

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۵ پاییز ۱۳۹۸

اثربخشی گروه درمانی شناختی-تحلیلی بر ساختار شخصیت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

لیلا دباشی^۱، محمود نجفی^{۲*}، اسحاق رحیمیان بوگر^۳

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

تأیید نهایی: ۱۳۹۸/۰۵/۰۵

وصول مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی-تحلیلی بر ساختار شخصیت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه این پژوهش ۲۰ نفر از مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در زندان شهرستان سمنان بودند که توسط روانپزشک براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته، آزمون چندمحوری بالینی میلون-۳ انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. و پرسشنامه ساختار شخصیت را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. گروه آزمایش طی ۱۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دوبار در هفته تحت گروه درمانی درمان شناختی-تحلیلی قرار گرفتند. داده‌ها به‌روش تحلیل کواریانس تک‌متغیری تحلیل شدند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی تحلیلی پس از ۵ و ۱۰ جلسه مداخله اثر معناداری در افزایش یکپارچگی ساختار شخصیت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نداشت، اما پس از ۱۶ جلسه مداخله و دوره پیگیری یک ماهه اثر معناداری در بهبود این علائم مشاهده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی تحلیلی به‌شیوه گروهی، راهبردی مؤثر در بهبود ساختار و یکپارچگی شخصیت مرزی بوده و می‌توان از آن به‌عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت مرزی؛ ساختار شخصیت؛ درمان شناختی-تحلیلی

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱، اختلال شخصیتی شدید و شایعی در محیط‌های روانپزشکی است. این اختلال با الگوی نافذ بی‌ثباتی در روابط بین فردی، ضعف در تنظیم عواطف، خودانگاره و تکانشگری بارز مشخص و از اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳). این اختلال، اسکیزوفرنی سرپایی^۲، شخصیت "انگار که" اسکیزوفرنی شبه‌نوروتیک، منش سایکوتیک و شخصیت بی‌ثبات از نظر هیجانی خوانده می‌شود (دیوسون، نیل، کرینگ و جانسون^۳، ۲۰۰۷). تصویر بالینی اختلال شخصیت مرزی چند وجهی است (پاریس^۴، ۲۰۰۵). که می‌توان آن را به‌عنوان نتیجه تعاملات بین فاکتورهای زیستی (تورگنسن^۵ و همکاران، ۲۰۰۰)، روانشناختی (وینستون^۶، ۲۰۰۰)، اجتماعی (پاریس، ۱۹۹۶) و تجارب سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی در نظر گرفت (زانارینی^۷، ۲۰۰۰). که ترکیب این علایم آسیب‌های روانی-اجتماعی شدید و مزمن ایجاد می‌کند (اسکودال و گاندرسون، فول، ویدیکر، لیوزلی و سایور^۸، ۲۰۰۲). از نظر میلیون ویزگی مشترک در بین تمام شخصیت‌های مرزی، فقدان سازمان‌یافتگی، عدم یکپارچگی در نظم درون روانی و نبود هماهنگی رفتار با الزامات و خواسته‌های محیط است که به راحتی در رفتار تکانشی، هیجان‌های به سرعت تغییر یابنده و تغییرات ناگهانی در ارزشیابی بیمار از اطرافیان قابل مشاهده است (علیلو و شریفی، ۱۳۹۰). نرخ شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه عمومی حدود ۱/۶٪ تخمین زده می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳). همچنین اختلال شخصیت مرزی ساختاری منفک و دارای تعداد کمی از حالت‌های خود مجزا و متمایز است که این نقش‌های منفک ناشی از سوءاستفاده اولیه و یا غفلت است (راج^۹، ۲۰۰۴).

1- Borderline personality disorder

2- Outpatients Schizophrenia

3- Davison, Neale, Kring & Johnson

4- Paris

5-Torgensen

6- Winston

7- Zanarini

8- Skodal, Gunderson, Pfohl, Widiger, Lives ley & Siever

9- Raj

این اختلال در نظریه‌های روانشناسی مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. از منظر روانشناسی شناختی ممکن است این اختلال ناشی از اختلال هویتی باشد می‌توان با خودانگاره یا حس خویشتن شدیداً و دائماً بی‌ثبات معرفی کرد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳) که این تحولات ناگهانی و چشمگیر در خود انگاره عبارت است از: تغییر اهداف، ارزش‌ها و آرمان‌ها و طرح‌های شغلی، که تغییرات ناگهانی در هویت جنسی، ارزش‌ها و نوع دوستان را نیز شامل می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳). از نگاه تحلیلی ناتوانی در پروراندن فرآیندهای من همانند تثبیت‌های اولیه جنسی یا پرخاشگری می‌تواند منجر به شکل‌گیری اختلالات شخصیت شود. هم‌چنین با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مکانیزم‌های دفاعی به‌طور انعطاف‌ناپذیری استفاده می‌کنند، پایین بودن قدرت ایگو را می‌توان به‌عنوان یک عامل روانشناختی در نظر داشت (پرستون و پرستون^۱، ۲۰۰۶). کرنبرگ^۲ (۲۰۰۶) مطرح کرد که تجارب نامطلوب کودکی باعث می‌شود که کودکان بازنمایی‌های موضوعی مختلی را درونی کنند که در یکپارچه کردن جنبه‌های مهرآمیز و نامهرآمیز کسانی که به آنها نزدیک اند، واقع نمی‌شوند. در نتیجه این روابط موضوعی مختل، من نایمن پدید می‌آید که ویژگی اصلی شخصیت مرزی است (کرنبرگ، ۲۰۰۶). کاسیدی^۳ (۲۰۰۴) در دیدگاه دل‌بستگی معتقد است که بسیاری از اختلالات شخصیت، حاصل محرومیت کودک از مراقبت‌های مراقب یا عدم ثبات در روابط کودک با فردی است که دل‌بستگی با او صورت می‌گیرد.

در طول چند دهه اخیر، نتایج بسیاری از مطالعات طرحواره درمانی، تأییدکننده این فرضیه بوده است که «غفلت از نیازهای اساسی و یا آزار جسمی و جنسی در طول سال‌های اول زندگی، با رشد علائم اختلال شخصیت مرزی رابطه کاملاً معناداری دارد (مارزیالی، ۱۹۹۲؛ نقل از علیلو و شریفی، ۱۳۹۲). در تأیید این مطلب هم‌چنین سیلک، لی، هیل و لهر^۴ (۱۹۹۵) در پژوهشی نشان دادند که شدت سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی (مثل سوء استفاده‌کننده چه کسی بوده است؟ سوءاستفاده چقدر طول کشیده است؟ دخول انجام شده

1- Preston & Preston

2- Kernberg

3- Cassidy

4- Silk, Lee, Hill & Lohr

است یا نه؟) بهترین پیش‌بینی‌کننده شدت علائم اختلال شخصیت مرزی از قبیل رفتارهای انتحاری، احساس ناامیدی و بی‌ارزشی مزمن، علائم‌گذرای پارانوئیدی، حالات تجزیه‌ای، عدم پیشرفت درمانی و ترس از رهایی و تنهایی بود.

