

مطالعه مداخله‌ای مبتنی بر روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ارزیابی تغییرات در نشانگان، بعد از ارائه درمان: پژوهش مورد منفرد

میترا هاشم‌زاده^۱، رضا کاظمی^{۲*}، سمیه تکلوی^۳، محمد نریمانی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۶/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۷/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: درمان شناختی-تحلیلی اختلال شخصیت مرزی بر فرآیند فرمول‌بندی مجدد پیرامون مسئله مورد هدف و ارتباط آن‌ها در مشکلات فعلی بیمار تمرکز دارد. این درمان، با تأثیر در کاهش سردرگمی و اشتغالات ذهنی بیماران، سبب بهبود شده و بیمار را در خصوص آشکار ساختن منشأ و نحوه مقابله با فرآیندهای آسیب‌زا توانمند می‌سازد. پژوهش حاضر اثربخشی این درمان را بر بهبود و کاهش نشانگان اختلال شخصیت مرزی در بیماران مبتلا مورد بررسی قرار داده است.

مواد و روش: این پژوهش در چهارچوب طرح تجربی از نوع خطوط پایه چندگانه پلکانی، با فرآیند درمان، طی ۱۶ جلسه و دوره پیگیری یک و سه‌ماهه بر روی سه بیمار منتخب، از میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بستری‌شده در بخش مسمومیت بیمارستان طالقانی شهر ارومیه در سال ۹۹، بر اساس ارجاع متخصص اعصاب و روان و انجام مصاحبه بالینی و نتایج آزمون چند محوری بالینی میلیون سه (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMII-III)، افراد با نمره $BR > 84$) انجام شد. مقیاس شخصیت مرزی (STB، ۲۰۰۱) پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان گراتز و روئم (۲۰۰۴) *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) و نیز مقیاس تکانشوری بارات (*Barat Impulsivity Questionnaires*) BIS به‌عنوان ابزار پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند بهبودی در خرده مقیاس‌های اختلال شخصیت مرزی مشهود بوده و میزان بهبودی کلی در بین سه بیمار (به‌طور تقریب ۸۰ درصد) به دست آمده است که نشانگر اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی در کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال مذکور بود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی در کاهش علائم مؤثر بوده است، به‌طوری‌که درمان موجب تغییرات معنادار در علائم هر سه بیمار مبتلا شد و اثرات درمان تا دوره پیگیری ادامه یافت.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی، ارزیابی تغییرات، پژوهش مورد منفرد

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و دوم، شماره هفتم، ص ۵۱۵-۵۰۰، مهر ۱۴۰۰

آدرس مکاتبه: اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۸۵۳۲۹۷۷

Email: dr_reza.kazemi@yahoo.com

مقدمه

مزمین (۲) مشکل روانی اساسی برای درمان‌های مختلف بوده، از سوی دیگر به دلیل ناهمگن بودن این اختلال، (۳) افراد مبتلا به‌طور مضاعف از مشکلات درمان زاد، ارتباطی و سلامت روان هم‌زمان رنج می‌برند و همین ویژگی بیماری را پیچیده و از نظر درمان چالش‌برانگیز جلوه می‌دهد و اهمیت توجه به اختلال شخصیت مرزی را به‌عنوان یک اختلال مهم روان‌شناختی در جامعه مطرح می‌نماید (۴). BPD با ویژگی‌های نابهنجار، نظیر بدتنظیمی

نتایج حاصله از مطالعات همه‌گیرشناسی، اختلال شخصیت مرزی Borderline Personality Disorder را به‌عنوان شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های بالینی، ناتوان‌کننده و بالقوه کشنده با میزان خودکشی ۵،۵ درصد (۱) گزارش نموده‌اند. از یک‌سو بیمار مبتلا به BPD به دلیل روابط بین فردی ناکارآمد و اختلال عملکردی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۲ استادیار، روانپزشک، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۴ استاد، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

هیجانی^۱، الگوی فراگیر بی‌ثباتی عاطفی، تکانشگری^۲ بارز، بی‌ثباتی در روابط بین فردی و خودنگاره و اختلال هویت (۵) و رفتارهای پرخطر، کج خلقی و همچنین ترس از رهاشدگی (۶) مشخص شده است. این اختلال در دسته B از اختلالات شخصیت قرار می‌گیرد (۷). اگرچه در پژوهش‌های اپیدمیولوژیک اخیر، اکثراً تفاوت جنسیتی در میزان شیوع این اختلال در جمعیت عمومی به‌عنوان عامل تأثیرگذار مطرح نشده است (۸)، باین حال شیوع بالاتر آن در زنان گزارش شده است (۹). به دلیل وجود تناقضات در نتایج مطالعات نمی‌توان اظهار نظر قطعی در مورد شیوع این اختلال به عمل آورد (۶). باین حال نرخ شیوع آن در جامعه حدود ۱/۴ درصد (۱۰) و در بیماران اورژانس روان‌پزشکی حدود ۹،۲۰ درصد گزارش شده است (۱). در ایران اطلاعات زیادی در رابطه با نرخ شیوع این اختلال توسط پژوهشگر یافت نشده است. یکی از مشخصه‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی، طبق نظریه زیستی اجتماعی، کژ تنظیمی هیجانی (نوسان خلقی) است که بر اساس نظریه لینهان، محصول مشترک آمادگی زیستی، شرایط محیطی و تعامل میان این دو، طی فرآیند رشد در نظر گرفته شده است (۱۱). ساده‌ترین تعریفی که از بدتنظیمی هیجانی، ارائه شده است عدم توانایی برای پاسخ دادن منعطف به هیجان‌ها و کنترل (مدیریت) آن‌ها است (۱۲). مشکلات فرد در تنظیم هیجان به دنبال رویارویی با تروماهای دوران کودکی است (۱۳). آسیب‌پذیری هیجانی باعث می‌شود بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب اوقات به لحاظ هیجانی برانگیخته باشد. اقدام به خودکشی، در ۰/۸۴ از بیماران مرزی اتفاق می‌افتد (۱۴). بیماران مرزی، نوسانات خیلی شدیدی را در سطح پرخاشگری و روابط بین فردی تجربه می‌کنند (۱۵). به‌طور کلی ویژگی‌های این اختلال علاوه بر بی‌ثباتی هیجانی، با احساس مزمن پوچی، تلاش‌های ناشایست برای جلوگیری از ترک واقعی یا تصور طردشدگی، اختلال در هویت، رفتار تحریک‌آمیز، خشم نامناسب، شدید الگوی روابط بین فردی ناپایدار و شدید، رفتار خودکشی مکرر، حرکات یا تهدیدات یا رفتارهای خودآزارنده و افکار پارانوئیدی مربوط به استرس یا علائم تجزیه شدید (۱۶). شناخته می‌شود. از جمله متغیرهایی که بیماران مبتلا با آن درگیر هستند بروز رفتارهای تکانشی است. تکانه، اصرار و میل شدید به انجام یک عمل در پاسخ به یک محرک ذهنی یا بیرونی است. طیف گسترده‌ای از رفتارهایی است که روی آن کمتر تفکر شده، به‌صورت رشد ناپافته برای دستیابی به یک پاداش یا لذت بروز می‌کنند، از خطر بالایی برخوردارند و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند و هسته اصلی بسیاری از آسیب‌ها را سبب می‌شوند (۱۷)، تکانشگری

