

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 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, Roodrehen Medical University, Islamic Azad University, Roodrehen, 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 - Roodrehen Medical University, Islamic Azad University, Roodrehen, 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^۱

شهرام وزیری^۲

مهند پورا صفر^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 بود جامعه 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 قرعه کشی 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: در آزمون اندازه‌گیری مکرر تفاوت معناداری بین دو گروه نسبت به گروه کنترل در تکانشگری شناختی دیده شد ($P=0.025$). 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 بیش تر نیازمندیم.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20131007014928N7

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

مقدمه

موقعیت‌های روانپزشکی است که افراد به خاطر آن تحت درمان قرار می‌گیرند(۱).

اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder: BPD) یکی از شایع‌ترین 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 روانپزشکی، دانشکده پزشکی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۳. دانشیار، گروه روانپزشکی، 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

می باشد^(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 غیرمعتراف را دارند^(۸). رفتارهای تکانشی که گاه رفتارهای مخاطره آمیز نیز خوانده می‌شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن‌ها تفكر 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 خطر پذیری 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 موقع موقوفیت 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 سرعی در هیجانات شدید بگیرند، که هم خود بیمار و هم درمانگر شان 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 بیشتر^(Sperry, ۲۰۰۳)، ۴ جلسه در هفته به مدت یک سال یا بیشتر^(Kring, ۲۰۱۰)، می‌توان به هزینه بر بودن این مشکلات نیز اشاره کرد^(۱۴). مطالعات گوناگون در باب اثربخشی روان درمانی

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 این که هیچ احساسی ندارند. این گونه بیماران ممکن است حملات روان پریشی با عمر کوتاه داشته باشند، که اصطلاحاً حملات میکروسايكوتیک 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 در دنیاک 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).

McCrae و Costa به نقل از Mitchell و Haren استفاده از تحلیل عاملی شخصیت به این نتیجه رسیدند که می‌توان بین ویژگی‌های شخصیتی افراد و تفاوت‌های فرد، پنج بعد عمدۀ را منظور نمود که یکی از آن‌ها، روان رنجوری است^(۵). روان رنجوری به تمایل فرد برای تجربه اضطراب، تنش، خودخواری، خصوصت، کم‌رویی، تفکر غیرمنطقی، افسردگی و عزت نفس پایین اطلاق می‌شود، که همگی این مؤلفه‌ها در افزایش گرایش و اقدام به خودکشی نقش عمدۀ دارند^(۶). در حقیقت روان رنجوری عامل زمینه ساز برای افسردگی

روانشناسی انسان را عمدتاً به عنوان انعطاف‌ناپذیری روانشناسی 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 به طور تجربی بتواند در درجه اول از طریق پذیرش نامجوشی ایجاد و یک حس فراتجربی از خود ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و ساختن الگوهای بسیار خوب از اقدامات متعهدانه با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روانشناسی 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(۲۳). ما در این پژوهش به مقایسه دو درمان بلندمدت از دو شاخه یا رویکرد متفاوت پرداختیم: رویکرد روان درمانی تحلیلی، TFP که مشتق شده از روان درمانی مبتنی بر روابط ابژه برای اختلال شخصیت مرزی است. این درمان بر عالم و رفتارهای خود ویرانگر متمرکر است و علاوه بر این، هدف آن بهبود سازماندهی شخصیت است(۲۴). 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 موقعیت برسد(۱۹). در شاخه رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد، که بزرگ‌ترین پیشرفت در زمینه شناخت اساسی این درمان در سال

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). 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 بیش تر 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 محیط ساختارمند و معاهده درمانی، به همراه استفاده از فنون شفاف‌سازی، مواجهه و تعییر در رابطه اینجا و اکنون انتقال، نخست هیجان‌های آشوبناک و تند و تیز بیمار را تحمل کند، سپس با حفظ موضوعی غیر قضاؤی و خشی، 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 نظری دغدغه 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

