ORIGINAL ARTICLE

Comparing the Effectiveness of Transference-Focused Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Neuroticism and Impulsivity in Patients with Borderline Personality Disorder

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

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

(Received June 28, 2022 ; Accepted June 7, 2023)

Abstract

Background and purpose: Borderline personality disorder is one of the most common disorders of mental health conditions. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of transference-focused psychotherapy and acceptance and commitment treatment on neuroticism and impulsivity in individuals with borderline personality disorder.

Materials and methods: In an applied quasi experimental study, we used single subject design involving ABA design in which a behavior is studied at baseline (A), during treatment (B), and after treatment (A). The statistical population included all patients with borderline personality disorder attending Sari Zare Psychiatric Hospital and Sari Mana Clinic in May to June 2020 (n=32). Eleven patients were selected using convenience sampling and were randomly allocated to transference-focused psychoanalysis (n=4), acceptance and commitment-based therapy (n=4) or control group (n=3). Data were collected in five stages: baseline, mid-stage, progress stage, treatment termination stage, and follow-up for one year (100 sessions) using the NEO five-factor personality questionnaire and Barat impulsivity questionnaire. Data analysis was performed applying repeated measures and Kruskal-Wallis test.

Results: In the repeated measurement test, a significant difference was seen in cognitive impulsivity between the two groups compared to the control group (P=0.025). According to Kruskal-Wallis test, transference-focused psychoanalysis was prioritized.

Conclusion: Considering that these two treatment methods do not aim to reduce symptoms, our final results showed that transference-focused psychoanalysis was more effective. But, further studies are need to generalize current findings.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20131007014928N7)

Keywords: transference-focused psychotherapy, acceptance and commitment therapy, neuroticism, impulsivity, borderline personality disorder

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (222): 109-123 (Persian).

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۲ تیر سال ۱۴۰۲ (۱۲۳-۱۰۹)

مقایسه اثربخشی روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجوری و تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

فاطمه فتحی[۱]
شهرام وزیری[۲]
مهدی پوراصغر[۳]
مریم نصری[۴]

چکیده

سابقه و هدف: اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلالات در روانپزشکی است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجوری و تکانشگری افراد مبتلا به شخصیت مرزی انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع تجربی، کاربردی، طرح نیمه آزمایشی بود. روش پژوهش از نوع طرح تک آزمودنی A-B-A بودجامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینیک خانه معنا ساری در اردیبهشت الی خرداد ۱۳۹۹ (۳۲ نفر) مراجعه نمودند، بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس (۱۱ نفر) انتخاب و برای روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال (۴ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴ نفر)، گروه کنترل (۳ نفر)، به روش تصادفی قرعه‌کشی جایگزین شدند. داده‌ها در پنج مرحله به صورت خط پایه، مرحله میانی، مرحله پیشرفت، مرحله خاتمه درمان و پیگیری، در طول یک سال (در طی صد جلسه)، با استفاده از پرسشنامه پنج عامل شخصیت NEO، پرسشنامه تکانشگری بارات، جمع‌آوری شد. برای تحلیل آماری از روش اندازه‌گیری مکرر و آزمون کروسکال والیس استفاده شد.

یافته‌ها: درآزمون اندازه‌گیری مکرر تفاوت معناداری بین دو گروه نسبت به گروع کنترل در تکانشگری شناختی دیده شد (P=۰/۰۲۵). درمان معطوف به انتقال در آزمون کروسکال والیس اولاتر شد.

استنتاج: با درنظر گرفتن این مهم که هدف هر دو درمان کاهش علائم نمی‌باشد، نتایج نهایی مطلوبیت درمان معطوف به انتقال را نشان می‌دهد، به علاوه برای تعمیم نتایج به پژوهش‌های بیش‌تر نیازمندیم.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۳۱۰۰۷۰۱۴۹۲۸N۷

واژه های کلیدی: روان درمانی معطوف به انتقال، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوروتیزم، تکانشگری، اختلال شخصیت مرزی

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder: BPD) یکی از شایع‌ترین اختلالات در موقعیت‌های روانپزشکی است که افراد به خاطر آن تحت درمان قرار می‌گیرند(۱).

مولف مسئول: شهرام وزیری– رودهن: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده پزشکی E-mail: shahram.vaziri@gmail.com
۱. دکترای روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۳. دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۱/۴/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۵/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۲/۳/۱۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مؤلفه‌های اصلی که اغلب توصیف می‌شوند عبارت از مشکلات هویت، روابط منفی، بی‌ثباتی عاطفی و آسیب به خود می‌باشند(۲). چرخش‌های سریع خلق در بین این افراد شایع است، یک لحظه ممکن است نزاع طلب باشند، لحظه بعد افسرده و لحظه‌ای دیگر شاکی از این‌که هیچ احساسی ندارند. این‌گونه بیماران ممکن است حملات روان‌پریشی با عمر کوتاه داشته باشند، که اصطلاحاً حملات میکروسایکوتیک خوانده می‌شود، اما حملات شدید و تمام عیار روان پریشی در این‌ها دیده نمی‌شود. رفتار این گونه بیماران بسیار غیرقابل پیش‌بینی است و از همین‌رو آن‌ها تقریباً هیچ وقت به آن مقدار کارایی که در توانشان می‌باشد، دست نمی‌یابند و دردناک بودن ذاتی زندگی آن‌ها در خودزنی‌های مکرر مشهود است(۳). شیوع اختلال شخصیت مرزی در مراکز مراقبت اولیه در حدود ۶ درصد، در بین افراد ویزیت شده در درمانگاه‌های سرپایی بهداشت روان در حدود ۱۰ درصد و در بیماران روانپزشکی بستری در بیمارستان در حدود ۲۰ درصد است(۱).

پرداخت به این موضوع که در حیطه شخصیت نظریه‌های متعددی مطرح شده است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها نظریه صفات است، ضروری می‌باشد. مدل پنج عامل بزرگ شخصیت که توسط Costa و McCrae در دهه ۹۰ بیان شد، یکی از دیدگاه‌های مهم در این زمینه به شمار می‌رود(۴).

Haren و Mitchell به نقل از Costa و McCrae با استفاده از تحلیل عاملی شخصیت به این نتیجه رسیدند که می‌توان بین ویژگی‌های شخصیتی افراد و تفاوت‌های فرد، پنج بعد عمده را منظور نمود که یکی از آن‌ها، روان رنجوری است(۵). روان رنجوری به تمایل فرد برای تجربه اضطراب، تنش، خودخوری، خصومت، کم‌رویی، تفکر غیرمنطقی، افسردگی و عزت نفس پایین اطلاق می‌شود، که همگی این مولفه‌ها در افزایش گرایش و اقدام به خودکشی نقش عمده دارند(۶). در حقیقت روان رنجوری عامل زمینه ساز برای افسردگی می‌باشد(۷). خلق پایه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، ملال است(۱). هم‌چنین بیماران دچار شخصیت مرزی عموماً احساس مزمن پوچی و حمله‌های کم دوام روان پریشی دارند، تکانشی عمل می‌کنند و توقع روابطی غیرمتعارف را دارند(۸). رفتارهای تکانشی که گاه رفتارهای مخاطره آمیز 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 و در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند(۹).