به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر، مشخصه این اختلال می‌باشد. در کمتر از ۱۰ درصد موارد تشخیص در بزرگسالی اتفاق می‌افتد (۱۰). چنین تشخیصی در بزرگسالی کاملاً معتبر و قابل اعتماد است و غالباً سعی در کتمان تشخیص به دلایل فرهنگی وجود دارد و این در حالی است که به تأخیر انداختن مراقبت‌های آگاهانه از (BPD) تأثیرات ناکارآمدی در مداخلات و نتایج آن‌ها ایجاد می‌کند (۱۸)، (۱۹) درمان‌های روان‌شناختی و دارویی کارآمدی برای این اختلال وجود دارد، رایج‌ترین درمان‌های دارویی شامل ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای، مهارکننده‌های باز جذب مجدد سروتونین و نیز (۲۰) و درمان‌های غیردارویی بیشتر شامل استفاده از درمان‌های روان‌شناختی می‌باشد (۲۱). از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود بهزیستی ذهنی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است روان‌مانگری شناختی تحلیلی (CAT) *cognitive-analytic therapy* است. به‌عنوان یکی از درمان‌های کوتاه‌مدت روان‌شناختی رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بینش افزایشی دارد و در موقعیت‌های گروهی به‌طور ماهرانه در حل مسائل و تقویت انگیزش برای تغییر، عمل می‌کند (۲۲)، (۲۳)، این درمان، درمانی فعال است که بر اساس فرمول‌بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روان‌پوشی، روابط موضوعی *psychoanalytic object relations theory* و روانشناسی شناختی به‌خصوص نظریه سازه‌های فردی، کلاین استوار است و با همکاری درمانگر و بیمار مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد (۲۳، ۲۴)، در پژوهشی با عنوان "اثر بخشی (CAT) بر قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی" به بررسی و مطالعه در مورد اثر بخشی این درمان پرداختند و نتایج نشان داد: که (CAT) بر بهبود قدرت ایگو در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش مؤثر بوده است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثر بخشی (CAT) در درمان اختلالات بالینی دیگر مانند رفتارهای آسیب‌رسان، اختلال جسمانی سازی (۲۵)، و اختلالات اضطرابی (۲۶) می‌باشد. بیشترین تأثیر این درمان بر کاهش سردرگمی و اشتغالات ذهنی بیماران، و در نتیجه افزایش سلامت روان می‌باشد (۲۴). (CAT) دارای دو ساختار اصلی تئوریک است. ساختار اول آن این است که این درمان تنها الگوی درمانی با فرآیند دوره‌ای و دارای روند ترتیبی است و ساختار دوم آن در ارتباط با تلاش درمان برای درک عملکرد هدفمند است. مدلی است که فرض می‌کند تمام فعالیت‌های هدفمند نتیجه پیامد توالی‌های مرتب‌شده، از تولید هدف تا ارزیابی محیط‌زیست، تشکیل برنامه اقدام ارزیابی

² Impulsivity¹ Emotional dysregulation

پژوهش اجرا شود (مدل زمانی پلکانی برای ارائه مداخله). بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یعنی مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود (۳۵). این طرح‌ها با ورود پلکانی آزمودنی‌ها، پژوهشگر را قادر می‌سازد که اثر متغیرهای مزاحم را حذف کند و تغییر متغیر وابسته را فقط بر اساس متغیر مستقل تبیین کند. در پژوهش حاضر، سه جلسه خط پایه برای آزمودنی شماره ۱، در نظر گرفته شد سپس آموزش تنظیم هیجان و تکانشگری بر اساس راهبردهای روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی برای او به‌صورت انفرادی آغاز شد و دو آزمودنی دیگر در موقعیت خط پایه باقی ماندند. هم‌زمان با جلسه سوم مداخله آزمودنی شماره ۱، مداخله آزمودنی شماره ۲ که پنج نقطه خط پایه داشت آغاز و آزمودنی شماره ۳ در موقعیت خط پایه بود. هم‌زمان با جلسه پنجم آزمودنی ۱ و جلسه سوم آزمودنی ۲، آزمودنی ۳ با هفت نقطه در خط پایه به برنامه مداخله وارد شد.

جامعه و نمونه آماری: جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران بستری در بخش مسمومیت مرکز آموزشی و درمانی طالقانی ارومیه (به دلیل خودکشی) در سال‌های ۹۸-۹۹ بود. آزمودنی‌ها از میان ۶۰ بیمار منتخب به‌صورت هدفمند، که پس از ارجاع متخصص مسمومیت، توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال شخصیت مرزی را دریافت کرده بودند. به‌منظور انجام مداخلات روان‌شناختی به درمانگر ارجاع و بعد از احراز ملاک‌های پژوهش (ازجمله سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم، دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۲۰ سال، عدم دریافت درمان روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته باهدف درمان اختلال شخصیت مرزی، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی دیگر به‌عنوان ملاک‌های ورود و بیماران روان‌پریش، بیماران با اختلال دوقطبی و سایر به‌عنوان ملاک‌های خروج) به تعداد سه نفر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. راهنمای درمانی پژوهش حاضر بر مبنای روش روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی آنتونی رایل در قالب ۱۶ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه اجرا گردید (۳۶).

ابزار:

مقیاس شخصیت مرزی (STB، ۲۰۰۱): مقیاس STB دارای ۲۴ ماده می‌باشد. (ماده‌های ۲۴-۱۹ اضافه گردیده‌اند). جکسون و کلاریج (۴) ضریب پایایی بازنمایی را برای STB، ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگ و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۰ را در STB گزارش کرده‌اند. روایی هم‌زمان STB با مقیاس‌های روان رنجور خوبی و روان‌پریشی گرایسی EPQ در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است (۳۷).

نتایج و درنهایت در صورت لزوم بازنگری مجدد است (۲۷)، همسو با نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، عباسی و همکاران (۲۸) و گروه دیگری از پژوهشگران (۲۹)، در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی بر کاهش تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی" نشان دادند که: (CAT) می‌تواند به‌طور معناداری در کاهش تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد. هم‌چنین نتایج پژوهش مولدر و چانن در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی درمان تحلیلی-شناختی برای اختلالات شخصیت" عنوان کردند که این درمان متدهای خصوصی دارند که اثربخش درمان را بیش‌ازپیش کارآمد می‌نماید (۳۰). نتایج پژوهش دیگری (۳۱)، مبنی بر اینکه درمان (CAT) به شیوه گروهی راهبرد مؤثری برای بهبود سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری است نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر است. هم‌چنین پژوهش‌های دیگری (۳۲، ۳۳) نیز در راستای معرفی (CAT) به‌عنوان یک مداخله ایمن و قابل‌قبول برای روان‌پزشکی، با نتایج پژوهش حاضر همسو است. اهمیت این اختلال و معضلات مرتبط با به‌کارگیری درمان‌های مختلف در درمان این اختلال ناهمگن، بر ضرورت این مطالعه می‌افزاید. هم‌چنین این مطالعه به‌عنوان مبنایی برای بررسی‌های بیشتر و طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود علائم در این بیماران خواهد بود. لذا با توجه به نتایج پژوهش‌ها، مطالعه حاضر درصدد ارزیابی تغییرات در نشانگان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر اساس مداخلات مبتنی بر روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی بود.