مبلا 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 تکاشگری 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 می‌گیرد (۲۸). در این مطالعه از بین افرادی که به علت مشکلات رفتاری در بازه زمانی ارديبهشت الی خرداد ۱۳۹۹ به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینیک 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 ییرجند به شماره کد شماره کد IR.BUMS.REC.1399.245 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 حداً کثیر ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم وجود افکار جدی آسیب به خود یا دیگران، عدم وجود سایکوز، عدم وجود اختلالات جسمی محدود کننده 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

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 بر تعیین برچسب‌های تشخیصی تاکیدمی 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 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. همان‌طور که هر دو رویکرد توصیف شد دریافتیم که، هدف هر دو رویکرد علاوه بر تفاوت‌هایی که در زمینه سبب‌شناختی 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 درمانی‌هایی که می‌توانند منجر به انتخاب مناسب‌تر درمان در محیط‌های درمانی با توجه به سطح عملکرد و موارد مورد مشکل در بیماران

روان درمانی انتقال محور جمعباری شد. همچنین 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 آقای دکتر شهرام وزیری به صورت آنلاین برگزارشد. 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 ملاک‌های ناشناختگی، محترمانگی 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 به ACT زبان ساده نوشته Harris (۲۰۱۵) (۲۹) و مقاله گروه درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای علاوه 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 رهبردها، فنون و تاکتیک‌های TFP و ماتریکس ACT طراحی شد و زیرنظر سوپراویزرها به اجرا گذاشته شد. شایان ذکر است که چارچوب‌های درمانی به طور 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 کرووسکال والیس استفاده شد و از نرم‌افزار SPSS 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، پرسشنامه‌های دریافتی با ذکر نام و به صورت کاملاً محترمانه 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 شوونات اخلاقی پس از پایان طرح گروه کنترل تحت روان درمانی معطوف به انتقال قرار گرفتند.

به صورت غیرقابل 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 نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و با توجه به روش پژوهش به صورت تصادفی قرعه‌کشی 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 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 مراجuan 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 به صورت جلسه چهل (مرحله میانی درمان)، جلسه هشتاد (مرحله پیشرفت درمان)، یک بار پس از انتهاء 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.