چالش‌های پزشکان معالج بیماران با شخصیت مرزی، از مدت‌ها قبل شناخته شده است(۱۰). کمک به بیماران برای تحمل احساسات شدید برانگیخته شده توسط آن‌ها، وضعیت درمانی و تلاش برای جلوگیری از واکنش‌های تکانشی اغلب خطرناک که می‌تواند در مواقع موفقیت آنی از نظر عاطفی فراتر رود(۱۱)، برای درمانگر اهمیت دارد تا دارای یک فرمول درمانی در همه زمان‌ها باشد. بیماران مرزی نیاز به یک رویکرد انعطاف‌پذیر دارند و غالباً درمانگران خود را در موقعیتی قرار می‌دهند که تصمیم سریعی در هیجانات شدید بگیرند، که هم خود بیمار و هم درمانگرشان را تحت تأثیر قرار می‌دهند(۱۲). براساس برآورد انجمن روانپزشکی آمریکا، با توجه به فراوانی این اختلالات همراه با اثرات منفی آن‌ها بردرمان‌های روانشناسی و روانپزشکی(۱) و به دلیل اهمیت آن که می‌تواند مشکلات فراوان و بزرگ و عمیقی در جوامع و به ویژه در بهداشت روانی خانواده‌ها به بار آورد، لازم است همواره پژوهش‌هایی در رابطه با آن‌ها انجام شود(۱۳). علاوه بر این در زمینه درمان این اختلال نیز، توجه به طول درمان و تعداد جلسات ۳ سال یا بیش‌تر(Sperry، ۲۰۰۳)(۱۴)، ۴ جلسه در هفته به مدت یک سال یا بیش‌تر (Kring، ۲۰۱۰)(۱۵)، می‌توان به هزینه بر بودن این مشکلات نیز اشاره کرد(۱۳).

مطالعات گوناگون در باب اثربخشی روان درمانی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

بر BPD وجود دارد که در این بین ادبیات روانکاوی تا حد زیادی روی رفتارهای مخرب یا دستکاری‌کننده‌ای که برای تنظیم عواطف استفاده می‌شوند، متمرکز شده است(۱۶). روان‌درمانی معطوف بر انتقال (Transference focused psychotherapy: TFP) از پروژه تحقیقاتی روان‌درمانی بنیاد منینگر تلخیص شد، بر اساس این پروژه، مطالعات کمی نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی شدید یا سازمان‌دهی شخصیت مرزی با این رویکرد 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(۱۷). این درمان درباره سبب‌شناسی شخصیت مرزی دارای صورت‌بندی خاص خود است و در تلاش است تا با استفاده از محیطی ساختارمند و معاهده درمانی، به همراه استفاده از فنون شفاف‌سازی، مواجهه و تعبیر در رابطه اینجا و اکنونِ انتقال، نخست هیجان‌های آشوبناک و تند و تیز بیمار را تحمل کند، سپس با حفظ موضعی غیرقضاوتی و خنثی، فضایی برای تأمل بیمار بر بازنمایی‌ها و تجسم‌های ارتباطی یا همان الگوهای دلبستگی خود، فراهم سازد(۱۸). مدل درمان معطوف به انتقال دو مورد زیر را تلفیق نموده است: ۱- توجه به نیاز اختصاصی بیماران مرزی برای ساختار به شکل چارچوب روشن درمانی و ۲- دغدغه‌های اصلی روان پویشی نظیر دغدغهٔ کمک به هر فرد برای یافتن توازنی در بین نیروهایی که روی احساسات، افکار و رفتارهایش تأثیر می‌گذارند و شامل: فشارهای زیستی، محدودیت‌های درونی در مقابل این فشارها و ارزش‌ها و محدودیت‌های واقعیت اجتماعی فرد می‌شوند(۱۹).

درمان دیگر از شاخه رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy: ACT) می‌باشد. Hayes (۲۰۰۶) این درمان را به این صورت تعریف می‌کند: یک رویکرد درمانی بافتاری کارآمد، براساس نظریه چهارچوب ارتباطی، که مشکلات روانشناختی انسان را عمدتاً به‌عنوان انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌داند و توسط همجوشی شناختی و اجتناب از تجربه ایجاد می‌شود. ACT در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرایندهای کلامی غیر مستقیم را به‌کار می‌گیرد، تا به‌طور تجربی بتواند در درجه اول از طریق پذیرش ناهمجوشی ایجاد و یک حس فراتجربی از خود ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و ساختن الگوهای بسیار خوب از اقدامات متعهدانه با این ارزش‌ها، انعطاف پذیری روانشناختی بیشتری در فرد ایجاد کند(۲۰). در واقع هدف ACT، اجتناب از تجربه و هم‌جوشی شناختی برای حمایت از عملکرد رفتارهای انعطاف‌پذیر و ایجاد الگوهای عمل متناسب با ارزش شخصی است(۲۱). مشخص شده است که سطوح بالاتر اجتناب از تجربه با احتمال بهبود کم‌تر افسردگی در مبتلایان به BPD همراه است(۲۲). بیماران در این درمان می‌توانند از استراتژی‌هایی بهره‌مند شوند که طراحی شده برای تسهیل آگاهی در لحظه حاضر، پذیرش احساسات دشوار، شناسایی ارزش‌ها و عمل متعهدانه بر ارزش‌ها است(۲۱). ما در این پژوهش به مقایسه دو درمان بلندمدت از دو شاخه یا رویکرد متفاوت پرداختیم: رویکرد روان درمانی تحلیلی و دیگری رویکرد رفتاری. از شاخه روان درمانی تحلیلی، TFP که مشتق شده از روان درمانی مبتنی بر روابط ابژه برای اختلال شخصیت مرزی است. این درمان بر علائم و رفتارهای خود ویرانگر متمرکز است و علاوه بر این، هدف آن بهبود سازماندهی شخصیت است(۲۳). یکی از ویژگی‌های این درمان این است که یک رویکرد درمانی مبتنی بر اصول می‌باشد، یعنی اصول این درمان قابل تعمیم به هر بیمار است. در درمان TFP، تغییر علامت در بیماران مرزی اساسی است، اما برای رسیدن به تغییر واقعی شخصیت، بیمار باید شیوه بازنمایی ذهنی خود، از خود و دیگران را تغییر دهد تا در روابط صمیمانه و شغلی به موفقیت برسد(۱۹). در شاخه رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد، که بزرگ‌ترین پیشرفت در زمینه شناخت اساسی این درمان در سال

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

۲۰۰۵ اتفاق افتاده است(۲۴). ACT بر رفتار فرد و بافتی که رفتار در آن روی می‌دهد تمرکز می‌کند، به این معنا که هدف این است که رفتارهای فرد را به جایی برساند که با توجه به ارزش‌ها و اهداف مطلوب فرد و در بافت کنونی وی کارکرد موفقی داشته باشد، بنابراین تمام تجربیات گذشته فرد را درنظر می‌گیرد، این روش در تضاد با بیش‌تر مدل‌های طبی مکانیسمی است که ارزیابی در آن برتعیین برچسب‌های تشخیصی تاکیدمی‌کند و اولین ملاک درمان کاهش نشانه است(۲۵)، برای مثال در درمان به جای در نظر گرفتن اضطراب کاهش یافته به‌عنوان تنها پیامد درمانی مطلوب، بر این تاکید می‌کند که بیمار نوع ارتباط خود را با اضطراب تغییر دهد، به این منظور که در بافت‌هایی که اجتناب یا فرار از اضطراب منجر به نتایج نامطلوب در زندگی می‌شود، بتواند کارکرد موثرتری داشته باشد(۲۶). گرچه ثابت شده است که ACT یک درمان موثر برای طیف وسیعی از اختلالات است(۲۷).