مواد و روش کار

طرح پژوهش: این پژوهش در چهارچوب طرح تجربی تک‌موردی با استفاده از طرح خط پایه چندگانه پلکانی *Multiple baseline across participants* موردبررسی قرار گرفت. طرح مذکور شامل کاربرد یک موقعیت مداخله در دو یا چند خط پایه مختلف در یک مدل زمانی پلکانی^۳ است. در این طرح ابتدا داده‌های خط پایه برای هر تعداد آزمودنی پژوهش گردآوری و سپس آزمودنی اول در معرض مداخله قرار می‌گیرد. این در حالی است که آزمودنی‌های دیگر، همچنان در موقعیت خط پایه قرار دارند. در مرحله بعد آزمودنی دوم، و مرحله بعدازآن آزمودنی سوم نیز علاوه بر آزمودنی اول و دوم مداخله را دریافت می‌کند. ورود پلکانی آزمودنی‌ها، حذف اثر متغیرهای مزاحم را برای پژوهشگر امکان‌پذیر می‌سازد و تغییر متغیر وابسته را بر اساس متغیر مستقل تبیین می‌کند (۳۴) و به همین ترتیب تا مداخله برای اتمام آزمودنی‌های

³ Time staggered fashion

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان: برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از مقیاس معرفی شده توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) استفاده شد، این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. پایایی درونی کلی برابر با ۰/۹۳ می‌باشد و برای هر خرده مقیاس به ترتیب بیان شده، برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۰/۸۵، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند ۰/۸۹، دشواری کنترل تکانه ۰/۸۶، فقدان آگاهی هیجان ۰/۸۰، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ۰/۸۸ و برای فقدان شفافیت هیجان ۰/۸۴ می‌باشد. بر اساس بررسی پایایی درونی که توسط علوی انجام شده همسانی درونی کلی را ۰/۸۶ گزارش شده است. هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده تنظیم هیجان پایین خواهد بود (۳۸). در پژوهش کرمی (۳۹) روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرباخ آن ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس تکانشوری بارات (BIS): مقیاس تکانشگری بارات *Barat Impulsivity Questionnaire* شامل ۳۰ ماده است و برای اندازه‌گیری بر خی از شیوه‌هایی که افراد بر اساس آن‌ها می‌اندیشند و رفتار می‌کنند، استفاده می‌شود (۴۰). این پرسشنامه (ویرایش یازدهم) که توسط پروفیسور بارات ساخته شده است (۴۱). حاوی ۳۰

سؤال است و ۳ عامل زیر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. الف) تکانشگری شناختی: شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی سریع است. ب) تکانشگری حرکتی: شامل عمل کردن بدون فکر می‌باشد. ج) بی‌برنامگی: به صورت یک‌جهت یایی آنی یا فقدان آینده‌نگری مشخص می‌شود. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است و به بررسی مؤلفه‌های شخصیتی و رفتاری تکانشوری می‌پردازد. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، بیانگر ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب‌زده و فقدان دوراندیشی است. بر مبنای درجه‌بندی لیکرت، رده‌بندی می‌شود. نمره سؤالات ۳۰، ۲۹، ۲۰، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۱، معکوس می‌شوند. نمره خام تکانشگری مجموع نمرات پاسخ‌های داده شده است (هرچه نمره بالاتر باشد، تکانشگری بیشتر است). پایین‌ترین نمره ۳۰ و بالاترین ۱۲۰ است. پاتون و همکاران (۴۲) در پژوهشی به تعیین اعتبار و پایایی مقیاس تکانشگری بارات پرداختند و میزان اعتبار و پایایی طبق گزارش یافته‌ها، به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ می‌باشد که حاکی از اعتبار و روایی قابل‌قبول این پرسشنامه است. در ایران نیز ترجمه فارسی تکانشگری بارات از نظر اعتبار و پایایی در حد مطلوبی است (۴۳).

جلسات آموزشی: در این پژوهش جلسات آموزش تنظیم هیجان و تکانشگری بر مبنای روش روان درمانگری شناختی-تحلیلی نظریه آنتونی رایل تنظیم و راهبردهای آموزشی طی ۱۶ جلسه انفرادی بر اساس جدول (۱) اجرا شد.

جدول (۱): رئوس مطالب مطرح‌شده طی شانزده جلسه مداخله

جلسه اول CAT	سنجش آغازین، بازنگری فرمول‌بندی، تدوین فهرست مشکلات آماجی بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار.
جلسه دوم CAT	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس جمع‌آوری سابقه شخصی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری. شامل: رویدار راه‌انداز، شیوه بین فردی، شیوه شناختی، شیوه احساسی، دل‌بستگی، مزاج، حکم والدین، دیدگاه نسبت به خود، دیدگاه نسبت به جهان و طرح‌واره‌های ناسازگار
جلسه سوم CAT	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری.
جلسه چهارم CAT	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس افکار ناکارآمد، نظام‌های باورها و رفتارهای تکانشی و بدون برنامه بیمار با تمرکز بر انگاره‌های مزاحم (ترک شدن، معیوب بودن و جدایی اجتماعی) و شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتار و درنهایت نوشتن نامه فرمول‌بندی بازنگری شده به بیمار.
جلسه پنجم CAT	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول‌بندی نهایی بر اساس فرمول‌بندی‌های اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بالینی.
جلسه ششم CAT	بازشناسی رخدادهای آشکار ساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار، شناسایی روند آسیب شناسی و درنهایت ارائه فرمول‌بندی ترسیمی یا هندسی.
جلسه هفتم CAT	بازشناسی مشکلات و بی‌ثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با

همکاری بیمار و بازبینی در پیامد و شدت نشانه‌های بیماری.	CAT
بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و روش زندگی	جلسه هشتم CAT
بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام‌گرفته توسط بیمار	جلسه نهم CAT
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای تکانشی بر علائم اختلال و آگاهی از نحوه استمرار طرح‌واره‌های قدیمی مرتبط با اختلال شخصیت مرزی نظیر ترک شدن، معیوب بودن، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، خودتحول نیافته گرفتار	جلسه دهم CAT
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری هیجانات منفی بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی	جلسه یازدهم CAT
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی درمان‌جو، بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه	جلسه دوازدهم CAT
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی	جلسه سیزدهم CAT
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرح‌واره‌های واقع‌بینانه و دستیابی به تله و موانع رشد درون فردی و بین فردی	جلسه چهاردهم CAT
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بینش افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت زندگی و تعریف مجدد از زندگی	جلسه پانزدهم CAT
نوشتن نامه‌های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و بیمار به هم و نیز خلاصه‌سازی روند درمان بر اساس آنچه کسب‌شده و هر آنچه هنوز نیازمند تغییر است	جلسه شانزدهم CAT

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش برای

تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری *Visual analysis* نمودارها و شاخص روند *Trending*، ثبات *Stability* و درصد داده‌های غیرهمپوش *Overlapping Data Percentage of Non- (PND)* درصد داده‌های همپوش *Percentage of Overlapping (POD)* *Data* استفاده شده است.

یافته‌ها

اطلاعات جداول ۲ و ۳ و ۴ و ۵ حاکی از نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر، طی جلسات خط پایه، مداخله، و پیگیری است. و یافته‌های جداول مذکور در نمودار ۱ به صورت نمودار داده‌ها برای سه آزمودنی آورده شده است.

جدول (۲): نمرات کژتنظیمی هیجان در موقعیت خط پایه برای سه آزمودنی

جلسات	آزمودنی						
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم
الف_م	۱۷۸	۱۷۹	۱۸۲				
ش_ج	۱۷۰	۱۷۵	۱۷۹	۱۸۱	۱۸۲		
الف_پ	۱۶۹	۱۷۰	۱۷۰	۱۷۳	۱۷۸	۱۸۰	۱۸۲