جدول شماره ۱: محتوای جلسات

جلسات	محتوای جلسات درمان متنی بر پذیرش و تهدید
جلسه اول تا پنجم (مرحله ارزیابی)	خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی‌های اول (پرسشنامه‌ها) جلسه اول مرحله شروع درمان
کسب توانی آگاهانه، برقراری اتحاد درمانی، تاریخچه، موافقت در چارچوب درمانی، توضیح شش ضمایر های ACT، به زبان ساده	کسب توانی آگاهانه، برقراری اتحاد درمانی، تاریخچه، موافقت در چارچوب درمانی، توضیح شش ضمایر های ACT، به زبان ساده
تینین مزهای درمانی، تعین نیازهای مراجع و وظایف درمانگر، تعین اهداف درمان، یک تمرین کوتاه مدت (۱۵ دقیقه) ذهن آگاهی، استفاده از استراتژی‌های اجتناب از تجربه و استراتژی‌های همچو شد.	تینین مزهای درمانی، تعین نیازهای مراجع و وظایف درمانگر، تعین اهداف درمان، یک تمرین کوتاه مدت (۱۵ دقیقه) ذهن آگاهی، استفاده از استراتژی‌های اجتناب از تجربه و استراتژی‌های همچو شد.
چک کرد مخصوص، بوسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱۵ دقیقه) ذهن آگاهی، برای مداخلات دور زدن نلهای زبانی از استعمال استفاده شد. همچنین از تمرین‌های گستجویی برای معنی زدایی زبان استفاده شد.	چک کرد مخصوص، بوسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱۵ دقیقه) ذهن آگاهی، برای مداخلات دور زدن نلهای زبانی از استعمال استفاده شد.
استراتژی اجتناب تجربه، استراتژی همچو شد، 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 بساز در لحظه، از سایر شش ضمایر ها در جلسات استفاده شد.	استراتژی اجتناب تجربه، استراتژی همچو شد، استراتژی خود به عنوان زمینه، استراتژی بود (کاربرگ ارزش)، با توجه به انعطاف پذیر بودن درمان و توجه به نیاز بساز در لحظه، از سایر شش ضمایر ها در جلسات استفاده شد.
ازبیانی‌های فواید (پرسشنامه‌ها) جلسه پذیرفتم مخصوص، بوسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱۵ دقیقه) ذهن آگاهی	ازبیانی‌های فواید (پرسشنامه‌ها) جلسه پذیرفتم مخصوص، استراتژی ارزش احساسات به عنوان بخشی از یک زندگی پر غنی و معادار تاکید شده بود (کاربرگ ارزش)، با توجه به انعطاف پذیر بودن درمان و توجه به نیاز بساز در لحظه، از سایر شش ضمایر ها در جلسات استفاده شد.
درمان ارزیابی‌های سوم (پرسشنامه‌ها) جلسه سی و یک مرحله پیشرفت چک کرد مخصوص، بوسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱۵ دقیقه) ذهن آگاهی	درمان ارزیابی‌های سوم (پرسشنامه‌ها) جلسه سی و یک مرحله پیشرفت چک کرد مخصوص، بوسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱۵ دقیقه) ذهن آگاهی
استراتژی ارزش، و استعمال قابل توجه بر اساس ارزشها، همراه بودن با فرآیند، تمرین خانگی به عنوان "ازمايش"، استراتژی عمل معهدها، استراتژی اجتناب تجربه، استراتژی همچو شد، با توجه به آنچه بینار نظر می کند	استراتژی ارزش، و استعمال قابل توجه بر اساس ارزشها، همراه بودن با فرآیند، تمرین خانگی به عنوان "ازمايش"، استراتژی عمل معهدها، استراتژی اجتناب تجربه، استراتژی همچو شد، با توجه به آنچه بینار نظر می کند
درمان ارزیابی‌های چهارم (پرسشنامه‌ها) جلسه چهل مرحله خاتمه درمان، در راستای تاکید بر انتخاب هوشمتدانه، تمرین در خانه تشویق شد اما اختیاری بود.	درمان ارزیابی‌های چهارم (پرسشنامه‌ها) جلسه چهل مرحله خاتمه درمان، در راستای تاکید بر انتخاب هوشمتدانه، تمرین در خانه تشویق شد اما اختیاری بود.
آموخته براي خلخل استعمالات خود، (با توجه به انعطاف پذير بودن درمان و توجه به نیاز بساز در لحظه، از سایر شش ضمایر ها در جلسات استفاده شد)، صحبت در مورد خاتمه درمان، احساسات ناشی از آن، تاکید بر روی تحکیم درمان	آموخته براي خلخل استعمالات خود، (با توجه به انعطاف پذير بودن درمان و توجه به نیاز بساز در لحظه، از سایر شش ضمایر ها در جلسات استفاده شد)، صحبت در مورد خاتمه درمان، احساسات ناشی از آن، تاکید بر روی تحکیم درمان