در خصوص اختلال شخصیت مرزی اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است. براساس راهنمای عملی انجمن روانپزشکی آمریکا درمان اولیه برای اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳). در میان آنها می‌توان به طرحواره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و روان‌درمانی متمرکز بر انتقال اشاره کرد (دیمف و کوئرتر^۱، ۲۰۰۷). از یک طرف با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هیچ‌گونه تجربه‌ای از رفتارهای جایگزین یا دیدگاه‌های ثانوی در رابطه با خود یا دنیا ندارند و در راهبردهای رفتاری فاقد هرگونه انعطاف‌پذیری هستند و باورهای بنیادین کارآمد به‌طرز چشمگیری محدود است و هیچ باور جایگزین سازگاران‌ای دیگری هم که قابل دسترسی باشد وجود ندارد. از طرفی دیگر وظیفه درمانگر با اختلال شخصیت، باید درگیر کردن آنها با افکار و رفتارهای سازگاران‌تر و کاهش دادن شدت مطلق‌نگری و خودکامگی در افکار و رفتارهای آنها باشد (اکبری، آقامحمدیان و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۸۷). بنابراین لازم است فرآیند درمان در جهت دستیابی بیمار به چنین توانایی سوق داده شود. هم‌چنین با توجه به نقش مهم دوران کودکی و آسیب‌های این دوره (مثل اذیت و آزار دوران کودکی، آزارهای مداوم و شدید، غفلت، جدایی کودک از فردی که از وی مراقبت می‌کند) حائز اهمیت است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). بنابراین به درمانی نیاز است که به سبک‌های دلبستگی اولیه (بتمن، رایلی، فوناجی و کر^۲، ۲۰۰۷) توجه داشته باشد و نقش‌های متقابل و الگوهای ارتباطی (کلت، بنت، رایلی و تیک^۳، ۲۰۱۳) بیمار را مورد تحلیل دقیق قرار دهد که مدل شناختی – تحلیلی این امر را محقق ساخته و دلبستگی ایمن را به‌عنوان یک امر ضروری اما نه کافی برای رشد طبیعی مورد توجه قرار می‌دهد (تروارتن^۴، ۲۰۰۱). بر این اساس یکی از بهترین

1- Dimeff & Koerner

2- Bateman, Ryle, Fonagy & Kerr

3 -Kellet, Bennett, Ryle, Thake

4-Trevarthen

روش‌های درمانی که در این امر می‌تواند راهگشا باشد، درمان شناختی تحلیلی است. درمان شناخت-تحلیلی یکی از درمان‌های کوتاه‌مدت روانشناختی است که رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بینش افزایشی دارد و در موقعیت‌های گروهی به‌طور ماهرانه، با تقویت انگیزش در جهت تغییر عمل می‌کند و فرد را در مسیر دستیابی به راهبردهای سازنده‌تر و کنترل افکار هدایت می‌کند (رایل^۱، ۲۰۱۰). این رویکرد درمانی بر اساس فرمول‌بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روان‌پویشی، 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^۲، ۲۰۱۲؛ کلت، ۲۰۱۲). محورهای این روش درمانی بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشاء درمانجو استوار است. در روش درمان شناختی تحلیلی خودشناسی تجربی یا خودآگاهی فرارونده درمانگر در حین درمان اهمیتی بنیادین دارد و پدیده افشاء در هیچ روشی به اندازه روش درمانگری شناختی تحلیلی مورد توجه قرار نگرفته است (برومند، ۱۳۸۹). ویژگی کلیدی مدل بالینی درمان شناختی تحلیلی برای اختلال شخصیت مرزی، تمرکز بر فرمول‌بندی‌های مشکلات ارتباطی اولیه و مشارکتی بیماران مرزی است (کلت و همکاران، ۲۰۱۳). این رویکرد در درمان اختلال شخصیت مرزی 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 کلیوند، ۱۳۹۳).

فرآیند مطالعات موجب کمک به توسعه و اعتبار این مدل شده است که صحت و اعتبار فرمول‌بندی درمان شناختی-تحلیلی در ابتدا توسط بنت و پری^۳ (۱۹۹۸) اثبات شده بود که این امر موجب توسعه یک مدل تجربی درمان مدل شناختی-تحلیلی جهت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شد (کلت، ۲۰۱۲ و ماریوت^۴ و کلت، ۲۰۰۹). در پژوهش‌های متعددی اثر بخشی رویکرد شناختی تحلیلی به اثبات رسیده است: این رویکرد موجب کاهش

1- Ryle

2- Hepple

3- Bennett & Perry

4- Marriott

شدت اختلال مرزی، گسیختگی شخصیتی و بهبود یکپارچگی شخصیت (ویلدگوس، کلارک و والر^۱، ۲۰۰۱؛ کلت و همکاران، ۲۰۱۳)، بهبود قابل توجه عملکرد بین فردی، کاهش پریشانی‌های روانشناختی (کلت و همکاران، ۲۰۱۳)، خودمدیریتی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت (کلارک، توماس و جیمز^۲، ۲۰۱۳؛ رایل و کر^۳، ۲۰۰۲)، بهبود اختلالات خلقی، بیماری‌های روان‌تنی، اعتیاد و بیماری‌های روانی (رایل و کر، ۲۰۰۲) و کاهش خطر اختلال شخصیت (کلت و همکاران، ۲۰۱۳) می‌گردد. در پژوهشی دیگر به‌طور بارزی اثربخشی این رویکرد در کاهش علائم و بهبود سلامت روان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلالات اضطرابی و (کلت و همکاران، ۲۰۱۳؛ کلارک و همکاران، ۲۰۱۳؛ چانن^۴ و همکاران، ۲۰۰۹) نشان داده شد. همچنین رویکرد شناختی تحلیلی باعث کاهش رفتارهای خودآسیبی و بهبود سازگاری اجتماعی و هیجانی افراد مبتلا به اختلال مرزی (رایل و کر، ۲۰۱۱) و کاهش علایم افسردگی، رفتارهای بیماری‌زای نابهنجار (مثل رفتارهای خودکشی) (کومیدا^۵، ۱۹۹۴؛ فاسبری و کولز^۶، ۱۹۹۴؛ رایل، ۱۹۹۵؛ چانن و همکاران، ۲۰۰۹) می‌شود. علاوه بر این رویکرد درمانی شناختی تحلیلی، برای هر اختلال یک مدل اختصاصی و مستقل درمانی ارائه می‌دهد (برخلاف درمان شناختی- رفتاری) و نسبت به رویکردهای دیگر درمانی از جمله "مراقبت‌های بالینی" موجب کاهش بیشتری در آسیب‌شناسی روانی، رفتارهای خودکشی و بهبود بیشتر در کارکرد کلی می‌شود (چانن و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین بسیاری از بیماران به دلیل سختی و فشار درمان‌های رفتاری یا عوارض جانبی داروها، درمان را نیمه‌تمام رها می‌کنند (واین و گودمن^۷، ۲۰۱۰) که در رویکرد درمانی شناختی تحلیلی این مشکلات مرتفع گردیده و در این رویکرد درمانی به دلیل عدم وجود سختی درمان‌های پیشین، به کارگیری توانایی‌های بیمار در روند درمان، مشارکت کامل بیمار جهت افزایش آگاهی به منشأ مشکلات کنونی، انگیزه بیماران جهت

1- Wildgoos, Clarck & Waller

2- Clarke, Thomas & James

3- Ryle & Kerr

4- Chanen

5- Cowmeadow

6- Fosbury & Coles

7- Wayne & Goodman

پذیرش درمان افزایش می‌یابد (مک کورمیک^۱، ۲۰۱۲). از دیگر دلایل مهم انتخاب این رویکرد درمانی نرخ بسیار پایین ریزش بیماران مرزی و وفاداری بیمار به این درمان نسبت به سایر رویکردها می‌باشد (رایل و گولینکیا، ۲۰۰۰؛ کلت و همکاران، ۲۰۱۳) که در مقایسه با نرخ ریزش در سایر رویکردهای درمانی مثل طرحواره درمانی (گیسن - بلو و همکاران^۲، ۲۰۰۶)، روان‌درمانی روان‌پویشی (اسمیچ، کوننگز برگ، یامان، کلارکین و سلزر^۳، ۱۹۹۵)، روان‌درمانی مبتنی بر انتقال و دارو درمانی بسیار پایین بود (راج، ۲۰۰۴). دیگر شواهد نشان می‌دهد که مدل شناختی تحلیلی به دلیل محدود و مختصر بودن به طور وسیعی قابل اجراست و نیازمند برنامه‌های بلندمدت مراقبت نیست و همچنین از لحاظ اقتصادی به صرفه و از لحاظ کاربردی برای خدمات موثر است (کلارک و همکاران، ۲۰۱۲).

