، یکی از دیدگاه‌های مهم در این زمینه به شمار می‌رود(8). به نقل از Haren و Mitchell (2003) کاستا و مک‌کری با استفاده از تحلیل عاملی شخصیت به این نتیجه رسیدند که می توان بین ویژگی‌های شخصیتی افراد و تفاوت‌های فرد، پنج بعد عمده را منظور نمود که شامل روان رنجوری، برون گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق گرایی و با وجدان بودن است(9). روان رنجوری به تمایل فرد برای تجربه اضطراب، تنش، خود خوری، خصومت، کمرویی، تفکر غیرمنطقی، افسردگی و عزت نفس پایین اطلاق می شود که همگی این مولفه ها در افزایش گرایش و اقدام به خودکشی نقش عمده دارند(10). در حقیقت روان رنجوری عامل زمینه‌ساز برای افسردگی می‌باشد(11). خلق پایه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی ملال است آن‌ها ممکن است از احساس مزمن پوچی رنج ببرند(5). بیماران دچار شخصیت مرزی عموما احساس مزمن پوچی و حمله‌های کم دوام روان پریشی دارند، تکانشی عمل می‌کنند و توقع روابطی غیر متعارف را دارند(3). بیماران مرزی دست کم در دو زمینه که به صورت بالقوه، خود- آسیب زننده است، تکانشگری نشان می‌دهند، و تکانشگری یکی از پایدارترین ویژگی شخصیت در بیماران مرزی، شناخته می‌شود. آن‌ها ممکن است قمار کنند، 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(5). تکانشی که گاه رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن‌ها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب، رخ می دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند(12). مطالعات گوناگون در باب اثر بخشی روان درمانی بر BPD وجود دارد که در این بین ادبیات روانکاوی تا حد زیادی روی رفتارهای مخرب یا دستکاری کننده‌ای که برای تنظیم عواطف استفاده می‌شوند، متمرکز شده است(13). فرمولیشن روان درمانی روان تحلیلی مرزی شامل، درک مشکلات همدلی بیمار مرزی، مشکلات ناشی از ترس و احساس گناه اولیه است. مشکلات همدلی در هسته اصلی این اختلال است

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

و شامل عدم توانایی در حفظ حافظه تحریک آمیز و نگه داشتن و تسکین دهنده‌های قابل توجه آرام بخش افراد در هنگام اضطراب جدایی است(14). روان درمانی متمرکز بر انتقال[2] (TFP) از پروژه تحقیقاتی روان درمانی بنیاد منینگر، به ویژه مطالعات کمی که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی شدید یا سازمان‌دهی شخصیت مرزی (بیمارانی که ضعف شدید را از خود نشان می‌دهند، مراجعه می‌کنند) با روان درمانی بیش‌تر بهبود یافته‌اند. رویکردی که بر تفسیر انتقال در جلسات متمرکز بود، و این در حالی است که در خارج از جلسات به همان اندازه که برای حفظ چارچوب درمان لازم بود، از بیمار حمایت می‌کرد، شباهت به بیماران مشابهی که با روانکاوی استاندارد یا روان درمانی حمایتی درمان می‌شدند، دارد(15). مدل درمان معطوف به انتقال دو مورد، توجه به نیاز اختصاصی بیماران مرزی برای ساختار به شکل چارچوب روشن درمانی، و دغدغه‌های اصلی روان پویشی نظیر دغدغهٔ کمک به هر فردی برای یافتن توازنی در بین نیروهایی که روی احساسات، افکار و رفتارهایش تأثیر می‌گذارند که شامل، فشارهای زیستی، محدودیت‌های درونی در مقابل این فشارها و ارزش‌ها و محدودیت‌های واقعیت اجتماعی فرد است، تلفیق نموده است(16). در کارآزمایی‌های بالینی که توسط Clarkin و همکاران (2007) و Doering و همکاران (2010) انجام گرفته شد، درمان معطوف به انتقال، سبب تغییر چشمگیر علائم در طول یک سال شد. البته این درمان سبب تغییری فراتر از تغییر صرف علائم می‌شود یعنی منجر به تغییر و بهبود چشمگیر کارکرد شخصیت است(18،17).

مطالعه Clarkin و همکاران (2007) به مقایسه سه درمان، معطوف به انتقال، رفتار درمانی دیالکتیک و روان درمانی حمایتی پرداخت. آن‌ها نشان دادند که هر چند هر سه درمان، همگی سبب تغییرات مثبت چشمگیری در افسردگی، اضطراب، عملکرد کلی و سازگاری اجتماعی در طول یک سال درمان بیماران می‌شوند، اما فقط TFP به میزان چشمگیری پیش‌بینی‌کننده تغییر در تحریک‌پذیری و تهاجم مستقیم و کلامی بوده است(17). در مطالعه Doering و همکاران (2010) یک RCT برای مقایسه یک سالهٔ TFP با درمان توسط روان درمانگران با تجربهٔ سطح جامعه انجام شد، بیماران در هر دو درمان بهبود یافتند هر چند میزان ریزش درمانی در بیمارانی که به‌طور تصادفی به گروه TFP تخصیص یافته بودند کم‌تر بود. کاهش چشمگیر تعداد موارد اقدام به خودکشی، پذیرش بستری و علایم اختلال شخصیت مرزی و بهبود چشمگیر بیش‌تر در سازمان‌دهی شخصیت و کارکرد روانی اجتماعی این بیماران مشاهده شد. هر دو گروه از نظر افسردگی و اضطراب بهبود چشمگیری نشان دادند و گروه TFP از لحاظ آسیب روانی کلی بهبود یافتند و همگی این‌ها بدون تفاوت گروهی چشمگیری بود. نتایج این مطالعه حاکی بود که TFP درمان مؤثری برای اختلال شخصیت مرزی است(18). با توجه به این‌که شماری از درمان‌های ساختار یافتهٔ اختلال شخصیت مرزی به میزان چشمگیری سبب کاهش علائم می‌شوند و با توجه به این‌که از این لحاظ هیچ درمان واحدی بر درمان دیگری برتری ندارد، نکتهٔ حائز اهمیت این است که مشاهده گردد، TFP از چه جهت منحصر به فرد است. نقش TFP با اهداف بلند پروازانه درمان شروع می‌شود و هدف این درمان را می‌توان در سطوح متعدد مشاهده شناسایی نمود و سنجید. هدف نزدیک دستیابی به تأثیر و تغییر چشمگیر در ادراکات بیمار مرزی در مورد خود و دیگران است. به هنجارسازی در بازنمودهای خود و دیگران هدایت‌گر رفتار بین فردی است و منجر به تغییرات چشمگیر در حوزه‌های کارکرد بین فردی می‌شود. این اهداف وسیع TFP بر کل فرایند از جمله فنون مداخله، کانون توجه هر جلسه و مدت درمان تأثیر می‌گذارد. هدف صرفاً بهبود علامت نیست، بلکه هدف تاثیر بر عملکرد این بیماران به وسیله‌ی کمک به آن‌هاست تا بتوانند کارایی و رضایت خود را در کار و حرفه افزایش دهند. همچنین گروهی

