

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۳ بهار ۱۳۹۸

## اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

ساناز عینی\*<sup>۱</sup>

محمد نریمانی<sup>۲</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. این پژوهش از نوع تجربی بوده و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری استفاده شد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در نهایت پس از اتمام آزمودنی‌ها ۲۸ نفر تا پایان مداخلات و ارزیابی‌ها باقی ماندند. درمان شناختی-تحلیلی برای گروه آزمایش اجرا شد. در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های روابط موضوعی بل و همکاران (۱۹۸۶) و سبک‌های دفاعی اندرز و همکاران (۱۹۹۳) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان شناختی-تحلیلی در بهبود روابط موضوعی و کاهش دفاع‌های نوروتیک و رشدنایافته افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است ( $P < 0.001$ ). درمان شناختی-تحلیلی راهبردی مناسب برای بهبود روابط موضوعی و کاهش دفاع‌های نوروتیک و رشدنایافته در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است و می‌توان از آن به عنوان یک شیوه مداخله مؤثر استفاده کرد.

**واژگان کلیدی:** اختلال شخصیت مرزی؛ درمان شناختی-تحلیلی؛ روابط موضوعی؛ مکانیسم‌های دفاعی

---

۱- دکتری روانشناسی تخصصی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)  
Email sanaz.einy@yahoo.com:

۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

## مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (BPD)<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلال‌های شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است که با بدتنظیمی هیجانی، سردرگمی هویت، تکانشگری و مشکلات بین‌فردی مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). در تعریفی دیگر، اصطلاح شخصیت مرزی برای بیمارانی به کار می‌رود که با فقدان حس یکپارچه هویت، ایگوی ضعیف، نبود سوپرایگوی یکپارچه و متکی بودن به مکانیسم‌های دفاعی اولیه مانند دوپاره‌سازی<sup>۳</sup>، همانندسازی فرافکن<sup>۴</sup> و تمایل به تفکر فرایند اولیه<sup>۵</sup> مشخص می‌شوند (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵؛ ترجمه گنجی، ۱۳۹۴). روابط بین‌فردی مختل، مشکلات هویتی، مشکلات تحصیلی و شغلی و نیز درگیری قانونی از مشکلاتی است که کارکردهای روزانه مبتلایان به این اختلال را با مشکل مواجه می‌کند (سادوک و همکاران، ۱۳۹۴).

رویکردهای متفاوت روانشناختی به بررسی علل BPD از ابتدای تولد و چگونگی تأثیرگذاری روابط والدین بر BPD پرداخته‌اند ولی عمیق‌ترین آنها رویکرد روان‌تحلیلی<sup>۶</sup> بوده است. یکی از نظریه‌های برگرفته از رویکرد روان‌تحلیلی که می‌تواند در سبب‌شناسی BPD مورد توجه قرار گیرد، روابط موضوعی است. اصطلاح «موضوع» به هر آن چیزی اشاره دارد که نیازی را برآورده می‌سازد. فروید نخستین بار در زمینه روابط اولیه مادر-فرزند از اصطلاح موضوع استفاده کرد. این واژه در ترکیب با روابط، به روابط بین شخصی اشاره دارد و حاکی از بقایای درونی شده روابط گذشته است که تعاملات کنونی فرد را با دیگران شکل می‌دهد (هاپریدج و گرینبرگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). کرنبرگ<sup>۸</sup> (۲۰۰۶) مطرح کرد که تجارب نامطلوب کودکی باعث می‌شود که کودکان بازنمایی‌های موضوعی مختلفی را درونی کنند که امکان تلفیق جنبه‌های مطلوب و نامطلوب نزدیکان را فراهم نمی‌سازد. در نتیجه این روابط موضوعی مختل، من‌ناایمن پدید می‌آید که ویژگی اصلی BPD است. کرنبرگ (۲۰۱۵) در پژوهشی بر مبنای توصیف BPD براساس DSM-5 بیان کرد که BPD سازمانی از تجارب

1- borderline personality disorder-BPD

3- splitting

5- primary process

7- Huprich &amp; Greenberg

2- American Psychiatric Association

4- projective identification

6- psychoanalytic

8- Kernberg

درونی است که براساس شدت آسیب‌شناسی خود و روابط موضوعی مشخص می‌شود. در پژوهشی دیگر نیز مشخص شد که بعد شناختی روابط موضوعی، رفتارهای خودکشی را در افراد مبتلا به BPD پیش‌بینی می‌کند و بین کیفیت بازنمایی‌های موضوعی و خودکشی در افراد مبتلا به دیگر اختلالات شخصیت رابطه معناداری وجود ندارد (لويس، میهان، کاین، ونگ، کلیمنس، استیونس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). هاپریچ، نیلسون، لینکو و آلبریت<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روابط موضوعی بهتر از بدتنظیمی هیجانی، عاطفه منفی و تکانشگری، علائم BPD را پیش‌بینی می‌کنند.

همچنین مطالعات پژوهشی مؤید این نکته هستند که BPD با کاربرد بیشتر مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و تحریف‌کننده (مثل دوپاره‌سازی) و کاربرد کمتر دفاع‌های کارآمد از دیگر اختلال‌ها متمایز می‌شود (بوند<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). مکانیسم‌های دفاعی، فرایندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده وارد عمل می‌شوند (وایلانته<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). مکانیسم‌های دفاعی گذار به عمل، خیال‌پردازی اوتیستیک، لایه‌سازی، پرخاشگری منفعلانه و جابجایی به‌طور معناداری توان پیش‌بینی ویژگی‌های BPD را دارند (شفیعی‌تبار، ۱۳۹۴). پری، پرسنیک و اولسون<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) نشان دادند که BPD با دفاع‌های اساسی تصویر تحریف‌شده و عمدتاً دوپاره‌سازی تصویر خود و دیگران و نیز دفاع‌های سطح هیستریک از جمله گسستگی و سرکوبی رابطه مثبت معناداری دارد. نوحی و حسنی (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که از بین مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک، مکانیسم دفاعی تشکل واکنشی مؤلفه علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس و از بین مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته، مکانیسم‌های دفاعی گذار به عمل، خیال‌پردازی و پرخاشگری منفعلانه با BPD در ارتباط هستند.