در نتیجه هر دو رویکرد، متمرکز بر کاهش علامت نیستند، هر چند در نهایت به این هدف نائل می‌گردند. همان‌طورکه هر دو رویکرد توصیف شد دریافتیم که، هدف هر دو رویکرد علاوه بر تفاوت‌هایی که در زمینه سبب‌شناسی و تشخیص اختلال دارند، در نگاه به کاهش علائم، تغییر زیربنایی و ساختاری و در نظر گرفتن تاریخچه فرد، مشترک هستند. این تفاوت و شباهت‌ها این سوال را طرح می‌کند که کدام رویکرد، تحت چه شرایطی و بر کدام دست از علائم موثر هستند؟ بررسی‌ها در مورد علت اثربخشی درمان‌های متفاوت، حاکی از وجود عناصر مشترک در درمان‌هایی است که برای این بیماران مفید می‌باشد و هم‌چنین سوالاتی را در مورد مکانیسم‌های تغییر بیان می‌کند. توجه به افزایش آمار روز افزون و همایندی آن‌ها با سایر اختلالات بالینی، آمار خودکشی و بار اقتصادی و اجتماعی زیادی که این بیماران بر جامعه تحمیل می‌کنند(۲۰،۱۸،۱۳)، روان درمانی‌هایی‌که می‌تواند منجر به انتخاب مناسب‌تر درمان در محیط‌های درمانی با توجه به سطح عملکرد و موارد مورد مشکل در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شود، ضرورت و اهمیت این پژوهش را مبرهن می‌سازد و همین مهم ما را بر آن داشت که پژوهش خود را با این عنوان آغاز کنیم. سوال اینجاست آیا روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجوری و تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است یا خیر؟

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از طرح مطالعه تجربی تک آزمودنی (A-B-A) استفاده شد. طرح تک آزمودنی که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی یا آزمایش سری‌های زمانی نیز می‌نامند، به این صورت است که هر فرد جهت سنجش رفتار هدف قبل از مداخله(A)، حین مداخله(B) و بعد از مداخله(A) مورد ارزیابی قرار می گیرد(۲۸). در این مطالعه از بین افرادی که به علت مشکلات رفتاری در بازه زمانی اردیبهشت الی خرداد ۱۳۹۹ به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینک خانه معنا شهرستان ساری مراجعه کرده یا ارجاع داده شدند و با تایید روانپزشک تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت نمودند، به تعداد ۳۲ نفر، مصاحبه بالینی برای اختلال شخصیت مرزی گرفته شد. این مطالعه دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به شماره کد IR.BUMS.REC.1399.245 و کد کارآزمایی بالینی به شماره کد IRCT20131007014928N7 می‌باشد. پس از دریافت کد اخلاق، آن دسته از افرادی که معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال شخصیت مرزی با تایید روانپزشک، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ 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 ، کلیوی و قلبی) را داشتند، وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل بروز افکار آسیب به خود یا دیگران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

به‌صورت غیرقابل کنترل در حین درمان، بروز اختلالات هذیانی یا سایر اختلالات‌شناختی در حین درمان، تمایل به خروج از طرح در هر مرحله از درمان بود. در نهایت افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند و تمایل به شرکت در پژوهش را نیز داشتند، به تعداد ۱۱ نفر به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و با توجه به روش پژوهش به‌صورت تصادفی قرعه‌کشی در سه گروه به‌صورت ۴ نفر در گروه روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال، ۴ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۳ نفر درگروه کنترل قرار گرفتند (شایان ذکر است ۱ نفر در گروه روان‌درمانی معطوف به انتقال و ۱ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت تصادفی قرعه‌کشی، علی‌البدل در نظر گرفته شد تا در صورت نیاز جایگزین گردد). 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. پرسشنامه‌ها عبارت از پرسشنامه پنج عامل شخصیت NEO، پرسشنامه تکانشگری بارات، با مقایسه اندازه‌های پس از درمان با اندازه‌های خط پایه بودند تا اثربخشی درمان مشخص گردد. مداخله روان درمانی معطوف به انتقال و روان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این ترتیب اجرا شد که مراجعان در طول یک سال، دو بار در هفته، در جلساتی به مدت زمان ۴۸ 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 به‌صورت جلسه چهل (مرحله میانی درمان)، جلسه هشتاد (مرحله پیشرفت درمان)، یک بار پس از انتهای درمان جلسه صد (مرحله خاتمه درمان) دریافت شدند، ارزیابی‌ها براساس هر مرحله از درمان TFP و ACT انجام گرفت، به علاوه مطالعه پیگیری یک ماه پس از خاتمه فرایند روان‌درمانی انتقال محور جمع‌آوری شد. هم‌چنین جلسات نظارت، برای TFP زیر نظر دو روانکاو در ایران آقای دکتر مهدی پوراصغر هر هفته به‌صورت آنلاین و در سوئد خانم ماریا آنته دو بار در ماه و ACT آقای دکتر شهرام وزیری به صورت آنلاین برگزارشد. به علاوه محتوای جلسات در جدول شماره ۱ به اختصار آورده شد. این جلسات به‌صورت گزارشات شفاهی و عکس در اختیار ناظر قرار گرفت. به‌علاوه با رعایت ملاک‌های ناشناختگی، محرمانگی و خصوصی بودن اطلاعات مراجعان، موافقت ایشان برای شرکت در پژوهش در قالب رضایت آگاهانه کتبی نیز دریافت شد. ساختار جلسات براساس کتاب روان درمانی معطوف به انتقال نوشته Yeomans و همکاران (۲۰۱۵)(۱۹) و ACT به زبان ساده نوشته Harris (۲۰۱۵)(۲۹) و مقاله گروه درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای علائم افرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نوشته Morton و همکاران (۲۰۱۲)(۳۰) تنظیم شد و تمام جلسات به صورت فردی بر مبنای نیاز فرد براساس رهبردها، فنون و تاکتیک‌های TFP و ماتریکس ACT طراحی شد و زیرنظر سوپروایزرها به اجرا گذاشته شد. شایان ذکر است که چارچوب‌های درمانی به‌طور کامل اجرا شد. برای بررسی آماری معنی‌داری، آزمون اندازه‌گیری مکرر و به منظور مقایسه و بررسی دقیق‌تر و رتبه‌بندی درمان در نمونه‌های مورد مطالعه شاخص‌های ناپارامتریک آزمون کروسکال والیس استفاده شد و از نرم‌افزار $SPSS_4$ نیز استفاده شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش به این شرح بود که شرکت در برنامه درمانی به‌صورت آگاهانه و با دریافت رضایت کتبی 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، 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول شماره ۱: محتوای جلسات