به‌طور کلی می‌توان گفت که درمان شناختی-تحلیلی نوعی رویکرد درمانی است که با ادغام عناصر مفید و موثر نظریه‌های روان‌پویشی، روابط موضوعی و روان‌شناسی شناختی، به‌ویژه نظریه سازه‌های فردی کلاین، سعی دارد با دیدی کلی همه جوانب ممکن را مورد بررسی و درمان قرار دهد (هپل^۴، ۲۰۱۲). بنابراین با توجه به مزیت‌هایی که این درمان نسبت به دیگر درمان‌های موجود در زمینه اختلال شخصیت مرزی داشته که در سطور پیشین مفصلاً بیان شده و نیز با در نظر گرفتن این امر که علی‌رغم مزیت‌های این درمان در ایران پژوهش‌های کمی در زمینه اثربخشی‌اش برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شده و همچنین با در نظر گرفتن این موضوع که مطالعاتی از این دست به عنوان مبنایی مقدماتی برای پژوهش‌های بیشتر در این زمینه هستند و نیز می‌توانند گامی در جهت طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود بیماران مبتلا به شخصیت مرزی باشند، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

1- McCormick

2- Giesen - Bloo et al

3- Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin & Selzer

4- Hepple

روش شناسی پژوهش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش و دوره پیگیری بود.

جامعه آماری این پژوهش را مردان زندانی شهرستان سمنان تشکیل دادند. نمونه این پژوهش ۲۰ نفر از مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در زندان شهرستان سمنان بودند که براساس تشخیص روانپزشک معتمد زندان، اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته، آزمون چندمحوری بالینی میلون-۳ انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط پرسشنامه ساختار شخصیت مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۶ جلسه هفتگی تحت گروه درمانی شناختی تحلیلی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود پژوهش حاضر عبارت بود از: ۱- اختلال شخصیت مرزی، ۲- تاریخچه‌ای از سوءاستفاده یا غفلت، ۳- برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، ۴- عدم دریافت روان‌درمانی طی یکسال اخیر. ملاک‌های خروج پژوهش حاضر عبارت بود از: ۱- غیبت بیش از دو جلسه ۲- وجود اختلالات همراه و هرگونه اختلال روانپزشکی ناشی از وضعیت پزشکی و سایر اختلال‌های روانی که اولویت درمانی باشد. در این پژوهش آزمودنی‌ها تحت گروه درمانی شناختی تحلیلی به مدت ۱۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه ساختار شخصیت (PSQ)^۱: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی از اختلالات هویتی است که در ابتدا به‌وسیله برودبنت^۲ و همکاران (منتشر نشده) تدوین شده و آنها این پرسشنامه را پرسشنامه ساختار شخصیتی نامیدند. این ابزار بر اساس مدل حالت‌های چندگانه خود^۳ (MSSM) که به وسیله ریل (۱۹۹۵) مطرح شد، ساخته شده است (پولاک، برودبنت، کلارک، دوریان و ریل^۴، ۲۰۰۱). این مقیاس داری ۸ گویه و سه زیرمقیاس تغییرپذیری

1- Personality Structur Questionnair

2- Broadbent

3- The multiple self states model

4- Pollock, Broadbent, Clarke, Dorrian & Ryle

خلق^۱، فقدان کنترل رفتاری^۲ و تمایز وضعیت روانی^۳ می‌باشد. مقیاس این پرسشنامه از نوع لیکرت بوده و در دامنه ۱ تا ۵ از کاملاً درست تا کاملاً غلط نمره‌گذاری می‌شود (بدفورد، دیویس و تیبلز؛ ۲۰۰۹). بدفورد و همکاران (۲۰۰۹) یک مطالعه روایی مقطعی از این پرسشنامه انجام دادند و گزارش کردند که این پرسشنامه به اثرات درمانی حساس است و این پرسشنامه را در مرحله پایش و جلسات چهارم و پیگیری اجرا کردند. برودبنت و همکاران در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۵ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند (به نقل از پولاک و همکاران، ۲۰۰۱). پولاک و همکاران (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ضریب همسانی درونی ۰/۶۲ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMII-III): پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون یک پرسشنامه خودسنجی است که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به آزمون را می‌سنجد. این مقیاس شامل ۱۷۵ گویه به صورت بلی/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. این پرسشنامه یک آزمون عینی می‌باشد که سبک‌ها/الگوهای شخصیتی مربوط به اختلال‌های محور دو را می‌سنجد. مطالعات مربوط به اعتبار و روایی MCMII-III نشان می‌دهد که این پرسشنامه به‌طور کلی یک ابزار روانسنجی به خوبی سازمان یافته است که همسانی درونی آن بالایی دارد. ضرایب آلفای مقیاس‌های ۲۰ و ۲۶ بیش از ۰/۸ و برای مقیاس‌های افسردگی و وسواس عملی آن به ترتیب بالاتر از ۰/۹۰ و پایین تر از ۰/۶۶ است. همچنین برای MCMII-III ضرایب اعتبار بازآزمایی بالا با میانه ۰/۹۱ گزارش شده است (مارنات، ۱۹۹۷؛ به نقل از پاشاشریفی و نیکخواه، ۱۳۹۲). اولین مطالعه در ایران توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲)، به منظور هنجاریابی این آزمون در شهر تهران صورت گرفته است. در مطالعه خواجه موگهی ضریب پایایی مقیاس‌ها به روش باز آزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال

1- mood variability
2- differing self stste
3- behavioral self control
4- Berdford, Davies & Tibbles

هذیانی) به گزارش شده است. همچنین در مطالعه قره‌داغی (۱۳۹۰) میانگین همسانی درونی به روش KR-20 در تمام مقیاس‌ها با دامنه‌ای از ۰/۶۸ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۲ (مرزی) و با متوسط ۰/۸۴ به دست آمده است. در مطالعه امینی و همکاران (۱۳۸۶) همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی، در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در مطالعه امینی و همکاران (۱۳۸۶)، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از سانحه) گزارش شده است. روایی مقیاس‌های MCMI-III از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل (توان پیش‌بینی مثبت، توان پیش‌بینی منفی و توان پیش‌بینی کل) به دست آمده است. اعتبار تشخیصی تمام مقیاس‌های MCMI-III بسیار خوب برآورد شده است (امینی و همکاران، ۱۳۸۶).