جدول (۳): نمرات تکانشگری در موقعیت خط پایه برای سه آزمودنی

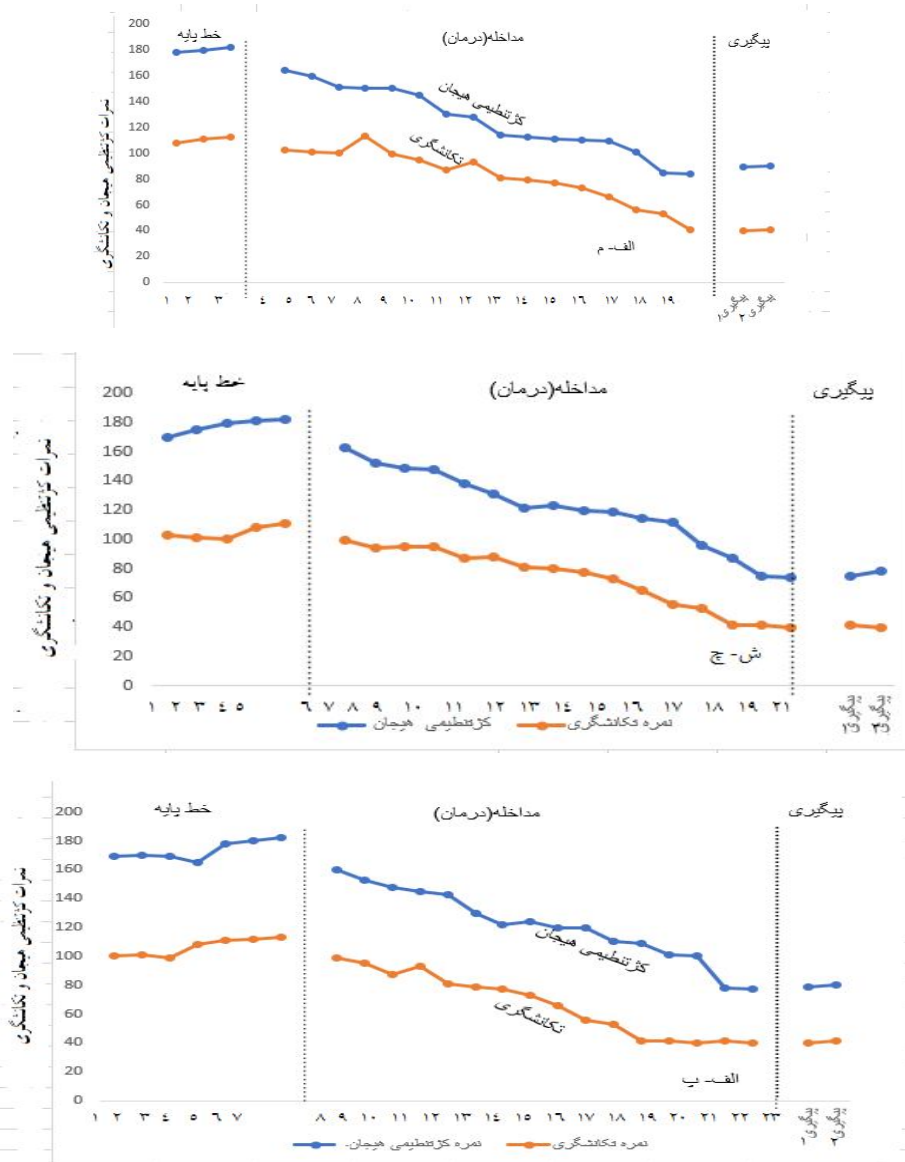
آزمودنی	جلسات						
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم
الف_م	۱۰۸	۱۱۱	۱۱۲				
ش_ج	۱۰۳	۱۰۱	۱۰۰	۱۰۸	۱۱۱		
الف_پ	۱۰۰	۱۰۱	۹۹	۱۰۸	۱۱۱	۱۱۲	۱۱۳

جدول (۴): نمرات کزتنظیمی هیجان در موقعیت مداخله و پیگیری برای سه آزمودنی

آزمودنی	جلسات																	
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	یازده	دوازده	سیزده	چهارده	پانزده	شانزده	پیگیری ۱	پیگیری ۲
الف_م	۱۶۸	۱۵۸	۱۵۱	۱۴۳	۱۳۸	۱۳۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱
ش_ج	۱۳۴	۱۵۶	۱۵۱	۱۴۸	۱۳۸	۱۳۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱
الف_پ	۱۶۰	۱۵۳	۱۴۱	۱۴۱	۱۳۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱

جدول (۵): نمرات تکانشگری در موقعیت مداخله و پیگیری برای سه آزمودنی

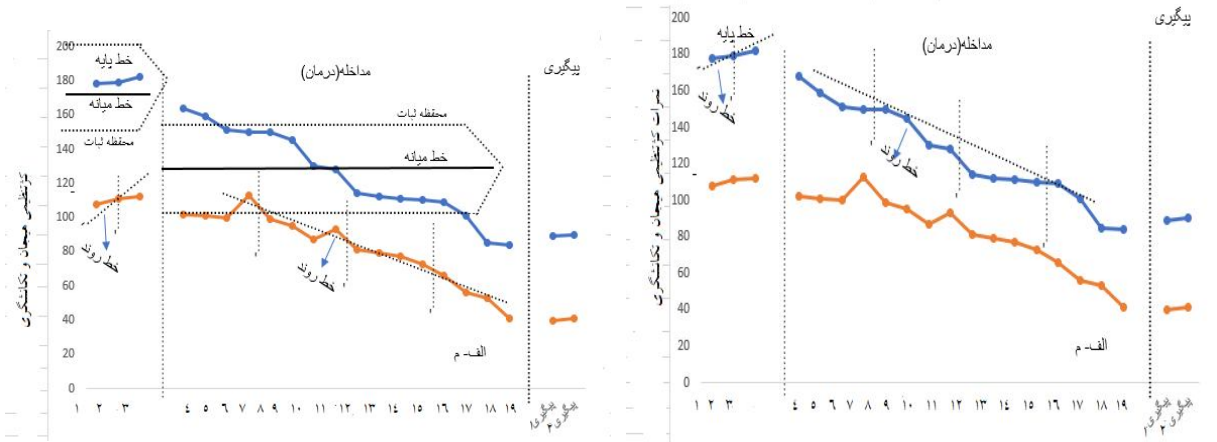
آزمودنی	جلسات																	
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	یازده	دوازده	سیزده	چهارده	پانزده	شانزده	پیگیری ۱	پیگیری ۲
الف_م	۱۰۲	۱۰۱	۱۰۱	۱۱۱	۹۹	۹۵	۸۷	۸۶	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷
ش_ج	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶
الف_پ	۹۶	۸۹	۸۷	۸۶	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷



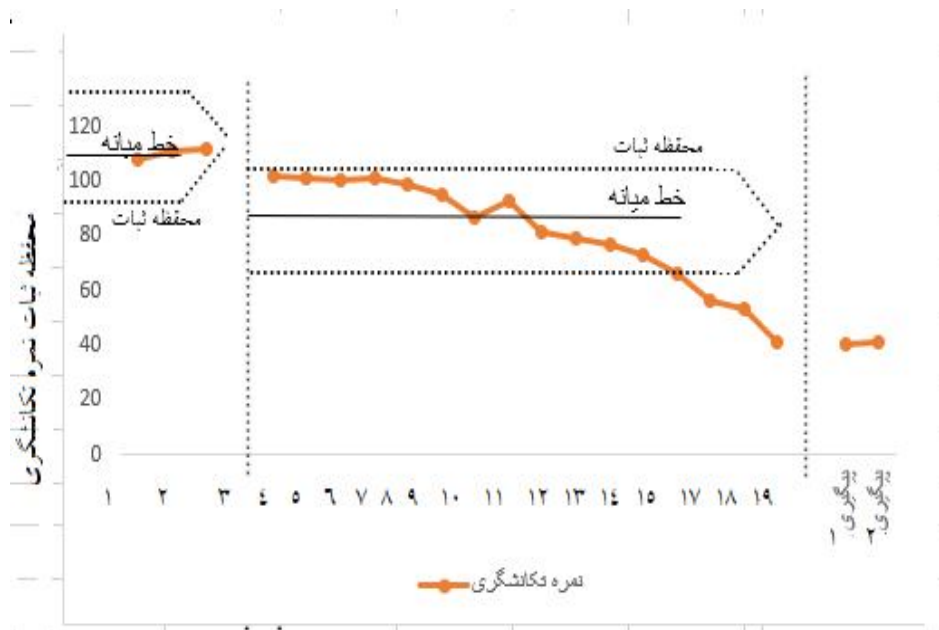
نمودار (۱): اثربخشی روان درمانگری شناختی - تحلیلی بر کاهش کژتنظیمی هیجان و تکانشگری در سه آزمودنی