2. Transference focused psychotherapy

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

از بیماران که تشخیص مرزی دریافت می‌کنند گروه بسیار ناهمگنی هستند و تفاوت‌های چشمگیری در زمینه شدت سازگاری روابط روانی - اجتماعی، سبک دلبستگی (که بر روابط درمانی تاثیر می‌گذارد) و شدت علائم وجود دارد(16،2). همان‌طورکه گفته شد نوروتیزم و کنترل تکانه به عنوان یکی از ساز و کارهای تغییر در روان درمانی معطوف به انتقال محور درمان‌های ساختار نگر نوپای پویشی برای اختلال شخصیت مرزی است و داده‌های تجربی نیز از اثر بخشی و تاثیرگذاری این درمان پشتیبانی می‌کند، از سویی با توجه به بررسی‌های صورت گرفته توسط پژوهشگر با در نظر گرفتن خطاهای احتمالی غیر از یک مطالعه که اثر درمان گفته شده را بر کنش تاملی و و کاهش نشانه‌های شناختی ارزیابی نموده(19) و مطالعه‌ای در ایران که روان درمانی معطوف به انتقال را به‌کار گرفته باشد یافت نشد از سوی دیگر مطالعه‌ای که به مطالعه اثر بخشی یکی از گونه‌های روان درمانی بلندمدت بر نوروتیزم و تکانشگری مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی بپردازد، مشاهده نشد. از این رو با توجه به موارد یاد شده می‌توان اهداف مطالعه حاضر را پرداختن به خلاءهای موجود دانست و آن‌ها را به منزله نوآوری مطالعه پیش‌رو نیز به شمار آورد در مجموعه مطالعه در دست با این هدف صورت گرفته است که تعیین کند آیا روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال بر نوروتیزم و تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است.

مواد و روش ها

در این مطالعه تجربی تک موردی، شرکت‌کننده‌های مختلف به صورت موردی در چارچوب روش شناسی A-B-A مورد بررسی قرار گرفتند. یک آزمایش تک موردی که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی یا آزمایش سری های زمانی نیز می‌نامند، آزمایشی است که مشتمل بر تحقیق فشرده بر روی یک فرد یا تعدادی از افراد است که به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می شوند، به طوری که هر فرد جهت سنجش رفتار هدف قبل از مداخله (A)، حین مداخله (B) و بعد از مداخله (A) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد(19). به این ترتیب از بین افرادی که به علت مشکلات رفتاری در بازه زمانی اردیبهشت الی خرداد 1399 برای درمان به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینک خانه معنا شهرستان ساری مراجعه کردند یا ارجاع داده شدند، و با تایید روان پزشک تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت نمودند، به تعداد 32 نفر، مصاحبه بالینی برای اختلال شخصیت مرزی گرفته شد. پس از دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به شماره کد IR.BUMS.REC.1399.245 و دریافت کد کارآزمایی بالینی به شماره کد IRCT20131007014928N7، آن دسته از افرادی که معیارهای ورود به مطالعه داشتند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل، تشخیص اختلال شخصیت مرزی با تایید روان پزشک، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، داشتن سن حداقل 20 و حداکثر 40 سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم وجود افکار جدی آسیب به خود یا دیگران، عدم وجود سایکوز، عدم وجود اختلالات جسمی محدودکننده و مزمن (نارسایی مزمن کبدی ا، کلیوی و قلبی) و معیارهای خروج از مطالعه شامل، بروز افکار آسیب به خود یا دیگران غیر قابل کنترل در حین درمان، بروز اختلالات هذیانی یا سایر اختلالات شناختی در حین درمان، تمایل به خروج از طرح در هر مرحله از درمان، بوده است. در نهایت تعداد 11 نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با توجه به روش مطالعه به صورت تصادفی قرعه‌کشی در سه گروه به صورت، 4 نفره در گروه روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال، 3 نفر درگروه کنترل قرار گرفتند (شایان ذکر است 1 نفر در گروه روان درمانی معطوف به انتقال صورت تصادفی قرعه‌کشی، علی‌البدل در نظر گرفته شد تا در صورت نیاز جایگزین گردد). قابل ذکر است در مطالعات تک موردی فرمولی برای تعیین حجم نمونه وجود ندارد و تنها تعداد بین 3 تا

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

8 نفر مورد بررسی قرار می گیرند(19). در این طرح متغیر وابسته در طی مرحله خط پایه و مرحله درمانی، یعنی زمانی که متغیر مستقل ارائه می‌شود و مرحله پیگیری، اندازه‌گیری می‌شود. قبل از اجرای متغیر مستقل، متغیر وابسته قبل از روز اجرای جلسه مقدماتی به منظور اندازه‌گیری خط پایه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت، که پرسشنامه‌ها شامل، پرسشنامه پنج عامل شخصیت NEO، پرسشنامه تکانشگری بارات با مقایسه اندازه های پس از درمان با اندازه‌های خط پایه، اثر بخشی درمان مشخص می‌گردد. همچنین تاثیر متغیرهای تاثیرگذار احتمالی هر جلسه مصاحبه کیفی از مراجعین به عمل آورد. مداخله روان درمانی معطوف به انتقال به این ترتیب اجرا شد که مراجعان در طول یک سال، دو بار در هفته، شنبه و چهارشنبه‌ها در جلساتی به مدت زمان 48 دقیقه براساس پروتکل رسمی موجود برای این درمان توسط درمانگر آموزش دیده در این حوزه، ملاقات شدند. داده‌ها یک بار قبل از شروع جلسات، جلسه اول (مرحله شروع درمان)، و دو بار در حین درمان به صورت جلسه چهل (مرحله میانی درمان)، جلسه هشتاد (مرحله پیشرفت درمان)، یک بار پس از انتهای درمان و انتهای درمان جلسه صد (مرحله خاتمه درمان) دریافت شدند. ارزیابی‌ها بر اساس هر مرحله از درمان TFP انجام گرفت، به علاوه مطالعه پیگیری داده‌ها یک ماه پس از خاتمه فرایند روان درمانی انتقال محور جمع‌آوری شد. همچنین جلسات نظارت، زیر نظر دو روانکاو، در ایران آقای دکتر مهدی پور اصغر هر هفته به صورت آنلاین و در سوئد خانم ماریا آنته دو بار در ماه به صورت آنلاین برگزار شد. این جلسات به صورت گزارشات شفاهی و عکس در اختیار ناظران قرار گرفت. به علاوه، با رعایت ملاک‌های ناشناختگی، محرمانگی و خصوصی بودن اطلاعات مراجعان، موافقت ایشان برای شرکت در مطالعه در قالب رضایت آگاهانه کتبی نیز دریافت شد. ساختار جلسات براساس کتاب روان درمانی معطوف به انتقال نوشته Clarkin و همکاران (2015) تنظیم شد(16). به این ترتیب با توجه به هدف روان درمانی معطوف به انتقال، که تحکیم هویت است، جلسات آغاز گردید. بر این اساس برای دستیابی به این هدف مداخلات درمانی حاصل می‌شود که می‌توان آن را در سطوح متفاوت انتزاع و ویژگی، مفهوم پردازی کرد. محتویات جلسه به‌طور خلاصه در جدول شماره 1 دسته‌بندی شده است.