مصاحبه بالینی ساختاریافته

در این مطالعه، از مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته SCID استفاده شد که شامل دو نسخه اصلی می‌باشد. SCID-I که برای اختلالات محور یک براساس متن پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی استفاده می‌شود و برای اهداف پژوهشی و بالینی تهیه شده است (فیرست، اسپیتز، گیبون و ویلیامز^۱، ۲۰۰۲). این ابزار هفت گروه تشخیصی اختلالات محور ۱ شامل: اختلالات خلقی، روانپریشی، وابستگی به مواد، اضطراب و اختلالات جسمانی شکل، خوردن و سازگاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اجرای کامل SCID در یک جلسه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه انجام می‌شود (فیرست و همکاران، ۲۰۰۲). در این مطالعه برای رد کردن تشخیص‌های بالینی محور یک از نسخه بالینی (SCID-CV) استفاده شد. نسخه بالینی دارای کتابچه راهنما و برنامه نمره‌گذاری مشخص است. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID، ۰/۶ گزارش شده است (فیرست و همکاران، ۲۰۰۲). شریفی، مولوی و نامداری (۱۳۸۷) توافق تشخیصی این ابزار را برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب گزارش کردند (کاپای بالای ۰/۶) و ضرایب کاپا برای کل

1- Williams

تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمد (شربفی و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین بختاری (۱۳۷۹) در پژوهشی دیگر ضریب پایایی بازآزمایی این ابزار را در جمعیت ایرانی ۰/۹۵ گزارش کرد. همچنین در این مطالعه از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور ۲ (SCID-II) استفاده شد که ده اختلال شخصیت را مورد سنجش قرار می‌دهد. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور دو (SCID-II) یک مصاحبه بالینی ساخته شده توسط متخصص بالینی مجرب است که برای تشخیص اختلال‌های محور دو بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به کار می‌رود. در این مطالعه برای تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی و رد کردن سایر تشخیص‌های بالینی محور دو از نسخه بالینی (SCID-II) استفاده شد. بختاری (۱۳۷۹) در پژوهشی ضریب پایایی بازآزمایی این ابزار را در جمعیت ایرانی ۰/۸۷ گزارش کرد.

روند اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی (نیمه‌آزمایشی) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با پیگیری یک ماهه با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی زندان شهرستان سمنان بودند. از میان زندانیان شهرستان سمنان ۱۵۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه چندمحوری میلیون پاسخ دادند. از میان آنها ۶۵ نفر که در اختلال شخصیت مرزی نمره بالای ۷۵ کسب کرده بودند انتخاب و با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID ویژه اختلالات محور ۲، جهت تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی مورد مصاحبه قرار گرفتند که از میان آنها ۲۶ نفر تشخیص اختلال شخصیت مرزی گرفتند، سپس به منظور جلوگیری از وجود هم‌زمان دیگر اختلال‌های روانپزشکی محور ۱، ۲۶ نفر مجدداً به وسیله مصاحبه بالینی ساختاریافته اسکید ویژه اختلال‌های محور ۱ مورد ارزیابی قرار گرفتند که ۲ نفر به دلیل همبودی اختلال افسردگی و سوء‌مصرف مواد با اختلال شخصیت مرزی و ۱ نفر به دلیل نداشتن سواد خواندن و نوشتن کنار گذاشته شدند. از ۲۳ نفر باقی مانده ۳ نفر به صورت تصادفی کنار گذاشته و ۲۰ نفر نهایی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گماشته شدند. همچنین با تعیین ملاک‌های ورود و خروج، اصل اساسی

همگونی گروه‌ها رعایت گردید. در این پژوهش آزمودنی‌ها تحت گروه درمانی شناختی تحلیلی به مدت ۱۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. ابتدا از هر دو گروه کنترل و آزمایش پیش‌آزمون گرفته شد. سپس هر دو گروه ۴ مرحله به ترتیب در جلسات ۵، ۱۰، ۱۶ و یکماه پس از اتمام درمان مورد ارزیابی گرفتند. جلسه آخر درمان (۱۶م) جهت کاهش نگرانی بیماران از اتمام جلسات، فهرستی از مداخلات و فنون بازسازی شناختی و موارد خود یاری‌رسان در قالب نامه خداحافظی در اختیار گروه آزمایش قرار گرفت. محتوای پروتکل درمان شناختی-تحلیلی به ترتیب جلسات به‌طور خلاصه در جدول (۱) ارائه شده است (دنمان، ۲۰۰۱).

جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات شناختی-تحلیلی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی براساس ترتیب جلسات

جلسه	محتوای درمان
اول	اتحاد و تفاهم درمانی، شرح حال بیمار، ارائه درکی از CAT و چگونگی کارکرد آن به بیمار، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با بیمار.
دوم	جمع‌آوری سابقه و شرح حال بیمار، کار با بیمار و ایجاد فهرستی از مشکلات اصلی (فهرستی از مشکلات آماج)، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
سوم	جمع‌آوری سابقه بیمار، صورت‌بندی مجدد مشکلات بیمار، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
چهارم	صورت‌بندی مجدد، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
پنجم	بررسی واکنش بیمار به نامه صورت‌بندی و تعدیل نامه صورت‌بندی براساس اظهارنظر بیمار، تعیین اهداف درمانی، تدوین فرمول‌بندی نهایی براساس فرمول‌بندی اولیه مربوط به مشکلات، علایم و نشانگان بالینی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
ششم	بازشناسی وقایع آشکار ساز رفتار ناکارآمد، شناسایی نقاط ضعف و قوت بیمار، آغاز عملیات شناسایی روندهای ناسازگار متوالی و نقش‌های متقابل ناسازگار با کمک درمانگر، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی
هفتم	تدوین فهرستی جهت شناسایی روندهای ناسازگار متوالی با همکاری بیمار، شناسایی روندهای ناسازگار در زمینه بین فردی در طی جلسه درمان، شناسایی دقیق روندهای ناسازگار رخ داده در طول جلسه درمان و استفاده از آن‌ها به‌عنوان وسیله‌ای برای تغییر و یادگیری، پیش‌بینی دقیق احساسات انتقال و انتقال متقابل بر اساس نامه صورت‌بندی مجدد، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
هشتم	بازبینی و بازشناسایی روندهای ناسازگار اکتسابی قدیمی توسط فرد بیمار، بهبود توانایی بیمار در شناسایی رویه‌های متوالی ناسازگار و نقش‌های متقابل، آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح آن‌ها، ارائه

تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.	
نهم	شناسایی روندهای ناسازگار و اصلاح بازبینی‌های صورت گرفته توسط بیمار، کمک به بیمار برای فهم اینکه هر یک از رفتارهای ناکارآمد وی در کجای دیاگرام قرار دارد و افزایش آگاهی از چرخه رفتارهای تکراری، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
دهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس شناخت تأثیر هیجان‌ها و رفتارهای بیمار بر علائم و رفتارهای تکانشگرانه، آگاهی از نحوه استمرار الگوها و طرحواره‌های قدیمی مرتبط با رفتارهای تکانشگرانه و تجارب تجزیه‌ای، تحلیل روندهای ناسازگار و مشخص کردن جایگاه این روندها در دیاگرام، کمک به بیمار برای رفتار کردن به شیوه‌ای جدید، خلاصه‌سازی جلسات درمانی.
یازدهم	کمک به بیمار برای رفتار کردن به شیوه‌ای جدید و اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی بیمار، استفاده از فنون تقویتی گوناگون در جهت تسریع تغییرات و بهبودی (ارایه تقویت مثبت، بازی نقش ^۱ و تفکر در مورد ایده‌های جدید ^۲ یا حل مسئله)، کمک به بیمار برای کسب بیش نسبت به چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
دوازدهم	کمک به بیمار برای اصلاح نقش‌های بین فردی، تجدیدنظر رویه‌ای براساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری رفتارهای تکانشگرانه بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی، ارائه تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
سیزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس کمک بیمار برای دستیابی به الگوهای کارآمدتر رفتاری، کمک به بیمار برای شناسایی درست تله‌ها و موانع رشد، ارائه تکالیف خانگی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
چهاردهم	تجدیدنظر رویه‌ای براساس بینش افزایشی و آگاهی بیمار از مسیر تکاملی مشکلات در جهت کاهش رفتارهای تکانشگرانه، توانایی مدیریت رفتارهای خود در محیط‌های خارج از درمان و زندگی واقعی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
پانزدهم	نوشتن نامه خداحافظی (متن نامه شامل خلاصه‌ای از دلایل مراجعه بیمار، خلاصه‌ای از آنچه که کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است و بیان ابزارهایی که بیماران می‌توانند در آینده استفاده کنند)، خلاصه‌سازی جلسه درمانی.
شانزدهم	بررسی فیدبک بیمار به نامه خداحافظی، خلاصه‌سازی جلسات درمانی