میان دو خط میزان تغییرپذیری داده‌ها را نشان می‌دهد. با توجه به معیار ۸۰-۲۰ درصدی می‌توان گفت داده‌ها دارای ثبات هستند. پس از آن از روش دونیم کردن برای بررسی روند داده‌ها، در متغیر کژتنظیمی هیجان (شماره ۲ سمت راست) و برای متغیر تکانشگری (شماره ۲ سمت چپ) و همچنین برای محفظه ثبات کژتنظیمی هیجان (شماره ۲ سمت چپ) و تکانشگری (شماره ۳) استفاده شد. روند داده در موقعیت خط پایه هر دو متغیر صعودی و در موقعیت مداخله و پیگیری برای هر دو متغیر سیر نزولی دارد و این نشان‌دهنده کاهش روند این دو متغیر در آزمودنی شماره ۱ می‌باشد. می‌توان نتیجه گرفت مدل مداخله تأثیرگذار بوده است.

به منظور تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، خط میانه داده‌ها موازی با محور X رسم شد و یک نوار ثبات *Stability envelope* روی خط میانه کشیده شد دو خط موازی که یکی بالا و دیگری در پایین خط میانه به نسبت ۲۰ درصد رسم می‌شود. فاصله بین دو خط میزان تغییرپذیری داده‌های ثابت را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (نوار ثبات) قرار گیرند، داده‌ها از ثبات برخوردارند (۳۴). نمودار شماره ۲ محفظه ثبات متغیر کژتنظیمی هیجان و خط روند متغیرهای کژتنظیمی هیجان و تکانشگری آزمودنی شماره یک الف - م گزارش شده است. فاصله



نمودار (۲): محفظه ثابت متغیر کژتنظیمی هیجان و خط روند متغیرهای کژتنظیمی هیجان و تکانشگری آزمودنی شماره یک الف-م



نمودار (۳): محفظه ثابت متغیر تکانشگری آزمودنی شماره یک الف-م

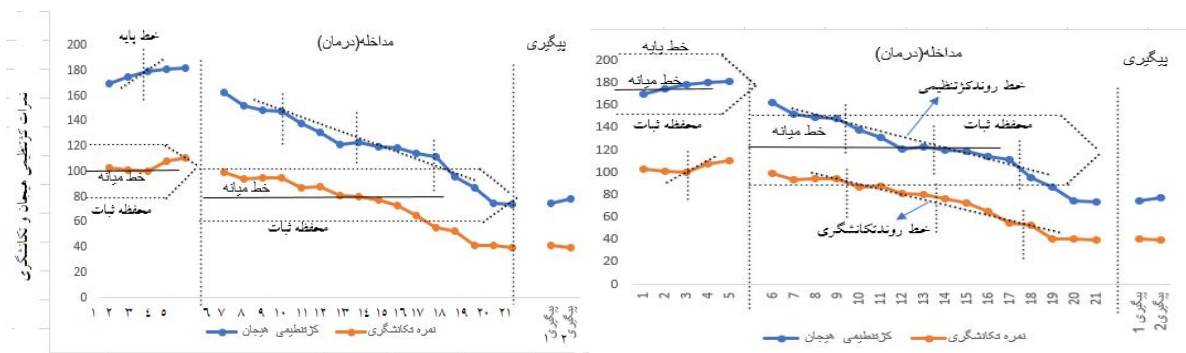
شماره ۱ و ۲ گزارش شده است. جدول شماره ۶، نتایج تحلیلی دیداری درون و برون موقعیتی را برای آزمودنی شماره ۱ نشان می‌دهد برای این منظور برگه تحلیلی دیداری تنظیم شده است (۳۴). بر اساس تحلیلی دیداری داده‌های آزمودنی شماره ۲ در نمودارهای شماره ۴ گزارش شده است. جدول شماره ۷، نتایج تحلیلی دیداری درون و برون موقعیتی را برای آزمودنی شماره ۲ را نشان می‌دهد برای این منظور برگه تحلیلی دیداری تنظیم شده است (۳۴). خط میانه، خط روند و محفظه ثابت آن‌ها برای آزمودنی شماره ۳ در دو متغیر کژتنظیمی هیجان و تکانشگری طبق نمودار ۴ و جدول ۸ رسم و بررسی شده است.

میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به میزان تغییر سطح از موقعیت مداخله نسبت به موقعیت خط پایه و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) بستگی دارد. به همین دلیل شاخص‌های آمار توصیفی، از جمله میانگین و میانه و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و برون موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و درصد هم‌پوشی نقاط (PND) دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) محاسبه شد. هر قدر میزان (PND) در دو موقعیت مجاور بالاتر باشد و (POD) یا در صد داده‌های هم پوش پایین‌تر باشد با اعتماد بیشتری می‌توانیم به اثربخشی مداخله اذعان داشته باشیم. بر اساس تحلیلی دیداری داده‌های آزمودنی شماره ۱ در نمودارهای

جدول (۶): متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره

تکانشگری		تکانشگری		تکانشگری		تکانشگری	
کژتنظیمی		کژتنظیمی		کژتنظیمی		کژتنظیمی	
B/A	B/A	۱. مقایسه موقعیت	B	A	B	A	۱. توالی موقعیت‌ها
+/-	+/-	۲. تغییر روند	۱۲	۳	۱۲	۳	۲. طول موقعیت‌ها
		۲.۱ تغییر جهت					۳. سطح
مثبت	مثبت	۲.۲ اثر وابسته به هدف	۷۸	۱۱۱	۱۲۸.۵	۱۷۹	۳.۱ میانه
با ثبات به	با ثبات به	۲.۳ تغییر ثبات	۸۲.۰۶	۱۱۰.۳۳	۱۲۴.۶۳	۱۷۹.۶۳	۳.۲ میانگین
با ثبات	ثبات	۳. تغییر در سطح	۱۰۲-۴۰	۱۱۲-۱۰۸	۱۶۸-۸۴	۱۸۲-۱۷۸	۳.۳ دامنه تغییرات
		۳.۱ تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	۳.۴ دامنه تغییرات
۱۱۱/۵۴	۱۴۰.۵/۱۷۹	۴. تغییر مطلق					محافظه ثبات ۲۰٪ از میانه موقعیت‌ها
۱۰۲/۱۱۲	۱۶۰/۱۸۲	۳.۳ تغییر میانه	۱۰۵-۷۹.۵	۱۱۲-۱۰۸	۱۴۰.۵-۱۰۷	۱۸۲-۱۷۸	۴. تغییر سطح
۱۱۲/۸۷	۱۷۹/۱۲۷	۳.۴ تغییر میانگین	۱۱۰-۴۰	۱۱۲-۱۰۸	۸۴-۱۶۸	۱۷۸-۱۸۲	۴.۱ تغییر نسبی
-۲۷/۲۸	-۵۵	۴. همپوشی داده‌ها					۴.۲ تغییر مطلق
		۴.۱ PND	نزولی	صعودی	نزولی	صعودی	۵. روند
۹۳٪/۷۵	٪۱۰۰	۴.۲ POD	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	۵.۱ جهت
٪۶.۲۵	٪۰						۵.۲ ثبات
							۵.۳ مسیرهای چندگانه

