

# اثربخشی و کارآمدی روان‌درمانگری شناختی - تحلیلی در بهزیستی ذهنی و کاهش رفتارهای تکانشی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

علی فرهادی<sup>۱</sup>

مسلم عباسی<sup>۲</sup>

محمد جواد بگیان کوله‌مرز<sup>۳</sup>

علیرضا عظیم پور<sup>۴</sup>

تاریخ وصول: ۹۳/۱۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۸

## چکیده

ماهیت پیچیده اختلال شخصیت مرزی، بررسی و بکارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. پژوهش حاضر با هدف مداخله‌ای در بهزیستی ذهنی و کاهش رفتارهای تکانشی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی: اثربخشی و کارآمدی روان‌درمانگری شناختی - تحلیلی اجرا شد. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مطب‌های روانپزشکان و بیمارستان روانپزشکی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، براساس ارجاع متخصصان اعصاب و روان، ۴۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، از بین ۵۰ مراجعه‌کننده به مطب‌های روانپزشکان و بیمارستان روانپزشکی فارابی، با توجه به پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، در وهله اول، و انجام مصاحبه بالینی SCID-II، براساس DSM-IV و آزمون میلیون ۳، انتخاب

۱. دانشیار گروه روانشناسی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان،

ایران Farhady.ali@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران (نویسنده مسئول)

Abbasi@kazeronsfu.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

Javabagiyan@yahoo.com

۴. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران a.azimpour@kazeronsfu.ac.ir

شدند. به این صورت که از بین مردان ارجاع داده شده افرادی که نمره بالاتر از ( $BR > 84$ ) در مقیاس شخصیت مرزی MCMI-III گرفته بودند و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاکهای DSM، برای اختلالات شخصیت به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه). ابزارهای جمع آوری این پژوهش شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت، مقیاس بهزیستی ذهنی، آزمون میلون ۳ و تکانشوری بود. از هر دو گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه به عمل آمد و برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) و آزمونهای تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی بر بهبود بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی و کاهش تکانشوری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. تحلیل داده‌ها نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین دو گروه آزمایش و کنترل، در بهزیستی اجتماعی، هیجانی، روانشناختی و تکانشوری تفاوت معنادار وجود دارد. بنابر یافته‌های این مطالعه، درمان شناختی-تحلیلی به شیوه گروهی راهبرد مناسبی برای بهبود بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی و کاهش تکانشوری مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است. و می‌توان از آن به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مناسب سود جست.

**واژگان کلیدی:** اختلال شخصیت مرزی، بهزیستی اجتماعی، روانشناختی، هیجانی، تکانشوری، روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی

#### مقدمه

اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup>، اختلال شخصیتی شدیدی است که با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره<sup>۳</sup>، روابط بین‌شخصی و همچنین برانگیختگی شدید، متمایز می‌شود (رحمانی، کیانی، رضاعی و نصوری، ۱۳۹۲). بیماران مبتلا به این اختلال، در قلمروهای مختلف دچار اختلال هستند و حضور تمام آن‌ها برای تشخیص لازم است؛ مواردی از قبیل، ناپایداری خلقی، برانگیختگی و روابط بی‌ثبات (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). حدود دو درصد از جمعیت عمومی، ده

- 
1. borderline personality disorder
  2. American Psychological Association (APA)
  3. Self-image

درصد از بیماران روانپزشکی سرپایی و ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های شخصیت، از این بیماری رنج می‌برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی‌ها یا تجارب تفرقی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آن‌ها گزارش شده است (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۲). خودکشی و تلاش برای آسیب زدن به خود، شاخص اصلی این اختلال است (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۲). ۷۰ تا ۷۵ درصد این بیماران، سابقه حداقل یک مرتبه آسیب به خود را دارند. این اعمال، از خراش‌های جزئی، کوبیدن سر به دیوار، سوزاندن با سیگار، تا دوزهای بالای داروها، خودزنی با چاقو، و خفه شدن گسترده‌اند. برآورد میزان مرگ در اثر خودکشی بین ۸ تا ۱۰ درصد بیماران بستری گزارش شده است (کازدین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). سیر بیماری عموماً در جهت بی‌ثباتی مزمن در اوایل بزرگسالی است. تخریب حاصل از این اختلال رایج و شدید است، از دست دادن‌های مکرر شغل، تحصیل از هم گسیخته، ازدواج از هم گسسته، از جمله این موارد هستند (شوارویک و کلونینجر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۲۰)، درمان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی را چالش‌برانگیز دانسته‌اند. تا سال‌های اخیر، اختلال شخصیت مرزی درمان‌ناپذیر فرض می‌شد (مک ماین، لینکس، گونام، گوی موند و کاردیش<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹) شاید ناشناخته ماندن این اختلال، دلیلی برای این امر باشد. بی‌نظمی رفتاری، ناتوانی در تفسیر علامت‌های هیجانی و ناتوانی در تنظیم واکنش‌ها، از ابعاد اصلی این اختلال است و با تحول نارسای هیجانی در ارتباط است و موجب می‌شود که واکنش‌های آن‌ها به صورت افراط و تفریط باشد (والترس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ جود و مک کلاشن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال شخصیت مرزی با هیجان‌ات منفی از جمله خشم و مهار آن (جاکوب، کونزالیر، زیمرمن، شیل، روسچ، لیونهارت، نیرب و لایب<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸)، شرم (روسچ، لایب، کوتلیر، هیرمان، اسپچارم، ریچتر، جاکوب، گوریکان و بوهاس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷؛ گراتز، روزینتال، تال، لجویز،

- 
1. Kazdin
  2. Svrakic & Cloninger
  3. McMain, Links, Gnam, Guimond & Cardish
  4. Walters
  5. Judd & McGlashan
  6. Jacob, Guenzler, Zimmermann, Scheel, Rüscher, Leonhart, Nerb & Lieb
  7. Rüscher, Lieb, Göttler, Hermann, Scharmm, Richter, Jacob, Corrigan & Bohus

کاندرسون<sup>۱</sup>، (۲۰۱۰)، افسردگی، تنش و اضطراب (استیگل مایر، گراتول، لینهان، هورست، فاهرنبرگ و بوهاس<sup>۲</sup>، (۲۰۰۵)، ترس (آرانتز، کلوکمن، سایس ویرد<sup>۳</sup>، (۲۰۰۵) و برانگیختگی (لینکس<sup>۴</sup>، (۲۰۰۰) رابطه مثبت و با بهزیستی روانشناختی (محمد زاده، رضاعی، (۲۰۱۱) رابطه منفی دارد.