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات کل مربوط به ساختار شخصیت در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک اندازه‌گیری شده است (جدول ۲). به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر بهبود ساختار شخصیت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و پاسخ به سوال پژوهش حاضر از شاخص‌های

1- Roll Play
2- Brainstorming solutions

توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس بین گروهی استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های کواریانس بررسی شدند. به منظور بررسی مفروضه یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد؛ نتیجه آزمون ام باکس نشان می‌دهد که این پیش‌فرض برقرار نیست ($F=2/28$ ، $P=0/012$ ، $BOX'S=30/211$). به منظور بررسی دومین پیش‌فرض یکسانی واریانس خطا از آزمون لوین استفاده شد. که نتایج آزمون لوین حاکی از برقراری این پیش‌فرض در تمام مراحل سنجش، جلسه پنجم ($F=2/213$ ، $P=0/154$)، دهم ($F=0/651$ ، $P=0/212$)، شانزدهم ($F=0/722$ ، $P=0/131$) و دوره پیگیری ($F=0/592$ ، $P=0/299$) می‌باشد. بنابراین فرض یکسانی واریانس خطا برقرار است. نتایج آزمون کواریانس آمیخته در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۲) یافته‌های توصیفی مربوط به متغیر ساختار شخصیت به تفکیک جلسات درمانی

گروه	متغیر	تعداد	جلسه پنجم		جلسه دهم		جلسه شانزدهم		پیگیری
			انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	
آزمایش	ساختار شخصیت	۱۰	۲۴/۵۰	۴/۷۲	۲۳/۳۰	۴/۶۲	۲۰/۶۰	۵/۱۹	۱۹/۳۰
گواه	ساختار شخصیت	۱۰	۲۱/۲۰	۵/۶۹	۲۱/۸۰	۵/۷۷	۲۲/۸۰	۵/۶۵	۱۹/۳۰
کل	ساختار شخصیت	۲۰	۲۲/۸۵	۵/۳۶	۲۲/۵۵	۵/۱۴	۲۱/۷۰	۵/۴۰	۲۱/۴۰

جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس بین گروهی برای تفاوت گروه آزمایش و کنترل در ساختار شخصیت مرزی به تفکیک جلسات

منبع تغییرات	جلسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
	۵	۸/۹۹۹	۱	۸/۹۹۹	۱/۲۹۷	۰/۲۷۱	۰/۰۷۱
گروه	۱۰	۲۶/۸۰	۱	۲۶/۸۰	۲/۱۱	۰/۱۶۵	۰/۱۱۰
	۱۶	۱۱۹/۳۴۵	۱	۱۱۹/۳۴۵	۵/۸۷۴	۰/۰۲۷	۰/۲۷۵
پیگیری	۲۰	۲۰۷/۷۳۰	۱	۲۰۷/۷۳۰	۸/۶۰۵	۰/۰۰۹	۰/۳۳۶

نتایج تحلیل کواریانس بین گروهی نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر ساختار شخصیت در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/37$)، هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان‌شناختی-تحلیلی بعد از ۵ ($F=1/097$ ، $P=0/27$)

($F=1/297$) و ۱۰ جلسه ($F=2/110$ ، $P=0/165$) مداخله اثر معنی داری در بهبود ساختار شخصیت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نداشته است. اما نتایج آزمون کواریانس بین گروهی نشان می دهد که مداخله پس از اتمام جلسات درمانی در جلسه ۱۶م ($P=0/027$)، اثر معناداری در افزایش گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است که تغییرات درمانی حاصل در دوره پیگیری نیز ماندگار بودند ($F=8/6057$ ، $P=0/009$)، لذا درمان شناختی-تحلیلی بعد از یک ماه پیگیری اثر معنی داری در افزایش ساختار شخصیت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی تحلیلی پس از ۵ و ۱۰ جلسه مداخله اثر معنی داری در ساختار شخصیت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نداشت اما در مراحل پیشرفته درمان و پس از اجرای کامل پروتکل درمانی، نتایج تحلیل کواریانس بین گروهی نشان داد که درمان شناختی تحلیلی پس از ۱۶ جلسه مداخله و دوره پیگیری یک ماهه اثر معناداری در بهبود ساختار شخصیت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته و موجب افزایش و بهبود ساختار شخصیت مرزی شد. پژوهش حاضر همسو با یافته های پیشین بود (گوبلی، بیوسل، آلوکس-کانتین و دلاریوری، ۲۰۱۸؛ جوآن مارتی و لیزرتی^۲، ۲۰۱۷؛ کلت و همکاران، ۲۰۱۳؛ چانن و همکاران، ۲۰۰۹؛ پرترجر^۳ و همکاران، ۲۰۰۸)، میزان تغییرات مشاهده در متغیر ساختار شخصیت پس از ۱۶ جلسه و پیگیری یک ماهه به ترتیب ۰/۲۶ و ۰/۳۴ بود.

چانن و همکاران (۲۰۰۹) و پرترجر و همکاران (۲۰۰۸)، تاثیرگذاری CAT بر ساختارهای شخصیتی افراد و تغییر در سبک زندگی مبتلایان به اختلالات شخصیت، بخصوص اختلال شخصیت مرزی و وسواسی را نشان دادند، که این تأثیرپذیری در مطالعه فوق مشاهده شد. کلت و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که این درمان با کاهش تدریجی پریشانی های

1- Guilé, Boissel, Alaux-Cantin, & de La Rivière

2- Juanmartí & Lizeretti

3- Protergerou

روانشناختی، علایم تجزیه‌ای و کاهش آشفتگی‌های شخصیتی موجب بهبود عملکرد روزمره این بیماران می‌شود و با ابزارهای اندازه‌گیری دریافته‌اند که این درمان موجب بهبود و یکپارچگی ساختار شخصیت مرزی می‌شود و این تغییرات پس از دوره پیگیری هم‌چنان پایدار بود، هم‌چنین در مطالعه خود نشان دادند که بیشترین تأثیرات این درمان در طی جلسات اول بر روی پریشانی‌های روانشناختی بود (جلسه ۱-۴) و تغییرات در زمینه دیگر علایم مثل یکپارچگی شخصیت و کاهش گسست و تجزیه در جلسات بعدی درمان و در مرحله دوم درمان اتفاق افتاد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت رویکرد شناختی تحلیلی با تأثیر بر ساختارهای شخصیتی و سبک زندگی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در بهبود بی‌ثباتی هیجانی، هویت و خودپنداره مؤثر بوده است (رحمانی، کیانی، رضایی، ناصوری و آراسته، ۱۳۹۲). هم‌چنین بروز رفتار در بیماران مرزی بوسیله فرایند شناختی کنترل نمی‌شود و نمی‌توانند یاد بگیرند که با کنترل جریان شناختی، پاسخ خود را تغییر و یا تعدیل کنند، که این کنترل شناختی ضعیف امکان دارد منجر به رفتارهای تکانه‌ای و خود آسیب‌رسان گردد (معمدی و امیرپور، ۱۳۹۱) بنابراین روان‌درمانگری شناختی تحلیلی با دادن بینش به بیمار در جهت دستیابی به منشأ مشکل، ایجاد نقش مشارکتی فعال و آموزش راهبردهای جایگزین مناسب به جای راهبردهای ناکارآمد و اصلاح طرحواره‌های آسیب‌زای کودکی و جایگزین کردن طرحواره‌های مناسب به بهبود عملکرد این بیماران کمک می‌کند و موجب کاهش بروز رفتارهای تکانه‌ای و بی‌برنامه می‌شود. که این فرمول‌بندی مستحکم، ارائه آگاهی و بینش افزایشی نسبت به منشأ تحولی مشکلات بیمار، طی درمان شناختی تحلیلی در بهبود مبتلایان به انواع اختلالات روانی مؤثر است (حمیل و ماهونی^۱، ۲۰۱۱؛ فزونی، ۲۰۱۰). این امر به بیمار در جهت تغییر سبک زندگی‌شان که در نهایت سبب تعدیل ساختارهای شخصیتی می‌گردد، کمک می‌کند و این فرایند موجب کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. یکی دیگر از علت‌های مهم افزایش اثربخشی این درمان ویژگی کلیدی این مدل درمانی است که بر فرمول‌بندی اولیه و مشکلات عمیق ارتباطی بیماران مرزی تأکید می‌کند (کلت و همکاران، ۲۰۱۳). بدین صورت که درمان شناختی تحلیلی با تحلیل و فراخواندن