$$100PND=(A/B)*$$

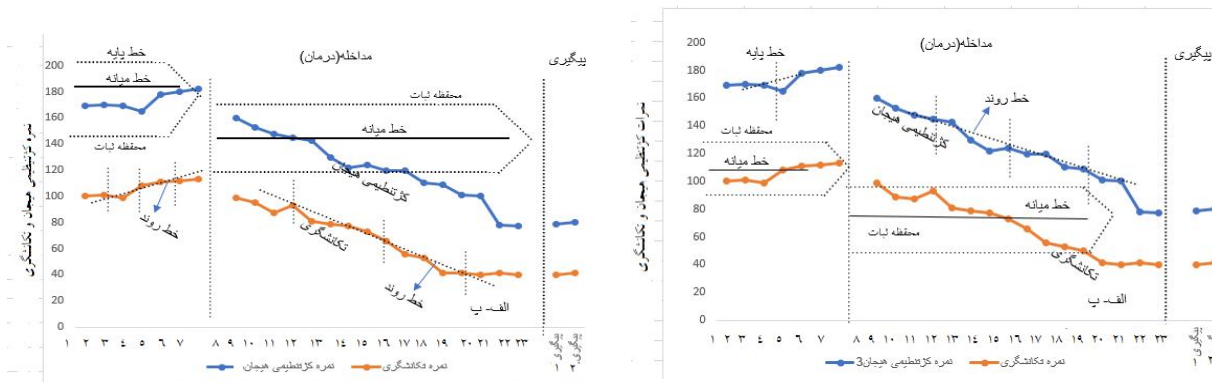


نمودار (۴): محافظه ثبات متغیر کژتنظیمی هیجان و خط روند متغیرهای کژتنظیمی هیجان و تکانشگری آزمودنی شماره یک الف-م

جدول (۷): متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره ۲

تکانشگری		تکانشگری		تکانشگری		تکانشگری	
کژتنظیمی		کژتنظیمی		کژتنظیمی		کژتنظیمی	
B/A	B/A	۱. مقایسه موقعیت	B	A	B	A	۱. توالی موقعیت‌ها
+/-	+/-	۲. تغییر روند	۱۲	۳	۱۲	۳	۲. طول موقعیت‌ها
		۲.۱ تغییر جهت					۳. سطح

۳.۱. میانه	۱۷۹	۱۲۰/۵	۱۰۲	۷۸/۵	۲.۲. اثر وابسته به هدف	مثبت	مثبت
۳.۲. میانگین	۱۷۷/۴۰	۱۲۰/۵	۱۰۴/۶	۷۲/۷۷	۲.۳. تغییر ثبات	با ثبات به با ثبات	با ثبات به با ثبات
۳.۳. دامنه تغییرات	۱۷۰-۱۸۲	۱۳۶-۷۵	۱۱۱-۱۰۳	۹۹-۴۱	۳. تغییر در سطح		
۳.۴. دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	۳.۱. تغییر نسبی	۱۴۳ به ۱۰۸/۵	۹۱ به ۱۰۹/۵
۴. تغییر سطح	۳.۲. تغییر مطلق	-۱۹	-۱۲				
۴.۱. تغییر نسبی	۹ زوال	۳۹- زوال	۷/۵ زوال	۳۱ بهبود	۳.۳. تغییر میانه	۱۲۰/۵ به ۱۷۹	۸۰/۵ به ۱۰۳
۴.۲. تغییر مطلق	۱۷۰-۱۸۲	۷۵-۱۶۳	۱۱۱-۱۰۳	۴۰-۹۹	۳.۴. تغییر میانگین	۱۷۷/۴۰ به ۱۱۸/۸۷	۷۲/۷۷ به ۱۰۴/۶
۵. روند	۴. همپوشی داده‌ها						
۵.۱. جهت	صعودی	نزولی	صعودی	نزولی	۴.۱. PND	٪۱۰۰	٪۱۰۰
۵.۲. ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	۴.۲. POD	٪۰	٪۰
۵.۳. مسیرهای چندگانه	-	-					



نمودار (۵): محفظه ثبات متغیر کژتنظیمی هیجان و خط روند متغیرهای کژتنظیمی هیجان و تکانشگری آزمودنی شماره یک الف-م

جدول (۷): متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره ۳

کژتنظیمی هیجان		تکانشگری		کژتنظیمی		تکانشگری	
۱. توالی موقعیت‌ها	A	B	A	B	۱. مقایسه موقعیت	B/A	B/A
۲. طول موقعیت‌ها	۳	۱۲	۳	۱۲	۲. تغییر روند	+/-	+/-
۳. سطح					۲.۱. تغییر جهت		
۳.۱. میانه	۱۷۳	۱۲۸	۱۰۸	۱۳۹	۲.۲. اثر وابسته به هدف	مثبت	مثبت
۳.۲. میانگین	۱۷۴/۵۷	۱۲۰/۳۷	۱۰۶/۲۸	۶۶/۵۶	۲.۳. تغییر ثبات	با ثبات به با ثبات	با ثبات به با ثبات

۳،۳ دامنه تغییرات	۱۶۹- ۱۸۲	۱۶۰-۷۷	۱۱۲-۱۰۰	۱۶۰-۷۷	۳، تغییر در سطح	
۳،۴ دامنه تغییرات						
محافظه ثبات ۲۰٪ از	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	۳،۱ تغییر نسبی	۱۸۰ به ۱۱۲ به ۸۷ ۱۴۴
میان‌ه موقعیت‌ها						
۴، تغییر سطح					۳،۲ تغییر مطلق	۱۶۰ به ۱۱۳ ۹۹
۴،۱ تغییر نسبی	۱۰ زوال	۴۲ بهبود	۱۱ زوال	۴۵ / ۵ بهبود	۳،۳ تغییر میان‌ه	بهبود ۵۱ ۳۸ بهبود
۴،۲ تغییر مطلق	۱۶۹- ۱۸۲	۱۶۰-۷۷	۱۱۳-۱۰۰	۹۹-۴۰	۳،۴ تغییر میانگین	۵۴/۱ ۳۹/۷۲
۵، روند					۴، همپوشی داده‌ها	
۵،۱ جهت	صعودی	نزولی	صعودی	نزولی	PND ۴،۱	۱۰۰٪ ۹۳/۷۵
۵،۲ ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	POD ۴،۲	۰٪ ۶،۲۵٪
۵،۳ مسیرهای چندگانه	-	-	-	-		

بحث و نتیجه‌گیری

بی‌ثباتی علائم، خودپیرانگری و احساسات پراکنده غالباً درمان‌های مؤثری را دریافت نمی‌کنند. یا به دلیل خصوصیات قادر به دریافت این درمان‌ها در سطح تأثیرگذار نیستند. هدف اصلی کار با این بیماران کمک به یکپارچگی، ساختن یک چشم مشاهده‌گر که می‌تواند به یک من یکپارچه منجر شود، می‌باشد. بر اساس شکل شماره ۱ نمودار داده‌های هر سه آزمودنی پس از مداخله و در جلسات پیگیری روند نزولی در جهت هدف پژوهش (کاهش کژتنظیمی هیجان و تکانشگری) را نشان می‌دهد. طبق نمودار شماره ۲ در نقاط خط پایه روندی صعودی و ثابت (محافظه ثبات) در هر دو متغیر کژتنظیمی و تکانشگری نشان داده است. با شروع مداخله تغییر در سطح و روند در نمرات ایجاد و روند نمرات به صورت نزولی تغییر داشته است و این نشان‌دهنده اثربخشی راهبردهای روان‌درمانگری شناختی - تحلیلی بوده است.