جلسات	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
جلسه اول تا پنجم (مرحله ارزیابی)	خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی‌های اول (پرسشنامه ها) جلسه اول مرحله شروع درمان کسب توافق آگاهانه، برقراری اتحاد درمانی، تاریخچه، موافقت در چارجوب درمانی، توضیح شش ضلعی‌های ACT، به زبان ساده
جلسه پنجم تا دهم (چارچوب ها و درک مفاهیم آغازین)	تعیین مرزهای درمانی، تعیین نیازهای مراجع و وظایف درمانگر، تعیین اهداف درمان، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی، استفاده از استراتژی‌های اجتناب از تجربه و استراتژی‌های همجوشی
جلسات دهم تا سی ام (شروع درمان)	چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی، برای مداخلات دور زدن تله‌های زبانی از استعاره استفاده شد. همچنین از تمرین‌های گسستگی برای معنی زدایی زبان استفاده شد. استراتژی اجتناب تجربه، استراتژی همجوشی ، استراتژی خود به عنوان زمینه، استراتژی بودن در زمان حال، تمرین ذهن آگاهی و آرامیدگی، مراقبه، (با توجه به انعطاف پذیر بودن درمان و توجه به نیاز بیمار در لحظه، از سایر شش ضلعی‌ها در جلسات استفاده شد).
جلسه سی ام تا شصت ام (مرحله میانی درمان)	ارزیابی‌های دوم (پرسشنامه ها) جلسه پانزدهم مرحله میانی ، چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی استراتژی اجتناب تجربه ، استراتژی همجوشی، استراتژی ارزش احساسات به عنوان بخشی از یک زندگی پرغنی و معنادار تأکید شده بود (کاربرگ ارزش ها)، (با توجه به انعطاف پذیر بودن درمان و توجه به نیاز بیمار در لحظه، از سایر شش ضلعی‌ها در جلسات استفاده شد).
جلسه شصت تا نود (مرحله پیشرفت درمان)	درمان ارزیابی‌های سوم (پرسشنامه ها) جلسه سی و یک مرحله پیشرفت چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی استراتژی ارزش، و استعاره قطب نما و انتخاب بر اساس ارزشها، همراه بودن با فرآیند، تمرین خانگی به عنوان "آزمایش" ، استراتژی عمل متعهدانه، استراتژی اجتناب تجربه، استراتژی همجوشی، با توجه به آنچه بیمار نقل می کند
جلسه نود تا صد (مرحله خاتمه درمان)	درمان ارزیابی‌های چهارم (پرسشنامه ها) جلسه چهل مرحله خاتمه درمان، در راستای تأکید بر انتخاب هوشمندانه، تمرین در خانه تشویق شد اما اختیاری بود. آموزش برای خلق استعارات خود. (با توجه به انعطاف پذیر بودن درمان و توجه به نیاز بیمار در لحظه، از سایر شش ضلعی‌ها در جلسات استفاده شد). صحبت در مورد خاتمه درمان، احساسات ناشی از آن، تاکید بر روی تحکیم درمان
جلسات جلسه اول تا پنجم(مرحله ارزیابی)	محتوای جلسات روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال خوش آمدگویی، معارفه، مصاحبه بالینی ساختاریافته، ارزیابی‌های اول (پرسشنامه ها) جلسه اول مرحله شروع درمان، آشنایی با تاریخچه بیمار،ارزیابی مقدم بر درمان با پوشش سه حوزه: ۱. تجربه ذهنی، ۲. رفتارهای مشهود، ۳. ساختارهای روانی، (فرایندهای نام برده پیش از انعقاد درمان و در حدود ۴ جلسه به طول انجامید)، آشنایی با برنامه، و کسب رضیت آگاهانه، شروع گام انعقاد و برقراری چارچوب درمانی.
جلسه پنجم تا دهم (چارچوب ها)	چارچوب‌های درمانی شامل عقد قرداد درمانی به طور شفاهی، تعیین مسئولیت های طرفین، مسئولیت بیمار، مسئولیت های درمانگر، شفاف سازی محدودیت‌های در گیری خود در زندگی بیمار، تعیین شروط مهم در راستای این درمان
جلسات دهم تا سی ام (شروع درمان)	شروع مرحله درمان با ۴ تکنیک درمان روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال شامل: فرآیند تفسیری، تحلیل انتقال، کاربرد بی طرفی فنی، استفاده از انتقال متقابل
جلسه سی تا شصت (مرحله میانی درمان)	ارزیابی‌های دوم(پرسشنامه ها) جلسه چهلم مرحله میانی درمان، در جلسه بیمار تعمیق آگاهی و درک خود و بازنمودهای خود و دیگری در موضوعات انتقالی غالب را تجربه می کند. فعال شدن این دوتایی‌ها در تعامل با درمانگر به صورت کوتاه تری تکرار می‌شوند. حل و فصل تکراری موضوعات انتقالی غالب ضروری است.
جلسه شصت تا نود(مرحله پیشرفت درمان)	ارزیابی‌های سوم(پرسشنامه ها) جلسه هشتادم مرحله پیشرفت درمان، بررسی توانایی تجربه و تعمق بر عواطف‌ای که قبلا بیمار را ناتوان می کردند. بررسی توانایی پذیرش تفسیرها 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 جنبه‌های پرخاشگرانه خود . بررسی ظهور خودپنداره روشن تر و توانایی ژرف اندیشی در مورد ارتباط با درمانگر و دیگران
جلسه نود تا صد (مرحله خاتمه درمان)	ارزیابی‌های چهارم(پرسشنامه ها) جلسه صد مرحله خاتمه درمان، علاوه بر آنچه در مراحل میانی و پیشرفت درمان انجام می‌شد 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.

پرسشنامه تکانشگری بارات (Barratt Impulsiveness scale: BIS)، پرسشنامه خود گزارشگری Barratt در سال ۱۹۹۵ توسط Stanford و Barratt ساخته شد. ویرایش یازدهم این پرسشنامه توسط Barratt و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شده است(۳۱). این پرسشنامه ۳۰ سوال دارد و متمرکز بر سه عامل تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی است. مقیاس پاسخگویی چهار درجه‌ای (به ندرت تا تقریبا همیشه) است که بر مبنای شماره سوال مستقیم یا معکوس نمره‌دهی صورت می‌گیرد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ابزار برای تکانشگری کل، ۰/۸۹ و برای تکانشگری شناختی ۰/۸۴ و برای تکانشگری حرکتی ۰/۷۹ و برای بی برنامگی ۰/۸۹ به‌دست آمد. پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نئو (NEO FIVE-factor inventory: NEO-FFI)، این پرسشنامه توسط McCrae و همکارش درسال ۱۹۸۹ طراحی شد که ۵ عامل شخصیت و ۶ خصوصیت را در هر عامل اندازه‌گیری می‌کند که ما از بخش روان رونجور خویی (Neurotic) استفاده کردیم. این پرسشنامه در حال حاضر کاربرد جهانی دارد و فرم کوتاه آن شامل ۶۰ سوال است که به زبان‌های متفاوتی ترجمه شده(۳۲).