1- Hamil & Mahony

سبک‌های دلبستگی اولیه (بتمن و همکاران، ۲۰۰۷) اصلاح نقش‌های متقابل و الگوهای ارتباطی (کلت و همکاران، ۲۰۱۳) موجب بهبود علائم می‌شود. کلارک و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که ترغیب بیماران به یادآوری تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی 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 (کلارک و همکاران، ۲۰۱۳).

در واقع روان‌درمانگری شناختی تحلیلی ریشه این بی‌ثباتی هیجانی، هویت و خودپنداره را در الگوی ناسازگارانه و تکرار شونده دوران اولیه زندگی می‌بیند (کاظمی، رسول‌زاده طباطبایی، دژکام، آزادفلاح و مومنی، ۱۳۹۰). بر این اساس رویکرد شناختی تحلیلی در درمان مرزی 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 و رویکرد شناختی تحلیلی به‌وسیله ایجاد تغییر در صفات هسته‌ای شخصیت و تصحیح رفتارهای مخرب موجب بهبود عملکرد روانی، اجتماعی و بهزیستی روانشناختی می‌شود (لیویل^۱، ۲۰۰۳؛ چانن و مک کاتچن^۲، ۲۰۱۳). به عبارتی این درمان مبتنی بر یک مدل زنجیره‌ای از سلسله ارتباطات موضوعی است که تأکید فراوانی بر سبک‌های ارتباطی نقش‌های متقابل اولیه دارد که در اوائل زندگی شکل می‌گیرد و این سبک ارتباطی می‌تواند باعث ساخته شدن الگوهای ناسازگارانه ارتباطی شوند. درمان شناختی-تحلیلی با تمرکز بر فرایند فرمول‌بندی مجدد، باعث تجدیدنظر در ارتباطات موضوعی دوران کودکی و در نتیجه بهبود بیمار می‌شود (رایل، ۲۰۰۷). هم‌چنین در تبیینی دیگر می‌توان گفت که در واقع بی‌نظمی هیجانی اساس نارساکنشی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌باشد (سیلبرسویچ، کلارکین، گلدستین، کمبرگ و تاسچر^۳، ۲۰۰۷) و از ویژگی‌های اصلی این اختلال بی‌نظمی رفتاری، عدم توانایی در فهم و تفسیر کنش هیجانی و عدم توانایی در تنظیم واکنش مناسب به علائم هیجان است (والترز^۴، ۲۰۰۶). این بیماران پس از انگیزختگی حالت هیجانی (خشم و

1- Lieweiyin

2- McCutcheon

3- Silbersweig, Clarkin, Goldstein, Kernberg & Tuescher

4- Walters

تکانشگری) به سختی به حالت معمول برمی‌گردند (گراتز، روزنتال، تال، لجویز و گاندرسون^۱، ۲۰۱۰).

همچنین پژوهشی دیگر نشان داد که روان‌درمانگری شناختی تحلیلی با افزایش قدرت خود (ایگو) باعث می‌شود که بیماران مرزی به روش انعطاف‌پذیرتری مکانیزم‌های دفاعی را به کار گیرند (عینی، نریمانی، عطادخت، بشرپور و صادقی موحد، ۱۳۹۷). بنابراین می‌توان گفت که در افراد مرزی، تله‌ها و دوره‌های ناانگیز ناتوانی و شکست در یکپارچه کردن مجموعه‌ای از نقش‌های متقابل مجزا در یک معنی و مفهوم واحد می‌باشد که سیستم‌های فرعی مجزایی از پروسیجرها یا شخصیت‌های فرعی را دائماً دارند و به واسطه آنها دنیا را متفاوت تجربه و ادراک می‌کنند (رایل و کر، ۲۰۰۲). رویکرد شناختی-تحلیلی با فرمول بندی پیچیده به تحلیل این روندهای نقش‌های متقابل می‌پردازد و با صورت‌بندی مجدد نمودار زنجیره‌ای ارتباطات مختل، در طول درمان، باعث تجدیدنظر در این روندهای نقش‌های متقابل شده و روابط موضوعی را در افراد مرزی بهبود می‌بخشد (عینی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین پژوهشی نشان داد که رویکرد شناختی تحلیلی باعث تجدیدنظر در حالت‌های مختلف خود می‌شود؛ که بعد از ۲۰ جلسه درمان شناختی تحلیلی نشانه‌های اختلال مرزی کاهش می‌یابد و بیماران می‌توانند با خشم و ترسشان برای مقابله با دنیای واقعی مقابله کنند (آرگریوپولوس و ولاچوس^۲، ۲۰۱۵). کارادیک^۳ (۲۰۱۲) نیز، کاهش علائم ناشی از تجارب هیجانی آسیب‌زا در دوره درمان و پیگیری، در اختلالات روانی را با درمان شناختی تحلیلی نشان داد (کارادیک، ۲۰۱۲). یکی دیگر از حوزه‌های تأثیرگذار این مداخله در پژوهش حاضر، تأثیری است که این رویکرد بر روی کاهش اشتغالات ذهنی و سردرگمی‌های بیماران داشته که در مطالعه کلت و همکاران (۲۰۱۳)، نیز این مسئله در ارتباط با مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی تأیید گردید، که مهم‌ترین دستاورد آن، کاهش بی‌ثباتی‌های هیجانی بیماران بود. در پژوهشی دیگر تأثیر درمان شناختی تحلیلی بر اختلال هویت تجزیه‌ای، مورد بررسی قرار گرفت که نتایج کاهش طیف وسیعی از علائم و تأثیرات

1- Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez & Gunderson

2- Argyropoulos & Vlachos

3- Carradice

پایدار و مؤثری در یک دوره پیگیری ۶ ماهه را نشان داد (کلت، ۲۰۰۵). هم‌چنین در پژوهشی دیگر که به بررسی تأثیر درمان شناختی تحلیلی در توصیف علائم و تجربیات مبتلایان به اختلالات سایکوتیک پرداخته شد؛ درمان شناختی تحلیلی به‌عنوان مدل درمانی منسجم و قدرتمندی در کسب نتایج بالینی معرفی گردید (کری، بیرکیت و چانن، ۲۰۰۳). یافته‌های مطالعه دیگر نشان می‌دهد که درمان شناختی تحلیلی به شیوه گروهی راهبرد مناسبی برای بهبود بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی و کاهش تکانشوری مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است (فرهادی، عباسی، بیگیان کوله مرز و عظیم‌پور، ۱۳۹۴).