براساس شواهد نظری در خصوص BPD و شیوع بالای این اختلال، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است. در میان آنها

1- Lewis, Meehan, Cain, Wong, Clemence, Stevens  
3- Bond

2- Nelson, Lenqu & Albright  
4- Vaillant  
5- Perry, Presniak & Olson

می‌توان به طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و روان‌درمانی متمرکز بر انتقال اشاره کرد (دایمف و کوئونر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). رویکرد درمانی جدیدی که با نتایج نویدبخشی در درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، به‌ویژه BPD ظهور کرده است، درمان شناختی-تحلیلی<sup>۲</sup> (CAT) است. CAT درمانی فعال است که براساس فرمول‌بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روانپوشی، روابط موضوعی و روانشناسی شناختی به خصوص نظریه سازه‌های فردی کلاین استوار است و با همکاری درمانگر و بیمار، مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد (هپل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). CAT باعث کاهش رفتارهای خودآسیبی و بهبود سازگاری اجتماعی و هیجانی افراد مبتلا به BPD می‌شود (رایلی و کیر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱) و به طور بارزی بر کاهش علائم و بهبود سلامت روان افراد مبتلا به BPD مؤثر است (کیلیت، بنیت<sup>۵</sup>، رایلی و تک، ۲۰۱۳). در درمان BPD، این درمان بر شیوه و سبک حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش‌های مطیعانه نسبت به دیگران تمرکز دارد که این نگرش‌ها در نهایت منجر به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد می‌شود (دادفر، غرایبی، نوری قاسم‌آبادی و کولیوند، ۱۳۹۳). همچنین این درمان به شیوه گروهی راهبرد مناسبی برای کاهش تکانشگری مبتلایان به BPD است (عباسی، بگیان کوله‌مرز، قاسمی جونبه و درگاهی، ۱۳۹۳). دالی، لیولی، مک‌دوگال و چانن<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) به بررسی تأثیر CAT بر کاهش آسیب‌پذیری مبتلایان به BPD پرداختند؛ نتایج، کسب هویت و تعدیل در مشکلات روابط بین فردی را نشان داد. کلارک، توماس و جیمز<sup>۷</sup> (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که ترغیب به یادآوری و بازگشایی تجربیات آسیب‌زای اولیه و حل آنها در درمان شناختی تحلیلی نقش مؤثری در کاهش علائم بیماری، کاهش درماندگی روانشناختی و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت دارد. مولدر و چانن (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی برای اختلالات شخصیت پرداختند؛ نتایج نشان داد که CAT برای طیفی از اختلالات شخصیت مؤثر است و بهتر از درمان‌های معمول است. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که CAT باعث تجدید نظر در

1- Dimeff &amp; Koerner

3- Hepple

5- Kellett, Bennett

7- Clarke, Thomas &amp; James

2- cognitive analytic therapy- CAT

4- Ryle &amp; Kerr

6- Daly, Llewelyn, McDougall &amp; Chanen

حالت‌های مختلف خود در افراد مبتلا به BPD می‌شود؛ همچنین بعد از ۲۰ جلسه شناخت‌درمانی تحلیلی نشانه‌های BPD در بیماران کاهش می‌یابد و بیماران می‌توانند با خشم و ترس‌شان برای مقابله با دنیای واقعی مقابله کنند (آرجیوپولوسا و والا کوس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

مورود مطالعات گذشته نشان داد که تا به حال هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی را بر روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به BPD مورد مطالعه قرار نداده است و اندک پژوهش‌های انجام شده در این زمینه مربوط به اثربخشی این درمان بر سایر علائم روانشناختی می‌باشد. از سوی دیگر، براساس راهنمای عملی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، راه مداخله در اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). همچنین شواهد نشان می‌دهد که CAT از لحاظ اقتصادی به‌صرفه و از لحاظ کاربردی برای خدمات مؤثر است (کلارک و همکاران، ۲۰۱۳). از این‌رو، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی در بهبود روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره‌ی پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بستری شده در بیمارستان روان‌پزشکی ایثار و بخش روان‌پزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل در مهر تا اسفند ماه سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند (N=۸۰). نمونه پژوهش شامل ۳۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند، با توجه به پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش، در وهله اول و دارا بودن ملاک‌های ورود از میان جامعه آماری انتخاب شدند. در تحقیقات آزمایشی، حداقل حجم نمونه در هر زیرگروه بایستی ۱۵ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۵)؛ با توجه به حجم پایین جامعه‌آماری، ملاک‌های ورود و دسترسی مشکل به افراد مبتلا به BPD حداقل حجم نمونه انتخاب شد. از نمونه فوق به‌طور تصادفی ۱۵ نفر به‌منظور بررسی اثربخشی CAT در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل (بدون