قابل ذکر است تمام جلسات به صورت فردی بر مبنای نیاز فرد براساس رهبردها، فنون و تاکتیک‌های

جدول شماره 1: محتویات جلسات، مرحله ارزیابی، چارچوب ها، شروع درمان، میان درمانی، پیشرفت درمان وخاتمه درمان

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول تا پنجم(مرحله ارزیابی)	خوش آمد گویی، معارفه، مصاحبه بالینی ساختار یافته، ارزیابی های اول (پرسشنامه ها) جلسه اول مرحله شروع درمان، آشنایی با تاریخچه بیمار، ارزیابی مقدم بر درمان با پوشش سه حوزه: 1. تجربه ذهنی، 2 رفتار های مشهود، 3. ساختار های روانی، دریافت مصاحبه ساختاری (کنبر گ، 1984) (فرایند های نام برده پیش از انعقاد درمان و در حدود 4 جلسه به طول انجامید)، آشنایی با برنامه، و کسب رضایت آگاهانه، شروع گام انعقاد و برقراری چارچوب درمانی.
جلسه پنجم تا دهم (چارچوب ها)	چارچوب های درمانی شامل عقد قرداد درمانی به طور شفاهی، تعیین مسئولیت های طرفین، مسئولیت بیمار، مسئولیت های درمانگر، شفاف سازی محدودیت های درگیری خود در زندگی بیمار، تعیین شروط مهم در راستای این درمان
جلسات دهم تا سی ام (شروع درمان)	شروع مرحله درمان با 4 تکنیک درمان TFP شامل: فرآیند تفسیری، تحلیل انتقال، کاربرد بی طرفی فنی، استفاده از انتقال متقابل فرآیند تفسیر در 4 گام توجه به تاکتیک
جلسه سی تا شصت (مرحله میانی درمان)	ارزیابی های دوم (پرسشنامه ها) جلسه چهلم مرحله میانی درمان، در جلسه بیمار تعمیق آگاهی و درک خود و باز نمود های خود و دیگری در موضوعات انتقالی غالب را تجربه می کند. فعال شدن این دوتایی ها در تعامل با درمانگر به صورت کوتاه تری تکرار می شوند. حل و فصل تکراری موضوعات انتقالی غالب ضروری است.
جلسه شصت تا نود(مرحله پیشرفت درمان)	ارزیابی های سوم (پرسشنامه ها) جلسه هشتادم مرحله پیشرفت درمان، بررسی توانایی تجربه و تعمق بر عواطفی که قبلا بیمار را ناتوان می کردند و منجر به کنش نمایی و یا فرافکنی می شدند. بررسی توانایی تمیز واکنش های درونی خام، بررسی توانایی کار با خیال پردازی های درونی به عنوان چیزی متمایز از واقعیت بیرونی، بررسی توانایی صحبت کردن آزاد تر و رها تر با درمانگر در مورد بررسی توانایی پذیرش تفسیر ها از جانب درمانگر و بسط آن ها در ارتباط با خود و دیگران، بررسی شواهد انتقال توام با وابستگی فزاینده اما شکننده در محیط انتقال پارانوئید با افزایش آگاهی از فرافکنی جنبه های پرخاشگرانه خود، بررسی ظهور خود پناره روشن تر و توانایی ژرف اندیشی در مورد ارتباط با درمانگر و دیگران، بررسی این مهم که در بیماران سازمان شخصیت مرزی که دچار اختلال شخصیت خود شیفته نیز هستند شواهدی از برچیده شدن ساختار خود و بزرگنمایی مرزی و امکان دسترسی به هویت چند پاره زیرین برای وارسی معنادارتر
جلسه نود تا صد (مرحله خاتمه درمان)	ارزیابی های چهارم (پرسشنامه ها) جلسه صد مرحله خاتمه درمان، علاوه بر آن چه در مراحل میانی و پیشرفت درمان انجام می شد و ادامه پیدا کرد، به بررسی تبعات فنی خاتمه درمان: تحلیل جدایی در خلال درمان، تحلیل جدایی در خاتمه درمان، واقعیت خاتمه و زمان بندی خاتمه درمان نیز به طور تخصصی پرداخته شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

TFP، طراحی شد و زیر نظر سوپروایزر به اجرا گذاشته شد. شایان ذکر است که، چارچوب‌های درمانی به‌طور کامل اجرا شد. ملاحظات اخلاقی این مطالعه به این شرح بود که شرکت در برنامه درمانی آگاهانه و با دریافت رضایت‌کتبی از افراد آغاز شد، پرسشنامه‌های دریافتی با ذکر نام و به صورت کاملا محرمانه و برای ثبت اطلاعات آماری مورد استفاده قرار گرفت، زمان‌بندی شرکت در برنامه درمانی با رضایت طرفین تنظیم گردید، بیماران هر زمانی که تمایل به خروج از برنامه درمانی داشتند می‌توانستند از برنامه خارج شوند و هیچ‌گونه اجباری برای شرکت در برنامه وجود نداشت. همچنین برای رعایت شئونات اخلاقی پس از پایان طرح گروه کنترل تحت روان درمانی معطوف به انتقال قرار گرفتند. قابل ذکر است که گروه کنترل به صورت در دسترس از بین افرادی انتخاب گردید که بعد از مراجعه تمایلی به ادامه درمان به دلایل شخصی (نظیر، مسافت و هزینه، ...) خودشان نداشتند و پس از اجرای طرح با مصاحبه انگیزشی و تمایل خودشان تحت درمان قرار گرفتند.

پرسشنامه تکانشگری بارات (Barratt Impulsiveness scale: BIS)، پرسشنامه خود گزارشگری Barratt در سال 1995 توسط Stanford و Barratt ساخته شد. ویرایش یازدهم این پرسشنامه توسط Barratt و همکاران در سال 2004 تدوین شده است(21). این پرسشنامه 30 سوال دارد و متمرکز بر سه عامل تکانشگری شناختی، حرکتی و بی برنامگی است. مقیاس پاسخگویی چهار درجه‌ای (به ندرت تا تقریبا همیشه) است که بر مبنای شماره سوال مستقیم یا معکوس نمره‌دهی صورت می‌گیرد. پاتون و همکاران (1995) پایایی درونی به روش آلفا کرونباخ برای نمره کل آن از 0/76 تا 0/83 را گزارش کردند(22). اختیاری و همکاران (2008) همچنین روایی درونی و پایایی به روش آلفا کرونباخ را به‌ترتیب برای تکانشگری شناختی 0/84، 0/78، برای تکانشگری حرکتی 0/79 و 0/65 برای بی‌برنامگی 0/82، 0/61 گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه روی یک گروه معتاد و سالم مناسب و زیر مقیاس‌های آن از همبستگی قابل قبولی برخوردار بوده‌اند(23).

نادری و حق‌شناس(1388)، در مطالعه‌ای برای نخستین بار در ایران به اعتبار یابی (مقیاس تکانشگری بارت) با محاسبه همبستگی آن با مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن در جامعه دانشجویی پرداختند. ضریب همبستگی (P<0/005 و r=0/28) و ضرایب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ 0/72 و به روش تنصیف 0/60 به دست آمد. در مطالعه حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0/86 به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب این ابزار است(24). همچنین در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ابزار برای تکانشگری کل، 0/89 و برای تکانشگری شناختی 0/84 و برای تکانشگری حرکتی 0/79 و برای بی برنامگی 0/89 به دست آمد.

پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نئو (NEO FIVE-factor inventory: NEO-FFI)، این پرسشنامه توسط McCrae و Costa در سال 1985 طراحی شد که 5 عامل شخصیت و 6 خصوصیت را در هر عامل اندازه‌گیری می‌کند ویژگی شخصیتی شامل، روان رونجور خویی (Neurotic)، برونگرایی (Extraversion)، باز بودن (Open)، توافق(Agreement)، با وجدان بودن (Conscientiousness)، می‌باشد. این پرسشنامه در حال حاضر کاربرد جهانی دارد فرم کوتاه آن شامل 60 سوال است که به زبان‌های متفاوتی شده(25). McCrae و Costa (2004) در مطالعه‌ای که به منظور تجدید نظر در پرسش‌نامه NEO-FFI بر روی 1492 نفر از افراد بزرگ سال انجام دادند، ضریب آلفا کرونباخ N، E، O، A و C را به‌ترتیب 0/86، 0/80، 0/75، 0/69و 0/79 گزارش کردند(26). در هنجاریابی این پرسشنامه توسط گروسی فرشی (1380) ضریب پایایی به روش همسانی، آلفا کرونباخ روان رنجوری 0/86، محاسبه شد(27). همچنین McCrae و Costa (1989) اعتبار پنج عامل براساس همبستگی با ارزیابی های همسر و همسالان به ترتیب در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

دامنه‌ای از 0/44 و 0/36 برای مسئولیت‌پذیری، 0/65 تا 0/48 برای پذیرا بودن می‌باشد، همچنین گزارش شده این ابزار شخصیتی 85 درصد واریانس را در اعتبار همگرا تبیین می‌کند(25). هم‌چنین در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ابزار 0/83، به دست آمد.

یافته ها

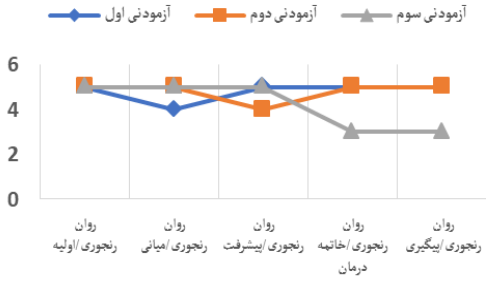
توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی موردهای مورد مطالعه: مورد اول آقای 23 ساله اهل زاغ مرز ساری، مجرد دانشجوی کارشناسی حقوق و شاغل در شرکت تاسیسات بوده است. مورد دوم خانم 28 ساله اهل زیرآب، متاهل و کارشناسی علوم تربیتی و معلم بود. مورد سوم یک خانم 29 ساله اهل قائمشهر و متاهل کارشناس حسابداری و آرایشگر بود. برای گروه کنترل مورد اول خانم 24 ساله اهل ساری، متاهل و فارغ التحصیل مهندسی شیمی و مربی، مورد دوم آقا 28 ساله اهل ساری و متاهل و دیپلم و کارمند و مورد سوم آقا 34 ساله اهل سرخ رود مجرد و ارشد کامپیوتر و کافه دار بود (جدول شماره 2).

جدول شماره 2: توزیع افراد شرکت کننده در گروه های مختلف

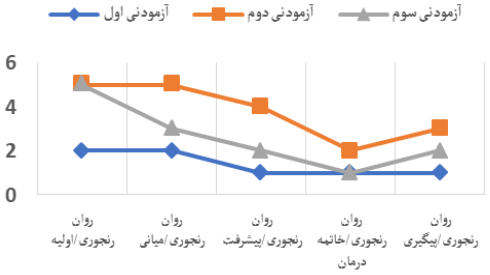
گروه ها	تعداد (درصد)	درصد دارای اعتبار	درصد تجمعی
روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال(TFP)	3 (33/33)	33/33	66/66
بدون مداخله	3 (33/33)	33/33	100
مجموع	6 (66/66)	66/66	--

روان رنجوری

براساس نتایج به دست آمده از میانگین و نمرات کسب شده در جدول شماره 3 و نموار شماره 1، در هر سه آزمودنی، در مرحله درمان روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال) کاهش محسوسی تا پس از آزمون، در جلسه 40 و 100 دیده می‌شود. نتایج برای آزمودنی اول و دوم گروه درمان معطوف به انتقال در مرحله میانی درمان ثابت مانده، نوسانات در مرحله پیشرفت درمان نزولی و به سمت پایین حرکت کرده است. نتایج در مرحله خاتمه درمان در نهایت برای گروه درمان معطوف به انتقال بهتر بود آزمودنی اول و سوم در خاتمه درمان نمره عصبیت خیلی پایین و آزمودنی دوم نمره عصبیت پایین را دریافت کرد. نتایج درمرحله پیگیری برای گروه درمان معطوف به انتقال برای آزمودنی اول نمره خیلی پایین، برای آزمودنی دوم نمره متوسط و برای آزمودنی سوم نمره پایین بود بر اساس جدول شماره 3 و نمودار شماره 2 این نتایج برای گروه کنترل مشاهده نشد.



نمودار شماره 1: نمرات روان رنجوری برای آزمودنی‌ها درگروه‌کنترل



نمودار شماره 2: نمرات روان رنجوری برای آزمودنی‌ها درگروه TFP

جدول شماره 3: اثر بخشی درمان TFP در روان رنجوری بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی

شرح	کنترل			روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال TFP		
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
شاخص تغییر پایا«پس آزمون	0/00	0/00	-0/10	-0/05	-0/16	-0/21
درصد بهبودی	0/00	0/00	40/00	50/00	60/00	80/00
شاخص تغییر پایا«پیگیری	-0/05	-0/10	-0/16	-0/05	-0/10	-0/16
درصد بهبودی پیگیری	0/00	0/00	60/00	50/00	40/00	60/00

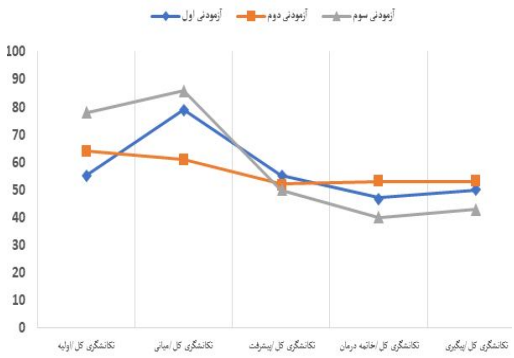
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

همان‌طور که در جدول شماره 4 ملاحظه می‌شود، در روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال)، مقادیر شاخص پایا بعد از مداخله در آزمودنی اول، دوم و سوم، به ترتیب برابر با 0/05، 0/16 و 0/21 به دست آمده است. با توجه به این که مقادیر شاخص پایا، از مقدار ملاک، یعنی 1/96 پایین‌تر است، می‌توان گفت در درمان TFP، نتایج به دست آمده، تا حدی ناشی از خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون بوده و نمی توان به قطعیت گفت تاثیر مداخلات درمانی به چه صورت است. قابل توجه است که، در درمان TFP پس از مداخله نیز، نتایج ثابت باقی مانده و این بیانگر آن است که در مرحله‌ی پیگیری، درمان TFP، در هر سه آزمودنی، ثبات تاثیر خود را، بر روان رنجوری افراد حفظ نموده است. میزان اثربخشی در درمان TFP در آزمودنی اول 50 درصد، در آزمودنی شماره 2، برابر با 60 درصد و در آزمودنی شماره 3، برابر با 80 درصد بوده است. درمان TFP، در آزمونی اول، ثابت آزمودنی دوم، 20 درصد و در آزمودنی سوم، 2 درصد بازگشت داشته است. نتایج برای گروه کنترل ثابت یا بدتر به دست آمد.