از جمله متغیرهایی که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با آن درگیر هستند بهزیستی ذهنی<sup>۵</sup> است، بهزیستی ذهنی به ارزیابی و درک شخصی افراد از کیفیت زندگی‌شان (شامل کیفیت کنش‌های اجتماعی، روان‌شناختی و عاطفی) آن‌ها اطلاق می‌شود (میرزایی، (۲۰۰۷). افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند. از گذشته، آینده خودشان، دیگران و رویدادها و حوادث پیرامون‌شان ارزیابی مثبتی دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند. در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (گلستانی‌بخت، (۲۰۰۷). بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او (شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی است (بریدیچ، ماریچ و زاف<sup>۶</sup>، (۲۰۰۸). بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خلق‌های شاد، توانایی تفکر برای حل مسائل به شیوه‌های جدید را تسهیل می‌کنند. احساسات منفی، از توانایی تفکر انعطاف‌پذیر جلوگیری می‌کند (گاسپر<sup>۷</sup>، (۲۰۰۹). مطالعات انجام شده مؤید این نکته است که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با افراد سالم میزان تکانشگری<sup>۸</sup> بیشتری دارند (اکبری، آقامحمدیان و قنبری هاشم‌آبادی، (۱۳۸۷). تکانشگری را می‌توان از جنبه‌های مختلف مورد ارزیابی قرار داد. در

- 
1. Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez & Gunderson
  2. Stiglmayr, Grathwol, Linehan, Ihorst, Fahrenberg & Bohus
  3. Arntz, Klokman & Sieswerda
  4. Links
  5. subjective well-being
  6. Bridges, Margie & Zaff
  7. Gasper
  8. Impulsivity

یک تعریف جامع تکانشگری را می‌توان به صورت ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جست‌وجوی حس‌های نو، یافتن راه‌های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی تبیین نمود (مک کان، جانسون، و شورا، ۱۹۹۴). بنابر آنچه گفته شد گاه تکانشگری را معادل کاهش ارزش تعویقی تعریف می‌کنند، یعنی تمایل به انتخاب پاداش‌های کم ولی سریع، در برابر پاداش‌های بزرگتر ولی دیررس (ریچاردز، زانگ، میچل و دویت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). امروزه تکانشگری به صورت یک بعد شناختی<sup>۳</sup>، مفهوم‌پردازی می‌شود به این معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی، روند کند و ناقص تصمیم‌گیری بی‌ثباتی هیجانی در افراد همراه است (داوی، گالو لوگستون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تکانشوری با بسیاری از اختلالات روانپزشکی همچون افسردگی<sup>۵</sup>، اختلال دوقطبی<sup>۶</sup>، قماربازی پاتولوژیک<sup>۷</sup>، اسکیزوفرنیا<sup>۸</sup>، اختلال شخصیت ضداجتماعی<sup>۹</sup>، مرزی<sup>۱۰</sup> و اسکیزوتایپال<sup>۱۱</sup> ارتباط دارد (بری، فلمینگ، منول، کپلند<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۷)؛ ویلیامز<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ دالاک، هلی و میدور-وودروف<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۸؛ هوگس، هاتکامی، میچل و داهلگران<sup>۱۵</sup>، ۱۹۸۶). همچنین نتایج تحقیقات مؤید این نکته هستند که اختلال شخصیت مرزی با صفات شخصیتی چون برون‌گرایی<sup>۱۶</sup> (ایمپرتو<sup>۱۷</sup> و میچل، ۱۹۸۶)،

- 
1. McCown, Johnson & Shure
  2. Richards, Zhang & de Wit
  3. cognitive
  4. Dawe, Gullo & Loxton
  5. depression
  6. bipolar disorder
  7. pathological gambling
  8. schizophrenia
  9. antisocial personality
  10. borderline
  11. schizotypal
  12. Barry, Fleming, Manwell & Copeland
  13. Williams
  14. Dalack, Healy & Meadore-woodruff
  15. Hughes, Hatsukami, Mitchell & Dahlgren
  16. extraversion
  17. Imperato

تکانشگری<sup>۱</sup> (میچل، ۲۰۰۴؛ بیکل، اودوم و مادان<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹ و اسکینر، اوبین و برلین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴)، خطرپذیری<sup>۴</sup> (بارت، دین، پترسون و سارسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰؛ لجویز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۳)، نوجویی<sup>۷</sup> و اجتناب از یکنواختی<sup>۸</sup> (هارمسن و همکاران، ۲۰۰۶) و بی‌ثباتی هیجانی (داوی و همکاران، ۲۰۱۲) همراه است.

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود بهزیستی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی<sup>۹</sup> (CAT) است، درمان شناختی-تحلیلی به‌عنوان یکی از درمان‌های کوتاه مدت روانشناختی رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بینش‌افزایی دارد و در موقعیت‌های گروهی به‌طور ماهرانه در حل مسائل و تقویت انگیزش برای تغییر عمل می‌کند (ماریتو و کلیت<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ هپل<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). درمان شناختی تحلیلی، درمانی فعال است که بر اساس فرمول‌بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روان‌پویشی، روابط موضوعی<sup>۱۲</sup> و روانشناسی شناختی به خصوص نظریه سازه‌های فردی کلاین<sup>۱۳</sup> استوار است و با همکاری درمانگر و بیمار مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد (هپل، ۲۰۱۲ و کلیت، ۲۰۱۲). بیشترین تأثیر این درمان بر کاهش سردرگمی و اشتغالات ذهنی بیماران، حل تعارضات گذشته و شناخت روش‌های کارآمدتر در زندگی افراد می‌باشد که در نهایت منجر به کاهش علائم و در نتیجه افزایش سلامت روان خواهد شد (کلیت، ۲۰۱۲).

- 
1. impulsivity
  2. Bickel, Odum & Madden
  3. Skinner, Aubin & Berlin
  4. risk taking
  5. Burt, Peterson & Sarason
  6. Lejuez
  7. novelty seeking
  8. monotony avoidance
  9. cognitive-analytic therapy (CAT)
  10. Marriott & Kellett
  11. Hepple
  12. psychoanalytic object relations theory
  13. Kellyian personal construct theory

مرور مطالعات گذشته نشان داد که تا به حال هیچ پژوهشی به صورت مستقیم روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی را بهزیستی و تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در جامعه ایرانی مورد مطالعه قرار نداده است و اندک پژوهش‌های انجام شده در این زمینه مربوط به اثربخشی این درمان بر روی سایر اختلالات روانی می‌باشد. جاکوب و همکاران (۲۰۰۸)؛ لینهان، بوهاس و لینچ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷ و ابنیر- پرایمر، والچ، گروسمن، ریسچ، لینهان و بوهاس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷ هر کدام در تحقیقات جداگانه نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هیجان‌ات منفی بیشتر، هیجان‌ات مثبت کمتر و شدت بیشتر هیجان‌ات منفی را از خود نشان می‌دهند. بنازی<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسید که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در طول دوره روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی شرکت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل از تکانشوری و بی‌ثباتی عاطفی کمتری بعد از پیگیری دو ماهه برخوردار بودند. کاظمی، رسول‌زاده طباطبایی، دژکام، آزادفلاح و مؤمنی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II که برنامه درمانی شناختی-تحلیلی همراه با دارو درمانگری دریافت کرده بودند در مقایسه با گروهی که شناخت درمانی همراه با دارو درمانگری دریافت کرده بودند کاهش معنی‌داری در بی‌ثباتی هیجانی، تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی گزارش کردند و شناخت درمانگری و روان‌درمانگری تحلیلی-شناختی همراه با دارو درمانگری از دارو درمانگری به تنهایی مؤثرتر بود.

ریلی و گیر<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند که روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی باعث کاهش رفتارهای خودآسیبی و بهبود سازگاری اجتماعی و هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود. کیل‌لیت، بی‌نیت، رایلی و تک<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) در یک مطالعه نیز نشان دادند که روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی به طور بارزی بر کاهش علائم و بهبود سلامت روان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی

- 
1. Linehan, Bohus & Lynch
  2. Ebner-Priemer, Welch, Grossman, Reisch, Linehan & Bohus
  3. Benazzi
  4. Ryle & Kerr
  5. Kellett, Bennett, Ryle & Thake

روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی در درمان اختلالات بالینی چون اختلال جسمانی سازی، رفتارهای خودآسیب‌رسان (ریلی و گیر، ۲۰۱۱)، و خودکشی‌های تکانه‌ای، اختلال خوردن، سوء مصرف مواد، انواع اختلالات شخصیت مرزی و اختلال شخصیت خودشیفته (قاسم زاده، پیوسته‌گر، حسینیان، موتابی، بنی‌هاشمی، ۲۰۱۰)، افسردگی، اختلال وحشت‌زدگی (کلارک، توماس و جیمز، ۲۰۱۳)، اختلالات روان‌پریشی، اختلال وسواسی اجباری (یوسفی، رحیمیان بوگر و رضایی، ۱۳۹۲)، و اختلالات اضطرابی (تزوورمانیز، آدموپولو، بوزیکا، ویکلی، زاگورا و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰) می‌باشد.