1- Argyopoulos & Vlachos

مداخله) گماشته شدند. طی مراحل درمان در گروه آزمایشی ۱ نفر قبل از خاتمه پژوهش درمان را ترک کردند. در گروه کنترل نیز ۱ نفر در پیگیری شرکت نکرد. در نهایت، ۲۸ نفر تا پایان مداخله و ارزیابی باقی ماندند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی براساس DSM-5 در ارزیابی توسط روانپزشک و در مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت DSM-5 در ارزیابی آزمونگر؛ (۲) به دست آوردن نمره بالاتر از (۸۳ >BR) در سؤالات مربوط به اختلال شخصیت مرزی آزمون میلون؛ (۳) حداقل تحصیلات دیپلم؛ (۴) دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰؛ (۵) نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده. ملاک‌های خروج عبارتند از: (۱) عدم تمایل برای ادامه درمان؛ (۲) داشتن غیبت بیش از دو جلسه در طی مداخله.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت DSM-5 (SCID-5-PD)<sup>۱</sup>: این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که فرست، ویلیامز، بنجامین و اسپیتزر<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) برای تشخیص اختلالات شخصیت در DSM-5 تدوین کرده‌اند. SCIP-5-PD کلیه ۱۰ اختلال شخصیت مندرج در DSM-5 و سایر اختلالات شخصیت معین را تحت پوشش قرار می‌دهد. یکی از ویژگی‌های SCIP-5-PD این است که پرسشنامه خودسنجی شخصیت به‌عنوان ابزار غربالگری دردسترس است. این پرسشنامه دارای ۱۰۶ 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. در مورد پایایی یا اعتبار SCID-5-PD اطلاعاتی در دسترس نیست؛ با این حال تعدادی از مطالعات پایایی پیشینه آن یعنی SCID-II را مورد بررسی قرار داده بودند. لوبستال، لیورجنس و آرتنتز<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) ضریب کاپا SCID-II را از ۰/۶۹ برای اختلال شخصیت پارانویید تا ۰/۹۵ برای اختلال شخصیت مرزی (با کاپای کلی ۰/۷۸) گزارش کردند.

1- structured clinical interview for DSM-5 personality disorders

2- First, Spitzer, Gibbon & Williams

3- Lobbestael, Arntz & Bernstein

شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی، سمنانی و همکاران (۱۳۸۳) پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده‌شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه چندمحوری میلون- III (MCMI-III)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط تیودور میلون روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه گردیده است. شامل ۱۷۵ جمله کوتاه توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون بالاست (چنگی، دلاور و غرابی، ۱۳۹۲). در ایران شریفی، مولوی و نامداری (۱۳۸۶) این پرسشنامه را هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد. هم‌چنین رحمانی، کیانی، رضاعی، نصوری و آراسته (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.

پرسشنامه روابط موضوعی بل (BORI)<sup>۲</sup>: پرسشنامه روابط موضوعی بل، بلینگتن و بکر<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) بخشی از پرسشنامه ۹۰ گزینه‌ای روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل (BORRTI) است که نوعی ابزار خودگزارش‌دهی برای ارزیابی ابعاد روابط موضوعی به شمار می‌رود. این پرسشنامه هم برای جمعیت بالینی و هم غیربالینی استاندارد شده است و در پژوهش‌های بسیاری در حوزه روابط بین‌فردی و در تشخیص و پیش‌بینی آسیب‌های روانی به کار رفته است. BORI دارای ۴۵ ماده است که به صورت صحیح و غلط به آن پاسخ داده می‌شود و از طریق چهار خرده‌مقیاس ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارائه می‌دهد که این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: بیگانگی (ALN)، دلبستگی ناایمن (IA)، خودمیان‌بینی (EGC)، بی‌کفایتی اجتماعی (SI). نحوه پاسخگویی به پرسشنامه به این نحوه است که بر مبنای راهنمای ارائه‌شده آزمودنی برای هر یک از سؤالات پاسخ صحیح یا غلط را انتخاب می‌کند.

1- Millon clinical multiaxial inventory  
3- Bell, Billington & Becker

2- Bell object relation inventory

برحسب کلید پرسشنامه، گزینه صحیح نمره یک می‌گیرد و برای برخی دیگر گزینه غلط نمره یک می‌گیرد، جمع نمرات سؤالات مربوط به هر خرده‌مقیاس نمره رد را در هر یک از آنها مشخص می‌سازد (بل، ۲۰۰۷). بل و همکاران (۱۹۸۶) گزارش نمودند که این ابزار از این جهت که قادر به تفکیک جمعیت بالینی می‌باشد، از درجه بالایی از اعتبار تفکیکی برخوردار می‌باشد و همچنین از لحاظ همبستگی بالای آن با دیگر ابزارهای سنجش آسیب‌پذیری روانی، اعتبار همزمان قابل قبولی را برای آن برآورد نموده‌اند. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط رضاقلی‌زاده (۱۳۸۸) اجرا شده است و پایایی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها در نمونه ایرانی عبارت بودند از: بیگانگی ۰/۶۰، دلبستگی ناایمن ۰/۶۴، خودمیان‌بینی ۰/۸۰ و بی‌کفایتی ۰/۶۱. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای روابط موضوعی ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دلبستگی ناایمن و به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۲، ۰/۷۲ و ۰/۸۸ بدست آمد.

**پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ):**<sup>۱</sup> این پرسشنامه یک ابزار ۴۰ سؤالی در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است که توسط اندروز، سینگ و بوند<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) تدوین شده است. این ابزار ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سبک رشدنیافته، رشدیافته و نوروپیک می‌سنجد. برای هر مکانیسم دو سؤال در نظر گرفته شده که مجموع آنها نمره‌ی مربوط به آن مکانیسم و مجموع نمرات مکانیسم‌های مربوط به هر سبک، نمره‌ی سبک دفاعی مورد نظر را نشان می‌دهد. بدیهی است سبکی که بیشترین نمره را به خود اختصاص دهد، سبک غالب مورد استفاده فرد است؛ ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده است (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در چندین پژوهش مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (بشارت، محمدی حسینی‌نژاد و لواسانی، ۱۳۹۳). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته، رشدیافته و نوروپیک به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۵۳ و ۰/۶۲ به‌دست آمد.