تأکیدی که این درمان بر مشارکت فعالانه بیمار در فرمول‌بندی مشکلات و تمرکز عمده‌ای که بر کشف چگونگی تعاملات بیمار دارد یکی دیگر از مهم‌ترین عوامل در کارآمدی درمان شناختی تحلیلی می‌باشد (رایل، ۲۰۱۰). در واقع ریشه بسیاری از اختلالات و شکل‌گیری طرحواره‌ها در "الگوهای تعاملی اوایل زندگی" است که اهمیت بالینی فراوانی دارد (رایل، ۲۰۱۰). دلیل دیگر اثربخشی این درمان راهبردهایی است که به کار برده می‌شود؛ بدین صورت که طی جلسات درمان منشأ شکل‌گیری مسیرهای مشکل‌زا در قالب نمودار و نامه‌های صورت‌بندی مجدد به بیمار نشان داده می‌شود که این امر باعث کسب آگاهی و بینش نسبت به ریشه الگوهای تکراری ناکارآمد، مشکلات مهم ارتباطی و روند رشدی آن‌ها و در نتیجه بهبود اختلال می‌شود. پاسخ بیماران به نامه صورت‌بندی مجدد به مشکلات پایه‌ای آن‌ها بستگی دارد، بعضی از بیماران این تجربه که نامه‌ای به آن‌ها نوشته شود و به آن فکر کنند را جالب و روبه جلو توصیف می‌کنند (چانن و همکاران، ۲۰۰۹). هم‌چنین در این درمان، در جلسه آخر یا یکی مانده به آخر نامه خداحافظی به بیمار نوشته می‌شود در واقع نامه خداحافظی و محتوای آن در تداوم اثرات بلند مدت درمان شناختی تحلیلی بسیار مؤثر است (چانن و همکاران، ۲۰۰۹).

علاوه بر این، طول مدت درمان، تعداد جلسات متوالی، به کارگیری دقیق قواعد درمان و اتحاد درمانی نیز از علت‌های دیگر کسب این نتایج، می‌توان بیان نمود. اتحاد درمانی بین

1- Kerr, Birkett & Chanen

بیماران و درمانگر، خود تسهیل‌کننده فرایند درمان و تداوم بهتر درمان می‌باشد که این فرایند و تأثیرگذاری آن در مطالعه کارادیک (۲۰۱۲) نیز تأکید شده است.

هم‌چنین به علت بهبود سریع علایم در طی جلسات اولیه درمان-شناختی تحلیلی (خصوصاً کاهش تجارب پریشانی‌های روانشناختی)، به‌ویژه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موجب عدم ترک یکبارگی درمان (نرخ پایین ریزش)، افزایش تمایل بیماران مرزی برای ادامه درمان و در نتیجه بهبود بیشتر ساختار شخصیت مرزی، افزایش یکپارچگی شخصیت مرزی و کسب نتایج درمانی می‌گردد (رایل و گولینکیا، ۲۰۰۰؛ کلت و همکاران، ۲۰۱۳). کومیدا (۱۹۹۴)، بیان می‌کند که تعامل و درگیری سریع بیمار نتیجه فرمول‌بندی مشارکتی اولیه در درمان شناختی تحلیلی است و این روشی کلیدی برای کاهش فسخ جلسات هنگام درمان بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است که مطالعه حاضر از این دیدگاه حمایت می‌کند. بنابراین دلیل تأثیرگذاری این مداخله برای بیماران مرزی در پژوهش حاضر، تأثیری است که این روش بر دستیابی بیمار به ماهیت علائم، بررسی روند شکل‌گیری غلط نقش‌های متقابل (از کودکی تا حال) و ترغیب بیمار به تعدیل روش‌های پیشین خود در زندگی، می‌گذارد. در مجموع می‌توان گفت که درمان شناختی-تحلیلی راهبردی مناسب برای بهبود ساختار و یکپارچگی شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوه مداخله مؤثر استفاده کرد.

در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت از جمله محدود بودن جامعه و انجام این پژوهش در جامعه مردان که به علت عدم دسترسی به زنان مبتلا به این اختلال امکان مقایسه و تعمیم نتایج پژوهش را به سایر گروه‌ها با محدودیت مواجه می‌سازد. عدم مقایسه این رویکرد درمانی با سایر رویکردها، عدم کنترل کامل درمان دارویی و برخی متغیرهای مداخله‌گر (نظیر طول مدت بیماری، سابقه خانوادگی اختلال‌های روانپزشکی و ...) ساختار نیمه آزمایشی مطالعه حاضر، مهم‌ترین محدودیت‌هایی هستند که هنگام استنباط یافته‌ها و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرند. تکرار این مطالعه با کنترل اثر درمان دارویی، همزمان با درمان دارویی و رویکردهای دیگر روانشناختی، پیشنهاد می‌گردد. مداخلاتی با دوره پیگیری طولانی‌تر، بررسی این مداخله در اختلالات روانپزشکی شایع و

جامعه آماری کودکان و نوجوانان، خودکشی‌های تکانه‌ای، اختلال شخصیت نمایشی و اختلال‌های اضطرابی (مثل پانیک)، اجرای پژوهش بر روی نمونه‌های زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می‌گردد. همچنین در مطالعات بعدی لازم است، حمایت تجربی بیشتری برای عناصر اثربخش این رویکرد درمانی نظیر کشف ریشه تعارض‌ها و الگوهای مخرب رفتارهای آسیب‌زای مرزی، کاهش اشتغالات ذهنی، تنظیم فرایند احساسی و عاطفی فرد، به عمل آید. در نهایت پیشنهاد می‌شود که در زمینه نوع و چگونگی آموزش استراتژی‌های جایگزین مناسب در درمان شناختی تحلیلی (برای موفقیت یک مداخله روانشناختی) ویژه بیماران مرزی در نمونه‌های ایرانی پژوهش‌هایی صورت گیرد.

منابع

- اکبری، جواد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا و قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی (۱۳۸۷). اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری و درمان دارویی بر علائم اضطراب و تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۴)، ۳۱۷-۳۲۳.
- امینی، همایون؛ شریفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف و صدیق، ارشیا (۱۳۸۶). روایی نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای اختلال‌های محور I در (DSMIV SCID-I). *پایش*، ۱۷(۱)، ۴۹-۵۷.
- بختیاری، مریم (۱۳۷۹). بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران*.
- برومند، بهزاد (۱۳۸۹). کارگاه تخصصی معرفی و کاربرد درمان‌شناختی تحلیلی. تهران: مرکز مشاوره رها.
- خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۲). آماده‌سازی مقدماتی فرم کوتاه پرسشنامه بالینی چندمحوری میلیون-۲ در شهر تهران. *رساله کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران*.
- دادفر، محبوبه؛ غرابی، بنفشه؛ نوری قاسم‌آبادی، ربابه و کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.
- رحمانی، فاتح؛ کیانی، محمد علی؛ رضاعی، فرزین، نصوری، مرضیه و آراسته، مدبر (۱۳۹۲). بررسی نیمرخ شخصیتی، هوشی و هیجانی در اختلال شخصیت مرزی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۸(۳)، ۱-۱۲.
- شریفی، علی‌اکبر؛ مولوی، حسین و نامداری، کوروش (۱۳۸۷). روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلیون-۳. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳۴، ۳۸-۲۷.
- عینی، ساناز؛ نریمانی، محمد؛ عطادخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد و صادقی موحد، فریبا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر روابط موضوعی و قدرت ایگو افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۹(۱)، ۱-۱۱.
- فرهادی، علی؛ عباسی، مسلم؛ بیگیان کوله مرز، محمدجواد و عظیم‌پور، عظیم (۱۳۹۴). اثربخشی و کارآمدی روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی در بهزیستی ذهنی و کاهش رفتارهای تکانشی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۱)، ۱۱۹-۱۴۹.