McCrae و همکارش (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای که به منظور تجدید نظر در پرسشنامه NEO-FFI بر روی ۱۴۹۲ نفر از افراد بزرگ سال انجام دادند، ضریب آلفا کرونباخ N، را ۰/۸۶، گزارش کردند(۳۳). هم‌چنین در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ابزار ۰/۸۳، به دست آمد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی:

برای گروه TFP : مورد اول آقای ۲۳ ساله، اهل زاغ مرز ساری، مجرد، دانشجوی کارشناسی حقوق و شاغل در شرکت تاسیسات بود. مورد دوم خانم ۲۸ ساله، اهل زیرآب، متاهل، کارشناس علوم تربیتی و معلم بود. مورد سوم خانم ۲۹ ساله، اهل قائمشهر، متاهل، کارشناس حسابداری و آرایشگر بود. برای گروه ACT : مورد اول آقای ۲۵ ساله، اهل ساری، مجرد دانشجوی فوق دیپلم کامپیوتر و شاغل در مکانیکی بود. مورد دوم خانم ۲۷ ساله، اهل زیرآب، متاهل، دانشجوی کارشناسی روانشناسی و مدیر مهد کودک بود. مورد سوم خانم ۳۰ ساله، اهل قائم‌شهر، متاهل، کارشناس علوم اجتماعی و مربی مهد کودک بود و برای گروه کنترل مورد اول خانم ۲۴ ساله، اهل ساری، متاهل، فارغ‌التحصیل مهندسی شیمی و مربی بود. مورد دوم آقای ۲۸ ساله اهل ساری، متاهل، دیپلم و کارمند بود و مورد سوم آقای ۳۴ ساله، اهل سرخ رود، مجرد، کارشناس ارشد کامپیوتر و کافه دار بود.

نتایج جدول شماره ۲ براساس آزمون چند متغیری نشان می‌دهد که در روان رنجوری تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۶۰۳).

نتایج جدول شماره ۳ براساس آزمون چند متغیری نشان می‌دهد، که در تکانشگری کل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۰۶۶).

نتایج جدول شماره ۴ براساس آزمون چند متغیری نشان می‌دهد، که در تکانشگری شناختی تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۲۵).

نتایج جدول شماره۵ نشان می‌دهد، که در تکانشگری حرکتی تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۲۸۲).

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، که در بی‌برنامگی تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۲۳۷).

همان‌طور که در جدول شماره ۷ ملاحظه می گردد، بین سه گروه درمانی از لحاظ تفاوت میانگین‌های ایجاد شده در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون جانکری-ترپسترا نیز، این مساله را تایید نموده و بیانگر تفاوت معنادار بین سه گروه است. متوسط رتبه‌ها نشان می‌دهد که اولویت اول درمان برای کاهش متغیرهای پژوهش،اولویت اول روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال و اولویت دوم درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است.

جدول شماره ۲: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر روان رنجوری

	گروه	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	معنی‌داری
اولیه	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۴/۰۰ ± ۱/۷۳	۳	۰/۶۰۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۴/۰۰ ± ۱/۷۳	۳	
	کنترل	۵/۰۰ ± ۰/۰۰	۳	
	کل	۴/۳۳ ± ۱/۳۲	۹	
حین مداخله (B) میانی	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۳/۳۳ ± ۱/۵۲	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲/۶۶ ± ۱/۱۵	۳	
	کنترل	۴/۶۶ ± ۰/۵۷	۳	
	کل	۳/۵۵ ± ۱/۳۳	۹	
پیشرفت	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۲/۳۳ ± ۱/۵۲	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱/۶۶ ± ۰/۵۷	۳	
	کنترل	۴/۶۶ ± ۰/۵۷	۳	
	کل	۲/۸۸ ± ۱/۶۱	۹	
خاتمه درمان	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۱/۳۳ ± ۰/۵۷	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۴/۶۶ ± ۰/۵۷	۳	
	کنترل	۴/۳۳ ± ۰/۱۵	۳	
	کل	۲/۷۷ ± ۱/۴۸	۹	
بعد از مداخله (A)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۲/۰۰ ± ۱/۰۰	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲/۰۰ ± ۱/۰۰	۳	
	کنترل	۴/۳۳ ± ۰/۱۵	۳	
	کل	۲/۷۷ ± ۱/۴۸	۹	

جدول شماره ۳: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تکانشگری کل

	گروه	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	معنی‌داری
اولیه	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۶۵/۶۶ ± ۱/۵۹	۳	۰/۰۶۶
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۷۷/۶۶ ± ۹/۰۱	۳	
	کنترل	۷۳/۳۳ ± ۷/۶۳	۳	
	کل	۷/۲۲ ± ۹/۸۰	۹	
حین مداخله (B) میانی	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۷۵/۳۳ ± ۱۲/۸۹	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۶۴/۳۳ ± ۱۲/۰۹	۳	
	کنترل	۷۵/۰۰ ± ۴/۰۰	۳	
	کل	۷۱/۵۵ ± ۱۰/۵۶	۹	
پیشرفت	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۵۲/۳۳ ± ۲/۵۱	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۵۹/۳۳ ± ۱۴/۰۴	۳	
	کنترل	۶۶/۰۰ ± ۴/۵۸	۳	
	کل	۵۹/۲۲ ± ۹/۵۴	۹	
خاتمه درمان	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۴۶/۶۶ ± ۶/۵۰	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۵۸/۶۶ ± ۱۵/۵۰	۳	
	کنترل	۶۹/۶۶ ± ۹/۵۰	۳	
	کل	۵۸/۳۳ ± ۱۳/۸۷	۹	
بعد از مداخله (A)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۴۸/۶۶ ± ۵/۱۳	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۵۱/۰۰ ± ۶/۲۴	۳	
	کنترل	۷۹/۳۳ ± ۱۲/۰۵۳	۳	
	کل	۵۹/۶ ± ۱۶/۴۶	۹	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول شماره ۴: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تکانشگری شناختی

	گروه	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	معنی‌داری
اولیه	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۴/۵۰ ± ۲۲/۶۶	۳	۰/۰۲۵
	درمان مبتی بر تعهد و پذیرش	۴/۵۰ ± ۲۱/۳۳۳	۳	
	کنترل	۶/۶۵ ± ۲۵/۶۶	۳	
	کل	۴/۹۹ ± ۲۳/۲۲	۹	
خاتمه درمان	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۲/۸۸ ± ۱۳/۳۳	۳	
	درمان مبتی بر تعهد و پذیرش	۴/۹۳ ± ۱۵/۶۶	۳	
	کنترل	۵/۰۰ ± ۲۵/۰۰	۳	
	کل	۶/۵۵ ± ۱۸/۰۰	۹	
بعد از مداخله(A)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۲/۰۰ ± ۱۵/۰۰	۳	
	درمان مبتی بر تعهد و پذیرش	۲/۰۸ ± ۱۴/۶۶	۳	
	کنترل	۵/۱۹ ± ۳۳/۰۰	۳	
	کل	۹/۵۵ ± ۲۰/۸۸	۹	