تکانشگری

براساس نتایج به‌دست آمده از میانگین و نمرات کسب شده جداول شماره 5، 6، 7 و 8 و نمودارهای شماره 3، 4، 5 و 6 در هر سه آزمودنی، در مرحله درمان روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال)، کاهش محسوسی تا پس از آزمون، در جلسه 40 و 100 دیده شد. در مرحله میانی برای درمان معطوف به انتقال نمرات برای آزمودنی اول و سوم افزایش داشتند که پس از آن کاهش سیر نمرات مشاهده گردید. میانگین حاصل از نتایج گروه معطوف به انتقال در مرحله خاتمه درمان برابر با 54/44 که نتایج در مرحله خاتمه درمان برای گروه درمان معطوف به انتقال بهتر بود. در مرحله پیگیری نتایج آزمودنی‌ها ثبات نسبی داشتند و همچنین نتایج برای گروه درمان معطوف به انتقال بهتر می‌باشد. این نتایج در گروه کنترل براساس جدول شماره 5 و نمودارهای شماره 7، 8 ، 9 و 10 دیده تمی‌شود.

همان‌طور که در جدول شماره 3 ملاحظه می‌شود، در روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (معطوف به انتقال)، مقادیر شاخص پایا بعد از مداخله برای تکانشگری کل در آزمودنی اول، دوم و سوم، به ترتیب برابر با 0/41 و 0/57 و 1/97 به دست آمده است. با توجه به این‌که مقادیر شاخص پایا، از مقدار ملاک، یعنی 1/96 پایین‌تر است، به استثنا آزمودنی سوم می‌توان گفت در درمان TFP، نتایج به دست آمده، تا حدی ناشی از خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون بوده و نمی‌توان به قطعیت گفت تاثیر مداخلات درمانی به چه صورت است. نتایج درصد بهبودی به ترتیب برای آزمودنی سوم، اول و دوم با درصد تقریب 40 به دست آمده است که این نتایج با توجه به جدول شماره 9 مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. با توجه به درصد بهبودی می‌توان گفت نتایج مطلوبی در این بخش حاصل شده است. این نتایج برای گروه کنترل به دست نیامده است.



نمودار شماره3: نمرات تکانشگری کل برای آزمودنی ها در گروه TFP

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

جدول شماره 4: نمرات روان رنجوری برای آزمودنی ها

مراحل درمان		کنترل			روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال TFP		
		آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
اولیه (A)		5	5	5	2	5	5
	میانی	4	5	5	2	5	3
حین مداخله (B)	پیشرفت	5	4	5	1	4	2
	خاتمه درمان	5	5	3	1	2	1
میانگین		4/67	4/67	4/33	1/33	3/67	2/00
انحراف استاندارد		0/58	0/58	1/15	0/58	1/53	1/00
پیگیری (A)		5	5	3	1	3	2

جدول شماره 5: نمرات تکانشگری کل برای آزمودنی ها

مراحل درمان		کنترل			روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال TFP		
		آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
اولیه (A)		75	65	80	55	64	78
	میانی	79	71	75	79	61	86
حین مداخله (B)	پیشرفت	67	70	61	55	52	50
	خاتمه درمان	70	60	79	47	53	40
میانگین		72/00	67/00	71/67	60/33	53/33	58/67
انحراف استاندارد		6/24	6/08	9/45	16/65	4/93	24/19
پیگیری (A)		78	68	92	50	53	43

جدول شماره 6: نمرات تکانشگری شناختی برای آزمودنی ها

مراحل درمان		کنترل			روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال TFP		
		آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
اولیه (A)		30	18	29	27	18	23
	میانی	20	17	30	18	17	23
حین مداخله (B)	پیشرفت	28	28	23	18	15	12
	خاتمه درمان	20	25	30	15	15	10
میانگین		22/67	23/33	27067	17/00	15/67	15/00
انحراف استاندارد		4/62	5/69	4/04	1/73	1/15	7/00
پیگیری (A)		30	30	39	15	17	13

جدول شماره 7: نمرات تکانشگری حرکتی برای آزمودنی ها ها

مراحل درمان		کنترل			روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال TFP		
		آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
اولیه (A)		20	30	23	32	27	28
	میانی	32	22	25	29	22	29
حین مداخله (B)	پیشرفت	20	25	18	18	20	18
	خاتمه درمان	35	19	29	17	18	15
میانگین		29/00	22/00	24/00	21/33	20/00	20/67
انحراف استاندارد		7/94	3/00	5/57	6/66	2/00	7/37
پیگیری (A)		28	20	35	18	18	17

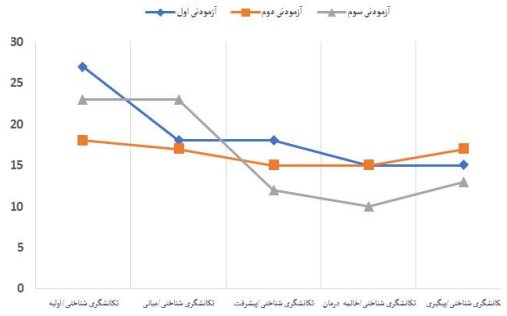
جدول شماره 8: نمرات بی برنامگی برای آزمودنی ها

مراحل درمان		کنترل			روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال TFP		
		آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
اولیه (A)		25	17	28	26	26	27
	میانی	27	32	20	32	22	34
حین مداخله (B)	پیشرفت	19	17	20	19	17	20
	خاتمه درمان	15	16	20	15	16	15
میانگین		20/33	21/67	20/00	22/00	18/33	23/00
انحراف استاندارد		6/11	8/96	0/00	8/89	3/21	9/85
پیگیری (A)		20	18	18	18	18	14

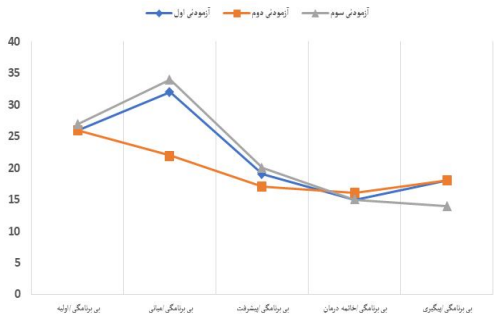
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

جدول شماره 9: اثر بخشی درمان TFP بر تکانشگری بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی

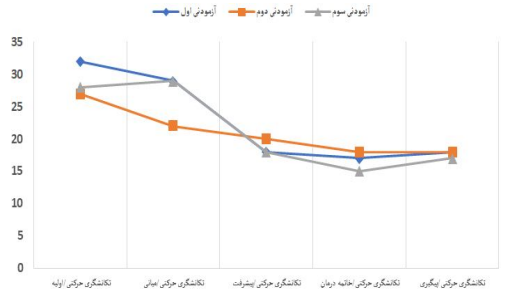
شرح	روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه (TFP)		
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
شاخص تغییر پایا*پس آزمون (تکانشگری کل)	-0/41	-0/57	-1/97
درصد بهبودی *پس آزمون (تکانشگری کل)	14/55	17/19	48/72
شاخص تغییر پایا* پیگیری (تکانشگری کل)	-0/26	-0/57	-1/82
درصد بهبودی* پیگیری (تکانشگری کل)	9/09	17/19	44/87
شاخص تغییر پایا*پس آزمون (تکانشگری شناختی)	-0/62	-0/05	-0/52
درصد بهبودی(ت.شناختی)	44/44	5/56	43/48
شاخص تغییر پایا* پیگیری(ت.شناختی)	-0/62	0/05	0/62
درصد بهبودی پیگیری(ت.شناختی)	44/44	0/05	43/47
شاخص تغییر پایا*پس آزمون (تکانشگری حرکتی)	-0/78	-0/47	-0/67
درصد بهبودی (تکانشگری حرکتی)	46/88	33/33	46/43
شاخص تغییر پایا*پیگیری(ت. حرکتی)	-0/73	-0/47	-0/57
درصد بهبودی پیگیری(ت.حرکتی)	43/75	33/33	39/29
شاخص تغییر پایا*پس آزمون (بی برنامگی)	-0/57	-0/52	-0/62
درصد بهبودی(بی برنامگی)	42/31	38/46	44/44
شاخص تغییر پایا*پیگیری(بی برنامگی)	-0/41	-0/41	-0/67
درصد بهبودی پیگیری(بی برنامگی)	30/77	30/77	48/15
شرح	کنترل		
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
شاخص تغییر پایا*پس آزمون	-0/26	-0/26	-0/05
درصد بهبودی	6/67	7/69	1/25
شاخص تغییر پایا* پیگیری	0/16	0/16	0/62
درصد بهبودی پیگیری	9/09	-4/62	-15/00



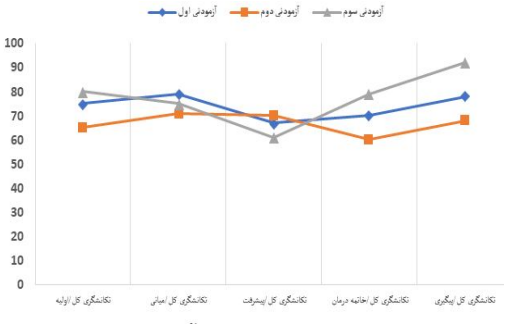
نمودار شماره 4: نمرات تکانشگری شناختی برای آزمودنی‌ها در گروه TFP



نمودار شماره 6: نمرات تکانشگری حرکتی برای آزمودنی ها در گروه TFP

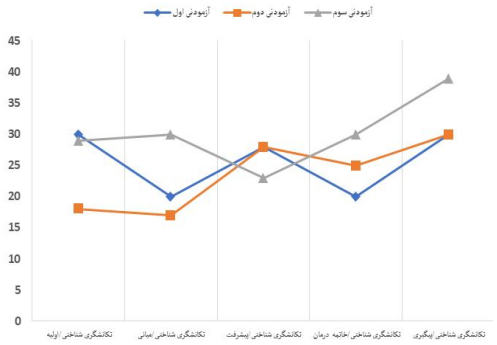


نمودار شماره 5: نمرات تکانشگری حرکتی برای آزمودنی‌ها در گروه TFP



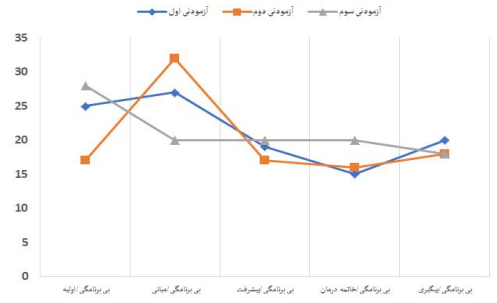
نمودار شماره 7: نمرات تکانشگری کل برای آزمودنی‌ها در گروه کنترل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]



نمودار شماره 8: نمرات تکانشگری شناختی برای آزمودنی ها در گروه کنترل

نمودار شماره 9: نمرات تکانشگری حرکتی برای آزمودنی ها در گروه کنترل



نمودار شماره 10: نمرات تکانشگری حرکتی برای آزمودنی ها در گروه کنترل

بحث

در مطالعه حاضر، در رابطه با نتایج حاصل ازتحلیل دیداری، میانگین اثربخشی درمان معطوف به انتقال در مرحله خاتمه درمان را مطلوب نشان می‌دهد، به این ترتیب که، دو آزمودنی گروه درمان معطوف به انتقال عصبیت خیلی پایین و یکی پایین و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک نتیجه عصبیت پایین و دو عصبیت متوسط حاصل گردید. نتایج مرحله پیگیری برای گروه معطوف به انتقال اندکی کاهش در نتایج مشاهده شد. در همین راستا، یافته‌های این مطالعه در رابطه با اثربخشی روان درمانی معطوف به انتقال بر روان رنجوری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد که، درمان معطوف به انتقال می تواند نتیجه مطلوبی بر عصبیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بگذارد و سبب کاهش علائم روان رنجوری گردد. نتایج این مطالعه با مطالعات مجدآرا و همکاران (2018)، Stern و همکاران(2018)، Clarkin وهمکاران (2018) و Gabbard و همکاران (2009) مطابقت داشت(31-28). برای تبیین اثر بخشی درمان معطوف به انتقال بهتر است نشان داد که، این درمان چه‌طور عمل می کند. سه اصل اساسی این درمان شامل مواجهه، شفاف‌سازی و تفسیر انتقال، به درمانجو کمک می کند از دنیای ذهنی خود خارج گردد و یک بار دیگر احساسات خود را به درستی بازشناسی کند(32). در این مطالعه TFP یک چارچوب درمانی سیستماتیک را ارائه می دهد که بیمار می‌تواند هرج و مرج درونی خود را سازماندهی کند و آن را به درستی درک کند. همچنین تفسیر انتقال یکی از مهم‌ترین فنون این درمان است که می‌تواند نتایج بسیار مطلوبی را بر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بگذارد. بر این اساس مرحله اول تجزیه و تحلیل و کنترل وضعیت است، مرحله دوم یک اتحاد را حفظ می کند و در عین حال فانتزی‌ها و باورهای اساسی در مورد خود و دیگران را که منجر به الگوهای ناسازگار می‌شود به چالش می‌کشد و روشن می‌کند و در مرحله سوم شامل، شفافیت در مورد احساس غیرمنطقی و مداوم بیمار و آزار و اذیت و پیوند دادن آن به داستان زندگی شخصی بیمار، است(31). به عنوان مثال، یکی از مشاهدات در مطالعه حاضر بدین شرح بود، "به نظرم رسید که وقتی از

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

والدین خود به خاطر بی‌توجهی آن‌ها شکایت می‌کنید، آنها شما را به خاطر این موضوع سرزنش می کردند. شاید این باعث شد که نقش‌ها را معکوس کنید و از موضع احساسات قوی و نه از موضع ضعف وارد ضد حملات کلامی شوید. " به این ترتیب در این مطالعه یک بیانیه توضیحی ارائه داده شد که بدون پرداختن مستقیم به رابطه انتقال منجر به کار انتقال می‌شود، سپس تفسیر انتقال می‌تواند نتایج اثر بخشی به بار آورد. نتایج شاخص پایا از لحاظ آماری معنادار نشدند که می‌توان به این موضوع اشاره داشت که در مطالعه حاضر برای تعیین معنی‌داری از عصبیت خیلی بالا تا خیلی پایین عدد گذاری گردید و این نحو توضیح برای بررسی مطالعات موردی و پرسشنامه‌های کیفی کار مشکلی است و بر این اساس با توجه به درصد بهبودی و میانگین مشاهده شد که درمان معطوف به انتقال می‌تواند نتیجه ثمربخشی بر عصبیت که مجموعه از طیف‌ها را نظیر علائم افسردگی، اضطراب، نگرانی و خشم را در بر بگیرد.