1- Defense Styles Questionnaire

2- Andrews, Singh &amp; Bond



**جدول (۱) محتوای جلسات CAT به تفکیک جلسات برگرفته از پروتکل درمانی رایلی و کیر (۲۰۱۱)**

جلسات	محتوای جلسات
اول	اتحاد درمانی و تفاهم درمانی (به منظور کمک به بیماران برای رسیدن به اینکه درمان مفید و درمانگر قابل اعتماد است)، شرح حال بیماران (با استفاده از سؤالات باز و توصیفی)، ارائه درکی از CAT و چگونگی کارکرد آن به بیماران، ارائه تکلیف خانگی (پروکردن فایل رواندرمانی)، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیماران.
دوم	جمع آوری سابقه و شرح حال بیمار، تدوین فهرست مشکلات آماجی بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات، ارائه تکلیف خانگی (ایجاد دفتر روزانه به منظور نشان دادن مشکلات هدف، بیان رفتارهای مرتبط با مشکل هدف و تعیین عوامل راه انداز)، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیماران.
سوم	جمع آوری سابقه بیمار (به منظور دستیابی به چرخه های از تفکر و رفتارهای تکراری ناکارآمد و دستیابی به نقش های متقابل مهم بیمار)، فرمول بندی مجدد براساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه های بیماری، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار.
چهارم	فرمول بندی مجدد براساس افکار ناکارآمد، نظام های باورها و رفتارهای بیمار با تمرکز بر روابط موضوعی، مکانیسم های دفاعی ناکارآمد و قدرت ایگو و در نهایت نوشتن نامه فرمول بندی مجدد به بیمار، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار.
پنجم	بررسی فیدبک بیمار به نامه ی فرمول بندی، تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول بندی نهایی براساس فرمول بندی اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بالینی، خلاصه سازی جلسه ی درمانی با بیمار
ششم	بازشناسی رخدادهای آشکار ساز رفتارهای ناکارآمد، نقاط قوت و توانمندی های بیمار، شناسایی روندهای ناسازگار متوالی و نقش های متقابل ناسازگار با کمک درمانگر، ارائه تکلیف خانگی (مشخص کردن فراوانی الگوهای رفتاری تکراری ناکارآمد)، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار.
هفتم	بازشناسی مشکلات و بی ثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه ها و افکار ناکارآمد با همکاری بیمار، شناسایی روندهای ناسازگار در زمینه بین فردی در طی جلسه درمان، شناسایی دقیق روندهای ناسازگار رخ داده در طول جلسه و استفاده از آنها به عنوان وسیله ای برای تغییر و یادگیری، پیش بینی دقیق احساسات انتقال و انتقال متقابل براساس نامه فرمول بندی مجدد، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار.
هشتم	بازبینی و بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیر گذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه ها و روش زندگی، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار.
نهم	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه ها و اصلاح بازبینی های انجام گرفته توسط بیمار، کمک به بیمار برای فهم اینکه هر یک از رفتارهای ناکارآمد در کجای دیگرام قرار دارد و افزایش آگاهی از چرخه رفتارهای تکراری، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار.
دهم	تجدیدنظر رویه ای براساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علایم بیماری و آگاهی از نحوه استمرار طحوره های قدیمی مرتبط با مکانیسم های دفاعی ناکارآمد، روابط موضوعی و قدرت ایگو، تحلیل روندهای ناسازگار و مشخص کردن جایگاه این روندها در دیگرام، کمک به بیمار برای رفتار کردن به شیوه ای جدید، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار.

## ادامه جدول (۱)

جلسات	محتوای جلسات
یازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری هیجانات منفی بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با بیمار.
دوازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی بیمار، استفاده از فنون تقویتی گوناگون در جهت تسریع تغییرات و بهبودی (ارائه تقویت مثبت، بازی نقش و تفکر در مورد ایده‌های جدید یا حل مسأله)، کمک به بیمار برای کسب بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با بیمار.
سیزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس اصلاح نقش‌های بین‌فردی و حمایت‌های اجتماعی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با بیمار.
چهاردهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس کمک به بیمار در دستیابی به الگوهای کارآمدتر رفتاری، کمک به بیمار برای شناسایی درست تله و موانع رشد درون‌فردی و بین‌فردی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با بیمار.
پانزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس بینش‌افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، بهبود روابط موضوعی و قدرت ایگو، نوشتن نامه خداحافظی، توانایی مدیریت رفتار خود در محیط‌های خارج از درمان و در زندگی واقعی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با بیمار.
شانزدهم	بررسی فیدبک بیمار به نامه خداحافظی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با بیمار.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از هماهنگی و کسب کد اخلاق پژوهش (IR.ARUMS.REC.1396.134) از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان روانپزشکی ایثار و همچنین مسئولان بخش روان بیمارستان فاطمی صورت گرفت. در آغاز ارزیابی تشخیصی براساس DSM-5 توسط متخصصان اعصاب و روان از مراجعان به‌عمل آمد و سپس برای انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت DSM-5 و اجرای آزمون میلیون-۳ به آزمونگر ارجاع داده شد. به این صورت که از بین مردان ارجاع‌شده، افرادی که نمره BR بالاتر از ۸۳ را در آزمون میلیون-۳ گرفتند و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاک‌های DSM-5 برای اختلالات شخصیت، ۳۰ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند.

قبل از ارائه پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به‌صورت انفرادی نمونه مورد نظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار

گرفت و ارتباط لازم با آنها برقرار شد. پس از کسب رضایت نامه کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل آنها اقدام کنند. در مرحله بعدی، گروه آزمایش درمان CAT را به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. گروه گواه ملاقات‌هایی با آزمونگر داشت، ولی درمان فعال و مشخصی روی آنها اجرا نشد. با فاصله دو هفته پس از اتمام مداخلات، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. در نهایت مجدداً افراد نمونه تحقیق بعد از یک دوره ۲ ماهه به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. در ضمن اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده‌ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی این پژوهش بود.

داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس آمیخته و در نرم‌افزار آماری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش  $44/21 \pm 1/20$  سال و در گروه کنترل  $45/14 \pm 1/60$  سال بود. در گروه آزمایش ۷ نفر متأهل، ۲ نفر مجرد و ۵ نفر متعلقه و در گروه کنترل ۶ نفر متأهل، ۱ نفر مجرد و ۷ نفر متعلقه بودند. در گروه آزمایش ۸ نفر تحصیلات دیپلم و ۶ نفر لیسانس و در گروه کنترل ۶ نفر تحصیلات دیپلم، ۷ نفر لیسانس و ۱ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. در گروه آزمایش ۳ نفر بیکار، ۵ نفر شغل آزاد، ۲ نفر کارمند، ۱ نفر بازنشسته و ۳ نفر از کارافتاده و در گروه کنترل ۴ نفر بیکار، ۳ نفر شغل آزاد، ۳ نفر کارمند، ۲ نفر بازنشسته و ۲ نفر از کارافتاده بودند.

نتایج جدول (۲) میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل را در روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در روابط موضوعی، دفاع‌های نوروپیک و رشدنا یافته کاهش نشان می‌دهد که دلالت بر بهبود روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد دارد ولی در گروه کنترل تغییر چندانی نکرده است.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون انحراف معیار±میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار±میانگین	پیگیری انحراف معیار±میانگین
روابط	آزمایش	۱۴	۳۲/۵۷±۶/۶۹	۱۸/۵۷±۶/۰۱	۱۷/۵۰±۴/۱۰
موضوعی	کنترل	۱۴	۳۰/۵۷±۳/۶۷	۳۰/۲۱±۳/۸۸	۲۷/۶۴±۳/۶۲
دفاع‌های	آزمایش	۱۴	۲۰/۶۴±۳/۱۷	۲۲/۰۷±۵/۴۹	۲۲/۰۰±۵/۲۳
رشدیافته	کنترل	۱۴	۲۱/۳۵±۴/۷۶	۲۲/۷۱±۴/۱۲	۲۲/۵۷±۳/۴۱
دفاع‌های	آزمایش	۱۴	۳۰/۰۷±۷/۰۶	۲۲/۲۸±۵/۵۳	۲۳/۰۷±۵/۱۵
نوروتیک	کنترل	۱۴	۲۹/۵۷±۳/۷۹	۲۸/۹۲±۴/۵۱	۲۸/۲۸±۵/۷۰
دفاع‌های	آزمایش	۱۴	۱۰۵/۹۲±۴/۶۱	۴۹/۰۰±۱۰/۲۰	۵۰/۵۰±۱۰/۳۴
رشدنیافته	کنترل	۱۴	۱۰۴/۷۸±۵/۴۶	۹۳/۵۷±۸/۰۰	۹۵/۵۰±۸/۹۵

جدول (۳) نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها

متغیر	مرحله	DF1	DF2	F	سطح معنی‌داری
روابط موضوعی	پیش‌آزمون	۱	۲۶	۳/۶۵۰	۰/۰۶۷
	پس‌آزمون	۱	۲۶	۳/۰۶۹	۰/۰۹۲
	پیگیری	۱	۲۶	۰/۰۱۰	۰/۹۲۱
دفاع‌های رشدیافته	پیش‌آزمون	۱	۲۶	۲/۷۹۶	۰/۱۰۶
	پس‌آزمون	۱	۲۶	۱/۴۷۴	۰/۲۳۶
	پیگیری	۱	۲۶	۲/۲۶۵	۰/۱۴۴
دفاع‌های نوروتیک	پیش‌آزمون	۱	۲۶	۱/۶۴۶	۰/۲۱۱
	پس‌آزمون	۱	۲۶	۰/۵۵۵	۰/۴۶۳
	پیگیری	۱	۲۶	۰/۶۰۷	۰/۴۴۳
دفاع‌های رشدنیافته	پیش‌آزمون	۱	۲۶	۰/۹۴۷	۰/۳۴۰
	پس‌آزمون	۱	۲۶	۰/۵۶۹	۰/۴۵۷
	پیگیری	۱	۲۶	۰/۰۶۹	۰/۷۹۵

قبل از استفاده از تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون-پس‌آزمون

و پیگیری نرمال می‌باشد و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند ( $P > 0/05$ ). برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) آمده است. به منظور آزمون مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس در متغیرهای پژوهش است ( $P > 0/05$ ). بنابراین از ردیف مربوط به فرض کرویت استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است.

براساس نتایج آزمون لوین و عدم معناداری آن برای متغیر روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است.