میانگین نمرات کژتنظیمی هیجان از (۱۷۹/۶۶) در خط پایه به (۱۲۴/۶۸) در موقعیت مداخله و نمرات تکانشگری در جدول مذکور از (۱۱۰/۳۳) در خط پایه به (۸۲/۰۶) در موقعیت مداخله رسیده است. این تغییر بیانگر کاهش متغیرهای کژتنظیمی هیجان و تکانشگری در آزمودنی شماره یک (الف- م) می‌باشد. میزان وجود هم‌پوشی میان نقاط خط پایه و مداخله است و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر واقع شده است. نمرات آزمودنی شماره ۲ (ش- چ)، در طی ۵ جلسه داده‌ها روند صعودی و ثابت داشته است. پس از آغاز مداخله بعد از ۵ جلسه خط پایه، تغییرات در سطح نمرات مشهود است (طبق شاخص تغییر سطح) میانگین نمرات کژتنظیمی هیجان از (۱۷۷/۴) در خط پایه به (۱۱۸/۸۷) در موقعیت مداخله و

هدف از مطالعه حاضر ارزیابی تغییرات نشانگان (از جمله کاهش کژتنظیمی هیجان و تکانشگری) در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پس از ارائه درمان، بر اساس یکی از مدل‌های روان‌درمانی، درمانگری شناختی- تحلیلی بوده است. این درمان برای افرادی بکار گرفته می‌شود که هم لازم است مهارت‌های مؤثر برای درک بیماری‌شان کسب کنند و هم سلامتی و بهبودی خود را حفظ و نگهداری کنند. درمان شناختی- تحلیلی اصول درمان‌های شناختی، روان‌کاوی و عقاید ویگوتسکی را با هم تلفیق کرده است و تأکید آن بر مشارکت بیمار-درمانگر در فرمول‌بندی مجدد مشکلات جاری است (۲۷). نتایج پژوهش نشان داد که روش درمانگری شناختی-تحلیلی بر کاهش نشانگان اختلال شخصیت مرزی متمرکز به دو ویژگی کژتنظیمی هیجان و تکانشگری مؤثر بود. یافته‌های حاصله از تحلیل نمودارهای هر سه آزمودنی نشان‌دهنده اثربخشی این روش درمان در کاهش میزان دو متغیر است. طبق پژوهش‌های پیشین، تنگناها و دوراهی‌های افراد دارای سازمان شخصیتی که به‌طور ضعیفی تلفیق شده‌اند (اختلال شخصیت مرزی) با افراد عادی و نوروتیک متفاوت است. در این افراد دنیا به‌طور متفاوتی تجربه می‌شود و عمل به‌صورت متفاوتی سازمان می‌یابد این افراد دارای نوسان‌های هیجانی، احساسات غیرواقعی، موجی از افکار فراقانه و تکانشگری، و نیز از بی‌ثباتی خلق و رفتار و سوئیچ از یک حالت به حالت دیگر در رنج هستند (۴۴). رویکرد درمانگری شناختی-تحلیلی در مورد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر پایه یک همکاری مشترک بین درمانگر-مراجع است و تأکید بر روی رسیدن به یک فرمول‌بندی مجدد است. این بیماران به دلیل ماهیت بیماری،

شناختی- تحلیلی به‌عنوان یکی از درمان‌های کوتاه‌مدت روان‌شناختی رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی برافزایش بینش دارد و برای تقویت انگیزش به‌منظور تغییر، نقش چشمگیری را ایفا می‌کند (۲۲، ۲۳). نتایج پژوهش حاضر با نتایج سایر پژوهش‌ها از جمله (کلت، بینت، رایلی، تاکی، ۲۰۱۳) و بنازی، نقل از دادفر، (۴۴) رایلی (۴۵) رایلی و گلین کینا، (۴۶) و لیون، (۴۷)، مولدر و چن، (۳۰) و کتلت، بنت، (۲۴) همسو است. در پژوهش دیگری گزارش شده است که درمان شناختی-تحلیلی به دلیل تغییر در صفات هسته شخصیت و اصلاح رفتارهای آسیب‌زا منجر به بهبود عملکرد روانی اجتماعی می‌شود. اتحاد درمانی بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و درمانگر تسهیل‌کننده فرآیند و تداوم بهتر درمان شناختی- تحلیلی و درنهایت اثربخشی آن است. پیشنهاد می‌شود از آنجایی که هدف درمان متمرکز بر اصلاح و تغییر الگوهای ناسازگارانه است. این درمان درباره سایر اختلالات نیز مورد مطالعه قرار گیرد. با توجه به هزینه کم و محدودیت زمانی این درمان، آموزش و به‌کارگیری این روش می‌تواند در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها توسط روانشناسان می‌تواند مفید واقع شود.

سپاسگزاری

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

نمرات تکانشگری از (۱۰۴/۶) در خط پایه به (۷۲/۷۵) در موقعیت مداخله رسیده است. روند نزولی نمرات در مداخله بیانگر اثربخشی درمانگری شناختی- تحلیلی بر کاهش نشانگان (BPD) متمرکز بر متغیرهای کژتنظیمی هیجان و تکانشگری در آزمودنی شماره دو (ش- چ) می‌باشد. میزان (PND) گویای عدم وجود همپوشی میان نقاط خط پایه و مداخله است و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر واقع شده است. در آزمودنی شماره ۳ (الف-ش)، نیز در طی ۷ جلسه در خط پایه روند صعودی و ثابت در داده‌ها دیده می‌شود. پس از آغاز مداخله بعد از ۷ جلسه خط پایه، تغییرات در سطح نمرات در این آزمودنی نیز مشهود است (طبق شاخص تغییر سطح)، میانگین نمرات کژتنظیمی هیجان، از (۱۷۴/۵۷) در خط پایه به (۱۲۴/۶۳) در موقعیت مداخله و نمرات تکانشگری از (۱۰۶/۲۸) در خط پایه به (۶۱/۱۳) در موقعیت مداخله رسیده است. روند نزولی نمرات در مداخله بیانگر اثربخشی درمانگری شناختی- تحلیلی بر کاهش نشانگان (BPD) متمرکز بر متغیرهای کژتنظیمی هیجان و تکانشگری در آزمودنی شماره دو می‌باشد. میزان (PND) گویای عدم وجود همپوشی میان نقاط خط پایه و مداخله است و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر واقع شده است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت در درمان اختلال شخصیت مرزی، درمانگری شناختی- تحلیلی بر حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش مطیعانه نسبت به دیگران متمرکز است که این نگرش درنهایت موجب شکست در ایجاد و حفظ یک رابطه مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد می‌شود (۴۴). این بیماران در جلسات درمان به‌وسیله یادداشت روزانه باهدف ثبت حالت‌های مختلف و شخصیت‌های آن‌ها توسط کاربرد مداوم فرمول‌بندی مجدد باعث ایجاد نقطه‌نظر جدید و مثبت نسبت به خود به‌طور یکپارچه می‌شوند (۴۴). درمان

References

1. Ilagan GS, Iliakis EA, Wilks CR, Vahia IV, Choi-Kain LW. Smartphone applications targeting borderline personality disorder symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2020;7(1):1-15.
2. Widiger TA. Assessment of DSM-5 personality disorder. *J Pers Assess* 2015;97(5):456-66.
3. Vakili J, Kimiaei, Seyed Ali, Salehi Federdi, Javad The effectiveness of dialectical behavioral therapy on the

symptoms of borderline personality disorder in prisoners. *J. Clin. Psychol* 2015; 8(3): 31.

4. Black DW, Pfohl B, Blum N, McCormick B, Allen J, North CS, et al. Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS spectrums* 2011;16(3):67-74.
5. Wetterborg D. Men with borderline personality disorder and antisocial behavior: clinical characteristics, developmental perspectives and interventions. *Inst för klinisk neurovetenskap/Dept of Clinical Neuroscience*; 2018.