در مجموع با توجه به نتایج پژوهش‌ها، تأثیر منفی این اختلال بر بهزیستی روانشناختی و اجتماعی (چابرو، روسیو، کالاهان و هیلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷)، روابط بین فردی و هیجانی افراد مبتلا (اکبری و همکاران، ۱۳۸۷)، آگاهی از ویژگی این تغییرات رفتاری و بهره‌گیری از مداخلات روانشناختی مناسب می‌تواند از بروز رفتارهای بدون برنامه و تکانشی افراد مبتلا جلوگیری کرد. بهزیستی روانشناختی آن‌ها را بهبود بخشد. و تغییرات قابل ملاحظه‌ای در شیوه توان‌بخشی این بیماران ایجاد کرد. همچنین وجود شواهد قوی از اثربخشی این مداخله روانشناختی، پیشنهاد مطالعات قبلی به انجام بررسی بیشتر و معضلات روان‌درمانی‌های موجود در درمان اختلال شخصیت مرزی بر ضرورت این مطالعه می‌افزاید. از سوی دیگر عدم بررسی این مدل درمانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت از جمله اختلال شخصیت مرزی در ایران، خلاء دیگری است که با این مطالعه پر خواهد شد و نتیجه چنین مطالعه‌ای به‌عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود بهزیستی روانشناختی و هیجانی این بیماران خواهد بود. بنابراین هدف این پژوهش، مداخله‌ای در بهزیستی ذهنی و کاهش رفتارهای تکانشی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی: اثربخشی و کارآمدی روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی بود. مسأله پژوهش حاضر این است، آیا درمان شناختی- تحلیلی بر ارتقای بهزیستی

- 
1. Clarke S, Thomas P, James
  2. Tzouramanis, Adamopoulou, Bozikas, Voikli, Zagora and etal
  3. Chabrol, Rousseau, Callahan & Hyler

اجتماعی، هیجانی و روانشناختی و کاهش تکانشوری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است؟

### روش پژوهش

طرح تحقیق این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه<sup>۱</sup> بود که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل یعنی درمان شناختی-تحلیلی بر متغیرهای وابسته یعنی بهزیستی اجتماعی، هیجانی، روانشناختی و بی‌برنامگی، تکانشوری حرکتی، شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. و شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱- جایگزین کردن تصادفی آمودنی‌ها؛ ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳- اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایش؛ ۴- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها و ۵- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (با فاصله زمانی ۲ ماه).

**جامعه، روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه:** جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مطب‌های روانپزشکان و بیمارستان روانپزشکی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، براساس ارجاع متخصصان اعصاب و روان، ۴۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، از بین ۵۰ مراجعه‌کننده به مطب‌های روانپزشکان و بیمارستان روانپزشکی فارابی، با توجه به پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، در وهله اول، و انجام مصاحبه بالینی براساس DSM-IV و آزمون میلیون ۳، انتخاب شدند. در آغاز، مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-IV، توسط متخصصان اعصاب و روان، از آن‌ها به عمل آمد و سپس جهت اجرای آزمون‌ها به آزمونگر ارجاع داده شدند. به این صورت که از بین مردان ارجاع داده شده افرادی که نمره بالاتر از ( $BR > 84$ ) در آزمون میلیون ۳ گرفته بودند و انجام مصاحبه بالینی SCID-II با توجه به ملاک‌های DSM-IV، برای اختلالات شخصیت به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه). در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای

1. The pretest-posttest-followup control group design

اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰). همچنین با بکارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیر معیار همگونی<sup>۱</sup> آزمودنی‌ها رعایت گردید: الف- ملاک‌های ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی، نداشتن سابقه روان‌گسستگی<sup>۲</sup> و آشفتگی<sup>۳</sup>؛ نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده، داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال؛ داشتن تحصیلات در حد دبیرستان؛ عدم دریافت دارو در زمان تشخیص و در طول دوره‌ی پژوهش ب- ملاک‌های خروج مشتمل بر داشتن اختلالات همراه شدید، داشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی، افسردگی شدید؛ قرار داشتن در مسمومیت دارویی یا ترک دارو.

#### ابزار سنجش و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

**مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت<sup>۴</sup> (SCID-II):** این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II بر اساس DSM-IV تدوین شده است. برای تشخیص اختلالات شخصیت می‌توان از این آزمون به صورت مقوله‌ای یا ابعادی بهره گرفت. پرسشنامه دارای ۱۱۹ پرسش است و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود، میزان تحصیلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن حداقل ۸ کلاس است. آزماینده با توجه به پرسش‌هایی که بیمار به آن‌ها پاسخ مثبت می‌دهد مصاحبه را جهت می‌دهد. پایایی و روایی بالای این آزمون در مطالعات مختلف نشان داده شده است (فرست و همکاران، ۱۹۹۷؛ سادوک و سادوک، ۱۳۸۷؛ نوروزی، ۱۳۸۴ و انفرادی، ۱۳۸۹).

**پرسشنامه چند محوری میلون - ۳ (MCMI-III)<sup>۵</sup>:** این پرسشنامه توسط تیودور میلون روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه گردیده است. و شامل ۱۷۵ جمله کوتاه توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا

- 
1. benchmark
  2. psychosis
  3. mania
  4. Structural Clinical Interview For DSM
  5. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)

استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون بالاست (کراث مارنات<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). در ایران شریفی، مولوی و نامداری (۲۰۰۸)، این پرسشنامه را هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه‌ی ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸۰ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد. همچنین رحمانی و همکاران (۱۳۹۲) اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۷ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد.

**مقیاس تکانشوری بارات<sup>۲</sup>:** مقیاس تکانشوری توسط بارات<sup>۳</sup> (۱۹۹۴)، ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ آیتم دارد و آزمودنی‌ها به این آیتم‌ها به صورت چهار درجه‌ای (۱= به ندرت / هرگز، ۲= گهگاه، ۳= اغلب، و ۴= تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. این مقیاس سه مؤلفه بی‌برنامگی و تکانشوری حرکتی و شناختی را اندازه‌گیری می‌کند (بشارت، ۲۰۰۷). در یک تحقیق مقدماتی پاتون استفورد و بارات<sup>۴</sup> (۱۹۹۵)، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای بی‌برنامگی ۰/۸۲، تکانشوری حرکتی ۰/۸۶ و تکانشوری شناختی ۰/۸۸ بدست آمد.

**مقیاس بهزیستی ذهنی گی‌یرز و ماگیارمو<sup>۵</sup> (۲۰۰۳):** منظور از بهزیستی ذهنی نمره‌ای است که از پرسشنامه بهزیستی ذهنی گی‌یرز به دست می‌آید این پرسشنامه دارای سه بخش است و ابعاد هیجانی، روانشناختی و اجتماعی بهزیستی را ارزیابی می‌کند در این پژوهش هر سه بعد این پرسشنامه در نظر گرفته شده است.