محواری جلسات روان درمانی تحلیلی مطابق به انتقال خوش آمدگویی، معارفه، مصاحبه بالی ساختاریافت، ارزیابی‌های اول (پرسشنامه‌ها) جلسه اول مرحله شروع درمان، آشنایی با تاریخچه بساز ارزیابی مقدم بر درمان با پوشش سه حوزه: ۱. تجربه ذهنی، ۲. رفاره‌های مشهود، ۳. ساختارهای روانی، (فرایندی‌های نام برد پیش از اتفاق درمان و در حدود ۴ جلسه به طول انجامید، آشنایی با برنامه، و کسب رضیت آگاهانه، شروع گام اتفاق و برقراری چارچوب درمانی).	محواری جلسات روان درمانی تحلیلی مطابق به انتقال خوش آمدگویی، معارفه، مصاحبه بالی ساختاریافت، ارزیابی‌های اول (پرسشنامه‌ها) جلسه اول مرحله شروع درمان، آشنایی با تاریخچه بساز ارزیابی مقدم بر درمان با پوشش سه حوزه: ۱. تجربه ذهنی، ۲. رفاره‌های مشهود، ۳. ساختارهای روانی، (فرایندی‌های نام برد پیش از اتفاق درمان و در حدود ۴ جلسه به طول انجامید، آشنایی با برنامه، و کسب رضیت آگاهانه، شروع گام اتفاق و برقراری چارچوب درمانی).
چارچوب‌های درمانی شامل عقد قرارداد درمانی به طور شفاهی، تعین مسویت‌های طرفین، مسویت‌ساز، مسویت‌های درمانگر، شفاف سازی محدودیت‌های در گیری خود در زندگی بساز، تعین شروط مهم در راستای این درمان	چارچوب‌های درمانی شامل عقد قرارداد درمانی به طور شفاهی، تعین مسویت‌های طرفین، مسویت‌ساز، مسویت‌های درمانگر، شفاف سازی محدودیت‌های در گیری خود در زندگی بساز، تعین شروط مهم در راستای این درمان
شرح مرحله درمان ۴ تاکیک درمان روان درمانی تحلیلی مطابق به انتقال شامل فرآیند تفسیری، تحلیل انتقال، کاربردی طرفی قبی، استفاده از انتقال انتقال	شرح مرحله درمان ۴ تاکیک درمان روان درمانی تحلیلی مطابق به انتقال شامل فرآیند تفسیری، تحلیل انتقال، کاربردی طرفی قبی، استفاده از انتقال انتقال
ازبیانی‌های دوم (پرسشنامه‌ها) جلسه چهلم مرحله مانی درمان، در جلسه بیان خود و بازندهای خود و دیگری در موضوعات انتقالی غالب را تجربه می کند. فعل شدن این دو تاکیک‌ها در تعامل با درمانگر به صورت کوتاه تری تکرار می شوند. وصل تکراری موضوعات انتقالی غالب ضروری است.	ازبیانی‌های دوم (پرسشنامه‌ها) جلسه چهلم مرحله مانی درمان، در جلسه یادداشت انتقال توأم با وایسینگی فرازینه اما شکنده در محیط انتقال پارتوئید با افزایش آگاهی از فرانکی جهنهای پرخاشگرهای خود. بوسی ظهور خود پذیرای روش تر و تولایی رُوف اندیشی در مورد ارتباط با درمانگر و دیگران
ازبیانی‌های چهارم (پرسشنامه‌ها) جلسه صد مرحله خاتمه درمان، علاوه بر آنچه در مراحل میان و پیشرفت درمان انجام می شد، ادامه پیدا کرد، به بوسی تعاب فنی خاتمه درمان: تحلیل جاذی در خال درمان، تحلیل جاذی در خاتمه درمان، واقعیت خانمه و زمان پیدای خاتمه درمان نیز به طور تخصصی پرداخته شد.	ازبیانی‌های چهارم (پرسشنامه‌ها) جلسه صد مرحله خاتمه درمان، علاوه بر آنچه در مراحل میان و پیشرفت درمان انجام می شد، ادامه پیدا کرد، به بوسی تعاب فنی خاتمه درمان: تحلیل جاذی در خال درمان، تحلیل جاذی در خاتمه درمان، واقعیت خانمه و زمان پیدای خاتمه درمان نیز به طور تخصصی پرداخته شد.
جلسات	جلسه اول تا پنجم (مرحله ارزیابی)
جلسات	جلسه سی و یک مرحله مانی درمان
جلسات	جلسه شصت تا نهم (مرحله پیشرفت درمان)
جلسات	جلسه نود تا صد (مرحله خاتمه درمان)
جلسات	جلسه اول تا پنجم (مرحله ارزیابی)
جلسات	جلسه شصت تا نهم (مرحله مانی درمان)
جلسات	جلسه پنجم تا دهم (چارچوب ها)
جلسات	جلسه شصت تا نهم (چارچوب ها)
جلسات	جلسه نود تا صد (مرحله خاتمه درمان)