- قره داغی، ماندانا (۱۳۹۰). مقایسه اختلالات شخصیت (الگوهای بالینی شخصیت و الگوهای بالینی شدید شخصیت) بین زنان مطلقه و عادی شهرستان شوشتر. یافته‌های نو در روانشناسی، ۵(۱۶)، ۸۴-۷۱.
- کاظمی، حمید؛ رسولزاده طباطبایی، کاظم؛ دژکام، محمود؛ آزادفلاح، پرویز و مومنی، خلیل (۱۳۹۰). اثربخشی روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی، روان‌درمانگری شناختی و دارودرمانگری در کاهش بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی. مجله علوم رفتاری، ۵(۲)، ۹۹-۹۱.
- مارنات، گری-گراث (۱۳۹۲). راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان. (ترجمه: پاشاشریفی، حسن و نیکخو، محمدرضا). تهران: انتشارات سخن. (سال انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۷).
- محمودعلیلو، مجید و شریفی، محمدامین (۱۳۹۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- محمودعلیلو، مجید و شریفی، محمدامین (۱۳۹۲). اختلال شخصیت مرزی مباحث نظری و روش‌های درمانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- معمدی، عبدالله و امیرپور، برزو (۱۳۹۱). تأثیر سبک‌های تفکر بر الگوهای ابراز و مهار خشم در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۶(۱)، ۲۳-۱۷.
- American psychiatric association. (2000). *Diagnostic manual of mental disorder*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*.
- Argryopoulos, K., & Vlachos, I. (2015). Cognitive analytic therapy (CAT) in borderline personality disorder—a case report. *European Psychiatry, 30*(1), 28-31.
- Bateman, A.W., Ryle, A., Fonagy, P., & Kerr, I.B. (2007). Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *International Review of Psychiatry, 19*(1), 51-62.
- Bedford, A., Davies, F., & Tibbles, J. (2009). The personality structure questionnaire (PSQ): A cross validation with a large clinical sample. *Clinical Psychology & Psychology, 16*, 77-81.

-
- Bennett, D., & Parry, G. (1998). The accuracy of reformulation in cognitive analytic therapy: A validation study. *Psychotherapy Research*, 8(1), 84-103.
- Carradice, A. (2013). 'Five-Session CAT' Consultancy: Using CAT to Guide Care Planning with People Diagnosed with Personality Disorder within Community Mental Health Teams. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 359-367.
- Cassidy, J. (2000). Adult romantic attachments: A developmental perspective on individual differences. *Review of General Psychology*, 4(2), 111-131.
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202(54), 24-29.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., & Clarkson, V. (2009). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(5), 397-408.
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 129-134.
- Cowmeadow, P. (1994). Deliberate self-harm and cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9, 135-150.
- Davison, G.C., Neale, J.M., Kring, A.M., & Johnson, S.L. (2007). *Schizophrenia. Abnormal Psychology*. Chapter 11 (10th Ed). Unites States: John Wiley & Sons.
- Denman, C. (2001). Cognitive-analytic therapy. *Advances in Psychiatric treatment*, 7(4), 243-252.
- Dimeff, L.A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York: Guildford press.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition* (pp. 94-1). New York, NY: SCID-I/P.

-
- Fosbury, J.A., & Coles, C. (1994). Cognitive analytic therapy with poorly controlled insulin-dependent diabetic patients. *Psychology and diabetes care*. Chichester, UK: PMH Production.
- Fozzoni, B. (2010). Cognitive analytic therapy: a sympathetic critique. *Psychotherapy and Politics International*, 8(2), 128-145.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Gratz, K.L., Rosenthal, M.Z., Tull, M.T., Lejuez, C.W., & Gunderson, J.G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. *Comprehensive psychiatry*, 51(3), 275-285.
- Guilé, J.M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Rivière, S.G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 199-210.
- Hamill, M., & Mahony, K. (2011). 'The long goodbye': Cognitive analytic therapy with carers of people with dementia. *British Journal of Psychotherapy*, 27(3), 292-304.
- Hepple, J. (2012). Cognitive-analytic therapy in a group: reflections on a dialogic approach. *British Journal of Psychotherapy*, 28(4), 474-495.
- Juanmartí, F.B., & Lizeretti, N.P. (2017). The efficacy of psychotherapy for borderline personality disorder: A review. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-56.
- Kellett, S. (2005). The treatment of dissociative identity disorder with cognitive analytic therapy: Experimental evidence of sudden gains. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 55-81.
- Kellett, S. (2012). *Handbook of counselling and psychotherapy*. United States: SAGE Publications Ltd.
- 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. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1004.
- Kerr, I.B., Birkett, P.B., & Chanen, A. (2003). Clinical and service implications of a cognitive analytic therapy model of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 515-523.
- Llewelyn, S. (2003). Cognitive Analytic Therapy: time and process. *Psychodynamic Practice*, 9(4), 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. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(1), 57-72.
- McCormick, E.W. (2012). *Change for the better: Self-help through practical psychotherapy*. United States: SAGE Publications Ltd.
- Paris, J. (1996). *Social factors in personality disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172, 1579-1583.
- Pollock, P.H., Broadbent, M., Clarke, S., Dorrian, A., & Ryle, A. (2001). The Personality Structure Questionnaire (PSQ): A measure of the multiple self states model of identity disturbance in cognitive analytic therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 8(1), 59-72.
- Preston, J.D., & Preston, J. (2006). *Integrative treatment for borderline personality disorder: effective, symptom-focused techniques, simplified for private practice*. United States: New Harbinger Publications.
- Protogerou, C., Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Bozikas, V., Voikli, M., Georgiadou, O & Adamopoulou, A. (2008). Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome in patients with obsessive-compulsive personality disorder. *Annals of General Psychiatry*, 7(1), S109.
- Raj, Y.P (2004). Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 6(3), 225-231.
-

-
- Ryle, A. (2007). Investigating the phenomenology of borderline personality disorder with the states description procedure: Clinical implications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5), 329-341.
- Ryle, A.E. (1995). *Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Ryle, A., & Golynkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73(2), 197-210.
- Ryle, A., Kerr, L.B. (2002). *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd.
- Ryle, A. (2010). *Cognitive analytic therapy*.(on-line). <http://www.acat.me.uk>.
- Silbersweig, D., Clarkin, J.F., Goldstein, M., Kernberg, O.F., Tuescher, O., Levy, K.N., & Epstein, J. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1832-1841.
- Silk, K.R., Lee, S., & Hill, E.M. (1995). Borderline personality disorder symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1059-1064.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.X., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J., & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*, 51(12), 936-950.
- Smith, T.E., Koenigsberg, H.W., Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., & Selzer, M.A. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 4(3), 205-213.
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41(6), 416-425.
- Walters, K.N. (2008). *Emotional responses to social rejection and failure among persons with borderline personality features*. Ph.D dissertation of Psychology. Simon Fraser University.
- Wayne, K., & Goodman, M. (2010). *Medications for Obsessive-compulsive Disorder*. [Available from: www.ocdchicago.or.
-

- Wildgoose, A., Clarke, S., & Waller, G. (2001). Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: a pilot study of the impact of cognitive analytic therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 74(1), 47-55.
- Winston, A.P. (2000). Recent developments in borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(3), 211-217.
- Zanarini, M.C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101.