یافته‌های این مطالعه در رابطه با نتایج حاصل از تحلیل دیداری، میانگین نشان داد که، اثر بخشی درمان معطوف به انتقال به مراتب بهتر از گروه کنترل است. یافته های این مطالعه در اثر بخشی درمان معطوف به انتقال بر تکانشگری افراد مبتلا به شخصیت مرزی نشان داد که، این درمان می‌تواند اثر مطلوبی بر تکانشگری کل و زیر مقاس‌های آن به ترتیب تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامگی بگذارد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعات، عباسی و همکاران(2014)، عینی و همکاران (2013)، Stern و همکاران (2018)، Clarkin و همکاران (2018) و Gabbard و همکاران (2009) مطابقت داشته است(35-31). برای تبیین نتایج حاصل از این مطالعه در این فرضیه می‌توان گفت، تکانشگری به عنوان یک آمادگی تلقی می‌شود که نشانگر یک الگوی رفتاری است نه صرفاً یک عمل ساده و مجرد، و این تمایز به لحاظ بالینی واجد اهمیت است، چرا که مطالعات مربوط به درمان پرخاشگری تکانشی نشان داده‌اند، افراد مبتلا به این نوع پرخاشگری در مقایسه با افرادی که پرخاشگری برنامه‌ریزی شده دارند به صورت متفاوتی به درمان پاسخ می‌دهند. همچنین تکانشگری شامل اعمال سریع و بی برنامه است، یعنی قبل از ارزیابی آگاهانه پیامدهای منفی عمل اتفاق می‌افتد(36). درمان معطوف بر انتقال، خشم غیر یکپارچه را به عنوان محوری در آسیب شناسی روانی مرزی می‌بیند، و تفسیر انتقال برای کمک به بیمار طراحی شده است تا خشم و همچنین ابژه مرتبط با آن و بازنمایی‌های خود را در بازنمایی کل شی (یا پیکربندی مدل‌های رابطه نقش) ادغام کند. به جای بازنمایی بخش‌های جداشده (یا مدل های رابطه نقشی منفصل) ایجاد تغییر در علائم و مشکلات بین فردی از طریق مراقبت روان شناختی ساختار یافته است که منجر به اصلاح بازنمایی ذهنی بیماران از خود و دیگرانی می‌شود که رفتار را هدایت می‌کنند، چرا که این درمان در اصلاح بازنمایی ذهنی بیمار نقش فعال داشته است(31،16). همان‌طورکه در بالا اشاره شد پژوهشگران از مفاهیم سازمان مرزی سطح بالا و سطح پایین برای روشن ساختن برخی از ناهمگونی‌های بیماران استفاده می‌کنند. بیماران سطح بالای سازمان شخصیت مرزی درمان را با درجاتی از سیستم هدایت اخلاقی درونی و با تعارضاتی در روابط البته بدون پرخاشگری توان کاه و فرافکنی پرخاشگری شروع می‌کنند، این بیماران بیش‌تر احتمال دارد درگیر ارتباط با دیگران هر چند روابطی متعارض باشند و تا حدی درگیر کارهای نامتعارف می‌شوند(30). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان معطوف به انتقال می‌تواند در طول یک سال بر تکانشگری اثربخش باشد. اثربخشی بالینی در بخش تکانشگری ابتدا در تکانشگری شناختی سپس در تکانشگری حرکتی و در نهایت در بی برنامگی کسب شد و این می‌تواند به نحوه پروسه اثر بخشی این درمان بپردازد. بررسی‌های اثربخشی این درمان همان‌طورکه خوریان و همکاران نشان دادند این

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

درمان بر کاهش نشانه‌های شناختی موثر است که این می‌تواند اشاره بر این مهم داشته باشد که این درمان با تکنیک‌هایی که برای تغییر بر سازمان شخصیت داشته باشد می‌تواند بر علائم شناختی بیماران مبتلا به شخصیت مرزی موثر باشد. شایان ذکر است که شاخص تغییر پایا معنی‌دار نشد، اما درصد بهبودی تغییرات را به خوبی نمایان کرد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که روان درمانی معطوف به انتقال می‌تواند نتایج مطلوبی بر روان رنجوری، و تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بگذارد. موفقیت‌آمیز بودن درمان بیماران مرزی بسیار پیچیده‌تر از آن است که متون پژوهشی نشان می‌دهند. گروهی از بیماران که تشخیص مرزی دریافت می‌کنند گروه بسیار ناهمگنی هستند و تفاوت‌های چشمگیری در زمینه شدت سازگاری روابط روانی-اجتماعی سبک دلبستگی که بر روابط درمانی تاثیر می‌گذارد و شدت علائم وجود دارد، درمان در طول دوره‌ای طولانی انجام می‌شود که در آن رابطه بیمار و درمانگر با تعامل مجزای خودش اهمیت خاص پیدا می‌کند. فرجام‌های درمان صرفاً به‌صورت موفقیت ساده در مقابل شکست نیست، بلکه شامل شماری از حوزه‌های عملکرد است و این احتمال وجود دارد که در یک حوزه تغییر موفقیت‌آمیزی روی دهد و در حوزه دیگر تغییر جزئی دیده شود. نکته مهم‌تر این است که تغییر رفتار ممکن است همراه یا بدون تغییر در سازمان زیرین قدرتمند هویت و ارزش‌های اخلاقی باشد. در مطالعه حاضر درمان بیماران مرزی آغاز گردید که ممکن است بر رویکرد ظریف درمانگران در قبال این بیماران پیچیده و تولید فرضیات برای تحقیقات آینده نقش داشته باشد. در کار بالینی هدف برای دستیابی به تغییرات بنیادین در ساختار شخصیتی بیماران هدف بسیار مهم است و برای نیل به این هدف نیاز است همچنان به جستجوی امکان رشد رویکرد فنی ادامه داد. در هدف از این مطالعه صرفاً بهبود علامت نبود، بلکه هدف تاثیر بر عملکرد این بیماران به وسیله کمک به آن‌ها بوده است تا بتوانند کارایی و روابط بهتری را تجربه کنند، بر این اساس به‌طور کلی می‌توان گفت که روان درمانی معطوف به انتقال طی یک دوره یک ساله توانست یکی از آسیب‌های عمده مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی یعنی عصبیت که اشاره به اضطراب و افسردگی دارد بهبود بخشد. همچنین کاهش علامت کاهش نشانه‌های اختصاصی تکانشگری همراه بود که مطابق با به نظر پدیدآورندگان روان درمانی مربوط به انتقال به نظر می‌آید برای تحکیم و گسترش ظرفیت ذهنی‌سازی و سازمان شخصیت مرزی نیاز به زمان بیشتر است، با این وجود در خلال سال اول درمان می‌توان طلیعه‌های تغییر را با تمام فراز و نشیب‌های آن مشاهده نمود. حجم نمونه با توجه به تک آزمودنی بودن طرح مطالعه کوچک و روش نمونه‌گیری غیر احتمالاتی بود که هر دو مورد می‌توانند این پذیری یافته‌ها را محدود سازند. با حجم نمونه کوچک دشوار بتوان به معناداری آماری دست یافت و بدین جهت از معنی‌داری بالینی استفاده شد. ارزیاب و درمانگر در این مطالعه یک نفر بودند، اما ممکن است در نتایج سوگیری وجود داشته باشد. مدت زمان دوره درمان و پیگیری با توجه به بلندمدت بودن روان درمانی مربوط به انتقال آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی کوتاه بود از همین رو پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند در مطالعات آتی از نمونه‌های با حجم بزرگ‌تر و روش احتمالاتی نمونه‌گیری استفاده شود و برای کاهش سوگیری از ارزیاب و درمانگر مجزا استفاده شود. همچنین می‌توان با استفاده از بودجه‌ها و طرح‌های پژوهشی دوره‌های درمان و مطالعات پیگیری بلند مدت‌تری را برای درمان در نظر گرفت.