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 می کند 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 در سال ۲۰۰۴ 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، ۰/۸۶ گزارش کردند (۳۳). همچنین در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ابزار ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه تکانشگری بسازهای (Barratt Impulsiveness scale: BIS) گزارشگری Barratt در سال ۱۹۹۵ توسط Stanford 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 بی برنامگی است. مقیاس پاسخگویی چهار درجه‌ای (به ندرت تا تقریبا همیشه) است که بر مبنای شماره سوال مستقیم یا معکوس نمره‌دهی صورت می گیرد. 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 به دست آمد. پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نشو

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 قائم شهر، متاهل، کارشناس علوم اجتماعی و مربی مهد کودک بود و برای گروه کترول 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 معنی داری وجود ندارد ($P=0.603$).

نتایج جدول شماره ۳ براساس آزمون چند متغیری نشان می‌دهد، که در تکاشگری کل تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0.066$).

نتایج جدول شماره ۴ براساس آزمون چند متغیری نشان می‌دهد، که در تکاشگری شناختی تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ($P=0.025$).

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، که در تکاشگری حرکتی تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ($P=0.282$).

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، که در بی‌برنامگی تفاوت آماری معنی داری 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-تریسترا نیز، این مساله را تأیید 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 روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابیه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر روان رنجوری

معنی داری	تعداد	انحراف میار \pm میانگین	گروه
اویله	۳	۴۰۰ \pm ۱۷۳	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۴۰۰ \pm ۱۷۳	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۵۰۰ \pm ۱۰۰	کترول
	۹	۴۳۳ \pm ۱۲۲	کل
(B) حین مداخله			
میانی	۳	۳۳۳ \pm ۱۵۲	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۲۶۶ \pm ۱۱۵	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۴۶۶ \pm ۰۵۷	کترول
	۹	۳۵۵ \pm ۱۳۳	کل
پیشرفت			
	۳	۲۳۳ \pm ۱۵۲	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۱۶۶ \pm ۰۵۷	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۴۶۶ \pm ۰۵۷	کترول
	۹	۲۸۸ \pm ۱۶۱	کل
خاتمه درمان			
	۳	۱۳۳ \pm ۰۵۷	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۴۶۶ \pm ۰۵۷	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۴۳۳ \pm ۰۱۵	کترول
	۹	۲۷۷ \pm ۱۲۸	کل
بعد از مداخله (A)			
	۳	۲۰۰ \pm ۱۰۰	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۲۰۰ \pm ۱۰۰	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۴۳۳ \pm ۰۱۵	کترول
	۹	۲۷۷ \pm ۱۴۸	کل

جدول شماره ۳: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابیه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تکاشگری کل

معنی داری	تعداد	انحراف میار \pm میانگین	گروه
اویله	۳	۹۵۱۶۹ \pm ۱۰۹	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۷۷۶۶۹ \pm ۹۱۱	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۷۳۳۳۹ \pm ۷۹۳	کترول
	۹	۷۷۲۲ \pm ۹۰۰	کل
(B) حین مداخله			
میانی	۳	۷۵۱۳۹ \pm ۱۲۱۹	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۶۶۳۳۹ \pm ۱۱۹	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۷۰۰۰ \pm ۴۰۰	کترول
	۹	۷۱۱۵۵ \pm ۱۰۵۶	کل
پیشرفت			
	۳	۵۲۳۳۹ \pm ۱۲۰۱	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۵۹۱۳۹ \pm ۱۰۰۴	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۶۶۱۰ \pm ۴۰۵	کترول
	۹	۵۶۱۲۲ \pm ۹۰۵	کل
خاتمه درمان			
	۳	۴۶۱۶۹ \pm ۹۰۵	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۵۸۶۶۹ \pm ۱۵۰۵	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۶۹۱۶۹ \pm ۹۰۵	کترول
	۹	۵۸۷۳۹ \pm ۱۳۷۸	کل
بعد از مداخله (A)			
	۳	۴۸۶۶۹ \pm ۵۱۳	روان درمانی تحلیلی معطوف به انتقال
	۳	۵۱۰۰ \pm ۶۱۴	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	۳	۷۹۳۳۹ \pm ۱۲۰۵	کترول
	۹	۵۹۶ \pm ۱۶۴۶	کل