**مقیاس فرعی بهزیستی هیجانی:** این مقیاس با ۱۲ سؤال، هیجانات مثبت و منفی افراد را در یک ماه منتهی به مطالعه ارزیابی می‌کند و نمره‌ای است که فرد در مقیاس فرعی

- 
1. Groth-Marnat
  2. Impulsiveness Scale
  3. Barratt
  4. Patton, Stanford & Barrett
  5. Keyes & Magyar-Moe

بهبودی هیجانی به دست می‌آورد. آن‌ها احساس کلی خود را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تمام مدت) تا ۵ (هیچ وقت) رتبه‌بندی می‌کنند. ۱ به معنی بدترین حالت و ۵ به معنی بهترین حالت هیجانی است (گلستانی‌بخت، ۲۰۰۷).

**مقیاس فرعی بهزیستی اجتماعی:** بهزیستی اجتماعی عبارت است از نمره‌ای که فرد در این مقیاس فرعی به دست می‌آورد. این مقیاس دارای ۱۵ سؤال و شامل ۵ مؤلفه مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و همبستگی اجتماعی است. پاسخ‌گویان ارزیابی کلی خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالفم) تا ۷ (بسیار زیاد موافقم) رتبه‌بندی می‌کنند (گلستانی‌بخت، ۲۰۰۷). این پرسشنامه توسط گلستانی‌بخت (۲۰۰۷) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شده است. وی ضریب همبستگی پرسشنامه بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمده است.

**مقیاس فرعی بهزیستی روانشناختی:** بهزیستی روانشناختی عبارت است از نمره‌ای که فرد در این مقیاس فرعی به دست می‌آورد. این مقیاس دارای ۱۸ سؤال و شامل ۶ مؤلفه پذیرش خویش، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران است. پاسخ‌گویان ارزیابی روانشناختی کلی از خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالفم) تا ۷ (بسیار زیاد موافقم) رتبه‌بندی می‌کنند (گلستانی‌بخت، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای بهزیستی اجتماعی ۰/۷۲، بهزیستی هیجانی ۰/۸۴ و بهزیستی روانشناختی ۰/۸۴ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب این مقیاس در فرهنگ ایرانی می‌باشد.

**فرایند اجرای پژوهش:** بعد از هماهنگی و کسب مجوز از متخصصین روانپزشکی، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی رضایت افراد نمونه تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس بعد از تشخیص روانپزشک با تکمیل

مقیاس میلون ۳ مردان دارای نمره‌ی بالا ( $BR > ۸۴$ ) در این پرسشنامه شناسایی و مورد مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته SCID-II قرار گرفتند. از بین مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ۴۰ نفری که مایل به شرکت در پژوهش بودند به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجه افراد نمونه تحقیق و بیان اهداف پژوهش، از آن‌ها درخواست شد تا در طول دوره درمان این اختلال شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سؤالی را بدون جواب نگذارند. گروه آزمایش به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند تا امکان کنترل آن‌ها در جلسات آموزشی مهیا شود. علاوه بر این برای کنترل بهتر این افراد از دو نفر دستیار استفاده شد؛ سپس هر یک از این دو گروه آزمایش تحت آموزش گروهی روان‌درمانگری تحلیلی - شناختی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مدت جلسات درمانی شامل ۱۶ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته بود و به صورت گروهی و در هفته یکبار اجرا می‌گردید. در طی این جلسات و بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. و در نهایت مجدداً افراد نمونه تحقیق بعد از یک دوره ۲ ماهه دوباره به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ضمن اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود. ضمناً هیچ افت آزمودنی در دو گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت.

جدول ۱. خلاصه محتوای راهنمای درمان شناختی - تحلیلی بر اساس ترتیب جلسات

جلسه	محتوای درمان
جلسه اول	سنجش آغازین، بازنگری فرمول بندی، 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	بازنگری فرمول بندی بر اساس جمع‌آوری سابقه شخصی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری. شامل:

رویدار راه انداز، شیوه بین فردی، شیوه شناختی، شیوه احساسی، دلبستگی، مزاج، حکم والدین، دیدگاه نسبت به خود، دیدگاه نسبت به جهان و طرح‌واره‌های ناسازگار	
بازنگری فرمول‌بندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری.	جلسه سوم
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 در نهایت نوشتن نامه فرمول‌بندی بازنگری شده به بیمار.	جلسه چهارم
تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول‌بندی نهایی بر اساس فرمول‌بندی‌های اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بالینی.	جلسه پنجم
بازشناسی رخدادهای آشکار ساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار، شناسایی روند آسیب شناسی و در نهایت ارائه فرمول‌بندی ترسیمی یا هندسی.	جلسه ششم
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.	جلسه هفتم
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
بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام گرفته توسط بیمار	جلسه نهم
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
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری هیجانات منفی بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی	جلسه یازدهم
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی درمانجو، بیش‌نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه	جلسه دوازدهم
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی	جلسه سیزدهم
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
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بیش‌افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت زندگی و تعریف مجدد از زندگی	جلسه پانزدهم
نوشتن نامه‌های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و بیمار به هم و نیز خلاصه‌سازی روند درمان بر اساس آنچه کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است	جلسه شانزدهم



همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون گروه آزمایش در بهزیستی ذهنی ۱۳۱/۲۲ (و ۱۰/۷۷) و تکانشوری ۷۰/۵۴ (و ۳/۵۶)، نمره کلی پس‌آزمون گروه آزمایش در بهزیستی ذهنی ۱۵۱/۴۱ (و ۱۳/۴۸) و تکانشوری ۵۴/۰۸ (و ۳/۸۴) و نمره پیگیری گروه آزمایش در بهزیستی ذهنی ۱۴۹/۱۷ (و ۱۷/۸۳) و تکانشوری ۵۷/۸۹ (و ۲/۸۵) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون گروه کنترل در بهزیستی ذهنی ۱۳۱/۸۱ (و ۱۱/۷۲) و تکانشوری ۶۹/۶۲ (و ۵/۸۷)، نمره کلی پس‌آزمون گروه کنترل در بهزیستی ذهنی ۱۳۷/۱۹ (و ۱۱/۳۳) و تکانشوری ۶۴/۵۳ (و ۴/۲۳) و در مرحله پیگیری نمره بهزیستی ذهنی ۱۳۷/۲۸ (و ۱۰/۶۹) و تکانشوری ۶۱/۵۳ (و ۳/۵۳) می‌باشد. به عبارتی نمرات گروه آزمایش در تمام مؤلفه‌های بهزیستی افزایش و در تمام مؤلفه‌های تکانشوری کاهش داشته است. اما در گروه گواه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند.

**بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس:** قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور پنج مفروضه تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن واریانس‌ها، برای تشخیص نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمرات متغیرهای بهزیستی ذهنی و تکانشوری در پیش‌آزمون-پس‌آزمون نرمال می‌باشد و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار است ( $P > 0.05$ ). خطی بودن<sup>۱</sup>، هم‌خطی چندگانه<sup>۲</sup>، همگنی واریانس‌ها<sup>۳</sup> و همگنی شیب‌های رگرسیون<sup>۴</sup> مورد بررسی قرار گرفتند (گیلز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). در این پژوهش، پیش‌آزمون‌های بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی و تکانشوری حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی، به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها<sup>۶</sup>) و

- 
1. linearity
  2. multicollinearity
  3. homogeneity of variance
  4. homogeneity of regression
  5. Giles
  6. covariate

پس آزمون‌های آن‌ها، به عنوان متغیرهای وابسته تلقی شدند. با توجه به ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر یک از مؤلفه‌ها مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) وابسته محقق شد. همچنین چون متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) با یکدیگر همبستگی بالایی ۰/۹۰ نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، تقریباً مفروضه هم خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) اجتناب شده است. برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمون‌های لوین<sup>۱</sup> و تصحیحات باکس<sup>۲</sup> استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. لازم به توضیح است که در این پژوهش پس‌آزمون‌های بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی و تکانشوری حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی به عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون آن‌ها به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) تلقی شدند. بنابراین بین متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش‌آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس‌آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (یعنی گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم بود. و تعامل غیر معنی‌داری بین متغیرهای وابسته و کمکی (کواریت‌ها) مشاهده شد. پس فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی برقرار است.