6. Andre Venter. An Update on Borderline Personality Disorder: Life in the Fast Lane [Internet]. Psychology Blog. 2018 [cited 2021 Nov 8]. Available from: <https://psycheblog.uk/2018/10/25/an-update-on-borderline-personality-disorder-life-in-the-fast-lane/>
7. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. United States. Arlington, VA. 2013.
8. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet* 2011;377(9759):74-84.
9. Bayes A, Parker G. Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry Resh* 2017;257:197-202.
10. Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013;7(1):1-4.
11. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 1999;8(4):279-92.
12. Mamoudalilou M, Hashemi T, Beirami M, Bakhshipour A, Sharifi M. Investigating the Relationship between Childhood Misconduct, Primary Loss and Separation, and Emotional Disorder with Borderline Personality Disorder. *JPs*. 2014;12(21):65-88.
13. Goldsmith RE, Chesney SA, Heath NM, Barlow MR. Emotion regulation difficulties mediate associations between betrayal trauma and symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety. *J Trauma. Stress* 2013;26(3):376-84.
14. Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010;196(1):4-12.
15. Luyten P, Blatt SJ. Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clin Psychol Rev* 2011;31(1):52-68.
16. Scott LN, Wright AG, Beeney JE, Lazarus SA, Pilkonis PA, Stepp SD. Borderline personality disorder symptoms and aggression: A within-person process model. *J Abnorm Psychol* 2017; 126 (4): 429.
17. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Wolters Kluwer; 2007.
18. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev* 2008;28(6):969-81.
19. Zanarini MC, Temes CM, Magni LR, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M. Prevalence rates of borderline symptoms reported by adolescent inpatients with BPD, psychiatrically healthy adolescents and adult inpatients with BPD. *Personal Ment Health* 2017;11(3):150-6.
20. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *Jama* 2014;311(15):1547-55.
21. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. *Curr Pain Headache Rep* 2016;20(4):25.
22. Marriott M, Kellett S. Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centred and cognitive-behavioural therapies. *Psychol Psychother* 2009;82(1):57-72.
23. Hepple J. Cognitive-analytic therapy in a group: Reflections on a dialogic approach. *Br J Psychother* 2012;28(4):474-95.
24. Kellett S, Bennett D, Ryle T, Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clin Psychol Psychother* 2013;20(3):216-25.
25. Ryle A, Kerr IB. *Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice of a relational approach to mental health*. John Wiley & Sons; 2020.

26. Tzouramanis P, Adamopoulou A, Bozikas V, Voikli M, Zagora C, Lombtzianidou M, et al. Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome in patients with panic disorder. *Psychiatriki* 2010;21(4):287-93.
27. Denman C. Cognitive-analytic therapy. *Adv Psychiatr Treat* 2001;7(4):243-52.
28. Abbasi M, Begian Koleh Marz, Mohammad Javad, Ghasemi Jobneh, Javad, Dargahi, Shahriyar. The effectiveness of cognitive-analytical psychotherapy on reducing impulsivity in men with borderline personality disorder. *Journal of Cognition Psychology and Psychiatry* 2014; 1(3): 77-89.
29. Dargahi S. Effectiveness of cognitive-analysis psychotherapy in reducing impulsivity of men with borderline personality disorder. *Shenakht journal of Psycho& Psychiatry* 2015; 1 (3):77-89.
30. Mulder R, Chanen AM. Effectiveness of cognitive analytic therapy for personality disorders. *Br J Psychiatry* 2013;202(2):89-90.
31. Yousefi A, Rahimian Booger I, Mohammad Rezaei A. The effectiveness of analytical cognitive therapy on mental health of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol (Aust Psychol Soc)* 2013; 5 (3):1-10.
32. Kellett S, Gausden J, Gaskell C. The effectiveness of cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Utilizing a withdrawal experimental design to improve sensitivity to abandonment. *Psychology and Psychotherapy: Psychol. Psychother.: Theory Res Pract* 2021;94:96-119.
33. Taylor PJ, Perry A, Hutton P, Tan R, Fisher N, Focone C, et al. Cognitive analytic therapy for psychosis: A case series. *Psychology and Psychotherapy: Psychol. Psychother.: Theory Res Pract* 2019;92(3):359-78.
34. Farahani H, Abedi, Ahmad, Agham Mohammadi, Somayeh, Kazemi, Zeinab Applied principles of individual case studies in behavioral sciences and medical research. *Psychology and art publications*; 2017.
35. Kazdin AE. *Research design in clinical psychology*. Cambridge University Press; 2021.
36. Corbridge C, Brummer L, Coid P. *Cognitive analytic therapy: Distinctive features*. Routledge; 2017.
37. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Pers Individ Dif* 2001;31(3):409-19.
38. Neghabi ZH, Rafiee SM. Relationship between mental health and happiness, achievement motivation and academic success of male and female students of Islamshahr Azad University. *Life Sci* 2012; 9 (4): 4150-3.
39. Karami J, Zakiei A, Hatamian P, Baghri A. The comparison of emotional regulation destruction and emotional styles in people with nicotine dependence and non nicotine dependence. *Stud Med Sci* 2017; 27 (10):848-55
40. Lewis Z. *Personality tests*. Translated by Besharat and Habibnejad. (2009).
41. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Pers Individ Dif* 2009;47(5):385-95.
42. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995;51(6):768-74.
43. Hafezi F, Khajouni E. The effect of anger management skill training on reduction of impulsive behaviors and anxiety in patients with PTSD. *Journal Of Social Psychology (New Findings In Psychology)* 2011; 6 (20): 89-107..
44. Dadfar M, M, Boalhari, J, Mehrabi, F, The effect of drug treatment on changing the diagnosis of personality disorders in obsessive-compulsive patients. 2002; 8 (1): 76-87.
45. Ryle A. The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2004;18(1):3-35.

46. Ryle A, Golyukina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology* 2000;73 (2): 197-210.
47. Llewelyn S. Cognitive Analytic Therapy: time and process. *Psychodynamic Practice* 2003;9 (4): 501-20.

AN INTERVENTIONAL STUDY BASED ON COGNITIVE-ANALYTICAL THERAPY IN INDIVIDUALS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND EVALUATION OF SYMPTOM CHANGES AFTER TREATMENT: A SINGLE CASE STUDY

Mitra Hashemzadeh¹, Reza Kazemi^{*2}, Somayeh Taklavi³, Mohammad Narimani⁴

Received: 31 August, 2020; Accepted: 27 September, 2021

Abstract

Background & Aims: Cognitive-analytical treatment of borderline personality disorder focuses on the process of reformulating the target problem, and its relationship to the patient's current problems. By reducing the confusion and mental occupations of patients, it causes improvement and also empowers the patient to reveal the origin and how to deal with harmful processes. The present study investigated the effectiveness of this treatment on the improvement and reduction of borderline personality disorder symptoms in affected soldiers.

Materials & Methods: This study was performed in the framework of an experimental design of multiple stepped baselines, with a treatment process of 16 sessions and a one- and three-month follow-up period on three soldiers. The Borderline Personality Scale (STB, 2001), the Graz and Roemer Emotion Difficulty Regulation Questionnaire (2), and the Barat Impulse Scale (BIS) were used as research tools.

Results: The results showed that improvement in the subscales of borderline personality disorder was evident, and the overall improvement rate was obtained among the three patients (approximately 80%), which indicated the effectiveness of cognitive-analytical therapy in reducing the symptoms of the disorder.

Conclusion: The results of this study showed that cognitive-analytical psychotherapy has been effective in reducing symptoms, so that treatment caused significant changes in the symptoms of all three soldiers and the effect of treatment continued until the follow-up period.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Cognitive-Analytical Psychotherapy, Change Evaluation, Individual Case Study.

Address: Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

Tel: +989148532977

Email: dr_reza.kazemi@yahoo.com

SOURCE: STUD MED SCI 2021: 32(7): 515 ISSN: 2717-008X

¹ PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
(Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

⁴ Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran