

Research Paper

Transference-focused Psychotherapy Versus Acceptance & Commitment Therapy on Personality Organization and Defense Styles of People With BPD: A Clinic Trial



Fatemeh Fathi¹ , *Shahram Vaziri² , Mehdi Pourasghar³ , Maryam Nasri¹

1. Department of Psychology, Birjand Medical School, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2. Department of Fellowship and Spirituality Therapy, Faculty of Medicine, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran.
3. Department of Psychiatry, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.



Citation Fathi F, Vaziri Sh, Pourasghar M, Nasri M. Transference-focused Psychotherapy Versus Acceptance & Commitment Therapy on Personality Organization and Defense Styles of People With BPD: A Clinic Trial [(Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E2401.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.2401.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.2401.1>

Received: 14 Dec 2024

Accepted: 16 Aug 2025

Available Online: 23 Sep 2025

Key words:

Transference-focused psychotherapy, Acceptance & commitment therapy, Personality organization, Defense styles, borderline personality disorder

ABSTRACT

Objectives This study aimed to compare the effects of transference-focused psychotherapy (TFP) and acceptance and commitment therapy (ACT) on personality organization and defense styles of individuals with borderline personality disorder (BPD).

Methods This is a randomized clinical trial with a pre-test/post-test/follow-up design. The participants were 11 patients with BPD referred to Zare Psychiatric Hospital and Khaney-e Ma'na Clinic in Sari, north of Iran, in 2020. They were selected using a convenience sampling method and randomly assigned to TFP (n=4), ACT (n=4), and control (n=3) groups. The interventions were provided for one year, two sessions per week. Data were collected before the interventions, at the first session, during the 40th session, during the 80th session, at the 100th session, and six months after the interventions. Kernberg's Inventory of Personality Organization (IPO) and Defense Styles Questionnaire were used for assessment. Statistical analysis was done using repeated measurement ANOVA and the Kruskal-Wallis test.

Results There were significant differences in both treatment groups compared to the control group in total IPO score ($P=0.023$), mature defense styles ($P=0.041$), and neurotic defense style ($P=0.366$). TFP was more effective than ACT.

Conclusion Both TFP and ACT can improve personality organization and defensive styles of patients with BPD, where TFP is more effective.

* Corresponding Author:

Shahram Vaziri, Professor.

Address: Department of Fellowship and Spirituality Therapy, Faculty Member, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.

Tel: +98 (917) 784390

E-mail: shahram.vaziri@gmail.com



Copyright © 2025 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

It is important to understand the patient's personality organization when planning psychotherapy and observing its results. Kernberg recognized three levels of personality organization: neurotic, borderline, and psychotic. Borderline personality disorder (BPD) is a common mental disorder that is associated with high rates of suicide, severe functional impairment, high rates of comorbid mental disorders, high use of treatment, high use of defense mechanisms, and high cost burden on the healthcare system. Defense mechanisms are automatic regulatory processes that act to reduce cognitive abnormalities and minimize sudden changes in reality and perception of threatening events. Studies have indicated the effectiveness of psychotherapy methods for BPD patients, including the transference-focused psychotherapy (TFP), whose goal is to change symptoms and interpersonal problems through structured psychological care that corrects mental representations of self and others. This process leads to behavior conduction. Another treatment option for these patients is acceptance and commitment therapy (ACT). ACT begins with fundamental research on human distress and establishes a general psychological model, collecting related interventions.

There are several organized psychotherapies for BPD, but none of them have priority over the others in reducing symptoms. It is essential to explore why TFP and ACT are unique. In fact, we choose these types of treatment because their goals are beyond symptom reduction. The main question is whether TFP and ACT are effective in addressing personality organization and defensive styles in people with BPD.

Method

In this randomized clinical trial, the study population consisted of all individuals with BPD referred to Zare Psychiatric Hospital and Khaney-e Ma'na Clinic in Sari, north of Iran, in 2020 ($n=32$). Those who met the entry criteria were selected using a convenience sampling method ($n=11$) and were randomly assigned to TFP ($n=4$), ACT ($n=4$), and control ($n=3$) groups using a lottery method. The questionnaires included Kernberg's Inventory of Personality Organization (IPO) and Defense Styles Questionnaire. The TFP and ACT interventions were provided for one year, two sessions per week, each for 48 minutes, following the formal treatment protocols, done by trained therapists. Data were collected before the interventions, at the first session, during the 40th session, during the 80th session, at the 100th session (after intervention), and six months after interventions (follow-up). The TFP sessions were conducted under the supervision of two experts—one from Iran and one from Sweden. For ACT, another supervisor from Iran was also involved. Both therapy sessions adhered to the official guidelines established for these treatments.

Results

Figures 1, 2, 3, and 4 show the mean scores of the study variables for three groups. There was a statistically significant difference in the total IPO score among the groups ($P=0.023$). Regarding the IPO domains, the difference was also significant in primitive psychological defences, reality testing, and identity diffusion ($P<0.05$). There was no significant difference in the immature defensive style ($P=0.603$), but a significant difference was found in the mature defensive style ($P=0.041$) and neurotic defensive style ($P=0.366$).

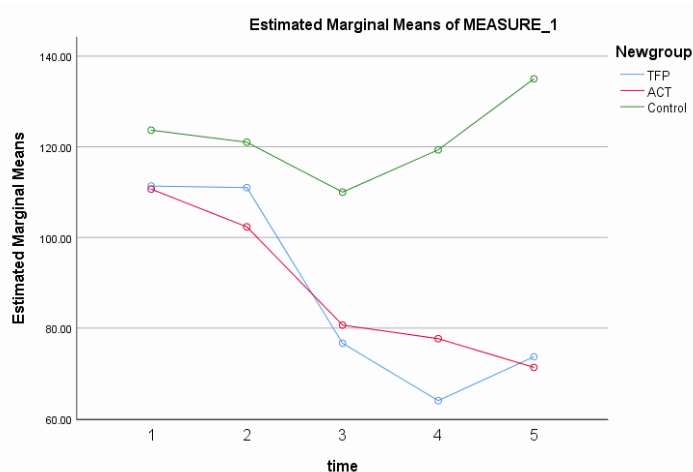


Figure 1. Mean total IPO scores of the three study groups

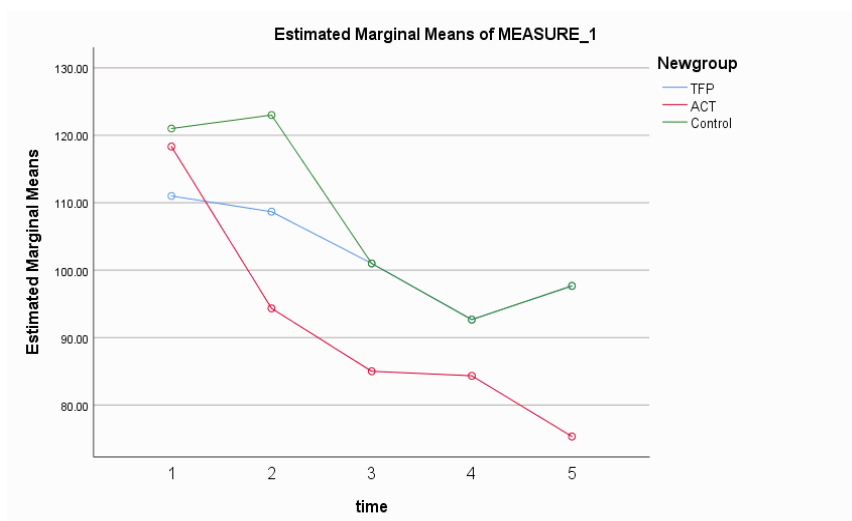


Figure 2. Mean immature defensive style scores of the three study groups

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

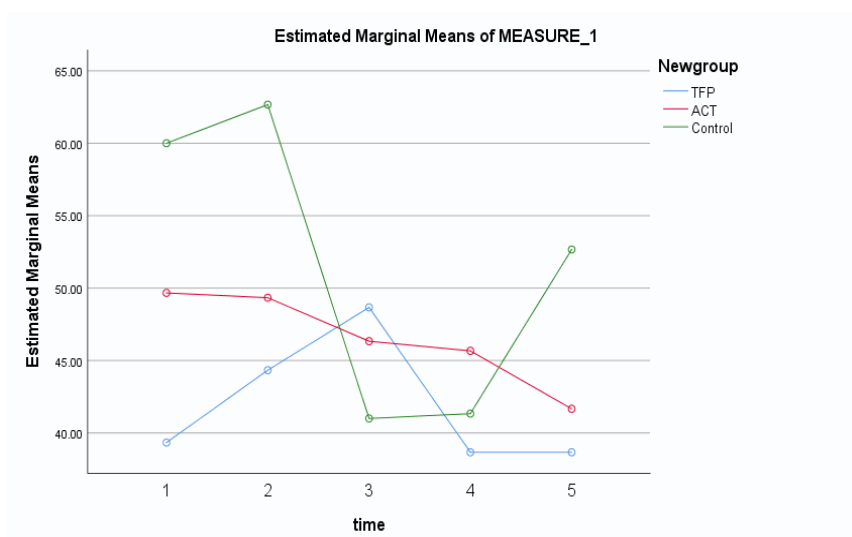


Figure 3. Mean mature defensive style scores of the three study groups

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

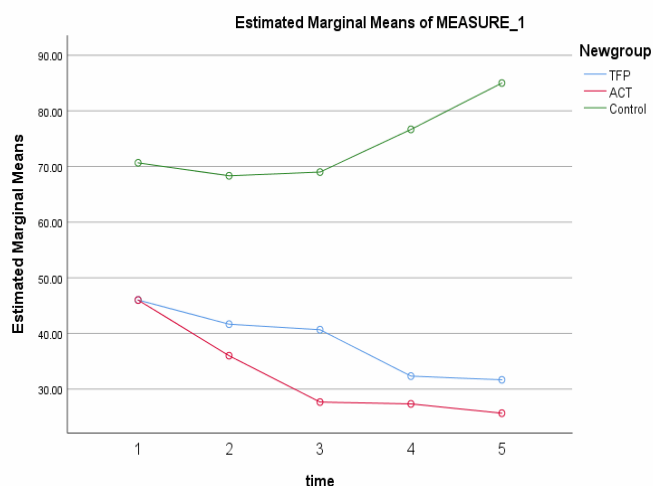


Figure 4. Mean neurotic defensive style scores of the three study groups

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Conclusion

The findings demonstrated that both TFP and ACT were effective in improving personality organization in patients with BPD. Additionally, both TFP and ACT have a significant impact on the defense styles of these patients. For TFP, the effectiveness is observed in mature, neurotic, and immature defensive styles. In contrast, ACT only affects immature and mature defensive styles. It is recommended that future studies combine TFP and ACT and use larger samples to obtain more generalizable results.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the committee of [Birjand University of Medical Science](#) (Code: IR.BUMS.REC.1399.245) and was registered by the [Iranian Registry of Clinical Trials](#) (ID: IRCT20131007014928N7).

Funding

This article was extracted from the PhD thesis of Fatemeh Fathi at [Islamic Azad University Birjand](#), Birjand. This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Authors contributions

Conceptualization and initial draft preparation: Fatemeh Fathi; Supervision: Shahram Vaziri and Mehdi PourasghR. Methodology: Maryam Nasri.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants for their cooperation in this study.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

کارآزمایی بالینی درمان انتقال محور و پذیرش تعهد بر سازمان شخصیت و سبک دفاعی اختلال شخصیت مرزی: طرح تک آزمودنی-یک سر کور

فاطمه فتحی^۱، شهرام وزیری^۲، مهدی پوراصغر^۳، مریم نصری^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Fathi F, Vaziri Sh, Pourasghar M, Nasri M. [Transference-focused Psychotherapy Versus Acceptance & Commitment Therapy on Personality Organization and Defense Styles of People With BPD: A Clinic Trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E2401.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.2401.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.2401.1>



تاریخ دریافت: ۲۴ آذر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۵ مرداد ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۰۱ مهر ۱۴۰۴

اهداف: یکی از شناخته‌ترین نوع اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه دو رویکرد روان‌درمانی بر علائم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع طرح تک آزمودنی، A-B-A بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینیک خانه معنا ساری در سال ۱۳۹۹ بودند. افرادی که معیارهای لازم را داشتند، با روش نمونه‌گیری در دسترس (۱۱ نفر) انتخاب و برای روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور (۴ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴ نفر)، گروه کنترل (۳ نفر)، به روش تصادفی قرعه‌کشی جایگزین شدند. داده‌ها در پنج مرحله، خط پایه، مرحله میانی، مرحله پیشرفت، مرحله خاتمه و پیگیری، در طول ۱ سال و ۶ ماه، با استفاده از پرسش‌نامه شخصیت کربنرگ و سبک‌های دفاعی جمع‌آوری شدند و برای تحلیل آماری از روش اندازه‌گیری مکرر و آزمون کروسکال والیس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تفاوت معنی‌داری در هر دو گروه نسبت به گروه کنترل نشان دادند. در سازمان شخصیت اثر به‌طور برابر (مقدار $P=0/023>0/05$)، سبک‌های دفاعی رشدیافته اثر بالاتر در گروه درمان انتقال-محور (مقدار $P=0/041>0/05$) و سبک دفاعی روان‌رنجور در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مقدار $P=0/366>0/05$) را نشان داد. در رتبه‌بندی درمان، رتبه اول درمان از آن انتقال-محور شد.

نتیجه‌گیری: براساس هدف، هر دو درمان در تحکیم سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی مؤثر بود. در طول جلسات می‌توان تغییرات اساسی مشاهده نمود. برای تعمیم نتایج، گروه بزرگتر و زمان بیشتر نیاز است.

کلیدواژه‌ها:

روان‌درمانی تحلیلی
انتقال-محور، درمان مبتنی
بر پذیرش و تعهد، سازمان
شخصیت، سبک‌های دفاعی،
اختلال شخصیت مرزی

* نویسنده مسئول:

دکتر شهرام وزیری

نشانی: رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۷۸۴۳۹۰ (۹۱۷) +۹۸

پست الکترونیکی: shahram.vaziri@gmail.com

Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ یک اختلال روانی رایج است که با میزان بالای خودکشی، اختلال عملکردی شدید، نرخ بالای اختلالات روانی همراه، استفاده زیاد از درمان و هزینه‌های بالا برای جامعه مرتبط است [۱]. ویژگی‌های این اختلال را به‌صورت ناراضیتی روانی و احساسی، اعمال تکانه‌ای، روابط بین فردی بی‌ثبات، افکار شبه روان‌پریشی و ناسازگاری اجتماعی تشخیص داده‌اند [۲]. این اختلال در ۱ تا ۲ درصد کل جمعیت جهان روی داده و یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت است [۳]. همچنین در میان بستگان درجه یک زیستی مبتلایان، در مقایسه با جمعیت عمومی در حدود ۵ برابر شایع‌تر است [۴]. اختلال شخصیت مرزی با هزینه‌های روانشناختی و اجتماعی همراه است. بار اقتصادی بیماری‌های مرتبط با اختلال شخصیت مرزی بالاتر از کسانی است که با اختلال افسردگی مرتبط هستند و قابل‌قیاس با بیماران اسکیزوفرنی است [۵].

شناخت سازمان شخصیت مراجعان هنگام برنامه‌ریزی درمان بسیار بااهمیت است. این امر بر نتیجه درمان تأثیر بسزایی خواهد داشت [۶]. کرنبرگ سه سطح از سازماندهی شخصیت را تشخیص داد: روان‌رنجور، مرزی و روان‌پریش [۷]. باتوجه‌به تعامل عوامل سرشتی و محیطی، کرنبرگ بر این باور بود که مراجع مرزی تا حدی به سبب هیجان‌های منفی به‌ویژه پرخاشگری، دشواری‌هایی در یکپارچه نمودن بازنمایی‌های مجزا از خود/دیگری دارد. بازنمایی‌های آرمانی/مثبت در اقدامی دفاعی و محافظتی، با استفاده ناخودآگاه از سازوکار دواپاره‌سازی، از بازنمایی‌های منفی و پرخاشگرانه جدا شده و بازنمایی‌های قطبی، تک‌بعدی و چندپاره از خود/دیگری پدید می‌آیند. از همین رو، در تنظیم هیجان و هویت اشکالاتی به وجود می‌آید و به دنبال آن، استفاده از سازوکارهای دفاعی بدوی فزونی می‌یابد [۸].

مکانیسم‌های دفاعی فرآیندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری و چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده وارد عمل می‌شوند [۹]. آن‌ها شیوه‌های غیرارادی و تقریباً ناخودآگاهانه و غیرتعقلی برای کاهش اضطراب و حفظ شخصیت هستند که تحریف واقعیت و خودفریبی، کم‌وبیش در آن‌ها به چشم می‌خورد [۱۰]. ربع قرن گذشته، فقط ۱۰ مطالعه منتشر شده است که سعی در ترسیم مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده توسط بیماران مرزی داشته است. پری، پیرسینگ و ۸ نفر از آن‌ها به دنبال تعیین این هستند که آیا می‌توان با تعیین دفاع‌ها بیماران مرزی آن‌ها را از بیماران با سایر تشخیص‌ها، تمیز داد یا خیر؟ [۱۱، ۱۲].

تحقیقات اثربخشی روش‌های درمانی دارویی و روان‌درمانی‌های فردی و گروهی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به شخصیت مرزی گزارش کرده‌اند [۱۳-۱۵]. پیش از آغاز درمان، درمانگر بایستی به‌درستی تصمیم بگیرد که کدام یک از روش‌های درمانی برای بیمار مناسب است. اگرچه بسیاری از جامعه روانکاو در گذشته در مورد ارزش تحقیق محتاط بودند، اختلالات شخصیت شدید مانند اختلال شخصیت مرزی به‌طور عمده به‌عنوان پایه کار بالینی روانکاو شناخته می‌شود [۱۶]. از این رو روابط شی بازنمایی‌های ذهنی خود و دیگران هستند، شکل اصطلاحی هست که فروید برای سایر افراد به کار برد. درمان انتقال‌محور^۲ درمانی است که از دل روابط ابژه بیرون آمده است و هدف آن ایجاد تغییر در علائم و مشکلات بین فردی از طریق مراقبت روانشناختی ساختاریافته است که به اصلاح بازنمایی ذهنی بیمار از خود و دیگری منجر می‌شود که رفتار را هدایت می‌کنند. ویژگی‌های کلیدی این مدل درمانی روابط ابژه معاصر عبارت است از:

۱. چارچوب‌بندی درمان با یک قرارداد شفاهی،
۲. تمرکز بر رفتارهای بین فردی مختل هم در زندگی فعلی بیمار و هم در رابطه با درمانگر،
۳. استفاده از فرآیند تفسیر برای اصلاح بازنمایی‌های درونی خود و دیگران،
۴. دنیای واقعی در رفتارهای بین فردی به‌ویژه در زمینه‌های کاری و روابط صمیمی/عشق تغییر می‌کند [۱۳].

همچنین این درمان درباره سبب‌شناسی شخصیت مرزی دارای صورت‌بندی خاص خود است و در تلاش است تا با استفاده از محیطی ساختارمند و معاهده درمانی، همراه با استفاده از فنون شفاف‌سازی، مواجهه و تعبیر در رابطه اینجا و اکنون انتقال، نخست هیجان‌های آشوبناک و تند و تیز مراجع را تحمل کند، سپس با حفظ موضعی غیرقضاوتی و خنثی، فضایی برای تأمل مراجع بر بازنمایی‌ها و تجسم‌های ارتباطی یا همان الگوهای دل‌بستگی خود فراهم سازد [۱۸]. برخی مطالعات، اثربخشی درمان معطوف به انتقال را بر اختلال شخصیت مرزی اثبات کردند [۱۴، ۱۷]. این در حالی است که علاوه بر روانکاو سایر رویکردهای روان‌درمانی از جمله درمان‌های شاخه رفتاری در زمینه درمان اختلال شخصیت مرزی فعالیت کردند که یکی از درمان‌های معرفی‌شده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ را معرفی می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تحقیقات اساسی در مورد سازوکارهای اساسی رنج انسان آغاز شد و یک الگوی کلی از روانشناسی و مجموعه مداخلات مرتبط ایجاد کرد [۱۸].

2. Transference Focused Psychotherapy (TFP)
3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

1. Borderline Personality Disorder (BPD)

همچنین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که ذخیره رفتاری را افزایش داده و انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری را ایجاد کند. این رویکرد برای افرادی مناسب است که اجتناب تجربه‌ای نشان می‌دهند و نیز مشکلات بالینی‌ای دارند که توانایی فرد را برای زیستن به گونه‌ای که اساسی و برگرفته از ارزش‌ها باشد کاهش می‌دهد [۱۸]. تفاوت اولیه واضحی که بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سایر رویکردهای درمانی وجود دارد، درمان رنج انسان است؛ بسیاری از رویکردهای درمانی معتقدند باید از احساسات و افکاری که به طور منفی ارزیابی شده‌اند، خلاص شویم. در مقابل در این درمان این افکار و احساسات ناخواسته به عنوان اهداف درجه اول درمان قرار نمی‌گیرند بلکه تلاش برای اجتناب از این رویدادهای خصوصی ناخواسته ناکارآمد تلقی می‌شود [۲۷]. همان‌طور که در هر دو رویکرد توصیف شد، هدف هر دو رویکرد علاوه بر تفاوت‌هایی که در زمینه سبب‌شناسی و تشخیص اختلال دارند در نگاه به کاهش علائم، تغییر زیربنایی و ساختاری و در نظر گرفتن تاریخچه فرد مشترک هستند. این تفاوت و شباهت‌ها این سؤال را طرح می‌کند که کدام رویکرد، تحت چه شرایطی و بر کدام دست از علائم مؤثر هستند؟ لنز نوینگر و همکاران عوامل پیش‌بینی‌کننده روانی پایه را در ارتباط با سرعت تغییرات، یعنی تغییرات در متغیرهایی که چندین بار در هر بیمار در طول یک دوره ۱ ساله درمان سنجیده شده در حوزه‌های وسیعی از کارکرد نظیر افکار و رفتار خودکشی، پرخاشگری، تکانشگری، افسردگی و سازگاری اجتماعی ارزیابی کردند [۲۸].