سپاسگزاری

پژوهشگران به دین وسیله از همکاری پرسنل محترم بیمارستان زارع شهرستان ساری و مرکز مشاوره و روان شناختی خانه معناساری در راستای اجرایی شدن طرح کمال تشکر را دارند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

References

1. Bender DS,Skodol AE. Borderline personality as a self-other representational disturbance. J Pers Disord 2007;21(5):500-517.
2. Gunderson JG, Hoffmann PD. Understanding and treating borderline personality disorder: a guide for professionals and family's. 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2005.
3. Sadock BS, Sadock VA, Ruiz PR, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Synopsis of Psychiatry behavior sciences, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
4. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. Clin Psychol Rev 2000; 20(2): 235-253.
5. Association AP. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, (DSM-5-TR) 5th ed. Am Psychiatr Assoc; 2013.
6. Stepp SD, Keenan K, Hipwell AE, Krueger RF. The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. Borderline Personal Disord Emot Dysregul 2014; 1(1): 18.
7. Soeteman DI, Roijen LH-v, Verheul R, Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in mental health care. J Clin Psychiatry 2008; 69(2): 25-265.
8. Fist J, Fist,G, Roberts TA. Theories of Personality. 10th ed. 2020.
9. Haren EG, Mitchell CW. Relationships between the Five-Factor Personality Model and coping styles. Psychol Educ: An Interdisciplin J 2003; 40(1): 38-49.
10. Fang L, Heisel MJ, Duberstein PR, Zhang J. Combined effects of neuroticism and extraversion: findings from a matched case control study of suicide in rural China. J Nerv Ment Dis 2012; 200(7): 598-602.
11. Shah AJ, Veledar E, Hong Y, Bremner JD, Vaccarino V. Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. Arch Gen Psychiatry 2011; 68(11): 1135-1142.
12. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press; 2004 (p 45–65).
13. Westen D, Bradley R. Empirically supported complexity:Rethinking evidence-based practice in psychotherapy. Curr Direct Psychol Sci 2005; 14(5): 266-271.
14. Adler G. The psychotherapy of core borderline psychopathology. Am J Psychother 1993; 47(2): 194-205.
15. Kernberg OF, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. Bullet Menning Clin 1972; 36(1-2): 275- 277.
16. Clarkin JF,Yeomans FE, Kernberg OF. Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinician's Guide. Philadelphia: American Psychiatric Association; 2015.
17. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. Am J Psychiatry 2007; 164(6): 922-928.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

18. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2010; 196(5): 389-395.
19. Khorianian M Bakhshipour-Roudsari A, Mahmoud-Alilou M, Hashemi T. The effectiveness of transfer-centered psychotherapy on reflective action and cognitive reduction of patients with borderline personality disorder. J Clinical Psychology 2017; 10(4): 45-57 (Persian).
20. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Applying educational research: How to read, do, and use research to solve problems of practice, 7th ed. London: Pearson; 2014.
21. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatry 2004; 41(10): 1045-1061.
22. Patton JH, Stanford MS, Barratt, ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol 1995; 51(6): 768-774.
23. Ekhtyari H, Safi H, Esmaili Dejavid Gh, Atefvahid MK, Edala H,et al. Reliability and Validity of Persian Versions of Eiseng, Bart, Dickman and Zuckerman questionnaire in determining risky and impulsive behaviors. J Psychiatry Clinl Psychol 2008; 14(3): 336-326.
24. Naderi F, Haghshenas F. The relationship between impulsivity and loneliness with the rate of cell phone use in students. J New Findings in Psychology 2009; 4(12): 111-121. (Persian).
25. McCrae RR, Costa PT. Rotation to maximize the construct validity of factors in the NEO Personality Inventory. Multivariate Behav Res 1989; 24(1): 107-124.
26. McCrae RR, Costa PT. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. Personal Indiv Differ 2004; 36(3): 587-596.
27. Grossi Farshi MT, Mehryar AH, Ghazi Tabatabaei M. Application of the NEO I-R test (NEO) and study of the analysis of its characteristics and factor structure among students of Iranian universities. Al-Zahra J Hum 2001; 11(39): 173-198 (Persian).
28. Majdara E, Rahimian Buger E, Taleband S, Gregory RJ. The Efficacy of Dynamic Deconstructive Psychotherapy in Treatment of Borderline Personality Disorder: Introducing an Evidence-Based Therapeutic Model. Stud Med Sci 2018; 29(6): 1-19 (Persian).
29. Stern BL, Yeomans F. The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder: An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. Psychiatr Clin North Am 2018; 41(2): 207-223.
30. Clarkin JF, Clain NM, Lenzenweger MF. Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: Clinical insights with a focus on mechanism. Curr Opin Psychol 2018; 21: 80-85.
31. Gabbard GO, Horowitz MJ. Insight, transference interpretation, and therapeutic change in the dynamic psychotherapy of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2009; 166(5): 517-521.
32. Horowitz MJ. Cognitive psychodynamics: From conflict to character: John Wiley & Sons Inc; 1998.
33. Abbasi M, Ghasemi jobaneh R, Ghasemi Gobaneh R, Dargahi S. The effectiveness of cognitive-analytical psychotherapy in

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

reducing impulsivity in men with borderline personality disorder. Shenakht J Psychol Psychiatry 2015; 3(1): 77-89 (Persian).

34. Einy S, Narimani M, Attadokht A, Bashar poor S, Sadeghi Movahed F. The effectiveness of cognitive-analytical therapy on ego power and thematic relationships in people with borderline personality disorder. Stud Med Sci, J Urmia Med Sci 2018; 29(1): 1-11 (Persian).
35. Stern BL, Yeomans F. The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. Psychiatr Clin North Am 2018; 41(2): 207-223.
36. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmithz JM, Swann AC. Psychiatry Aspects of Impulsivity. Am J psychiatry 2001; 158(11): 1783-1393.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]