جدول ۳. نتایج آزمون باکس و لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی و تکانشوری در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

P	F	DF2	DF1	BOX'SM
۰/۱۲۷	۱/۳۵۷	۵/۳۱۱	۲۱	باکس پس‌آزمون (۳۴/۳۹۵)
۰/۳۲۷	۱/۱۱۱	۵/۳۱۱	۲۱	باکس پیگیری (۲۸/۱۴۳)

  

لون				
P	F	DF2	DF1	Levene's
۰/۹۴۶	۰/۰۰۵	۳۸	۱	پس‌آزمون بهزیستی اجتماعی
۰/۲۹۰	۱/۱۵۰	۳۸	۱	پیگیری بهزیستی اجتماعی
۰/۸۳۲	۰/۰۴۶	۳۸	۱	پس‌آزمون بهزیستی هیجانی
۰/۷۱۴	۰/۱۳۷	۳۸	۱	پیگیری بهزیستی هیجانی
۰/۹۳۰	۰/۰۰۸	۳۸	۱	پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی
۰/۱۲۱	۲/۳۶۱	۳۸	۱	پیگیری بهزیستی روانشناختی

1. Leven's test of equaility variances
2. Box's

۰/۶۸۲	۰/۱۷۰	۳۸	۱	پس‌آزمون بی‌برنامگی
۰/۳۶۰	۱/۳۶۲	۳۸	۱	پیگیری بی‌برنامگی
۰/۱۸۰	۱/۰۸۶	۳۸	۱	پس‌آزمون حرکتی
۰/۸۲۵	۰/۰۵۰	۳۸	۱	پیگیری حرکتی
۰/۳۴۵	۰/۸۸۰	۳۸	۱	پس‌آزمون شناختی
۰/۱۲۳	۲/۴۸۷	۳۸	۱	پیگیری شناختی

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها در مرحله پس‌آزمون با  $F=1/357$ ،  $P=0/127$  و  $BOX=34/395$  و پیگیری با  $F=1/111$ ،  $P=0/327$  و  $BOX=28/143$  معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است.

جدول ۴. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری

(MANCOVA) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

موقعیت	آزمون	ارزش	DF فرضیه	DF خطا	F	P	Eta
عضویت گروهی پس‌آزمون	پیلای-بارتلت	۰/۶۲۳	۶	۲۷	۷۹/۹۱۵	$P \leq 0/001$	۰/۶۲۳
	لامبدای ویلکز	۰/۳۷۷	۶	۲۷	۷۹/۹۱۵	$P \leq 0/001$	۰/۶۲۳
	اثر هتلینگ	۱۷/۷۵۹	۶	۲۷	۷۹/۹۱۵	$P \leq 0/001$	۰/۶۲۳
	بزرگترین ریشه روی	۱۷/۷۵۹	۶	۲۷	۷۹/۹۱۵	$P \leq 0/001$	۰/۶۲۳
عضویت گروهی پیگیری	پیلای-بارتلت	۰/۵۸۷	۶	۲۷	۹۱/۵۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۸۷
	لامبدای ویلکز	۰/۴۱۳	۶	۲۷	۹۱/۵۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۸۷
	اثر هتلینگ	۲۰/۳۳۸	۶	۲۷	۹۱/۵۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۸۷
	بزرگترین ریشه روی	۲۰/۳۳۸	۶	۲۷	۹۱/۵۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۸۷

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، عامل بین آزمودنی‌های گروه (درمان شناختی- تحلیلی) بر مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی، هیجانی، روانشناختی و تکانشوری در مرحله پس‌آزمون ( $F(۶, ۲۷) = ۷۹/۹۱۵, P < ۰/۰۰۱$ ) و نیز در مرحله پیگیری ( $F(۶, ۲۷) = ۹۱/۵۲۳۷, P < ۰/۰۰۱$ ) اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر این فرضیه که روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی باعث بهبود بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی و کاهش تکانشوری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود در سطح معنی‌داری  $P < ۰/۰۰۱$  تأیید می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای نمرات مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی و تکانشوری در دو گروه روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی و گروه گواه

متغیر	مؤلفه	SS	DF			F	P	Eta
			گروه	خطا	مکمل			
بهزیستی ذهنی	اجتماعی	۲۶/۱۷۸	۱	۳۲	۴۰	۱۸۶/۶۶۹	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵۴
	بهریستی	۳۴۷/۰۰۳	۱	۳۲	۴۰	۱۶۵/۶۳۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۳۸
	پس‌آزمون	۱۰۵/۱۵۴	۱	۳۲	۴۰	۹۰/۳۰۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۳۸
	بهریستی	۱۵۵/۵۱۴	۱	۳۲	۴۰	۱۱۰/۲۳۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۹۵
	هیجانی	۱۷۱/۶۶۱	۱	۳۲	۴۰	۱۴۵/۲۵۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۹

۰/۶۵۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۸۱/۰۸۵	۲۳۳/۶۰۵	۴۰	۳۲	۱	۲۳۳/۶۰۵	پیگیری شناختی
۰/۶۹۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۲۱/۱۲۱	۱۸۸/۶۶۴	۴۰	۳۲	۱	۱۸۸/۶۶۴	پس‌آزمون شناختی
۰/۷۲۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۷۰/۳۲۲	۲۱۶/۱۳۴	۴۰	۳۲	۱	۲۱۶/۱۳۴	پیگیری حرکتی
۰/۷۶۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۰۴/۲۰۲	۲۱۹/۶۶۵	۴۰	۳۲	۱	۲۱۹/۶۶۵	پس‌آزمون حرکتی
۰/۸۴۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۳۸/۹۸۳	۱۸۶/۹۳۵	۴۰	۳۲	۱	۱۸۶/۹۳۵	پیگیری برنامگی
۰/۷۲۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۳۳/۲۸۷	۲۱۳/۹۸۲	۴۰	۳۲	۱	۲۱۳/۹۸۲	پس‌آزمون برنامگی
۰/۵۴۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۲۱۸/۱۴۷	۱۸۵/۷۴۱	۴۰	۳۲	۱	۱۸۵/۷۴۱	پیگیری بهرزستی ذهنی
۰/۶۲۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۳۸۷/۲۵۱	۲۵۴۱/۶۵۸	۴۰	۳۲	۱	۲۵۴۱/۶۵۸	پس‌آزمون بهرزستی ذهنی
۰/۶۸۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۰۲/۸۸۷	۱۷۷/۳۶۵	۴۰	۳۲	۱	۱۷۷/۳۶۵	پیگیری بهرزستی روانشناختی