بر این مبنا این دو درمان برای مقایسه انتخاب شدند که تنها هدفشان کاهش نشانه نباشد بلکه به دنبال تغییرات در ساخت زیربن شخصیت را مهم انگاشته باشند. حال با تمام این توضیحات سؤال اینجاست «آیا روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازمان شخصیت سبک دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است؟»

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از طرح مطالعه آزمایشی تک آزمودنی استفاده شد که در آن شرکت‌کننده‌های مختلف به صورت موردی در چارچوب روش‌شناسی A-B-A مورد بررسی قرار می‌گیرند. به این ترتیب از بین افرادی که به علت مشکلات رفتاری در بازه زمانی خرداد سال ۱۳۹۹ برای درمان به درمانگاه بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینک روان‌درمانی خانه معنا شهرستان ساری مراجعه کردند که با تأیید روانپزشک تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت نمودند، به تعداد ۳۲ نفر، مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۵ (DSM-5) برای اختلال‌های شخصیت براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات

در عمل می‌توان این درمان را در قالب شش فرآیند که از درون با هم مرتبط هستند در نظر گرفت که عبارت است از: پذیرش، ناهم‌جوشی شناختی، ارتباط با لحظه اکنون، عمل متعهدانه، خود به عنوان زمینه و ارزش‌ها که این‌ها راهبردهای اصلی درمان برای مقابله با آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شوند. این فرآیندهای اساسی در بسیاری از زمینه‌های مهم با هم مرتبط هستند و هیچ یک از آن‌ها نباید کاملاً مجزا در نظر گرفته شود. جای تعجب نیست که رویکرد بافتاری فرآیندهایی داشته باشند که از درون به هم مرتبط هستند و هر کدام از آن‌ها بدون سایر اصول قابل تعریف نیستند. مدل شش فرآیند اصلی، شش ضلعی انعطاف‌پذیری نامیده می‌شود که برای نشان دادن فرآیندهای مؤثر بر انعطاف‌پذیری به کار می‌روند [۱۹]. درواقع هدف روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از تجربه و هم‌جوشی شناختی برای حمایت از عملکرد رفتارهای انعطاف‌پذیر و ایجاد الگوهای عمل متناسب با ارزش شخصی است [۲۰]. تعدادی از مداخلات به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اختلال شخصیت مرزی پرداختند [۲۱، ۲۲].

براساس برآورد انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، فراوانی این اختلالات همراه با زمینه‌ساز بودن آن در بسیاری از مشکلات اجتماعی و بیماری‌های محور یک و اثرات منفی آن‌ها بر درمان‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی [۲۳]، و به دلیل اهمیت آنکه می‌تواند مشکلات وافر و بزرگ و عمیقی در جوامع و به ویژه در بهداشت روانی خانواده‌ها به بار آورد، لازم است همواره پژوهش‌هایی در رابطه با آن‌ها انجام شود [۲۴]. علاوه بر این در زمینه درمان این اختلال نیز، توجه به طول درمان و تعداد جلسات (۳ سال یا بیشتر [۲۵]، ۴ جلسه در هفته به مدت ۱ سال یا بیشتر [۲۶]) می‌تواند به هزینه‌بر بودن این مشکلات بیشتر پی برد.

با توجه به این که شماری از درمان‌های ساختاریافته اختلال شخصیت مرزی به میزان چشمگیری سبب کاهش علائم می‌شوند و با توجه به این که از این لحاظ هیچ درمان واحدی بر درمان دیگری برتری ندارد، نکته مهم این است که بینیم روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از چه جهت منحصربه‌فرد هستند. نقش روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور با اهداف بلندپروازانه درمان شروع می‌شود. هدف نزدیک دستیابی به تأثیر و تغییر چشمگیر در ادراکات بیمار مرزی در مورد خود و دیگران است. از لحاظ هدف بلندپروازانه‌اش یعنی کاهش علائم، کاهش باز نمودهای خود و دیگران و موفقیت در دوست‌یابی، روابط صمیمانه و کارکرد شغلی منحصربه‌فرد است. هدف صرفاً بهبود علامت نیست بلکه هدف تأثیر بر عملکرد این بیماران به وسیله کمک به آن‌هاست تا بتوانند کارایی و رضایت خود را در کار و حرفه افزایش دهند [۲۶].

5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

4. American Psychiatric Association (APA)

چرخشی واریماکس و براساس آزمون اسکری بیانگر وجود عوامل دفاع‌های روان‌شناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمونگری واقعیت در این سیاهه بود که در مجموع بیش از ۳۹/۷۸ درصد واریانس کل آزمون را تبیین کردند.

پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی^۸ (DSQ-۴۰)

این پرسش‌نامه براساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها ساخته شده است. DSQ را نخستین بار باند و همکاران به‌منظور بررسی مکانیسم‌های دفاعی در افراد بهنجار و بیمار در سال ۱۹۸۳ تدوین کردند که ۸۸ گویه را دربر می‌گیرد و ۲۴ مکانیسم را واری می‌کند. شیوه نمره‌گذاری و اجرای آن مقیاس نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت می‌باشد که فرد به هر سؤال میزان موفقیت خود را در یک مقیاس ۹ درجه‌ای اعلام می‌کند.

در جدول شماره ۱ سؤال‌های مربوط به هریک از مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دفاعی کلی آورده شده است. فرد در هریک از مکانیسم‌های دفاعی نمره‌ای بین ۲ تا ۱۸ به دست می‌آورد، در هر کدام از مکانیسم‌های دفاعی که نمره فرد از ۱۰ بیشتر شود به معنی استفاده فرد از آن مکانیسم است و در سبک‌های کلی میانگین نمرات فرد در هر سبک مشخص شده و با نمره میانگین فرد در سبک‌های دیگر مقایسه می‌شود. فرد دارای سبک دفاعی است که بیشترین میانگین را داشته باشد. در ایران حیدری‌نسب و همکاران [۳۰] این پرسش‌نامه را در گروه غیربالینی مورد بررسی و واری‌های روانسنجی قرار دادند. نتایج حاصل از بازآزمایی نیز نمایان‌گر پایایی قابل قبول DSQ-40 در بین دانشجویان بین ۰/۹۱ و ۰/۳۲ بود.

روند اجرا

مداخله روان‌درمانی انتقال-محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این ترتیب اجرا شد که مراجعان در طول ۱ سال، ۲ بار در هفته، در جلساتی به‌مدت زمان ۴۵ دقیقه براساس پروتکل رسمی موجود برای این درمان توسط درمانگر آموزش‌دیده در این حوزه با روش پژوهش یک سر کور، طبق برنامه ملاقات شدند و سپس پرسش‌نامه‌ها طبق برنامه توسط سوپروایزرها دریافت و به‌صورت بی‌نام در اختیار درمانگر قرار داده شدند. پس از تفسیر توسط درمانگر با نام‌گذاری در اختیار سوپروایزرها قرار گرفت برای تحلیل به متخصص آمار داده شد. داده‌ها ۱ بار قبل از شروع جلسات، جلسه اول (مرحله شروع درمان)، ۲ بار در حین درمان به‌صورت جلسه ۴۰ (مرحله میانی درمان)، جلسه ۸۰ (مرحله پیشرفت درمان)، ۱ بار پس از انتهای درمان، جلسه ۱۰۰ (مرحله خاتمه درمان) دریافت شدند.

شخصیت^۶ (SCID-5-PD) DSM-5 نسخه اختلال شخصیت مرزی توسط روانشناس بالینی مجری طرح گرفته شد. آن دسته از افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را به این شرح داشتند، داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، فقدان وجود افکار جدی آسیب به خود یا دیگران، فقدان علائم سایکوز، و نداشتن علائم جسمی محدودکننده و مزمن و معیارهای خروج از پژوهش، بروز افکار آسیب به خود یا دیگران (اورژانسی و نیازمند ارجاع به بیمارستان) در حین درمان، تمایل به خروج از طرح در هر مرحله از درمان بود، به تعداد ۱۱ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و باتوجه به روش پژوهش به‌صورت تصادفی قرعه‌کشی در سه گروه به‌صورت ۴ نفره در گروه روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور، ۴ نفره در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۳ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند (۱ نفر در هر گروه روان‌درمانی به‌صورت تصادفی قرعه‌کشی، علی‌البدل در نظر گرفته شد تا در صورت نیاز جایگزین گردد).

ابزار

پرسش‌نامه سازمان شخصیت کرنبرگ^۷ (IPO)

پرسش‌نامه سازمان شخصیت توسط کرنبرگ طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسش‌نامه شامل ۳۷ گویه بسته پاسخ براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد، شیوه نمره‌گذاری و اجرا (شامل کاملاً موافقم نمره ۵، موافق نمره ۴، تاحدی نمره ۳، نادرست نمره ۲، تا کاملاً مخالفم نمره ۱). تحلیل براساس میزان نمرات به‌دست‌آمده ثبت می‌شود. براین‌اساس که نمره‌های به‌دست‌آمده را جمع کرده و براساس داده‌های زیر ارزیابی می‌کنیم

براین اساس حد پایین نمره ۳۷، حد متوسط نمرات ۱۱۱، حد بالای نمرات ۱۸۵ بوده، در صورتی که نمرات پرسش‌نامه بین ۳۷ تا ۷۴ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف می‌باشد، در صورتی که نمرات پرسش‌نامه بین ۷۴ تا ۱۴۸ باشد، میزان متغیر در سطح متوسطی می‌باشد، در صورتی که نمرات بالای ۱۴۸ باشد، میزان متغیر بسیار بالا می‌باشد؛ پرسش‌نامه سه زیرمقیاس‌های آزمونگری واقعیت، دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و سردرگمی هویت از سازمان شخصیت را مورد سنجش قرار می‌دهد. در ایران آل‌بهبهانی و محمدی در سال ۱۳۸۶ [۲۹] ضرایب پایایی را به روش همسانی درونی برای سه متغیر به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۶۸ گزارش کردند. همچنین ضریب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۵ بود. همچنین آن‌ها نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش

6. Structured Clinical Interview for Dsm Disorder-5-Personality Disorders (SCID-5-PD)

7. Kernberg's Inventory Of Personality Organization (IPO)

8. Defense Styles Questionnaire (DSQ)

جدول ۱. محتوای جلسات

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول تا پنجم (مرحله ارزیابی)	خوش‌آمدگویی، معارفه، ارزیابی‌های اول (پرسش‌نامه‌ها) جلسه اول مرحله شروع درمان کسب توافق آگاهانه، برقراری اتحاد درمانی، تاریخچه، موافقت در چارچوب درمانی، توضیح شش ضلعی‌های ACT، به زبان ساده.
جلسه پنجم تا دهم (چارچوب‌ها و درک مفاهیم آغازین)	تعیین مرزهای درمانی، تعیین نیازهای مراجع و وظایف درمانگر، تعیین اهداف درمان، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی، استفاده از استراتژی‌های اجتناب از تجربه و استراتژی‌های هم‌جوشی.
جلسات دهم تا سی‌ام (شروع درمان)	چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی، برای مداخلات دور زدن تله‌های زبانی از استعاره استفاده شد. همچنین از تمرین‌های گسستگی برای معنی زدایی زبان استفاده شد.
محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	استراتژی اجتناب تجربه، استراتژی هم‌جوشی، استراتژی خود به‌عنوان زمینه استراتژی بودن در زمان حال، تمرین ذهن آگاهی و آرامی‌دگی، مراقبه، (باتوجه به انعطاف‌پذیر بودن درمان و توجه به نیاز بیمار در لحظه، از سایر شش ضلعی‌ها در جلسات استفاده شد).
جلسه سی‌ام تا شصت‌ام (مرحله میانی درمان)	ارزیابی‌های دوم (پرسش‌نامه‌ها) جلسه پانزدهم مرحله میانی، چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی
جلسه شصت تا نود (مرحله پیشرفت درمان)	استراتژی اجتناب تجربه، استراتژی هم‌جوشی، استراتژی ارزش احساسات به‌عنوان بخشی از یک زندگی پرغنی و معنادار تأکید شده بود (کاربرگ ارزش‌ها)، (باتوجه به انعطاف‌پذیر بودن درمان و توجه به نیاز بیمار در لحظه، از سایر شش ضلعی‌ها در جلسات استفاده شد).
جلسه نود تا صد (مرحله خاتمه درمان)	درمان ارزیابی‌های سوم (پرسش‌نامه‌ها) جلسه سی‌ویک مرحله پیشرفت چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی
	استراتژی ارزش، و استعاره قطب‌نما و انتخاب براساس ارزش‌ها، همراه بودن با فرآیند تمرین خانگی به‌عنوان «آزمایش»، استراتژی عمل متعهدانه، استراتژی اجتناب تجربه، استراتژی هم‌جوشی، باتوجه به آنچه بیمار نقل می‌کند.
	درمان ارزیابی‌های چهارم (پرسش‌نامه‌ها) جلسه چهل مرحله خاتمه درمان، در راستای تأکید بر انتخاب هوشمندانه، تمرین در خانه تشویق شد اما اختیاری بود.
	آموزش برای خلق استعارات خود. (باتوجه به انعطاف‌پذیر بودن درمان و توجه به نیاز بیمار در لحظه، از سایر شش ضلعی‌ها در جلسات استفاده شد). صحبت در مورد خاتمه درمان، احساسات ناشی از آن، تأکید بر روی تحکیم درمان
جلسه اول تا پنجم (مرحله ارزیابی)	خوش‌آمدگویی، معارفه، مصاحبه بالینی ساختاریافته، ارزیابی‌های اول (پرسش‌نامه‌ها) جلسه اول مرحله شروع درمان، آشنایی با تاریخچه بیمار، ارزیابی مقدم بر درمان با پوشش سه حوزه: ۱. تجربه ذهنی، ۲. رفتارهای مشهود، ۳. ساختارهای روانی، (فرایندهای نام‌برده پیش از انعقاد درمان و در حدود ۴ جلسه به طول انجامید)، آشنایی با برنامه و کسب رضایت آگاهانه، شروع گام انعقاد و برقراری چارچوب درمانی.
جلسه پنجم تا دهم (چارچوب‌ها)	چارچوب‌های درمانی شامل عقد قرارداد درمانی به‌طور شفاهی، تعیین مسئولیت‌های طرفین، مسئولیت بیمار، مسئولیت‌های درمانگر، شفاف‌سازی محدودیت‌های درگیری خود در زندگی بیمار، تعیین شروط مهم در راستای این درمان .
جلسات دهم تا سی‌ام (شروع درمان)	شروع مرحله درمان با ۴ تکنیک درمان روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور شامل فرآیند تفسیری، تحلیل انتقال، کاربرد بی‌طرفی فنی، استفاده از انتقال متقابل.
جلسه سی تا شصت (مرحله میانی درمان)	ارزیابی‌های دوم (پرسش‌نامه‌ها) جلسه چهل مرحله میانی درمان، در جلسه بیمار تعمیق آگاهی و درک خود و بازنمودهای خود و دیگری در موضوعات انتقالی غالب را تجربه می‌کند. فعال شدن این دوتایی‌ها در تعامل با درمانگر به‌صورت کوتاه‌تری تکرار می‌شوند. حل و فصل تکراری موضوعات انتقالی غالب ضروری است.
جلسه شصت تا نود (مرحله پیشرفت درمان)	ارزیابی‌های سوم (پرسش‌نامه‌ها) جلسه هشتادم مرحله پیشرفت درمان، بررسی توانایی تجربه و تعمق بر عواطفی که قبلاً بیمار را ناتوان می‌کردند. بررسی توانایی پذیرش تفسیرها از جانب درمانگر و بسط آن‌ها در ارتباط با خود و دیگران. بررسی شواهد انتقال توام با وابستگی فراینده اما شکنده در محیط انتقال پارائوتید با افزایش آگاهی از فرافکنی جنبه‌های پرخاشگرانه خود. بررسی ظهور خودپنداره روشن‌تر و توانایی ژرف‌اندیشی در مورد ارتباط با درمانگر و دیگران.
جلسه نود تا صد (مرحله خاتمه درمان)	ارزیابی‌های چهارم (پرسش‌نامه‌ها) جلسه صد مرحله خاتمه درمان، علاوه بر آنچه در مراحل میانی و پیشرفت درمان انجام می‌شد و ادامه پیدا کرد، به بررسی تبعات فنی خاتمه درمان: تحلیل جدایی در خلال درمان، تحلیل جدایی در خاتمه درمان، واقعیت خاتمه و زمان‌بندی خاتمه درمان نیز به‌طور تخصصی پرداخته شد.

مورد دوم خانمی ۲۷ ساله اهل زیرآب، متأهل، دانشجوی کارشناسی روانشناسی و مدیر مهد کودک بود.

مورد سوم یک خانمی ۳۰ ساله اهل قائمشهر و متأهل کارشناس علوم اجتماعی و مربی مهد کودک بود.

برای گروه کنترل:

مورد اول خانمی ۲۴ ساله اهل ساری، متأهل، فارغ‌التحصیل مهندسی شیمی و مربی.

مورد دوم آقای ۲۸ ساله اهل ساری و متأهل و دیپلم و کارمند.

مورد سوم آقای ۳۴ ساله اهل سرخرود مجرد و ارشد کامپیوتر و کافه‌دار بود.

نتایج جداول شماره ۲ و ۳، براساس آزمون چندمتغیری نشان می‌دهد در سازمان شخصیت کل تفاوت آماری معنی‌داری بین سه گروه وجود دارد (مقدار $P=0/023 < 0/05$)، به این معنا که هر دو درمان (نسبت به گروه کنترل ارزیابی شد) و نتایج معنی‌داری بود. در زیرشاخه‌های سازمان شخصیت، در دفاع روانشناختی اولیه تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($P=0/019$). در سردرگمی هویت تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($P=0/023$). در آزمونگری واقعیت تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (مقدار $P=0/023 > 0/05$). در سبک دفاعی رشدنیافته تفاوت آماری معنی‌داری بین سه گروه وجود ندارد ($P=0/603$)، به این معنا که هر دو درمان با گروه کنترل نتایج معنادار نبود. در سبک دفاعی رشدنیافته تفاوت آماری معنی‌داری بین سه گروه وجود دارد ($P=0/023$)، به این معنا که هر دو درمان نتایج معنادار بود، در سبک دفاعی روان‌رنجور تفاوت آماری معنی‌داری بین سه گروه وجود ندارد ($P=0/366$) به این معنا که هر دو درمان نتایج معنی‌داری بود (تصاویر شماره ۱، ۲، ۳، ۴).

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌گردد بین سه گروه درمانی در هر چهار متغیر از لحاظ تفاوت میانگین‌های ایجادشده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. آزمون جانکری-ترپسترا نیز، بیانگر تفاوت معنی‌داری بین سه گروه است. متوسط رتبه‌ها نشان می‌دهد اولویت اول درمان برای کاهش متغیرهای پژوهش، اولویت اول روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و اولویت دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر سه متغیر است.

ارزیابی‌ها براساس هر مرحله از درمان روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام گرفت، به‌علاوه مطالعه پیگیری ۶ ماه پس از خاتمه فرایند روان‌درمانی جمع‌آوری شد. همچنین جلسات نظارت، برای روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور زیر نظر دو سوپروایزر یکی در ایران و دیگری خارج از کشور، ۲ بار در ماه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زیر نظر سوپروایزر مجزا به‌صورت آنلاین برگزار شد. این جلسات به‌صورت گزارشات شفاهی و عکس در اختیار ناظران قرار گرفت. ساختار جلسات روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور براساس کتاب نوشته یومانس و همکاران [۲۹]. تنظیم شد، همچنین ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس مقاله نوشته مورتن، و همکاران [۱۸]. مقاله رایز-اورتگا همکاران [۲۱] و کتاب شائو و همکاران [۲۲]. تنظیم شد (پروتکل‌های موجود برای درمان اکت در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پروتکل‌هایی به‌صورت ۴۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بود که نویسندگان شیوه اجرا را تنها با پروتکل درمان معطوف به انتقال همسان‌سازی کردند)، قابل‌ذکر است تمام جلسات به‌صورت فردی بر مبنای نیاز فرد بر اساس رهبردها، فنون و تاکتیک‌های روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طراحی و زیر نظر سوپروایزرین به اجرا گذاشته شد.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش به این شرح بود که شرکت در برنامه درمانی آگاهانه و با دریافت رضایت کتبی از افراد آغاز شد. پرسش‌نامه‌های دریافتی با ذکر نام و به‌صورت کاملاً محرمانه و برای ثبت اطلاعات آماری مورد استفاده قرار گرفت. هیچ‌گونه اجباری برای شرکت در برنامه وجود نداشت. همچنین برای رعایت شئون اخلاقی پس از پایان طرح گروه کنترل تحت روان‌درمانی انتقال-محور قرار گرفتند.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی- برای گروه روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور:

مورد اول آقای ۲۳ ساله اهل زاغ مرز ساری، مجرد دانشجوی کارشناسی حقوق و شاغل در شرکت تأسیسات بود.

مورد دوم خانمی ۲۸ ساله اهل زیرآب، متأهل، کارشناسی علوم تربیتی و معلم بود.

مورد سوم یک خانمی ۲۹ ساله اهل قائمشهر، متأهل، کارشناس حسابداری و آرایشگر بود.

برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:

مورد اول آقای ۲۵ ساله اهل ساری، مجرد، دانشجوی فوق دیپلم کامپیوتر و شاغل در مکانیکی بود.

جدول ۲. آزمون اندازه‌گیری مکرر-مدل خطی تعمیم‌یافته برای تفاوت روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

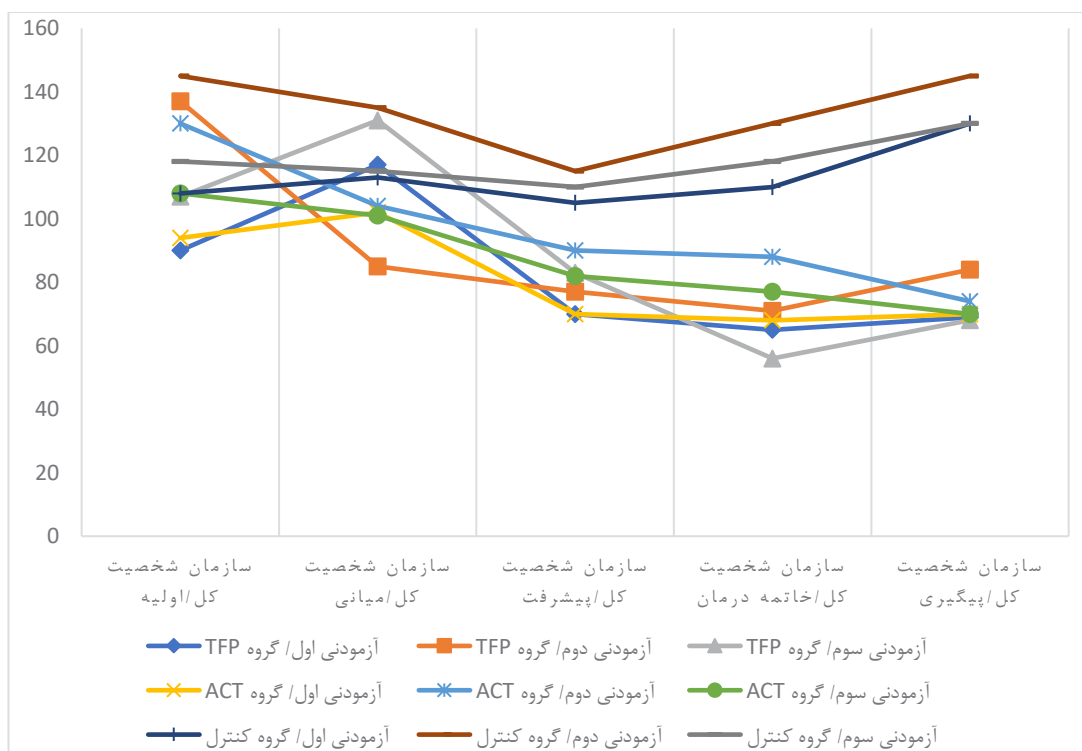
معنی‌داری	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	متغیر	
۰/۰۲۳	۳	۱۱۱/۳۳۳۳ $\pm$ ۲۳/۷۹۷۶	روان‌درمانی تحلیلی معطوف انتقال-محور	اولیه
	۳	۱۱۰/۶۶۶۷ $\pm$ ۱۸/۱۴۷۵۴	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	۳	۱۲۳/۶۶۶۷ $\pm$ ۱۹/۱۳۹۸۴	کنترل	
	۹	۱۱۵/۲۲۲۲ $\pm$ ۱۸/۸۵۹۸۶	کل	گروه در سازمان شخصیت
	۳	۷۳/۶۶۶۷ $\pm$ ۸/۹۶۲۸۹	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	
	۳	۷۱/۳۳۳۳ $\pm$ ۲/۳۰۹۴۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	۳	۱۳۵/۰۰۰۰ $\pm$ ۸/۶۶۰۲۵	کنترل	بعد از مداخله
	۹	۹۳/۳۳۳۳ $\pm$ ۳۱/۹۰۲۱۹	کل	
۰/۵۷۸	۳	۱۱/۰۰۰۰ $\pm$ ۱۷/۰۰۰۰۰	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	اولیه
	۳	۱۱۸/۳۳۳۳ $\pm$ ۳۱/۱۸۲۲۶	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	۳	۱۲۱/۰۰۰۰ $\pm$ ۹/۶۴۳۶۵	کنترل	
	۳	۱۱۶/۷۷۷۸ $\pm$ ۱۸/۹۳۹۲۳	کل	گروه در سبک دفاعی رشدیافته
	۳	۹۷/۶۶۶۷ $\pm$ ۲۱/۳۶۱۹۶	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	
	۳	۷۵/۳۳۳۳ $\pm$ ۲۹/۷۰۴۱۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	۳	۹۷/۶۶۶۷ $\pm$ ۲۱/۳۶۱۹۶	کنترل	بعد از مداخله
	۹	۹۰/۲۲۲۲ $\pm$ ۲۳/۹۴۶۷۰	کل	
۰/۰۴۱	۳	۳۹/۳۳۳۳ $\pm$ ۱۳/۸۶۸۴۳	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	اولیه
	۳	۴۹/۶۶۶۷ $\pm$ ۵/۸۵۹۴۷	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	۳	۶۰/۰۰۰۰ $\pm$ ۲۹/۰۵۱۶۸	کنترل	
	۹	۴۹/۶۶۶۷ $\pm$ ۱۸/۶۴۸۰۶	کل	گروه در سبک دفاعی رشدیافته
	۳	۳۸/۶۶۶۷ $\pm$ ۱/۱۵۴۷۰	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	
	۳	۴۱/۶۶۶۷ $\pm$ ۲/۳۰۹۴۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	۳	۵۲/۶۶۶۷ $\pm$ ۲۴/۸۲۶۰۶	کنترل	بعد از مداخله
	۹	۴۴/۳۳۳۳ $\pm$ ۱۴/۰۱۷۸۵	کل	
۰/۳۶۶	۳	۴۶/۰۰۰۰ $\pm$ ۵/۲۹۱۵۰	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	اولیه
	۳	۴۶/۰۰۰۰ $\pm$ ۱۳/۵۲۷۷۵	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	۳	۷۰/۶۶۶۷ $\pm$ ۱۲/۸۹۷۰۳	کنترل	
	۹	۵۴/۲۲۲۲ $\pm$ ۱۵/۶۹۸۵۵	کل	گروه سبک دفاعی روان رنجور
	۳	۳۱/۶۶۶۷ $\pm$ ۲/۸۸۶۷۵	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	
	۳	۲۵/۶۶۶۷ $\pm$ ۱۱/۹۳۰۳۵	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	۳	۸۵/۰۰۰۰ $\pm$ ۵/۰۰۰۰۰	کنترل	بعد از مداخله
	۹	۴۷/۴۴۴۴ $\pm$ ۲۹/۰۵۲۱۶	کل	

جدول ۳. آزمون اندازه‌گیری مکرر-مدل خطی تعمیم‌یافته تفاوت روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازمان شخصیت کل و دفاع‌ها به تفکیک

متغیر	بتا	خطای استاندارد	تی	معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
					کران پایین	کران بالا
پیگیری	۱۲۳/۶۶۷	۱۱/۸۴۲	۱۰/۴۴۳	۰/۰۰۰	۹۴/۶۹۱	۱۵۲/۶۴۲
اولیه	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	-۱۲/۳۳۳	۱۶/۷۴۶	-۰/۷۳۶	-۵۲/۳۱۰	۲۸/۶۴۴
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	-۱۳/۰۰۰	۱۶/۷۴۶	-۰/۷۷۶	۰/۴۶۷	-۵۲/۹۷۷	۲۷/۹۷۷
پیگیری	۱۱۹/۳۳۳	۵/۳۶۱	۲۲/۲۵۹	۰/۰۰۰	۱۰۶/۲۱۵	۱۳۲/۴۵۱
خاتمه درمان	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	-۵۵/۳۳۳	۷/۵۸۲	-۷/۲۹۸	-۷۳/۸۸۵	-۳۶/۷۸۲
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۴۱/۶۶۷	۷/۵۸۲	-۵/۴۹۶	۰/۰۰۲	-۶۰/۲۱۸	-۲۳/۱۱۵
پیگیری	۱۳۵/۰۰۰	۴/۲۲۵	۳۱/۹۵۲	۰/۰۰۰	۱۲۴/۶۶۱	۱۴۵/۳۳۹
روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	-۶۱/۳۳۳	۵/۹۷۵	-۱۰/۲۶۵	۰/۰۰۰	-۷۵/۹۵۴	-۳۶/۷۱۲
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	-۶۳/۶۶۷	۵-۹۷۵	-۱۰/۶۵۵	۰/۰۰۰	-۷۸/۲۸۸	-۴۹/۰۴۶
کنترل	۰a	.	.	.	.	.
پیگیری	۶۰/۰۰۰	۱۰/۹۰۷	۵/۵۰۱	۰/۰۰۲	۳۳/۳۱۱	۸۶/۶۸۹
اولیه	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	-۲۰/۶۶۷	۱۵/۴۲۵	-۱/۳۴۰	-۵۸/۴۱۰	۱۷/۰۷۷
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	-۱۰/۳۳۳	۱۵/۴۲۵	-۰/۶۷۰	۰/۵۲۸	-۴۸/۰۷۷	۲۷/۴۱۰
پیگیری	۴۱/۳۳۳	۸/۳۵۳	۴/۹۴۸	۰/۰۰۳	۲۰/۸۹۴	۶۱/۷۷۳
خاتمه درمان	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	-۲/۶۶۷	۱۱/۸۱۳	-۰/۲۲۶	-۳۱/۵۷۳	۲۶/۲۴۰
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۴/۳۳۳	۱۱/۸۱۳	۰/۳۶۷	۰/۷۳۶	-۲۴/۵۷۳	۳۳/۲۴۰
پیگیری	۵۲/۶۶۷	۸/۳۲۰	۶/۳۳۰	۰/۰۰۱	۳۲/۳۰۸	۷۳/۰۲۵
روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	-۱۴/۰۰۰	۱۱/۷۶۶	-۱/۱۹۰	۰/۲۷۹	-۴۲/۷۹۱	۱۴/۷۹۱
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	-۱۱/۰۰۰	۱۱/۷۶۶	-۰/۹۳۵	۰/۳۸۶	-۳۹/۷۹۱	۱۷/۷۹۱
کنترل	۰a	.	.	.	.	.
پیگیری	۷۰/۶۶۷	۶/۴۷۵	۱۰/۹۱۴	۰/۰۰۰	۵۴/۸۲۳	۸۶/۵۱۰
اولیه	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	-۲۴/۶۶۷	۹/۱۵۷	-۲/۶۹۴	-۴۷/۰۷۳	-۲/۲۶۰
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	-۲۴/۶۶۷	۹/۱۵۷	-۲/۶۹۴	۰/۰۳۶	-۴۷/۰۷۳	-۲/۲۶۰
پیگیری	۷۶/۶۶۷	۴/۸۰۷	۱۵/۹۴۸	۰/۰۰۰	۶۴/۹۰۳	۸۸/۴۳۰
خاتمه درمان	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	-۴۴/۳۳۳	۶/۷۹۹	-۶/۵۲۱	-۶۰/۹۶۹	-۲۷/۶۹۸
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	-۴۹/۳۳۳	۶/۷۹۹	-۷/۲۵۶	۰/۰۰۰	-۶۵/۶۹۶	-۲۲/۶۹۸
پیگیری	۸۵/۰۰۰	۴/۴۱۸	۱۹/۲۴۰	۰/۰۰۰	۷۴/۱۹۰	۹۵/۸۱۰
روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	-۵۳/۳۳۳	۶/۲۴۸	-۸/۵۳۶	۰/۰۰۰	-۶۸/۶۲۲	-۲۸/۰۴۵
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	-۵۹/۳۳۳	۶/۲۴۸	-۹/۴۹۶	۰/۰۰۰	-۷۴/۶۲۲	-۳۴/۰۴۵
کنترل	۰a	.	.	.	.	.