جدول شماره ۵: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تکانشگری حرکتی

	گروه	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	معنی‌داری
اولیه	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۲/۶۴ ± ۲/۰۰	۳	۰/۲۸۲
	درمان مبتی بر تعهد و پذیرش	۰/۵۷ ± ۲۸/۳۳	۳	
	کنترل	۵/۱۳ ± ۲۴/۳۳	۳	
	کل	۳/۶۳ ± ۲۷/۲۲	۹	
خاتمه درمان	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۱/۵۲ ± ۱۶/۶۶	۳	
	درمان مبتی بر تعهد و پذیرش	۹/۱۶ ± ۲۲/۰۰	۳	
	کنترل	۸/۰۸ ± ۲۷/۶۶	۳	
	کل	۷/۷۸ ± ۲۲/۱۱	۹	
بعد از مداخله(A)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۰/۵۷ ± ۱۷/۶۶	۳	
	درمان مبتی بر تعهد و پذیرش	۰/۵۷ ± ۱۹/۶۶	۳	
	کنترل	۷/۵۰ ± ۲۷/۶۶	۳	
	کل	۵/۹۳ ± ۲۱/۶۶	۹	

جدول شماره ۶: آزمون اندازه گیری مکرر برای تفاوت روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه و درمان مبتنی برتعهد و پذیرش بر بی‌برنامگی

	گروه	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	معنی‌داری
اولیه	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۰/۵۷ ± ۲۶/۳۳	۳	۰/۲۳۷
	درمان مبتی بر تعهد و پذیرش	۴/۵۸ ± ۲۸/۰۰	۳	
	کنترل	۵/۶۸ ± ۲۳/۳۳	۳	
	کل	۴/۱۹ ± ۲۵/۸۸	۹	
خاتمه درمان	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۰/۵۷ ± ۱۵/۳۳	۳	
	درمان مبتی بر تعهد و پذیرش	۲/۶۴ ± ۲۱/۰۰	۳	
	کنترل	۲/۶۴ ± ۱۷/۰۰	۳	
	کل	۳/۱۵ ± ۱۷/۷۷	۹	
بعد از مداخله(A)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۲/۳۰ ± ۲/۳۰	۳	
	درمان مبتی بر تعهد و پذیرش	۲/۰۸ ± ۲/۰۸	۳	
	کنترل	۱/۱۵ ± ۱/۱۵	۳	
	کل	۱/۹۰ ± ۱/۹۰	۹	

بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجوری و تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌های این پژوهش در رابطه با اثر بخشی، روان درمانی معطوف به انتقال را بهتر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله خاتمه درمان نشان می‌دهد، به این ترتیب که تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد، با این همه استفاده از درمان معطوف به انتقال در اولویت قرار دارد.

جدول شماره ۷: آزمون کروسکال والیس و جانکری-ترپسترا به منظور مقایسه تفاوت نوروتیزم و تکانشگری حاصل از مداخلات

			کروسکال والیس			جانکری-ترپسترا	
			متوسط رتبه	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	T-لشاخص	معناداری (دوسویه)
نوروتیزم	پیش آزمون-پس آزمون	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال(نوروتیزم)	۵۴/۶	۳۴۶/۱	۲	۰/۰۰۰۱	۷/۰۰۸	۰/۰۰۰۱
		درمان مبتی بر تعهد و پذیرش(نوروتیزم)	۵/۰۰					
		بدون مداخله	۲/۰۰					
	پیش آزمون-پیگیری	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال(نوروتیزم)	۸۷/۶	۹/۸۵	۲	۰/۰۰۰۱	۷/۰۰۴	۰/۰۰۰۱
		درمان مبتی بر تعهد و پذیرش(نوروتیزم)	۱۲/۵					
		بدون مداخله	۲/۰۰					
تکانشگری کل	پیش آزمون- پس آزمون	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال (تکانشگری)	۰۰/۹	۸۷/۱۰	۲	۰/۰۰۰۱	۷/۰۱	۰/۰۰۰۱
		درمان مبتی بر تعهد و پذیرش (تکانشگری)	۸/۰۰					
		بدون مداخله	۲/۰۰					
	پیش آزمون-پیگیری	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال (تکانشگری)	۱۲/۳۳	۹/۶۴	۲	۰/۰۰۰۱	۷/۰۰۹	۰/۰۰۰۱
		درمان مبتی بر تعهد و پذیرش (تکانشگری)	۱۰/۰۰					
		بدون مداخله	۲/۰۰					

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مطالعه‌ای که این دو درمان را با یکدیگر مقایسه کند برای مقایسه تحلیل نتایج حاضر یافت نشد. در همین راستا، یافته‌های این پژوهش در رابطه با اثر بخشی روان‌درمانی معطوف به انتقال بر روان رنجوری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد که درمان معطوف به انتقال می‌تواند نتیجه مطلوبی بر عصبیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بگذارد و سبب کاهش علائم روان رنجوری گردد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های Yeomans و همکار(۲۰۱۸)(۱۹)، Clarkin و همکاران(۲۰۱۸)(۳۴)، Gabbard و همکار(۲۰۰۹)(۳۵) مطابقت داشت و در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجوری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند نتیجه به نسبت مطلوبی بر عصبیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بگذارد. نتایج این درمان در مرحله پیگیری چشمگیرتر بود. پژوهش حاضر با نتایج کرمی و همکاران(۲۰۲۰)(۳۶)، Reyes و همکاران (۲۰۱۹)(۲۱) و Morton و همکاران (۲۰۱۲)(۳۰) مطابقت داشت.

برای تبیین درمان معطوف به انتقال بهتر است نشان دهیم که، این درمان چه طور کار می‌کند، در اینجا TFP یک چارچوب درمانی سیستماتیک را ارائه می‌دهد که بیمار می‌تواند هرج و مرج درونی خود 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 می‌کند و در عین حال فانتزی‌ها و باورهای اساسی در مورد خود و دیگران را که منجر به الگوهای ناسازگار می‌شود به چالش می‌کشد، در مرحله سوم شفافیت در مورد احساس غیرمنطقی و مداوم بیمار و آزار و اذیت و پیوند دادن آن به داستان زندگی شخصی بیمار است پرداخته می‌شود(۳۵). به‌عنوان مثال، یکی از مشاهداتی که ما ارئه دادیم به این ترتیب بود "به نظرم رسید که وقتی از والدین خود به خاطر بی‌توجهی آن‌ها شکایت می‌کنید، آنها شما را به خاطر این موضوع سرزنش می‌کردند. شاید این باعث شد که نقش‌ها را معکوس کنید و از موضع احساسات قوی و نه از موضع ضعف وارد ضدحملات کلامی شوید.» به این ترتیب ما یک بیانیه توضیحی ارائه می‌دهیم که بدون پرداختن مستقیم به رابطه انتقال منجر به کار انتقال می‌شود، سپس تفسیر انتقال می‌تواند نتایج اثر بخشی به بار آورد.

برای تبیین نتایج درمان ACT می‌توان گفت، این درمان توضیح می‌دهد چگونه زبان و شناخت افراد را به سمت شیوه‌هایی سوق می‌دهد که باعث افزایش یا حفظ رنج آن‌ها می‌شوند. اجتناب از تجربه، یا اجتناب یا فراراز تجربیات ناخواسته داخلی (به‌عنوان مثال، افکار و احساسات) و یا موقعیت‌های مربوط به آن‌ها که روان را تحریک می‌کند(۳۷). افراد مبتلا به BPD تمایل به افزایش شدت تجربیات منفی دارند، ادغام با افکار منفی، انتخاب‌های ناشایست که شخصی به آن عمل می‌کند به ویژه اقداماتی که خلاف ارزش‌های اصلی فرد است(۲۱)، چیزی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آن تاکید می‌شود، انعطاف‌پذیری روانشناختی که توسط انجام رفتارهایی مشخص می‌شود که در این راستا توسط یک فرد انتخاب شده اند. تغییر رفتار در درمان می‌تواند از طریق درمان‌هایی با حمایت تجربی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رخ دهد(۲۵) سودمند است که اشاره‌ای داشته باشیم به رویکرد ملانی کلاین، او برای بیماران مبتلا به شخصیت مرزی تاکید بر موضع اسکیزوئید-پارانویید داشته و ما این موضع را در بیماران بسیار مشاهده نمودیم، درمان ACT با تاکید بر پذیرش می تواند حرکت‌دهنده کارگشای بیماران از این موضع به موضع شفا بخش افسرده وار باشد، چنان‌که معتقد است اجتناب از تجربه نقش پررنگ در اختلال شخصیت مرزی ایفا می‌کند. یکی از علت‌های تفاوت بین این دو درمان این است که، انواع مختلف بیماران مبتلا به اختلال شخصیت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مرزی به عناصر مختلف رویکردهای درمانی در روان درمانی‌های متنوع پاسخ دهند. برخی از بیماران ممکن است به راحتی از تفسیر انتقال استفاده کنند، در حالی که برخی دیگر ممکن است به اندازه‌ای بی ثباتی حالت را تجربه کنند که نتوانند ایده‌های ارائه شده در یک ارزیابی واقع بینانه را پردازش کنند(۲۱). برای تبیین علت تفاوت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری می‌توان گفت این درمان به دنبال از بین بردن رنج‌ها و سختی‌های زندگی نیست بلکه می‌خواهد با گرفتن زهر افکار و احساسات ناخوشایند درد هیجانی تبدیل به رنج کشیدن مستمر و مداوم‌که مانع عمل‌کردن درجهت زندگی پربار و سرزنده است نشود(۲۹)، همان‌طورکه ما نیز در این پژوهش یافتیم نتایج در مرحله پیگیری به مراتب بهتر بود چرا که هدف این درمان آموزش به افراد است تا بتوانند با رویکرد بهتری به رنج‌ها و زندگی خود نگاه کنند و عمل متعهدانه سر لوحه زندگی خود قرار دهند.

یافته‌های این پژوهش در رابطه با نتایج حاصل از اثربخشی درمان معطوف به انتقال و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری نتایج به مراتب بهتردر گروه TFP نشان می‌دهد. البته با توجه به نتایج تفاوت معناداری بین گروه‌ها به دست نیامده، هم‌چنین استفاده از درمان معطوف به انتقال در اولویت قرار دارد. مطالعه‌ای که این دو درمان را با یکدیگر مقایسه کند برای مقایسه تحلیل نتایج پژوهش پیش رو یافت نشد.

یافته‌های این پژوهش در اثربخشی درمان معطوف به انتقال با پژوهش‌های، Yeomans و همکار(۲۰۱۸)(۱۹)، Clarkin و همکاران(۲۰۱۸)(۳۴)، Gabbard و همکار (۲۰۰۹)(۳۵) مطابقت داشت. یافته‌های این پژوهش در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با پژوهش‌های پژوهش حاضر با نتایج Reyes و همکاران (۲۰۱۹)(۲۱) و Morton و همکاران (۲۰۱۲)(۳۰) مطابقت داشت. برای تبیین نتایج حاصل از این پژوهش در این فرضیه می‌توان گفت، درمان معطوف بر انتقال، خشم غیریکپارچه را به عنوان محوری در آسیب شناسی روانی مرزی می‌بینند 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 ابژه (یا پیکربندی مدل‌های رابطه نقش) ادغام کند. به‌جای بازنمایی بخش‌های جداشده (یا مدل‌های رابطه نقشی منفصل)(۳۴) ایجاد تغییر در علائم و مشکلات بین فردی از طریق مراقبت روانشناختی ساختاریافته 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. همان‌طورکه در بالا اشاره کردیم 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 هرچند روابطی متعارض باشند و تا حدی درگیر کارهای نامتعارف می‌شوند(۱۹)، آن‌ها ممکن است ملاک‌های سطح پایین سازمان شخصیت مرزی را احراز کنند که این خود دلیل تفاوت در یافته‌های ما می‌باشد، چرا که در فرضیه اول ما نشان دادیم، درمان معطوف به انتقال نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موثرتر است، که برای حل این مهم مستلزم توجه بیش‌تر در مرحله قرارداد درمانی هستیم. یکی از شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همجوشی‌شناختی است و در زمانی رخ می‌دهد که واکنش‌ها بیش‌تر توسط رویدادهای کلامی هدایت می‌شوند تا رویدادهای محیطی. همجوشی شناختی وقتی مشکل‌ساز می‌شود که رویداد کلامی مضر و غیر سازنده باشد مانند «من آدم بدی هستم» یا «من همین الان این را می‌خواهم». افرادی که دچار همجوشی می‌شوند ممکن است به نفع ناکارآمدی رفتار کند چون این افکار را به عنوان حقیقت متن می‌پذیرند و موجب ناراحتی شان می‌شود و می‌خواهند از آن‌ها اجتناب کنند(۲۵). در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این زمینه می‌تواند سبب کنترل تکانه گردد، چرا که بخشی از این تکانه از خواست سریع ذهن می‌آید.

برای تبیین نتایج می‌توان گفت، بیماران مبتلا به این اختلال با طرح متفاوت ممکن است در ابتدا با علائم افسردگی بیش‌تر مراجعه کنند و ممکن است در بستر دلبستگی که در رابطه شکل می‌گیرد اضطراب بیش‌تری داشته باشند و بیش‌تر مستعد واکنش‌های پرخاشگرانه در درمان یا خروج از درمان به دلیل این ضطراب باشند، که احرازکننده سطح پایین‌تری از این اختلال است(۱۹)، برای مثال یکی از مراجعین ما در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در زمان شروع درمان به شدت درگیر تعارض با خانواده خود و همسرش بود و هم‌چنین همسرش به او خیانت کرده و سال‌ها قبل سابقه خودکشی نیز داشت، هرچند جلسات پر از عواطف بسیار زیاد بود اما هرگز با خطر خروج از درمان مواجه نشدیم و در طول این یک سال توانست رابطه پایداری با درمانگر برقرار کرده و بتواند حلقه دوستان مناسبی را برای خود ایجاد کند. هم‌چنین یکی از بیماران در گروه معطوف به انتقال در سطح پایین سازمان مرزی بود، وی از لحاظ کارکرد اخلاقی دچار نقصان بوده و سطوح بالاتری از پرخاشگری در ارتباط با دیگران را نشان می‌دهند و احساس می‌کند پرخاشگری از جانب دیگران است، او از سال‌ها قبل شروع به خیانت به همسر خود کرده بود، وقتی او توانست پرخاش خود را شناسایی کند و مالکیت آن را از آن کند و به حد کافی آن را تحمل نماید، به سطح بالاتری از سازگاری تغییر یافت و توانست بهتر تکانه‌های خود را کنترل کند.

حجم نمونه با توجه به تک آزمودنی بودن کوچک و روش نمونه‌گیری غیر احتمالاتی بود، هر دو مورد می تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود سازند. ارزیاب و درمانگر در این پژوهش یک نفر بودند و ممکن است در نتایج سوگیری وجود داشته باشد و مدت زمان دوره درمان با توجه به بلندمدت بودن این درمان‌ها و آسیب مزمن اختلال، کوتاه بود، بنابراین ما پیشنهاد می‌کنیم در مطالعاتی این موارد بررسی گردند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان درمانی معطوف به انتقال و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی دوره یک ساله توانستند چندی از آسیب‌های عمده مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی را به طور معناداری از منظر بالینی تغییر دهند. این تغییر با کاهش نشانه‌های اختصاصی به ویژه عصبیت و تکانشگری همراه بود. طبق نظر پدیدآورندگان این درمان‌ها به نظر می‌آید برای تحکیم و گسترش ظرفیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به مدت زمان بیش‌تری نیاز داریم، با این وجود در خلال سال اول درمان می‌توان نشانه‌ها ذهنی‌سازی را با تمام فراز و نشیب‌ها آن مشاهده نمود. در کار بالینی هدف برای دستیابی به تغییرات بنیادین در ساختار شخصیتی بیماران هدف بسیار مهم است و برای نیل به این هدف نیاز داریم هم‌چنان به جستجوی امکان رشد رویکرد فنی ادامه دهیم.

سپاسگزاری

پژوهشگران به این وسیله از همکاری پرسنل محترم بیمارستان زارع و مرکز مشاوره و روان‌شناختی خانه معنا ساری و هم‌چنین افرادی‌که در این پژوهش به‌طور داوطلب در راستای اجرایی شدن طرح شرکت کردند، کمال تشکر را دارند. این پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد اخلاق: IR.BUMS.REC.1399.2 و کد کارآزمایی بالینی: IRCT20131007014928N7 در دسترس است. مولفان اظهار می‌دارند که منافع متقابلی از تالیف و انتشار این مقاله در قالب مقایسه وجود ندارند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM-5-tr). 5th ed: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

2. Lubke G, Laurin C, Amin N, Hottenga JJ, Willemsen G,van Grootheest G, et al. Genome-wide analyses of borderline personality features. Mol Psychiatry 2014; 19(8): 923-929.
3. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM–IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2008; 69: 533–545.
4. McCrae RR, John OP. An Introduction to the Five-Factor Model and its application. Journal of Personality 1992; 2: 175-215.
5. Haren EG,Mitchell CW. Relationships between the Five-Factor Personality Model and coping styles. Psychology and Education: An Interdisciplinary Journal 2003; 40(1): 38-49.
6. 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. Journal of Nervous and Mental Disease 2012; 200(7): 598-602.
7. 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.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry behavior sciences. 11th ed. new york: Wolters Kluwer Health; 2015.
9. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JMG. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. 2004.
10. Bagherian-Afrakoti N, Alipour A, Pourasghar M, Ahmad Shirvani M. Assessment of the efficacy of group counselling using cognitive approach on knowledge, attitude, and decision making of pregnant women about modes of delivery. Health Care for Women Int 2018; 39(6): 684-696.
11. 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.
12. Adler G. The psychotherapy of core borderline psychopathology. Am J Psychother 1993; 47(2): 194-205.
13. Khodabakhsh R. Comparison of the prevalence of personality disorder in men and women by adjusted raw scores of III million. Cultural and Educational Quarterly of Women and Family 2016; 7(22): 103-125 (Persian).
14. Sperry L. Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR. Personality disorders. 2th ed. New York: Brunner-Routledge; 2003.
15. Kring A, Johnson S, Davison GC, Neale JM. Abnormal Psychology. 11th ed. New York: Wiley; 2009.
16. Westen D, Bradley R. Empirically supported complexity: Rethinking evidence-based practice in psychotherapy. Current Directions in Psychological Science 2005; 14(5): 266-271.
17. 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. Bull Menninger Clin 1972; 36(1): 1-277.
18. Clarkin JF, Kernberg OF. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide: American Psychiatric Pub; 2015.
19. Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. Transference-focused psychotherapy for

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

borderline personality disorder: A clinical guide: American Psychiatric Pub; 2015.

20. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behavior Resrch Therapy. 2006; Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes". Behav Res Ther 2006; 44(1): 1-25.
21. Reyes- Ortega MA, Miranda EM, Fresán A, Vargas AN, Barragán SC, Robles García R, et al. Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. Psychol Psychother 2020; 93(3): 474-489.
22. Berking M, Neacsiu A, Comtois KA, Linehan MM. The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. Behav Res Ther 2009; 47(8): 663-670.
23. Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M, et al. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. Br J Psychiatry 2015; 207(2): 173-174.
24. Hayes SC, Smith S. Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy. New York: Springer; 2005.
25. Bach PA, Moran DJ. ACT in practice the conceptualization of the case in the treatment of acceptance and commitment. Tehran: Arjmand Publishing; 2017.
26. Hayes SC, Strosahi K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
27. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy—Introduction. Cognitive and Behavioral Practice 2012; 19(4): 499-507.
28. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Applying educational research: How to read, do, and use research to solve problems of practice, Loose-Leaf Version. 7TH ed: Pearson; 2014.
29. Harris R. ACT in simple language. Tehran: Arjmand Publications; 2009.
30. Morton J, Snowdon S, Gopold M, Guymer E. Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. Cognitive and Behavioral Practice 2012; 19(4): 527-544.
31. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatry 1997; 41(10): 1045-1061.
32. McCrae RR, Costa Jr PT. Rotation to maximize the construct validity of factors in the NEO Personality Inventory. Multivariate Behav Res 1989; 24(1): 107-124.
33. McCrae RR, Costa Jr PT. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. Personality and Individual Differences 2004; 36(3): 587-596.
34. Clarkin JF, Cain NM, Lenzenweger MF. Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: Clinical insights with a focus on mechanism. Curr Opin Psychol 2018; 21: 80-85.
35. 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

36. Karami J, Soliemani B, Ghorbani H, Dastbaz A. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on cognitive Fusion, perceived stress, and autobiographical memory in people with borderline personality disorder. Clinical Psychology Studies 2020; 10(40): 1-26 (Persian).

37. Chapman AL. Acceptance and mindfulness in behavior therapy: A comparison of Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2006; 2(3): 308-313.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]