

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

Fatemeh Fathi¹,
Shahram Vaziri²,
Mehdi Pourasghar³,
Maryam Nasri⁴

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)

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^۱شهرام وزیری^۲مهدی پوراصغر^۳مریم نصری^۴

چکیده

سابقه و هدف: اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع ترین 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 روش ها: این مطالعه از نوع تجربی، کاربردی، طرح نیمه آزمایشی بود. روش پژوهش از نوع طرح تک آزمودنی A-B-A بود جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینیک خانه معناساری در اردیبهشت الی خرداد ۱۳۹۹ (۳۲ نفر) مراجعه نمودند، بود. با روش نمونه گیری 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 قرعه کشی جایگزین شدند. داده ها 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، جمع آوری شد. برای تحلیل آماری از روش اندازه گیری مکرر و آزمون کروسکال والیس استفاده شد. **یافته ها:** در آزمون اندازه گیری مکرر تفاوت معناداری بین دو گروه نسبت به گروک کنترل در تکانشگری شناختی دیده شد ($P=0/025$). درمان معطوف به انتقال در آزمون کروسکال والیس اولاتر شد.

استنتاج: با در نظر گرفتن این مهم که هدف هر دو درمان کاهش علائم نمی باشد، نتایج نهایی مطلوبیت درمان معطوف به انتقال را نشان می دهد، به علاوه برای تعمیم نتایج به پژوهش های بیش تر نیازمندیم.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20131007014928ANV

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

مقدمه

موقعیت های روانپزشکی است که افراد به خاطر آن تحت درمان قرار می گیرند (۱).

اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder: BPD) یکی از شایع ترین اختلالات در

E-mail: shahram.vaziri@gmail.com

مؤلف مسئول: شهرام وزیری - رودهن: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده پزشکی

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 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

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 شاکي از این که هیچ احساسی ندارند. این گونه بیماران ممکن است حملات روان‌پریشی با عمر کوتاه داشته باشند، که اصطلاحاً حملات میکروسایکوتیک خوانده می‌شود، اما حملات شدید و تمام عیار روان‌پریشی در این‌ها دیده نمی‌شود. رفتار این گونه بیماران بسیار غیرقابل پیش‌بینی است و از همین رو 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). هم چنین 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 بر درمان‌های 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 بیش تر (Sperry, ۲۰۰۳) (۱۴)، ۴ جلسه در هفته به مدت یک سال یا بیش تر (Kring, ۲۰۱۰) (۱۵)، می‌توان به هزینه بر بودن این مشکلات نیز اشاره کرد (۱۳).

مطالعات گوناگون در باب اثربخشی 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 (۱۶). روان درمانی معطوف بر انتقال (Transference focused psychotherapy: TFP) از پروژه تحقیقاتی روان درمانی بنیاد مینگر 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 اکنون 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 روان‌پویشی نظیر دغدغه کمک به هر فرد برای یافتن توازن 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 به کار 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، انعطاف‌پذیری 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

۲۰۰۵ اتفاق افتاده است (۲۴). ACT بر رفتار فرد و بافتی که رفتار در آن روی می دهد تمرکز می کند، به این معنا که هدف این است که رفتارهای فرد را به جایی برساند که با توجه به ارزش ها و اهداف مطلوب فرد و در بافت کنونی وی کارکرد موفقی داشته باشد، بنابراین تمام تجربیات گذشته فرد را در نظر می گیرد، این روش در تضاد با بیش تر مدل های طبی مکانیسمی است که ارزیابی در آن بر تعیین برجسب های تشخیصی تاکید می کند و اولین ملاک درمان کاهش نشانه است (۲۵)، برای مثال در درمان به جای در نظر گرفتن اضطراب کاهش یافته به عنوان تنها پیامد درمانی مطلوب، بر این تاکید می کند که بیمار نوع ارتباط خود را با اضطراب تغییر دهد، به این منظور که در بافت هایی که اجتناب یا فرار از اضطراب منجر به نتایج نامطلوب در زندگی می شود، 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 می گردند. همان طور که هر دو رویکرد توصیف شد دریافتیم که، هدف هر دو رویکرد علاوه بر تفاوت هایی که در زمینه سبب شناسی و تشخیص اختلال دارند، در نگاه به کاهش علائم، تغییر زیربنایی و ساختاری و در نظر گرفتن تاریخچه فرد، مشترک هستند. این تفاوت و شباهت ها این سوال را طرح می کند که کدام رویکرد، تحت چه شرایطی و بر کدام دست از علائم موثر هستند؟ بررسی ها در مورد علت اثربخشی درمان های متفاوت، حاکی از وجود عناصر مشترک در درمان هایی است که برای این بیماران مفید می باشد و هم چنین سوالاتی را در مورد مکانیسم های تغییر بیان می کند. توجه به افزایش آمار روز افزون و همایندی آن ها با سایر اختلالات بالینی، آمار خودکشی و بار اقتصادی و اجتماعی زیادی که این بیماران بر جامعه تحمیل می کنند (۱۳، ۱۸، ۲۰)، روان درمانی هایی که می تواند منجر به انتخاب مناسب تر درمان در محیط های 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 می سازد 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 روش ها