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثربخشی MBT و زمان بر نمرات روابط موضوعی و انواع مکانیسم‌های دفاعی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معنی‌داری	ضریب آتا
روابط موضوعی	بین گروهی	۸۱۷/۱۹۰	۱	۸۱۷/۱۹۰	۱۸/۰۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۰
	خطا	۱۱۷۷/۳۸۱	۲۶	۴۵/۲۸۴			
روابط موضوعی	زمان	۱۳۶۲/۶۶۷	۲	۶۸۱/۳۳۳	۳۵/۰۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۴
	خطا	۱۰۱۰/۷۶۲	۵۲	۱۹/۴۳۸			
روابط موضوعی	زمان*گروه	۷۱۳/۲۳۸	۲	۳۵۶/۶۱۹	۱۸/۳۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۴
	خطا	۱۲۴۱/۳۵۷	۲۶	۴۷/۷۴۴			
دفاع‌های رشدیافته	بین گروهی	۸/۶۷۹	۱	۸/۶۷۹	۰/۱۸۲	۰/۶۷۳	۰/۰۰۷
	خطا	۱۲۴۱/۳۵۷	۲۶	۴۷/۷۴۴			
دفاع‌های رشدیافته	زمان	۳۳/۶۴۳	۲	۱۶/۸۲۱	۲/۸۵۶	۰/۰۶۷	۰/۰۹۹
	خطا	۳۰۶/۲۸۶	۵۲	۵/۸۹۰			
دفاع‌های رشدیافته	زمان*گروه	۰/۰۷۱	۲	۰/۰۳۶	۰/۰۰۶	۰/۹۹۴	۰/۰۰۰
	خطا	۱۷۰۶/۰۲۴	۲۶	۶۵/۶۱۶			
دفاع‌های نوروتیک	بین گروهی	۳۴۰/۰۱۲	۱	۳۴۰/۰۱۲	۵/۱۸۲	۰/۰۳۱	۰/۱۶۶
	خطا	۱۷۰۶/۰۲۴	۲۶	۶۵/۶۱۶			
دفاع‌های نوروتیک	زمان	۴۰۰/۳۸۱	۲	۲۰۰/۱۹۰	۲۱/۰۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۷
	خطا	۴۹۵/۳۳۳	۵۲	۹/۵۲۶			
دفاع‌های نوروتیک	زمان*گروه	۲۳۰/۹۵۲	۲	۱۱۵/۴۷۶	۱۲/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
	خطا	۱۸۲۴۵/۷۶۲	۲۶	۶۹۷/۴۷۶	۱۵۲/۷۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۵

ادامه جدول (۴)

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معنی‌داری	ضریب آتا
رشد نیافته گروهی	زمان	۲۰۶۳۴/۰۰۰	۲	۱۰۳۱۷/۰۰۰	۲۴۹/۱۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
	خطا	۲۱۵۳/۳۳۳	۵۲	۴۱/۴۱۰			
	زمان*گروه	۹۸۴۴/۶۶۷	۲	۴۹۲۲/۳۳۳	۱۱۸/۸۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۱

همانطور که در جدول (۴) نشان می‌دهد، اثر گروه بر روابط موضوعی، دفاع‌های نوروتیک و رشدنیافته معنادار است ( $P < 0/05$ )؛ مقایسه میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که نمره گروه CAT در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در روابط موضوعی بالاتر و در دفاع‌های نوروتیک و رشدنیافته پایین‌تر است و اثر گروه بر دفاع‌های رشدنیافته معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). نتایج درون گروهی نشان می‌دهد که عامل زمان بر میزان روابط موضوعی و نمرات مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته معنادار می‌باشد، به عبارت دیگر، میزان نمرات روابط موضوعی و دفاع‌های نوروتیک و رشدنیافته کاهش یافته است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز بیانگر این است که بین دو گروه (CAT و کنترل) از لحاظ نمرات روابط موضوعی، دفاع‌های نوروتیک و رشدنیافته تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) ولی در دفاع‌های رشدنیافته تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P < 0/05$ ). بنابراین CAT باعث بهبود نمرات روابط موضوعی، دفاع‌های نوروتیک و رشدنیافته در گروه آزمایشی شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان‌شناختی-تحلیلی بر روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به BPD بود. براساس نتایج به‌دست آمده درمان‌شناختی-تحلیلی بر روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به BPD تأثیر معناداری داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که CAT بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به BPD اثربخش بوده است. پژوهشی که به‌طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد یافت نشد، اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آنها استنتاج کرد؛ لیولین<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)،

1- Llewelyn

دالی و همکاران (۲۰۰۹)، رایلی و کیر (۲۰۱۱)، مولدر و چانن (۲۰۱۳)، کلارک و همکاران (۲۰۱۳) و جی مینو و چیگلانا (۲۰۱۶). CAT در مبتلایان به BPD، باعث کسب هویت و تعدیل در مشکلات روابط بین فردی می شود (دالی و همکاران، ۲۰۰۹). در مطالعه کلارک و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که ترغیب به یادآوری و بازگشایی تجربیات آسیب‌زای اولیه و حل و فصل آنها در CAT نقش مؤثری در کاهش علائم بیمارگونه و کاهش درماندگی روان‌شناختی دارد. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که CAT در درمان BPD بر شیوه و سبک حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش‌های مطیعانه نسبت به دیگران تمرکز دارد که این نگرش‌ها در نهایت منجر به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد می‌شود. به عبارتی این درمان مبتنی بر مدل زنجیره‌ی فرایندی ارتباطات موضوعی است که تأکید فراوانی بر سبک ارتباط نقش متقابل اولیه دارد که در اوائل زندگی شکل می‌گیرد و این سبک ارتباطی می‌تواند باعث ساخته شدن الگوهای ناسازگارانه ارتباطی شود. CAT با تمرکز بر فرایند فرمول‌بندی مجدد، باعث تجدیدنظر در ارتباطات موضوعی دوران کودکی می‌شود (رایلی و کیر، ۲۰۰۲). از این رو می‌توان از طریق CAT روابط موضوعی افراد مبتلا به BPD را بهبود بخشید. در واقع CAT به مراجعان 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 آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیرقضوتی و مشتاقانه با تجارب تأکید می‌ورزد (کلارک و همکاران، ۲۰۱۳). همه این عوامل در کنار هم باعث بهبود روابط موضوعی در افراد مبتلا به BPD می‌شوند. در تبیینی دیگر می‌توان چنین بیان کرد که روابط موضوعی در CAT به‌عنوان پروسیجرهای نقش‌های متقابل در نظر گرفته می‌شوند، این پروسیجرها در دوران کودکی به‌طور فزونی افزایش می‌یابند، منتها به‌طور غیرقابل اجتنابی با ردهای از مشکل و محدودیت‌های تجربه خاص دوران کودکی همراه هستند (رایلی و کیر، ۲۰۰۲). در افراد مبتلا به BPD تنگناها و دوراهی‌ها بیانگر شکست‌ها و ضعف‌ها در یکپارچه‌کردن کامل دامنه‌ای از نقش‌های متقابل مجزا در یک معنی و مفهوم کامل خود و دیگری هستند که سیستم‌های فرعی مجزایی از پروسیجرها یا شخصیت‌های