تکانشگری

۰/۷۱۲	$P \leq 0/001$	۲۸۷/۳۲۴	۲۵۵۱/۶۴۸	۴۰	۴۲	۱	۲۵۵۱/۶۴۸	پس‌آزمون تکانشگری
۰/۶۷۱	$P \leq 0/001$	۲۱۴/۵۴۱	۱۷۵۲/۵۴۷	۴۰	۴۲	۱	۱۷۵۲/۵۴۷	پیش‌آزمون تکانشگری

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانکوا، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، روان‌درمانگری تحلیلی شناختی بر بهزیستی ذهنی در مرحله پس‌آزمون ( $P < 0/001$ )، اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر افزایش مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه است. همچنین تکانشگری در مرحله پس‌آزمون ( $F(1, 32) = 287/324, P < 0/001$ ) و مرحله پیگیری ( $F(1, 32) = 214/541, P < 0/001$ ) اثر معنی‌داری دارد. میانگین نمرات تعدیل شده بی‌برنامگی، تکانشوری حرکتی و شناختی بین گروه‌های آموزشی روان‌درمانگری تحلیلی - شناختی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش تکانشوری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بهزیستی ذهنی و تکانشگری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری

متغیرها	آزمون‌ها	(I-J)	P
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲۰/۱۹	$P \leq 0/001$
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۷/۹۵	$P \leq 0/001$
	پس‌آزمون - پیگیری	۲/۲۴	$P \leq 0/04$
تکانشگری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۶/۴۶	$P \leq 0/001$
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۲/۶۵	$P \leq 0/001$
	پس‌آزمون - پیگیری	۳/۸۱	$P \leq 0/02$

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود متغیر بهزیستی ذهنی و تکانشگری در هر سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون، پیش‌آزمون- پیگیری و پس‌آزمون- پیگیری معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مداخله‌ای در بهزیستی ذهنی و کاهش رفتارهای تکانشی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی: اثربخشی و کارآمدی روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی بود. یافته‌های به دست آمده نشان داد که اثر روش درمانی شناختی تحلیلی در مرحله پس‌آزمون ( $F(1, 32) = 387/251, P < 0/001$ ) و مرحله پیگیری ( $P < 0/001, 218/147$ ) = (۱ و ۳۲) اثر معنی‌داری دارد، به منظور مشخص نمودن اینکه این متغیر در کدام مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم تفاوت معنی‌دار دارند، از آزمون‌های تعقیبی (LSD) با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات بهزیستی ذهنی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود داشت. این یافته‌ها بیانگر ثبات مداخله در پیگیری دو ماهه می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر برای مثال (بنازی، ۲۰۰۰؛ قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۱۰؛ ریلی و گیر، ۲۰۱۱ و کیل کیت و همکاران، ۲۰۱۳) همخوانی دارد. در مطالعه‌ای فزون‌ی (۲۰۱۰) نشان داد که فرمول‌بندی مستحکم، ارائه آگاهی و بینش‌افزایی نسبت به منشأ تحولی مشکلات بیمار طی درمان شناختی- تحلیلی در بهبود مبتلایان به انواع اختلالات روانشناختی اثربخش است. در مطالعه‌ای دیگر که توسط کلارک (۲۰۱۳) صورت پذیرفته بود، نشان داد که ترغیب به یادآوری و بازگشایی تجربیات آسیب‌زای اولیه و حل و فصل آن‌ها در درمان شناختی- تحلیلی نقش مؤثری در کاهش علائم بیمارگونه، کاهش درماندگی روانشناختی و در نهایت بهبود سلامت روان دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، درمان شناختی- تحلیلی به واسطه تغییر در صفات هسته‌ای شخصیت و اصلاح رفتارهای آسیب‌زا به بهبود عملکرد روانی- اجتماعی و بهزیستی روانشناختی منجر می‌گردد (لیویلن، ۲۰۰۳ و چنن، ۲۰۱۳). همچنین درمان شناختی-

تحلیلی با تأثیر بر ساختارهای شخصیتی و سبک زندگی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، در بهبود بی‌ثباتی هیجانی، هویت و خودپنداره مؤثر بوده که این امر منجر به افزایش بهزیستی هیجانی می‌شود. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در زمینه‌های متعدد از جمله کار و توسعه روابط بین‌فردی مشکلات فراوانی دارند و امروزه مشخص شده است که مشخصه‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی بی‌ثباتی عاطفی، احساسات مزمن پوچی و پرخاشگری نامناسب و شدید است، که همگی نشانگر مشکلاتی در فرآیند پردازش شناختی و هیجانی می‌باشند (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین اصول روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی این بی‌ثباتی هیجانی، هویت و خودپنداره را در الگوی ناسازگارانه و تکرار شونده دوران اولیه زندگی می‌بیند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۰). و با اصلاح این چرخه تکراری در رفتارها و عواطف و کشف ریشه تعارض‌ها با به‌کارگیری بازسازی شناختی طرحواره‌های محدود و معیوب (رها شدگی/ طرد، محرومیت هیجانی، معیوب بودن، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری) این افراد در جهت ارتقای بهزیستی اجتماعی و هیجانی این بیماران مؤثر باشد (کلارک، ۲۰۱۳). در تبیین دیگر اثربخشی CAT در ارتقای بهزیستی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی می‌توان گفت، بیماران مورد مطالعه ۱۶ جلسه گروهی را با یک درمانگر خاص دریافت نمودند که می‌توان استنباط کرد، اتحاد درمانی بین بیماران و درمانگر، خود تسهیل‌کننده فرآیند و تداوم بهتر درمان و در نتیجه اثربخشی آن باشد (بنت و پاری، ۲۰۰۶).

همچنین نتایج نشان داد که روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی بر کاهش رفتارهای تکانشی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. یافته‌های به‌دست آمده نشان داد که اثر روش درمانی شناختی تحلیلی در مرحله پس‌آزمون ( $P < 0/001$ )،  $F(32/287) = 214/541$ ،  $P < 0/001$ ) و مرحله پیگیری ( $F(32) = 214/541$ ) اثر معنی‌داری دارد، به منظور مشخص نمودن اینکه این متغیر در کدام مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم تفاوت معنی‌دار دارند، از آزمون‌های تعقیبی (LSD) با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات تکانشوری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود

داشت. این یافته‌ها بیانگر ثبات مداخله در پیگیری دو ماهه می‌باشد. این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر برای مثال (طباطبایی، ۱۳۹۰؛ ریلی و گیر، ۲۰۱۱ و قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۱۰) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، بی‌نظمی رفتاری، ناتوانی در تفسیر علامت‌های هیجانی و ناتوانی در تنظیم واکنش‌ها، از ابعاد اصلی این اختلال است و با تحول نارسای هیجانی در ارتباط است و موجب می‌شود که واکنش‌های آن‌ها به صورت افراط و تفریط باشد (والتر، ۲۰۰۶). همچنین برخی از محققان، اختلال شخصیت مرزی را حاصل تعامل پویایی مزاج (تفاوت‌های فردی در واکنش‌پذیری هیجانی، حرکتی و خودنظم‌جویی، سلطه عاطفه منفی، سطح پایین مهارگری، و فقدان حس بهم پیوسته از خود و دیگران می‌دانند) (سیلبرس وای، کلارکین، گلدستاین، کرنبرگ، ۲۰۰۷).

تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که بی‌نظمی عاطفی محور نارساکنشی موجود در اختلال شخصیت مرزی و یکی از نشانه‌های متمایزکننده آن است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). این بی‌نظمی عاطفی به صورت واکنش‌های هیجانی قوی (تکانشوری) به محرک هیجانی و بازگشت‌گند به سطح هیجانی خط پایه است. این بیماران به کندی از حالت هیجانی برانگیخته (خشم، تکانشوری) به حالت عادی باز می‌گردند، به سختی احساس‌های منفی خود را متمایز می‌کنند و از آن‌ها به‌عنوان احساسات بد استفاده می‌کنند نوعی آرمان‌سازی و بی‌ارزش‌سازی (کراتز، روزنتال، تول و لجویز، ۲۰۱۰). همچنین رفتار آشکار در این افراد به وسیله جریان شناختی، میانجی‌گری نمی‌شود و این افراد نمی‌توانند یاد بگیرند که با کنترل و تغییر فرآیندهای شناختی، رفتار خود را تغییر دهند بنابراین این هیجان‌ات منفی توأم با مهار شناختی (فرایند تصمیم‌گیری، حل تعارض و خودکنترلی) ضعیف ممکن است به رفتارهای خودآسیب‌رسان، تکانشی و بدون برنامه منجر شود (معتمدی و امیرپور، ۲۰۱۲). همچنین برخی الگوهای مغزی با تکانشوری مرتبط است.

به نظر می‌رسد که تکانشوری شناختی از نظر فیزیولوژیکی بتواند فرد را مستعد چنین الگویی کند. تکانشوری شناختی، تمرکز، توجه، تفکر، استدلال و درکل پردازش را دچار مشکل می‌کند و در نتیجه میزان رفتارهای بدون برنامه و آنی را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بالا می‌برد (بارت، ۱۹۹۴). از آنجا که روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی

افراد را به فکر کردن وامی‌دارد و با تعمیم مهارت‌های اجتماعی در مقایسه با رویکردهای آموزش مستقیم به طرز فعال‌تری بیماران دارای بی‌ثباتی هیجانی و رفتاری را به آموختن مهارت‌های جدید تشویق می‌کند همچنین در این رویکرد به جای آموزش جداگانه مهارت‌ها به افراد، تلاش می‌شود که با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، مهارت‌های حل مسأله نیز آموزش داده شود و این مهارت‌ها (حل مسأله و تصمیم‌گیری) به گونه‌ای در آن‌ها تقویت می‌شود که بتوانند شرایط مختلف اجتماعی را با موفقیت پشت سر بگذارند (اولدهام و واتچ، ۲۰۰۵).

در واقع روان‌درمانگری شناختی - تحلیلی به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش طرح‌واره‌های طرد، بی‌اعتمادی بدرفتاری، محرومیت هیجانی و وابستگی / بی‌کفایتی و افزایش انعطاف‌پذیری و عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود (زنارینی، فرانگین برک، و همکاران، ۲۰۰۴). اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، رفتارهای خودجرحی و زیان‌بار، تکانشوری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد (رایلی و همکاران، ۲۰۰۰). چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد (اولدهام و واتچ، ۲۰۰۵). چندین مداخله می‌تواند برای تحقق این هدف استفاده شود (کراتز و همکاران، ۲۰۱۰).

بنابراین، با آموزش روانی - اجتماعی به مراجعین کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان (به خصوص عملکرد هیجان‌ات) را بفهمند و میزان احساس‌های خوب را با تکنیک‌های شناختی جایگزین احساس‌های بد کنند و همیشه از رفتارهای دیگران تفکر دوقطبی و قضاوتی نداشته باشند (کلارک، ۲۰۱۳). بنابراین پایش رفتار و هیجان خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی‌اش کمک کند، به خصوص این نکته

را بفهمد که تجارب کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد (فزونی، ۲۰۱۰). فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست. بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند (رایلی و همکاران، ۲۰۰۰). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی با بهبود روابط بین شخصی، هیجانی و خودپنداره افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از انجام رفتارهای تکانه‌ای، بدون تفکر و برنامه‌ریزی نشده با ارتباط مناسب بین بیمار و درمانگر، اصلاح طرح‌واره‌های آسیب‌زای کودکی و جایگزین کردن طرح‌واره‌های مناسب به بهبود عملکرد اجتماعی این بیماران کمک کند.

در انجام هر پژوهش پژوهشگران با محدودیت‌هایی مواجه هستند از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه، به بیماران مراجعه‌کننده به مطب‌های روانپزشکی که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر بیماران و همچنین سایر گروه‌های جامعه با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین نمونه مورد مطالعه فقط مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به علت عدم دسترسی به زنان مبتلا به این اختلال امکان مقایسه این گروه‌ها وجود نداشت و در آخر طول دوره دو ماه روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی که ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از این روش روان‌درمانگری هم در مراکز کلینیکی و هم برای اختلالات دیگر از جمله افسردگی، خودکشی‌های تکانه‌ای، اختلال خوردن، سوء مصرف مواد، اختلالات اضطرابی استفاده شود. در کنار روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی از درمان‌های دیگری در کنار این درمان در اختلالات شخصیت استفاده شود و این دو روش درمانی با هم مقایسه شوند تا اثربخشی هر کدام مشخص شود.

## منابع

- اکبری، جواد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا و قنبری هاشم آبادی، بهرام علی. (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی بر علایم اضطراب و تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله‌ی علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۰ (۴ پیاپی ۴۰)، ۳۲۳-۳۱۷.

انفرادی، سیده حامده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با اضطراب و افسردگی در دانشجویان (مقایسه بین نمونه بالینی و غیر بالینی). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی انستیتو روان پزشکی.

رحمانی، فاتح؛ کیانی، محمد علی؛ رضایی، فرزین و نصوری، مرضیه. (۱۳۹۲). بررسی واکنش پذیری هیجانی در موقعیت‌های آزارنده، و تأخیر در بازگشت به خط پایه، در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله علوم رفتاری*، ۷(۲)، ۹۱-۱۰۰.

کاظمی، حمید؛ رسول زاده طباطبایی، سید کاظم؛ دژکام، محمود؛ آزاد فلاح، پرویز و مومنی، خلیل. (۱۳۹۰). اثربخشی روان‌درمانگری شناختی - تحلیلی، روان‌درمانگری شناختی و دارو درمانگری در کاهش بی‌ثباتی هیجانی، تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی II. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۲)، ۹۹-۹۱.

نوروزی، نصرت‌الله. (۱۳۸۴). بررسی عامل دو گانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال شخصیت. *پایان نامه دکترای روانشناسی بالینی*. دانشگاه علوم پزشکی تهران.

یوسفی، آریتا؛ رحیمیان بوگر، اسحاق و رضایی، علی محمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری. *مجله روان شناسی بالینی*، ۵(۳ پیاپی ۱۹)، ۱-۱۰.