جدول شماره ۶: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر پذیرش برآبی برنامگی

	گروه	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	معنی داری
۰/۲۲۷	اولیه	۲۶/۳۳ ± ۰/۵۷	۳	
	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال			
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲۸/۰۰ ± ۴/۵۸	۳	
	کنترل	۲۳/۳۳ ± ۵/۶۸	۳	
	کل	۲۵/۸۸ ± ۴/۱۹	۹	
	خاتمه درمان	۱۵/۳۳ ± ۰/۵۷	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲۱/۰۰ ± ۲/۹۴	۳	
	کنترل	۱۷/۰۰ ± ۲/۶۴	۳	
	کل	۱۷/۷۷ ± ۳/۱۵	۹	
	بعد از مداخله (A)	۲۳/۰ ± ۲/۳۰	۳	
	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال			
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲۰/۰۰ ± ۲/۰۸	۳	
	کنترل	۱/۱۵ ± ۱/۱۵	۳	
	کل	۱/۹۰ ± ۱/۹۰	۹	

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

	گروه	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	معنی داری
۰/۰۲۵	اولیه	۲۲/۶۶ ± ۴/۵۰	۳	
	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال			
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲۱/۳۳ ± ۴/۵۰	۳	
	کنترل	۲۵/۶۶ ± ۶/۹۵	۳	
	کل	۲۳/۱۲ ± ۴/۹۹	۹	
	خاتمه درمان	۱۳/۳۳ ± ۲/۸۸	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۵/۶۶ ± ۴/۹۳	۳	
	کنترل	۲۵/۰۰ ± ۵/۰۰	۳	
	کل	۱۸/۰۰ ± ۶/۵۵	۹	
	بعد از مداخله (A)	۱۵/۰۰ ± ۲/۰۰	۳	
	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال			
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۴/۶۶ ± ۲/۰۸	۳	
	کنترل	۲۳/۰۰ ± ۵/۱۹	۳	
	کل	۲۰/۰۰ ± ۹/۵۵	۹	

بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجوری و تکاشنگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌های این پژوهش در رابطه با اثر بخشی، روان‌درمانی 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 ۵: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابزه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تکاشنگری حرکتی

	گروه	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	معنی داری
۰/۲۸۲	اولیه	۲۰/۰۰ ± ۲/۶۴	۳	
	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال			
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲۸/۳۳ ± ۰/۵۷	۳	
	کنترل	۲۴/۳۳ ± ۵/۱۳	۳	
	کل	۲۷/۲۲ ± ۳/۶۳	۹	
	خاتمه درمان	۱۶/۶۶ ± ۱/۵۲	۳	
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲۲/۰۰ ± ۹/۱۶	۳	
	کنترل	۲۷/۶۶ ± ۸/۰۸	۳	
	کل	۲۲/۱۱ ± ۷/۷۸	۹	
	بعد از مداخله (A)	۱۷/۶۶ ± ۰/۵۷	۳	
	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال			
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۹/۶۶ ± ۰/۵۷	۳	
	کنترل	۲۷/۶۶ ± ۷/۵۰	۳	
	کل	۲۱/۶۶ ± ۵/۹۳	۹	