فرعی را به‌طور مداوم دارند که توسط آنها دنیا به‌طور متفاوتی تجربه می‌شود (رایلی و کیر، ۲۰۱۱). CAT با فرمول‌بندی پیچیده به تحلیل این پروسیجرهای نقش‌های متقابل می‌پردازد و با فرمول‌بندی مجدد دیاگرامی زنجیره‌وار در طول درمان باعث تجدیدنظر در این پروسیجرهای نقش‌های متقابل شده و روابط موضوعی را در افراد مبتلا به BPD بهبود می‌بخشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که CAT بر بهبود مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به BPD مؤثر بوده است. پژوهشی که به‌طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد یافت نشد، اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آنها استنتاج کرد. دباغی (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی-تحلیلی باعث کاهش معنادار علائم تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به BPD شده است. مطالعات متعددی نیز به بررسی فرایند تأثیرگذاری CAT بر افراد مبتلا به BPD پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که دستیابی افراد مبتلا به BPD به منشأ تکاملی مشکلات حال حاضر و کسب بینش درباره چگونگی شکل‌گیری طحاره‌ها و تداوم آن در طول زمان، علت تغییر و بهبودی می‌باشد (رایلی، ۲۰۰۷؛ چانن، جکسون، مک‌کچون، جووف، دوگان، یون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین، درمان شناختی-تحلیلی به‌واسطه تغییر در صفات هسته شخصیت و اصلاح رفتارهای آسیب‌زا منجر به بهبود در عملکرد روانی اجتماعی و بهداشت روان می‌گردد (لیویلن، ۲۰۰۳؛ مولدر و چانن، ۲۰۱۳). در تبیین این یافته باید اشاره کرد که پایین بودن قدرت ایگو در افراد مبتلا به BPD باعث استفاده انعطاف‌ناپذیر آنها از مکانیسم‌های دفاعی می‌شود (برودی و کارسن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). از طرفی دفاع‌های ایگو در CAT به‌عنوان ویراستار پروسیجرهایی هستند که به‌منظور کاهش تعارض یا اضطراب به ازای کاهش تجربه خود و واقعیت در نظر گرفته می‌شوند. در CAT، دپارته‌سازی که یک مکانیسم دفاعی رشدنا یافته محسوب می‌شود به جای اینکه به‌عنوان مکانیسم دفاعی که موضوع خوب و موضوع بد را از هم جدا می‌کند، توصیف شود، از لحاظ الگوهای نقش متقابل متضاد و قطبی‌شده و همچنین حالت جداگانه خود توصیف می‌شود (رایلی، ۲۰۰۷). دپارته‌سازی فرایندی است که ساختار شخصیت نامنسجم

1- Chanen, Jackson, McCutcheon, Jovev, Dudgeon, Yuen

2- Brody & Carson



را مشخص می‌کند که در آن پروسیجرهای منفرد، به‌ویژه پروسیجرهای نقش‌های متقابل اولیه به یک کل سلسله مراتبی یکپارچه نمی‌شوند. فرد براساس پروسیجرهایی که در هر شرایط خاص فعال می‌شود، یک گسستگی از خود و دنیا را تجربه می‌کند (رایلی، ۲۰۰۷). بنابراین CAT از طریق تحلیل دفاع‌های رشدنا یافته و نوروتیک براساس نقش‌های متقابل و پروسیجرهای زنجیره‌ای باعث کاهش استفاده از آنها در افراد مبتلا به BPD می‌شود. به عبارتی، CAT افراد را به فکرکردن و وا می‌دارد و با تعمیم مهارت‌های اجتماعی به طرز فعال‌تری بیماران دارای بی‌ثباتی هیجانی و رفتاری را به آموختن مهارت‌های جدید تشویق می‌کند. هم‌چنین در این رویکرد به‌جای آموزش جداگانه مهارت‌ها به افراد، تلاش می‌شود که با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، مهارت‌های حل‌مسأله نیز آموزش داده شود و این مهارت‌ها (حل‌مسأله و تصمیم‌گیری) به‌گونه‌ای در آنها تقویت می‌شود که بتوانند شرایط مختلف اجتماعی را با موفقیت پشت سر بگذارند (اولدهام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵)؛ در نتیجه می‌تواند استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنا یافته را در افراد مبتلا به BPD کاهش دهد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بود؛ از جمله اینکه پژوهش حاضر روی افراد مبتلا به BPD بیمارستان روانپزشکی ایثار و بخش روانپزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی افراد مبتلا به BPD در شهرهای دیگر انجام شود و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. هم‌چنین نمونه مورد مطالعه فقط مردان مبتلا به BPD بود که به‌علت عدم دسترسی به زنان مبتلا به این اختلال امکان مقایسه این گروه‌ها وجود نداشت. عدم مقایسه این روش درمانی با سایر رویکردهای درمانی محدودیت دیگر این پژوهش می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در کنار CAT هم روش درمانی دیگری هم برای BPD استفاده شود و این دو روش با هم مقایسه شوند تا اثر بخشی هر کدام مشخص شود.

در مجموع می‌توان گفت که درمان شناختی- تحلیلی به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید، راهبردی مناسب در بهبود روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به BPD

---

1- Oldham

است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوه مداخله‌ای مؤثر استفاده کرد.