- Arntz A, Klokman J. (2005). Sieswerda S. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental* . 36 (2), 226-39.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 Th Ed). Washington, DC: APA.
- Barratt, E.s. (1994). Impulsivity: integrating cognitive, behavioral. Biological and environmental data. American Psychological Association. *Journal of Experimental Criminology* . 3(1), 12-22.
- Barry, K. L. Fleming, M. F. Manwell, L. B. & Copeland, L. A. (1997). Conduct disorder and antisocial personality in adult primary care patients. *Journal of Family Practice*, 45 (5), 151-158.
- Benazzi F. (2000). Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 41(2), 106-10.
- Bennett, D. Parry, G. Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality

- disorder: a task analysis. *Journal of Psychology and Psychotherapy*. 79, 395-418.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of farsi version of the Impulsiveness Scale with a sample of Iranian students. *Journal of Research Behavioral Sciences*. 101(14), 209-222.
- Bickel, W. K. Odum, A. L. & Madden, G. J. (1999). Impulsivity and cigarette smoking: Delay discounting in current, never, and ex-smokers. *Psychopharmacology (Berl)*, 146, 447-454.
- Burt, R. D. Dinn, K. T. Peterson, A. V. & Sarason, I. G. (2000). Predicting adolescent smoking: A prospective study of personality variables. *Preventive Medicine*, 30, 115-125.
- Clarke, S. Thomas P, James K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 202, 129-34.
- Dalack, G. W. Healy, D. J. & Meadore-Woodruff, J. H. (1998). Nicotine dependence in schizophrenia: Clinical phenomena and laboratory findings. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1490-1501.
- Dawe, S. Gullo, M. J. Loxton, N. J. (2012). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as “all-bad”? *Journal of Experimental Criminology*. 32(4): 1507–1518.
- Ebner-Priemer, UW. Welch, SS. Grossman, P. Reisch, T. Linehan, MM. Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 150 (3), 265-75.
- Fozooni, B. (2010). Cognitive analytic therapy: a sympathetic critique. *Psychotherapy and Politics International*. 8, 128-145.
- Gaspar, K. (2009). When necessity is the mother of invention: Mood and problem solving. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(1), 248-62.
- Ghasemzade, NS. Peivastegar, M. Hoseinian, S. Motabi, F. Banihashemi, S. Effectiveness of cognitive behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 4(1), 35-43. [Persian]
- Golestanibakht, T. (2007). *Model of subjective well and joy in the population of Tehran [dissertation]*. Tehran: Alzahra University. [Persian]
- Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. *Comprehensive Psychiatry*. 51 (3), 275-85.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.*
- Harmesen, H. Bischof, G. Brooks, A. Hohagen, F. & Rumpf, J. (2006). The relationship between impaired decision-making, sensation seeking

- and readiness to change in cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 31, 581-592.
- Hepple, J. (2012). Cognitive Analytic Therapy in a Group: Reflections on a Dialogic Approach. *British Journal of Psychotherapy*. 28: 474-495.
- Hughes, J. R. Hatsukami, D. K. Mitchell, J. E. & Dahlgren, L. A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 993-997.
- Imperato, P. J. & Mitchell, G. (1986). Cigarette smoking: A "chosen" risk. *New York State Journal of Medicine*, 86, 485-489.
- Jacob G, Guenzler AC, Zimmermann S, Scheel CN, Rüscher N, Leonhart R, Nerb J, Lieb K. (2008). Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental* . 39 (3), 391-402.
- Judd, PH. McGlashan, TH. (2010). A developmental model of borderline personality disorder: Understanding variations in course and outcome. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kazdin, AE. (2000). *Encyclopedia of psychology*: Oxford University Press.
- Kellett, S. Bennett, D. Ryle, T. Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical Psychology Psychotherapy*. 20, 216-25.
- Kellett, S. Feltham, C. & Horton, I. (2012). *Cognitive Analytic Therapy the SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy*. Sage. Ch. 343-350.
- Keyes, C. L. M. & Magyar-Moe. Jeana. L. (2003). *The measurement and utility of adult subjective well-being .p.411-425 in positive psychological assessment: Handbook of models and measures*, edited by S. J. Lopez and .R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lejuez, C. W. Aklin, W. M. Jones, H. A. Richards, J. B. Strong, D. R. Kahler, C. W. & Read, J. P. (2003). The Balloon Analogue Risk (BART) differentiates smokers and nonsmokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11(1), 26-33.
- Linehan, MM. Bohus, M. Lynch, T. (2007). *Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: theoretical and practical underpinnings*. In: J G, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press.
- Links, PS. HR. (2000). Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 23, 137-50.
- Llewellyn, S. (2003). Cognitive Analytic Therapy: Time and Process. *Psychodynamic Practice*. 9, 501-520.

- Marriott, M. Kellett, S. (2009). Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centred and cognitive-behavioural therapies. *Psychol Psychother.* 82, 57-72.
- McCown, W. G. Johnson, J. L. & Shure, M. B. (1994). *The impulsive client: Theory, research and treatment*. New York: American Psychological Association.
- McMain, SF. Links, PS. Gnam, WH. Guimond, T. Cardish, RJ. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry.* 166 (12), 1365-75.
- Mirzaei, P. (2007). *Build mental well-being and to compare the effectiveness of this program with the program in reducing depression, happiness Fordyce high school students in Isfahan [dissertation]*. Tehran: Alzahra University. [Persian]
- Mitchell, S. H. (2004). Effects of short-term nicotine deprivation on decision-making: Delay, uncertainty and effort discounting. *Nicotine Tobacco Research*, 6, 819-828.
- Mohammadzadeh, A. Rezaei, A. (2011). Validation of the borderline personality inventory in Iran. *Journal of Behavioral Sciences.* 5, 269-77.
- Motamedi, A. Amirpour, B. (2012). The effect of thinking styles on anger expression (in-out) and anger control(in-out) in university students. *Journal of Behavioral Sciences.* 6, 17-23 [Persian]
- Mulder, R. Chanen, AM. (2013). Effectiveness of cognitive analytic therapy for personality disorders. *The British Journal of Psychiatry.* 202, 89-90.
- Oldham, JM. (2005). Guideline Watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *The American Psychiatric Association Press.*
- Patton, J. H. Stanford, M. S. & Barrett, E. S. (1995). Factor structure of the barratte impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology.* 51 (8), 768-774.
- Richards, J. B. Mitchell, S. H. de Wit, H. Seiden, L. S. (1997). Determination of discount functions in rats with an adjusting-amount procedure. *Journal of the Experimental Analysis Behavior*, 67, 353-366.
- Rüsch, N. Lieb, K. Göttler, I. Hermann, C. Scharmm, E. Richter, H. Jacob GA. Corrigan, PW. Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (3), 500-8.
- Ryle, A. Kerr, IB. (2011). *Introducing cognitive analytic therapy*. John Wiley & Sons Ltd.

- Sharifi, AA. Molavi, H. Namdari, K. (2007). Validity of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 34, 27-38. [In Persian].
- Silbersweig, D. Clarkin, J. Goldstein, M. Kernberg, OF. Tuescher, OL. (2007). Failure of Frontolimbic Inhibitory Function in the Context of Negative Emotion in Borderline Personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 164, 1832-42.
- Skinner, M. D. Aubin, H. J. & Berlin, I. (2004). Impulsivity in smoking, nonsmoking, and ex-smoking alcoholics. *Addictive Behaviors*, 29 (5), 973-978.
- Stiglmayr, CE. Grathwol, T. Linehan, MM. Ihorst, G. Fahrenberg, J. Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* . 111, 372-9.
- Svrakic, DM. Cloninger, C. (2005). Personality disorders. In: Sadock BJ SV, editor. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9 ed). New York: Williams & Wilkins.
- Tzouramanis, P. Adamopoulou, A. Bozikas, V. Voikli, M. Zagora, C. Lombtzianidou, M. et al. (2010). Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome in patients with panic disorder. *Psychiatrike*. 21, 287-93.
- Walters, KN. (2006). *Emotional responses to social rejection and failure among persons with borderline personality features* [Dissertation]: University of Alberta.
- Williams, J. H. Wellma, N. A. Allan, L. M. Talor, E. Tonin, J. Feldon, J. & Rawlins, J. N. P. (1996). Tobacco smoking correlates with schizotypal and borderline personality traits. *Personality and Individual Differences*, 20, 267-270.
- Zanarini, MC. Frankenburg, FR. Parachini, EA. (2004). A preliminary randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in woman with borderline personality disorder. *Journal Clinical Psychiatry*. 65, 903-7.