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

	کروسکال والیس	جانکری-ترپسترا	متوجه	متوجه	متوجه	متوجه	متوجه	متوجه	متوجه
۰/۰۰۱	۷/۰۰۸	۰/۰۰۱	۲	۳۳/۱	۵۴/۶	۵/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
			درجه آزادی	سطح معنی داری	آلفا	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال (نوروتیزم)	پیش آزمون-پس آزمون	نوروتیزم	
			آلفا	معناداری (دوسره)		درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (نوروتیزم)			
						بدون مداخله			
۰/۰۰۱	۷/۰۰۴	۰/۰۰۱	۲	۹/۸۵	۸/۷/۶	۱/۲/۵	۰/۰۰۱	پیش آزمون-پیگیری	نوروتیزم
						روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال (نوروتیزم)	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (نوروتیزم)		
						بدون مداخله			
۰/۰۰۱	۷/۰۰۱	۰/۰۰۱	۲	۸/۷/۱۰	۰/۰/۹	۸/۰/۰	۰/۰۰۱	کنترل	پیش آزمون-پیگیری
						روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال (تکاشنگری)	دانکری-ترپسترا		
						دانکری-ترپسترا	(تکاشنگری)		
						بدون مداخله			
۰/۰۰۱	۷/۰۰۹	۰/۰۰۱	۲	۹/۶۴	۱۲/۳۳	۱۰/۰۰	۰/۰۰۱	پیش آزمون-پیگیری	روان‌درمانی تحلیلی معطوف به انتقال (تکاشنگری)
						درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (تکاشنگری)			
						بدون مداخله			

که ما ارائه دادیم به این ترتیب بود "به نظرم رسید که وقتی از والدین خود به خاطر بی توجهی آنها شکایت می کنید، آنها شما را به خاطر این موضوع سرزنش می کردند. شاید این باعث شد که نقش ها را معکوس کنید و از موضع احساسات قوی و نه از موضع ضعف وارد ضدمحلات کلامی شوید". به این ترتیب ما یک بیانیه توضیحی ارائه می دهیم که بدون پرداختن مستقیم به رابطه انتقال منجر به کار انتقال می شود، سپس تفسیر انتقال می تواند نتایج اثر بخشی به بار آورد.

برای تبیین نتایج درمان ACT می توان گفت، این درمان توضیح می دهد چگونه زبان و شناخت افراد را به سمت شیوه هایی سوق می دهد که باعث افزایش یا حفظ رنج آنها می شوند. اجتناب از تجربه، یا اجتناب یا فرار از تجربیات ناخواسته داخلی (به عنوان مثال، افکار و احساسات) و یا موقعیت های مربوط به آنها که روان را تحریک می کند^(۳۷). افراد مبتلا به BPD تمایل به افزایش شدت تجربیات منفی دارند، ادغام با افکار منفی، انتخاب های ناشایست که شخصی به آن عمل می کند به ویژه اقداماتی که خلاف ارزش های اصلی فرد است^(۲۱)، چیزی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آن تاکید می شود، انعطاف پذیری روان شناختی که توسط انجام رفتارهایی مشخص می شود که در این راستا توسط یک فرد انتخاب شده اند. تغییر رفتار در درمان می تواند از طریق درمان هایی با حمایت تجربی نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رخ دهد^(۲۵) سودمند است که اشاره ای 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 حرکت دهنده کار گشای بیماران از این موضع به موضع شفا بخش افسرده وار باشد، چنان که معتقد است اجتناب از تجربه نقش پرنگ در اختلال شخصیت مرزی ایفا می کند. یکی از علت های تفاوت بین این دو درمان این است که، انواع مختلف بیماران مبتلا به اختلال شخصیت

مطالعه ای که این دو درمان را با یکدیگر مقایسه کند برای مقایسه تحلیل نتایج حاضر یافت نشد. در همین راستا، یافته های 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 می تواند نتیجه مطلوبی بر عصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بگذارد و سبب کاهش علائم روان رنجوری گردد. نتایج این پژوهش با Clarkin، Yeomans و همکاران^(۱۹) (۲۰۱۸)، Gabbard و همکاران^(۲۰۰۹) (۲۰۱۸)، و همکاران^(۳۴) (۲۰۱۸)، یا اثربخشی درمان مبتنی 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 می تواند نتیجه به نسبت مطلوبی بر عصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بگذارد. نتایج این درمان در مرحله پیگیری چشمگیر تر بود. پژوهش حاضر با نتایج کرمی و همکاران^(۲۰۲۰)، Reyes و همکاران^(۲۰۱۹) (۲۱) و Morton و همکاران^(۳۰) (۲۰۱۲) مطابقت داشت.

برای تبیین درمان معطوف به انتقال بهتر است نشان دهیم که، این درمان چه طور کار می کند، در اینجا TFP یک چارچوب درمانی سیستماتیک را ارائه می دهد که بیمار می تواند هرج و مر ج درونی خود سازماندهی کند و آن را به درستی در ک کند. هم چنین تفسیر انتقال یکی از مهم ترین فنون این درمان است که می تواند نتایج بسیار مطلوبی را بر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بگذارد بر این اساس مرحله اول تجزیه و تحلیل و کنترل وضعیت است، مرحله دوم یک اتحاد را حفظ می کند و در عین حال فانتزی ها و باورهای اساسی در مورد خود و دیگران را که منجر به الگوهای ناسازگار می شود به چالش می کشد، در مرحله سوم شفافیت در مورد احساس غیر منطقی و مداوم بیمار و آزار و اذیت و پیوند دادن آن به داستان زندگی شخصی بیمار است پرداخته می شود^(۳۵). به عنوان مثال، یکی از مشاهداتی

تفسیر انتقال برای کمک به بیمار طراحی شده است، تا خشم و هم‌چنین ابیه مرتبط با آن و بازنمایی‌های خود را در بازنمایی کل ابیه (یا پیکربندی مدل‌های رابطه نقش) ادغام کند. به جای بازنمایی بخش‌های جداسده (یا مدل‌های رابطه نقشی منفصل) (۳۴)، ایجاد تغییر در علائم و مشکلات بین فردی از طریق مراقبت روانشناختی ساختاریافقه 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 بیماران 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 در گیر ارتباط با دیگران هرچند روابطی متعارض باشند و تا حدی در گیر 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. همجوشی‌شناختی وقتی مشکل‌ساز می‌شود که رویداد کلامی مصر 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

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 درجهٔ زندگی پربار و سرزنه است نشود (۲۹)، همان‌طور که مانیز در این پژوهش یافته‌یم 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 متعهده‌انه سر لوحه زندگی خود قرار دهن. 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 همکار (۲۰۱۸)، Clarkin و همکاران (۲۰۱۸) (۳۴) 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

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 گردد. 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 عمدۀ مراجuhan 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 روان‌شنختی خانه معنا ساری و هم‌چنین افرادی که در این پژوهش به‌طور داوطلب در راستای اجرایی شدن طرح شرکت گرددند، کمال تشکر را دارند. این پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی بیرونی با کد اخلاقی REC.1399.2 IR.BUMS و کد IRCT20131007014928N7 در دسترس است. مولفان اظهار می‌دارند که منافع متقابلی از تالیف و انتشار این مقاله در قالب مقایسه وجود ندارند.

References

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

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 بیش تر مراجعه کنند و ممکن است در بستر دلبستگی که در رابطه شکل می‌گیرد اضطراب بیش تری داشته باشند و بیش تر مستعد واکنش‌های پرخاشگرانه در درمان یا خروج از درمان به دلیل این ضطراب باشند، که احراز کننده 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 هم‌چنین همسرش به او خیانت کرده و سال‌ها 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. هم‌چنین یکی از بیماران در گروه معطوف به انتقال در سطح پایین سازمان مرزی بود، وی از لحاظ کارکرد اخلاقی دچار نقصان بود 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، وقی او از سال‌ها قبل 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 می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود سازند. ارزیاب و

(DSM-5-tr). 5th ed: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.

2. Lubke G, Laurin C, Amin N, Hottenga JJ, Willemse 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, Neacsu 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, Strosahl 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.

36. Karami J, Solieman 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.