### تشکر و قدردانی

از مسئولان محترم بیمارستان‌های روان‌پزشکی ایثار و فاطمی اردبیل و نیز از کلیه بیماران محترمی که در این پژوهش شرکت نموده و با همکاری صادقانه خود زمینه را برای نتیجه‌گیری دقیق مهیا نمودند، قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول می‌باشد که با هزینه شخصی انجام شده است.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۷/۰۱/۲۵  
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۳۰  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۱۲

## منابع

- بشارت، م؛ محمدی حسینی نژاد، ا؛ غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، خشم، نشخوار خشم با سبک‌های دفاعی من، روانشناسی معاصر، ۲۹(۳)، ۴۸-۳۹.
- چنگی، م؛ دلاور، ع؛ غرایبی، ب. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسجی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۳، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۸(۲۹)، ۱۳۵-۱۶۲.
- دادفر، م؛ غرایبی، ب؛ نوری قاسم آبادی، ر؛ کولیوند، پ. (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران، چاپ اول، تهران: انتشارات میرماه.
- دباشی، ل. (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان شناختی تحلیلی در کاهش شدت تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان.
- دلاور، ع. (۱۳۹۵). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر وزیری.
- رحمانی، ف؛ کیانی، م؛ رضاعی، ف؛ نصوری، م؛ آراسته، م. (۱۳۹۲). بررسی نیمرخ شخصیتی، هوشی و هیجانی در اختلال شخصیت مرزی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۸(۳)، ۱-۱۲.
- رضاقلی‌زاده، ت. (۱۳۸۸). رابطه فقدان پدر با روابط موضوعی و اختلال شخصیت خوددستار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- سادوک، ب؛ سادوک، و؛ روئیز، پ. (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک براساس DSM-5. جلد سوم، ترجمه گنجی، م. تهران: انتشارات ساوالان. ۱۳۹۴.
- شریفی، ع؛ مولوی، ح؛ نامداری، ک. (۱۳۸۶). روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳، دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۳۴، ۲۷-۳۸.
- شریفی، و؛ اسعدی، م؛ محمدی، م؛ امینی، ه؛ کاویانی، ح؛ سمنانی، ی و همکاران. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۶(۲۰)، ۱۰-۲۲.

شفیعی‌تبار، م. (۱۳۹۴). نقش سبک‌ها و مکانیزم‌های دفاعی در پیش‌بینی ویژگی‌های شخصیت مرزی در نمونه‌های غیربالینی، اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب‌شناسی جامعه، کرمان.

عباسی، م؛ بگیان کوله مرز، م؛ قاسمی جوینه، ر؛ درگاهی، ش. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی بر کاهش تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۱(۳) ۷۷-۸۹.

نوحی، س؛ حسنی، ج. (۱۳۹۶). رابطه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مکانیسم‌های دفاعی با علائم اختلال شخصیت مرزی، *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۱(۴۳)، ۵۷-۹۱.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5<sup>th</sup> edition*. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing.

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4): 246-256.

Argyropoulos, K., & Vlachos, I. (2015). Cognitive analytic therapy (CAT) in borderline personality disorder-a case report. *European Psychiatry*, 30(1): 28-31.

Bell, M.d. (2007). *Bell object relations and reality testing inventory*. Borrti: Western Psychological Services.

Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1986). A scale for the as sessment of object relations: reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 42(5): 733-741.

Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(5): 263-278.

Brody, S., & Carson, C.M. (2014). Brief report: Self-harm is associated immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 35(3): 765-767.

Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P., et al. (2009). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(5): 397-408.

- 
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: Randomized controlled trial. *British Journal Psychiatry*, 202: 129-134.
- Daly, A.M., Llewelyn, S., McDougall, E., & Chanen, A.M. (2009). Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 83: 273-288.
- Dimeff, L.A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York: Guilford press.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (clinician version) SCID-I administration booklet*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Gimeno, E., & Chiclana, C. (2016). Borderline personality disorder in adolescence. Prevention and early intervention from a cognitive analytic approach. *European Psychiatry*, 33: S505.
- Hepple, J. (2012). Cognitive analytic therapy in a group: Reflections on a dialogic approach. *British Journal of Psychotherapy*, 28(4): 474-495.
- Huprich, S.K., & Greenberg, R.P. (2003). Advances in the assessment of object relations in the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 23(5): 665-698.
- Huprich, S.K., Nelson, S.M., Lenqu, K., & Albright, J. (2017). Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *Journal of Personality Disorders*, 8(1): 46-53.
- 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(3): 216-225.
- Kernberg, O.F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75:969-1004.
- Kernberg, O.F. (2015). Borderline (patient) personality. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (2nd Edition)*, 755-759.
- Lewis, K.C., Meehan, K.B., Cain, N.M., Wong, P.C., Clemence, A.J., Stevens, J., & et al. (2016). Impairments in object relations and chronicity of suicidal

- 
- behavior in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(1): 19-34.
- Llewelyn, S. (2003). Cognitive analytic therapy: Time and process. *Psychodynamic Practice*, 9: 501-520.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Bernstein, D.P. (2011). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 23(3): 285-299.
- Mulder, R., Chanen, A.M. (2013). Effectiveness of cognitive analytic therapy for personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2): 89-90.
- Oldham, J.M. (2005). *Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. The American Psychiatric Association Press.
- Perry, J.C., Presniak, M.D., & Olson, T.R. (2013). Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 76(1):32-52.
- Ryle, A. (2007). Investigating the phenomenology of BPD with the states description procedure: Clinical implications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14: 329-341.
- Ryle, A., & Kerr, I.B. (2011). *Introducing cognitive analytic therapy*. John Wiley & Sons Ltd.
- Ryle, A., & Kerr, I.B. 2002. *Introducing cognitive analytic therapy. Principles and practice*. Chichester: Wiley.
- Scott, L.N., Levy, K.N., & Pincus, A.L. (2009). Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 23(3): 258-280.
- Vaillant, G.E. (2012). *Triumphs of experience: The men of the Harvard grant study*. Cambridge, MA: Belknap of Harvard UP.