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 سری های زمانی نیز می نامند، 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 می باشد. 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

به صورت 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 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 نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و با توجه به روش پژوهش به صورت تصادفی قرعه کشی در سه گروه به صورت ۴ نفر در گروه روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال، ۴ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۳ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند (شایان ذکر است ۱ نفر در گروه روان درمانی معطوف به انتقال و ۱ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت تصادفی قرعه کشی، علی البدل 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 می شود و مرحله پیگیری، اندازه گیری می شود. قبل از اجرای متغیر مستقل، متغیر وابسته قبل از روز اجرای جلسه مقدماتی به منظور اندازه گیری خط پایه مورد اندازه گیری قرار گرفت. پرسشنامه ها عبارت از پرسشنامه پنج عامل شخصیت NEO، پرسشنامه تکانشگری بارات، با مقایسه اندازه های پس از درمان با اندازه های 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. داده ها 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 جلسه صد (مرحله خاتمه درمان) دریافت شدند، ارزیابی ها براساس هر مرحله از درمان TFP و ACT انجام گرفت، به علاوه مطالعه پیگیری یک ماه پس از خاتمه فرایند

روان درمانی انتقال محور جمع آوری شد. هم چنین جلسات نظارت، برای TFP زیر نظر دو روانکاو در ایران آقای دکتر مهدی پوراصغر هر هفته به صورت آنلاین و در سوئد خانم ماریا آنته دو بار در ماه و ACT آقای دکتر شهرام وزیری به صورت آنلاین برگزار شد. به علاوه محتوای جلسات در جدول شماره ۱ به اختصار آورده شد. این جلسات به صورت گزارشات شفاهی و عکس در اختیار ناظر قرار گرفت. به علاوه با رعایت ملاک های 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 افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نوشته Morton و همکاران (۲۰۱۲) (۳۰) تنظیم شد و تمام جلسات به صورت فردی بر مبنای نیاز فرد براساس رهنمودها، فنون و تاکتیک های TFP و ماتریکس ACT طراحی شد و زیر نظر سوپروایزرها به اجرا گذاشته شد. شایان ذکر است که چارچوب های درمانی به طور کامل اجرا شد. برای بررسی آماری معنی داری، آزمون اندازه گیری مکرر و به منظور مقایسه و بررسی دقیق تر و رتبه بندی درمان در نمونه های مورد مطالعه شاخص های ناپارامتریک آزمون کروسکال والیس استفاده شد و از نرم افزار SPSS⁴ نیز استفاده شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش به این شرح بود که شرکت در برنامه درمانی به صورت آگاهانه و با دریافت رضایت کتبی از افراد آغاز شد، پرسشنامه های دریافتی با ذکر نام و به صورت کاملاً محرمانه و برای ثبت اطلاعات آماری مورد استفاده قرار گرفت، زمان بندی شرکت در برنامه درمانی با رضایت طرفین تنظیم گردید، هیچ گونه اجباری برای شرکت در برنامه وجود نداشت، هم چنین برای رعایت شئون اخلاقی پس از پایان طرح گروه کنترل تحت روان درمانی معطوف به انتقال قرار گرفتند.

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 چارچوب درمانی، توضیح شش ضلعی های 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 معنی‌زایی 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 انتظاف پذیر بودن درمان و توجه به نیاز بیمار در لحظه، از سایر شش ضلعی‌ها در جلسات استفاده شد).
جلسه سی ام تا شصت و 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 انتظاف 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 قلب 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 می‌کند
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 انتظاف 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، تأکید بر روی تحکیم درمان
جلسات	محتوای جلسات روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
جلسه اول تا پنجم (مرحله ارزیابی)	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، (فرآیندهای 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 قرارداد درمانی به طور شفاهی، تعیین مسئولیت‌های طرفین، مسئولیت بیمار، مسئولیت‌های درمانگر، شفاف سازی محدودیت‌های درگیری 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 پنجم مرحله میانی درمان، در جلسه بیمار تعمیق آگاهی و درک خود و باز نمودهای خود و دیگری در موضوعات انتقالی غالب را تجربه می‌کند. 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 هشتم مرحله پیشرفت درمان، بررسی توانایی تجربه و تعمق بر عواطفی که قبلاً بیمار را ناتوان می‌کردند. بررسی توانایی پذیرش تفسیرها از جانب درمانگر و بسط آن‌ها در ارتباط با خود و دیگران. بررسی شواهد انتقال توأم با وابستگی فزاینده اما شکسته در محیط انتقال پاراتوئید 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، واقعت خاتمه و زمان بندی خاتمه درمان نیز به طور تخصصی پرداخته شد.

پرسشنامه تکنانشگری بـارات

(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 تکنانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی است. مقیاس پاسخگویی چهار درجه‌ای (به ندرت تا تقریباً همیشه) است که بر مبنای شماره سوال مستقیم یا معکوس نمره‌دهی صورت می‌گیرد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ابزار برای تکنانشگری کل، ۰/۸۹ و برای تکنانشگری شناختی ۰/۸۴ و برای تکنانشگری حرکتی ۰/۷۹ و برای بی‌برنامگی ۰/۸۹ به دست آمد. پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نشو

پرسشنامه تکنانشگری بـارات

(NEO FIVE-factor inventory: NEO-FFI)، این پرسشنامه توسط McCrae و همکارش در سال ۱۹۸۹ طراحی شد که ۵ عامل شخصیت و ۶ خصوصیت را در هر عامل اندازه‌گیری می‌کند که ما از بخش روان رונجور 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.

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 زیر آب، متأهل، کارشناس علوم تربیتی و معلم بود. مورد سوم خانم ۲۹ ساله، اهل قائمشهر، متأهل، 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 زیر آب، متأهل، دانشجوی کارشناسی روانشناسی و مدیر مهد کودک بود. مورد سوم خانم ۳۰ ساله، اهل قائمشهر، متأهل، کارشناس علوم اجتماعی و مربی مهد کودک بود و برای گروه کنترل مورد اول خانم ۲۴ ساله، اهل ساری، متأهل، فارغ‌التحصیل مهندسی شیمی و مربی بود. مورد دوم آقای ۲۸ ساله اهل ساری، متأهل، 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 ($P=0/603$).

نتایج جدول شماره ۳ براساس آزمون چند متغیری نشان می‌دهد، که در تکانشگری کل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/066$).

نتایج جدول شماره ۴ براساس آزمون چند متغیری نشان می‌دهد، که در تکانشگری شناختی تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($P=0/025$).

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، که در تکانشگری حرکتی تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/282$). نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، که در بی‌برنامگی تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/237$).

همان‌طور که در جدول شماره ۷ ملاحظه می‌گردد، 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 $\pm$ میانگین	تعداد	معنی‌داری
اولیه	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۴/۰۰ $\pm$ ۱/۸۳	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۴/۰۰ $\pm$ ۱/۸۳	۳
	کنترل	۵/۰۰ $\pm$ ۰/۰۰	۳
	کل	۴/۳۳ $\pm$ ۱/۳۲	۹
حین مداخله (B)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۳/۳۳ $\pm$ ۱/۵۲	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲/۶۶ $\pm$ ۱/۱۵	۳
	کنترل	۴/۶۶ $\pm$ ۰/۵۷	۳
	کل	۳/۵۵ $\pm$ ۱/۳۳	۹
پیشرفت	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۲/۳۳ $\pm$ ۱/۵۲	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱/۶۶ $\pm$ ۰/۵۷	۳
	کنترل	۴/۶۶ $\pm$ ۰/۵۷	۳
	کل	۲/۸۸ $\pm$ ۱/۶۱	۹
خاتمه درمان	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۱/۳۳ $\pm$ ۰/۵۷	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۴/۶۶ $\pm$ ۰/۵۷	۳
	کنترل	۴/۳۳ $\pm$ ۰/۱۵	۳
	کل	۲/۸۷ $\pm$ ۱/۴۸	۹
بعد از مداخله (A)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۲/۰۰ $\pm$ ۱/۰۰	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲/۰۰ $\pm$ ۱/۰۰	۳
	کنترل	۴/۳۳ $\pm$ ۰/۱۵	۳
	کل	۲/۸۷ $\pm$ 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 $\pm$ میانگین	تعداد	معنی‌داری
اولیه	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۶۵/۶۶ $\pm$ ۱/۵۹	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۷۷/۶۶ $\pm$ ۹/۰۱	۳
	کنترل	۷۳/۳۳ $\pm$ ۷/۶۳	۳
	کل	۷۲/۲۲ $\pm$ ۹/۸۰	۹
حین مداخله (B)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۷۵/۳۳ $\pm$ ۱۲/۸۹	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۶۴/۳۳ $\pm$ ۱۲/۰۹	۳
	کنترل	۷۵/۰۰ $\pm$ ۴/۰۰	۳
	کل	۷۱/۵۵ $\pm$ ۱۰/۵۶	۹
پیشرفت	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۵۲/۳۳ $\pm$ ۲/۵۱	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۵۹/۳۳ $\pm$ ۱۴/۰۴	۳
	کنترل	۶۶/۰۰ $\pm$ ۴/۵۸	۳
	کل	۵۹/۲۲ $\pm$ ۹/۵۴	۹
خاتمه درمان	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۴۶/۶۶ $\pm$ ۹/۵۰	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۵۸/۶۶ $\pm$ ۱۵/۵۰	۳
	کنترل	۶۹/۶۶ $\pm$ ۹/۵۰	۳
	کل	۵۸/۳۳ $\pm$ ۱۳/۸۷	۹
بعد از مداخله (A)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۴۸/۶۶ $\pm$ ۵/۱۳	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۵۱/۰۰ $\pm$ ۹/۲۴	۳
	کنترل	۷۹/۳۳ $\pm$ ۱۲/۰۵۳	۳
	کل	۵۹/۶۶ $\pm$ ۱۶/۴۶	۹

جدول شماره ۴: آزمون اندازه گیری مکرر برای تفاوت روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تکانشگری شناختی

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

جدول شماره ۶: آزمون اندازه گیری مکرر برای تفاوت روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بی برنامگی

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

جدول شماره ۵: آزمون اندازه گیری مکرر برای تفاوت روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تکانشگری حرکتی

گروه	انحراف معیار $\pm$ میانگین	تعداد	معنی داری
اولیه	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۲/۰۰ $\pm$ ۲/۶۴	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲۸/۳۳ $\pm$ ۰/۵۷	۳
	کنترل	۲۴/۳۳ $\pm$ ۵/۱۳	۳
	کل	۲۷/۲۲ $\pm$ ۳/۶۳	۹
خاتمه درمان	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۱۶/۶۶ $\pm$ ۱/۵۲	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲۲/۰۰ $\pm$ ۹/۱۶	۳
	کنترل	۲۷/۶۶ $\pm$ ۸/۰۸	۳
	کل	۲۲/۱۱ $\pm$ ۷/۷۸	۹
بعد از مداخله (A)	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال	۱۷/۶۶ $\pm$ ۰/۵۷	۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۹/۶۶ $\pm$ ۰/۵۷	۳
	کنترل	۲۷/۶۶ $\pm$ ۷/۵۰	۳
	کل	۲۱/۶۶ $\pm$ ۵/۹۳	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-تريسترا به منظور مقایسه تفاوت نورو تیزم و تکانشگری حاصل از مداخلات

متوسط رتبه	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری	T-شاخص	جانکری-تریسترا
۵۴/۶	۳۶۶/۱	۲	۰/۰۰۰۱	۷/۰۰۸	۰/۰۰۰۱
۵/۰۰					
۲/۰۰					
۸۷/۶	۹/۸۵	۲	۰/۰۰۰۱	۷/۰۰۴	۰/۰۰۰۱
۱۲/۵					
۲/۰۰					
۰۰/۹	۸۷/۱۰	۲	۰/۰۰۰۱	۷/۰۱	۰/۰۰۰۱
۸/۰۰					
۲/۰۰					
۱۲/۳۳	۹/۶۴	۲	۰/۰۰۰۱	۷/۰۰۹	۰/۰۰۰۱
۱۰/۰۰					
۲/۰۰					

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 روان درمانی 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 همکاران (۲۰۱۸) (۱۹)، Clarkin و همکاران (۲۰۱۸) (۳۴)، Gabbard و همکاران (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). به عنوان مثال، یکی از مشاهداتی

که ما ارائه دادیم به این ترتیب بود "به نظرم رسید که وقتی از والدین خود به خاطر بی توجهی 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 فرار از تجربیات ناخواسته داخلی (به عنوان 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 می‌تواند 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

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 مداوم که مانع عمل کردن در جهت زندگی پر بار و سرزنده است نشود (۲۹)، همان‌طور که 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 بهتر در 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 همکاران (۲۰۱۸) (۱۹)، Clarkin و همکاران (۲۰۱۸) (۳۴) و Gabbard و همکاران (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 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 ابژه (یا پیکربندی مدل‌های رابطه نقش) ادغام کند. به جای بازنمایی بخش‌های جدا شده (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. همان‌طور که 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 بیش تر 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 بیش تر در مرحله قرارداد درمانی هستیم. یکی از شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همجوشی شناختی است و در زمانی رخ می‌دهد که واکنش‌ها بیش تر توسط رویدادهای کلامی هدایت می‌شوند تا رویدادهای محیطی. همجوشی شناختی وقتی مشکل ساز 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

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

برای تبیین نتایج می توان گفت، بیماران مبتلا به این اختلال با طرح متفاوت ممکن است در ابتدا با علائم افسردگی بیش تر مراجعه کنند و ممکن است در بستر دلبستگی که در رابطه شکل می گیرد اضطراب بیش تری داشته باشند و بیش تر مستعد واکنش های پرخاشگرانه در درمان یا خروج از درمان به دلیل این اضطراب باشند، که احرازکننده سطح پایین تری 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 هم چنین همسرش به او خیانت کرده و سال ها قبل سابقه خودکشی نیز داشت، هر چند 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. هم چنین 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 می دهند و احساس می کند پرخاشگری از جانب دیگران است، او از سال ها 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 تکانه های خود را کنترل کند. حجم نمونه با توجه به تک آزمودنی بودن کوچک و روش نمونه گیری غیر احتمالاتی بود، هر دو مورد می تواند تعمیم پذیری یافته ها 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 درمان ها و آسیب مزمن اختلال، کوتاه بود، بنابراین ما پیشنهاد می کنیم 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 آسیب های عمده مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی را به طور معناداری از منظر بالینی تغییر دهند. این تغییر با کاهش نشانه های اختصاصی به ویژه عصییت و تکانشگری همراه بود. طبق نظر پدیدآورندگان این درمان ها به نظر می آید برای تحکیم و گسترش ظرفیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به مدت زمان بیش تری نیاز داریم، با این وجود در خلال سال اول درمان می توان نشانه ها ذهنی سازی را با تمام فراز و نشیب ها 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 هم چنان به جستجوی امکان رشد رویکرد فنی ادامه دهیم.

سپاسگزاری

پژوهشگران به این وسیله از همکاری پرسنل محترم بیمارستان زارع و مرکز مشاوره و روان شناختی خانه معنا ساری و هم چنین افرادی که در این پژوهش به طور 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 می دارند 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.

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

- 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, Snowden 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.

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.