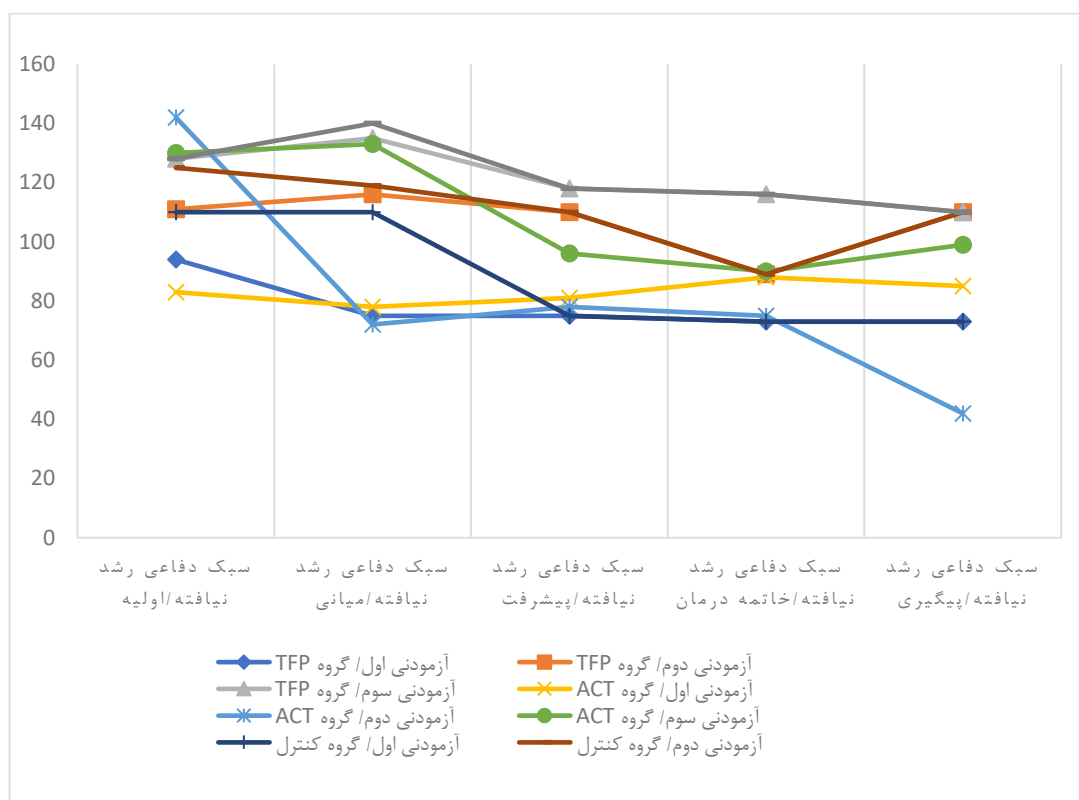
فاصله اطمینان ۹۵٪		معنی داری	تی	خطای استاندارد	بتا	متغیر	
کران بالا	کران پایین						
۱۵۱/۰۱۶	۹۰/۹۸۴	۰/۰۰۰	۹/۸۶۴	۱۲/۲۶۷	۱۲۱/۰۰۰	پیگیری	
۳۲/۴۵۰	-۵۲/۴۵۰	۰/۵۸۵	-۰/۵۷۶	۱۷/۳۴۸	-۱۰/۰۰۰	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	اولیه
۳۹/۷۸۳	-۴۵/۱۱۶	۰/۸۸۳	-۰/۱۵۴	۱۷/۳۴۸	-۲/۶۶۷	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	
۱۱۸/۶۰۱	۶۶/۷۳۲	۰/۰۰۰	۸/۷۴۳	۱۰/۵۹۹	۹۲/۶۶۷	پیگیری	
۳۶/۹۷۹	-۳۶/۹۷۹	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۴/۹۸۹	-۳/۳۱۸۱۴	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	خاتمه درمان
۲۸/۳۴۳	-۴۵/۰۱۰	-۰/۵۹۸	-۰/۵۵۶	۱۴/۹۸۹	-۸/۳۳۳	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	دفاع رشدنیافته
۱۳۲/۲۲۳	۶۳/۱۱۰	۰/۰۰۰	۶/۹۱۶	۱۴/۱۲۲	۹۷/۶۶۷	پیگیری	
۴۸/۸۷۰	-۴۸/۸۷۰	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۹/۱۹۷۲	-۳/۹۰۸۱۴	روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور	پیگیری
۲۶/۵۳۷	-۷۱/۲۰۴	۰/۳۰۶	-۱/۱۱۸	۱۹/۹۷۲	-۲۲/۳۳۳	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	
.	.	.	.	.	۰a	کنترل	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

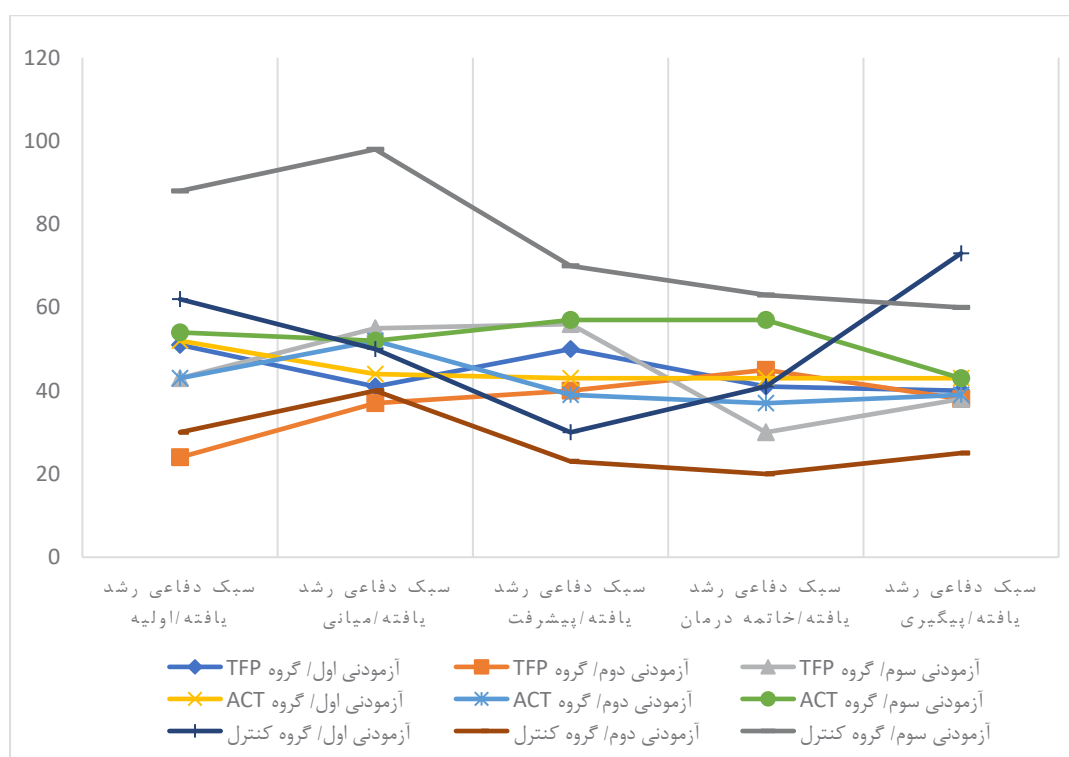


تصویر ۱. تحلیل دیداری نمرات سازمان شخصیت کل برای آزمودنی‌ها در گروه‌های PFT، TCA و کنترل

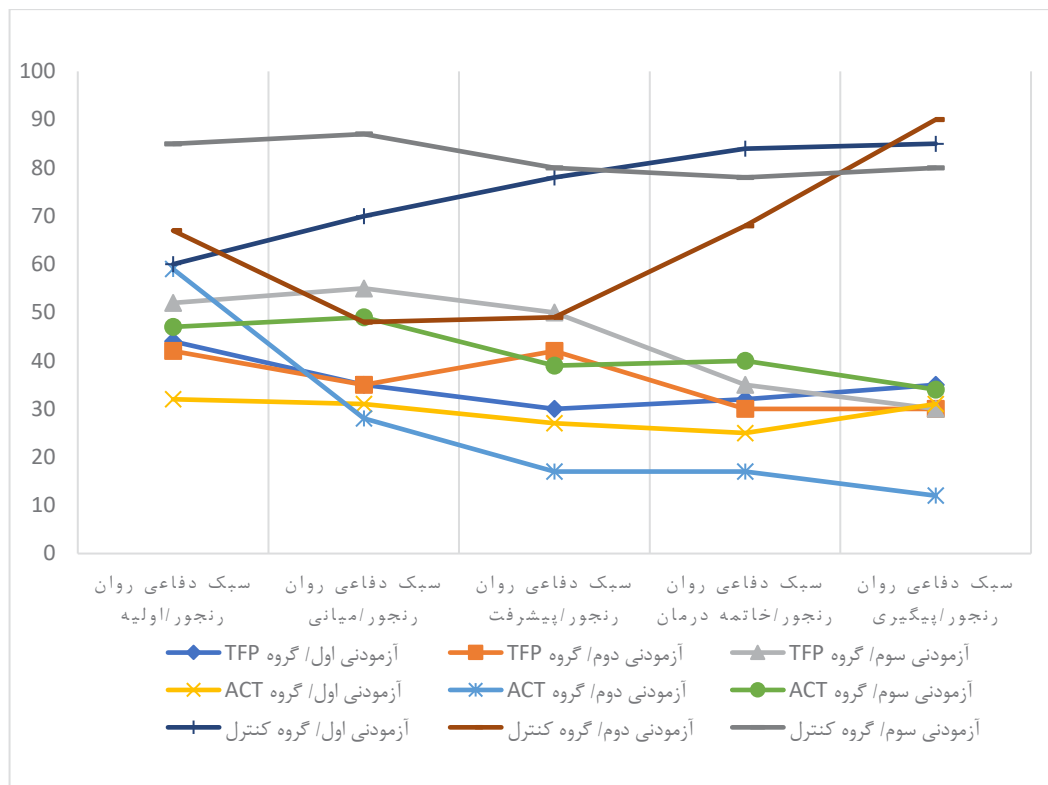
مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران



تصویر ۲. تحلیل دیداری نمرات سبک دفاعی رشد نیافته برای آزمودنی‌ها در گروه‌های PFT، TCA و کنترل



تصویر ۳. تحلیل دیداری نمرات سبک دفاعی رشد نیافته برای آزمودنی‌ها در گروه‌های PFT، TCA و کنترل



تصویر ۴. تحلیل دیداری نمرات سبک دفاعی روان رنجور برای آزمودنی‌ها در گروه‌های PFT، TCA و کنترل

بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازمان شخصیت و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌های این پژوهش در رابطه با اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر سازمان شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد هر دو درمان می‌تواند نتایج مطلوبی در سازمان شخصیت بگذارد و تفاوت معنادار با گروه کنترل داشتند. در زیرمقیاس‌های سازمان شخصیت روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور به‌ترتیب آزمون‌گری واقعیت، سردرگمی هویت و دفاع روان‌شناختی اولیه بود، نتایج در مرحله پیگیری نیز به‌خوبی حفظ شدند. این پژوهش با پژوهش خوریانیان و همکاران [۱۷]، یفومانس و استرن [۳۶]، کلارکین و همکاران [۱۳] و گابارد و هوریزون [۳۲] مطابقت داشت.

همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتباط با زیرمقیاس‌های سازمان شخصیت، این درمان نتایج به‌ترتیب بر آزمون‌گری واقعیت، سردرگمی هویت و دفاع روان‌شناختی اولیه تأثیر گذاشت. نتایج در مرحله پیگیری به مراتب نسبت به مرحله درمان چشمگیرتر بود. پژوهش حاضر با نتایج ریز-اورتگا و همکاران [۲۶] و مورتن و همکاران [۱۸] مطابقت داشت. قابل‌ذکر است که هیچ تحقیقی یافت نشد که دو شاخه متفاوت روان‌درمانی را با هم

بر سازمان شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مقایسه کند. از این رو اثربخشی هر درمان به‌صورت جداگانه با یافته‌های موجود مقایسه شدند. به این ترتیب هر دو درمان تغییر معنی‌داری را در سازمان شخصیت نشان دادند. تحقیقات مطرح‌شده، تخفیف علائم اختلال شخصیت مرزی شامل اضطراب، بی‌هویتی، احساس پوچی مداوم و ناتوانی در کنترل تکانه را در اثر روان‌درمانی معطوف به انتقال و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان دادند که با نتایج ما همسو بودند.

به‌منظور تبیین نتایج می‌توان گفت، بیماران دارای سازمان شخصیت مرزی هیجانات شدید ابتدایی را تجربه می‌کند که به‌صورت درونی با یکدیگر مرتبط نیستند، بنابراین هر هیجانی که فرد در لحظه تجربه می‌کنند تجربه ذهنی بیمار را فرا می‌گیرد و حس کامل او از واقعیت تبدیل می‌شود و توانایی او را برای ارزیابی شناختی صحیح موقعیت مختل می‌سازد. هرچند چنین بیمار از شناخت مرتبط با ذهن خودش در حالت شدید عاطفی آگاه است، اما در ارزیابی موقعیت بیرونی عملکرد مؤثری ندارد [۲۹] که این مهم خود شامل بخشی از آزمون‌گری واقعیت یا ذهن‌خوانی این افراد است. همان‌طور که کلارکین نشان داد، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بازنمایی از خود و دیگری دچار مشکل هستند. به این ترتیب در تنظیم هیجان و هویت اشکالاتی به وجود می‌آید که سبب استفاده از ساز و کار دفاع بدوی در سازمان شخصیت می‌شود [۸].

جدول ۴. آزمون کروسکال والیس و جانکری-ترپسترا به منظور مقایسه تفاوت حاصل از مداخلات

متغیر	متوسط رتبه	کروسکال والیس			جانکری-ترپسترا	
		کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معنی داری	J-T شاخص	معنی داری (دوسویه)
سازمان شخصیت	روان درمانی تحلیلی انتقال-محور	۸/۶۵				
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵/۱۷	۹/۵۴۸	۲	۶/۰۰۵	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۰۰				
	روان درمانی تحلیلی انتقال-محور	۳۴/۱۱				
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۹/۰۰	۹/۹۳۳	۲	۶/۰۵۴	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۰۰				
رشد یافته	روان درمانی تحلیلی انتقال-محور	۱۳/۶۷				
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۱/۰۰	۱۰/۷۳۵	۲	۷/۰۰۴	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۰۰				
	روان درمانی تحلیلی انتقال-محور	۰۴/۱۳				
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۱/۰۰	۸۴۵/۱۰	۲	۷/۰۱۶	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۰۰				
رشد یافته	روان درمانی تحلیلی انتقال-محور	۱۲/۶۷				
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰/۰۰	۴۵۶/۱۰	۲	۷/۰۰۶	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۰۰				
	روان درمانی تحلیلی انتقال-محور	۱۲/۳۳				
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰/۰۰	۷۶۵/۱۰	۲	۷/۰۵۴	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۰۰				
روان رنجور	روان درمانی تحلیلی انتقال-محور	۵۴/۱۲				
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۱/۰۹	۶۵۴/۱۰	۲	۷/۰۱۲	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۰۰				
	روان درمانی تحلیلی انتقال-محور	۶۵/۱۲				
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶۵/۱۰	۶۴۵/۱۰	۲	۷/۰۳۷	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۰۰				

رشد یافته (پیشاپیش‌نگری) استفاده می‌کنند. یافته‌های این پژوهش در اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بر سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی نشان داد این تفاوت هر دو درمان در سبک‌های دفاعی و رشد یافته معنادار و با وجود اثربخشی در سبک دفاعی رشد نیافته و روان‌رنجور، تفاوت در این سبک معنادار نبود. نتایج در درمان معطوف به انتقال با پژوهش خوریانیان و همکاران [۱۷]، یئومانس و استرن [۳۱]، کلارکین و همکاران [۱۳] و گابارد و هوریزون [۳۲] و در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نتایج ریز-اورتگا و همکاران [۲۱] و مورتن و همکاران [۱۸] مطابقت داشت.

همچنین هیچ تحقیقی یافت نشد که دو شاخه متفاوت روان‌درمانی را با هم بر سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مقایسه کند. از این رو اثربخشی هر درمان به صورت جداگانه با یافته‌های موجود مقایسه شدند.

برای تبیین این نتایج می‌توان گفت، در روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور هدف نهایی کمک به بیماران برای درک بهتر نیاز و عملکرد فرآیندهای دفاعی با امید به ارتقا و کمک به بیماران برای تحمل ادغام واقعی‌تر و انطباقی از بازنمایی‌های مثبت و منفی از خود و دیگران است. احساس غنی‌تر از خود و قدردانی کامل‌تر از دیگران در گسترده‌ترین سطح این درمان به افراد کمک می‌کند از درک خود و دیگران از دریچه نمایش‌های ساده و شدید درونی به درک پیچیدگی خود و دیگران حرکت کنند [۳۱].

همچنین یکی از شش ضلعی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش و یا به عبارتی در مفهوم انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، اجتناب از تجربه است. پذیرش به معنای مشاهده و قبول یک رویداد یا موقعیت است، همچنین به معنای دست برداشتن از تغییر بیهوده اهداف درمان نیز می‌باشد، اما پذیرش اغلب مورد سوء تعبیر واقع می‌شود، مثلاً به جای اینکه به عنوان عملی در نظر گرفته شود که موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود، به عنوان یک ارزش‌یابی قضاوت یا نقطه‌نظری درباره رویدادهای انفعال در برابر وقایع یا حتی بدتر به عنوان قبول شکست مطرح می‌شود. بنابراین ممکن است شامل قبول و پذیرفتن رویدادی باشد که حتی شخص دوست ندارد، برای مثال یکی از آزمودنی‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ما به طور فزاینده‌ای از مکانیسم دفاعی جابه‌جایی و انکار استفاده می‌کرد.

در اینجا پذیرش بخشی از رویداد روان‌شناختی ناخواسته است که وقتی با بیمار آن را مطرح می‌کنیم مات و مبهوت می‌ماند، برای مثال ممکن است بگوید «می‌خواهید خیانت همسر را بپذیرم»، درواقع پذیرش به عنوان مشاهده و قبول کردن اتفاق نه تنها فرایند منفعلانه نیست، بلکه در اغلب موارد برای بیمار یک

همچنین از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علائم اختلال شخصیت مرزی و مشکلات تنظیم عاطفی همراه آن، یک مشکل انعطاف‌ناپذیر عاطفی شدید را در پی دارد که با اجتناب از تجربه و هم‌جوشی با خود منفی به عنوان مفهوم زمینه‌ای همراه است. عدم تحمل پریشانی و ناکارآمدی بین فردی در حال حاضر در بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را می‌توان به عنوان دو نوع مقادیر یا تقویت‌کننده‌های کلامی ساخته شده پویا مشاهده کرد، درحالی که یک احساس ناپایدار از هویت خود نیز می‌تواند باشد [۲۱]. هدف روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور تغییر در ساختار بنیادین ساختار شخصیت است. دور از ذهن نیست که پرداخت عمیق این درمان به زیرساخت‌های روانی می‌تواند تغییرات اساسی در سازمان شخصیت بیمار ایجاد کند و سبب یکپارچگی، انسجام در هویت و ترمیم شکاف دنیای درونی بیماران گردد، زمانی که بیماران احساسات خود را شفاف‌شده بررسی می‌کنند و با تناقضات دنیای خود مواجه می‌شوند، می‌توانند به بررسی دقیق‌تر دنیای درون ناآل گردند، در نتیجه می‌توان به درستی علت این نتایج را با توجه به هدف درمان انتقال-محور تبیین کرد [۳۳].

براین اساس با توجه به تأکید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر پذیرش و ناهم‌جوشی شناختی و تأکید بر یافتن ارزش‌ها که براین اساس ارزش‌ها درواقع، تمایل به داشتن افکار و احساسات ناخواسته را افزایش داده و دردی که معمولاً همراه آن‌ها می‌آید را ارج می‌نهند. اعتقاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این است که آن افکار، احساسات و حواس ناخواسته معمولاً به حرکت در جهت ارزش‌ها کمک می‌کند. اجتناب از افکار و احساسات دردناک اجتناب‌ناپذیر به یک زندگی محدود و بی‌روح منجر می‌شود، درحالی که تمرکز بر ارزش‌ها سرزندگی می‌آورد و تمایل به تجربه هر دردی که ممکن است در یک زندگی خوب تجربه شود را در فرد ایجاد می‌کند [۳۴].

هیز نشان داد کاهش در شدت نشانه‌های بیماری معمولاً یا کمی دیرتر در سیر درمان یا حتی چند هفته پس از پایان درمان شروع می‌شود؛ به عبارت دیگر آزمودنی‌هایی که این درمان را دریافت می‌کنند ابتدا تغییر رفتاری را نشان می‌دهند که متعاقب آن کاهش در شدت نشانه‌ها دیده می‌شود، درحالی که مراجعان در سایر موقعیت‌های درمانی تغییر رفتاری کمتری را نشان می‌دهند، اما خیلی سریع‌تر و به شدت نشانه‌ها در آن‌ها کاهش می‌یابد [۳۳]. ما در این پژوهش به این مهم دست یافتیم و مشاهده کردیم نتایج در مرحله پیگیری همچنان رو به بهبود رفته است.

نتایج اولیه حاصل از بررسی سبک‌های دفاعی در افراد مبتلا به شخصیت مرزی نشان داد آن‌ها به طور فزاینده‌ای از سبک‌های دفاعی رشد نیافته (بدنی‌سازی، گذر به عمل، انکار، خیال‌پردازی اوتستیک) و سبک‌های دفاعی نورتیک (تشکل و اکنتشی) و سبک

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده یک تیم پژوهشی با درمانگران و ارزیاب‌های آموزش‌دیده هم‌زمان هر دو درمان را با نمونه‌های بیشتر اجرا کنند تا نتایج با قابلیت تعمیم بیشتر به دست آید.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با شناسه اخلاق (IR.BUMS.REC.1399.245) در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تأیید و ثبت شده و کد کارآزمایی بالینی به شماره کد (IRCT20131007014928N7) در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران انجام شده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای فاطمه فتحی در گروه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی و نگارش پیش‌نویس: فاطمه فتحی؛ ناظران: شهرام وزیری و مهدی پوراصغر؛ روش‌شناسی: مریم نصری.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این پژوهش، تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان به دلیل همکاری‌شان در این مطالعه قدردانی می‌کنند.

فرایند فعال و حتی دشوار محسوب می‌شود. در نهایت اگر پذیرش را مترادف با تسلیم شدن بدانیم می‌تواند به‌عنوان شکست در نظر گرفته شود، ولی این پذیرش محسوب نمی‌شود، جواب پذیرفتن یک تجربه می‌تواند کاملاً متضاد با تسلیم شدن باشد. به این ترتیب می‌تواند برای جلوگیری از استفاده مکانیسم دفاعی انکار که از زیرمقیاس‌های مکانیسم‌های دفاعی بدوی است، یک روش مناسب شود. با این شیوه تنها چیزی که ممکن است به‌عنوان پیامد پذیرش کنار گذاشته شود تغییرات بی‌حاصل اهداف درمان است [۲۰]؛

همان‌طور که هیز و همکاران معتقدند فرایند روان‌درمانی تلویحی شامل درجه از پذیرش است؛ به این معنا که مراجعه به درمانگر به معنای پذیرش این مفهوم است که مشکلی وجود دارد و مراجع می‌خواهد برای آن کاری انجام دهد اما آنچه که اغلب مشکل‌ساز می‌شود این است که مراجع برای حل این مشکل چه کاری می‌خواهد انجام دهد [۲۷].

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، نتایج مطالعه حاضر، تفاوت معنی‌داری بین روان‌درمانی معطوف به انتقال و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در سازمان شخصیت مرزی و سبک‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد که در بخش رتبه‌بندی درمان معطوف به انتقال ارجح‌تر گردید.

یثومانس و همکاران، از ابعاد پرخاشگری پارانویا و صفات ضد اجتماعی در مدل روابط عمومی ویژه پاتولوژیک شخصیت مشخص شده، برای تعیین سطوح بالا و پایین سازمان شخصیت مرزی و تعریف آماری زیرگروه‌های از این بیماران استفاده کردند. تفاوت‌های مهم در بین بیماران مرزی لزوم ارزیابی دقیق‌تر و مفصل‌تر بیماران قبل مداخله و توجه به تفاوت‌های احتمالی در فرایند تغییر و پیش‌آگهی درمان بسیار با اهمیت است [۲۹]، که خود می‌تواند از یکی از دلایل محکم بر این ادله باشد؛ که چرا اثربخشی درمان‌های مختلف علی‌رغم نتایج مطلوب با یکدیگر تفاوت دارد. مطابق با نظر پدیدآورندگان روان‌درمانی تحلیلی انتقال-محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به نظر می‌رسد برای تحکیم و گسترش ظرفیت ذهنی‌سازی و سازمان شخصیت مرزی به زمان بیشتری نیاز است، باوجوداین در خلال سال اول درمان می‌توان طلیعه‌های تغییر را با تمام فرازونشیب‌های آن مشاهده نمود.

عمده‌ترین محدودیت این پژوهش تعداد جلسات درمانی بود که امکان نمونه‌گیری بیشتر را برای نویسندگان محدود می‌کرد و خود تعمیم نتایج به این تعداد ممکن نیست. همچنین هر دو روش درمانی توسط یک درمانگر اجرا شدند.

References

- [1] Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(2):295-302. [DOI:10.1176/appi.ajp.158.2.295] [PMID]
- [2] Genderson J, Hoffman P. Diagnosis and treatment of borderline personality disorder [S. M. Jafarzadeh & M. Mirshajaeian, Persian trans.]. Tehran: Arjmand Publishing; 2005. [Link]
- [3] Beck A, Freeman D, Davis D. Cognitive Therapy of personality disorders, second edition. New York: Guilford Press; 2004. [Link]
- [4] The American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical guide to DSM 5 [F. Gholamian, S. S. Moosavi Nadoshan, A. Mo-hamad Sadegh, Persian trans.]. Tehran: Ebn-E-Sina; 2015. [Link]
- [5] Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in mental health care. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69(2):259-65. [DOI:10.4088/JCP.v69n0212] [PMID]
- [6] Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*. 2001; 13(4):577-91. [DOI:10.1037//1040-3590.13.4.577] [PMID]
- [7] Kernberg O. Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1967; 15(3):641-85. [DOI:10.1177/000306516701500309] [PMID]
- [8] Clarkin JF. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide. Washington: American Psychiatric Publishing; 2015. [Link]
- [9] Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994; 103(1):44-50. [DOI:10.1037//0021-843X.103.1.44] [PMID]
- [10] Shafi Abadi A, Nasser G. [Psychotherapy theories (Persian)]. Tehran: University Publishing Center; 2010. [Link]
- [11] Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*. 2013; 76(1):32-52. [DOI:10.1521/psyc.2013.76.1.32] [PMID]
- [12] Kramer U, de Roten Y, Perry JC, Depland JN. Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*. 2013; 30(1):15-30. [DOI:10.1037/a0029463]
- [13] Clarkin JF, Cain NM, Lenzenweger MF. Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: Clinical insights with a focus on mechanism. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21:80-85. [DOI:10.1016/j.copsyc.2017.09.008] [PMID]
- [14] Fassbinder E, Schuetze M, Kranich A, Sipos V, Hohagen F, Shaw I, et al. Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: A pilot study with three year follow-up. *Frontiers in Psychology*. 2016; (7):1851. [DOI:10.3389/fpsyg.2016.01851]
- [15] Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Kongerslev MT, Faltinsen E, Todorovac A, Sedoc Jørgensen M, et al. Psychotherapies for borderline personality disorder: A focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2022; 221(3):538-52. [DOI:10.1192/bjp.2021.204] [PMID]
- [16] Rashn S, Makvand-Hosseini S, Rezaei A, Tabatabaee S. [The effect of long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with Dependent Personality Disorder (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 9(4):1-2. [DOI:10.22075/jcp.2018.13685.1343]
- [17] Khoranian M, Bakhshipour-Roudsari A, Mahmoud-Alilou M, Hashemi T. [Effectiveness of transference-focused psychotherapy on reflective functioning and symptomatology of the borderline personality disordered patients (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2019; 10(4):45-58. [DOI:10.22075/jcp.2019.15996.1531]
- [18] Morton J, Snowden S, Gopold M, Guymer E. Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19(4):527-44. [DOI:10.1016/j.cbpra.2012.03.005]
- [19] Chapman AL. Acceptance and mindfulness in behavior therapy: A comparison of dialectical behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2006; 2(3):308-13. [DOI:10.1037/h0100785]
- [20] Bach P, Moran DC. ACT in practice the conceptualization of the case in the treatment of acceptance and commitment [S. Kamali & N. Kian Rad, Persian trans.]. Tehran: Arjmand Publishing; 2017. [Link]
- [21] Reyes-Ortega MA, Miranda EM, Fresán A, Vargas AN, Baragán SC, Robles García R, et al. Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*. 2020; 93(3):474-89. [DOI:10.1111/papt.12240] [PMID]
- [22] Shaw L, Gopold M, Tisbury N, Wyman K. Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Borderline Personality Disorder. *Australian Postgraduate Medicine*. 2012.
- [23] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM 5 [F. Rezaei, A. Fakhrai, A. Farmand, A. Niloufari, J. Hashemi Azar & F. Shamlou, Persian trans.]. Tehran: Arjomand Publishing; 2014. [Link]
- [24] Khodabakhsh R. [Comparing the prevalence of personality disorders in men and women using adjusted raw scores of the Million III (Persian)]. *Quarterly Journal of Cultural and Educational Studies of Women and Family*. 2013; 7(22), 103-125. [Link]
- [25] Sperry, L. Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders: Assessment, case conceptualization, and treatment, third edition. New York: Brunner Rutledge; 2003. [DOI:10.4324/9780203427088]
- [26] Keng SL, Tan HH. Effects of brief mindfulness and loving-kindness meditation inductions on emotional and behavioral responses to social rejection among individuals with high borderline personality traits. *Behaviour Research and Therapy*. 2018; 100:44-53. [DOI:10.1016/j.brat.2017.11.005] [PMID]

- [27] Al Behbahani M, Mohammadi N. [Investigating the Psychometric Characteristics of the Cornberg Personality Organization. Examining the psychometric properties of Kernberg's personality organization inventory (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2017; 11(2):186-97. [\[Link\]](#)
- [28] Lenzenweger MF, Clarkin JF, Levy KN, Yeomans FE, Kernberg OF. Predicting domains and rates of change in borderline personality disorder. *Personality Disorders*. 2012; 3(2):185-95. [\[DOI:10.1037/a0025872\]](#) [\[PMID\]](#)
- [29] Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinician's guide. Washington: American Psychiatric Publishing; 2015. [\[DOI:10.1176/appi.books.9781615371006\]](#)
- [30] Heydari Nasab L, Shu'iri, MR. [Factor of defense style questionnaire (DSQ-40) in Iranian non-clinical samples (Persian)]. *Journal of Modern Psychological Research*. 2011; 6(21):77-97. [\[Link\]](#)
- [31] Stern BL, Yeomans F. The psychodynamic treatment of borderline personality disorder: An introduction to transference-focused psychotherapy. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2018; 41(2):207-23. [\[DOI:10.1016/j.psc.2018.01.012\]](#) [\[PMID\]](#)
- [32] Gabbard GO, Horowitz MJ. Insight, transference interpretation, and therapeutic change in the dynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 2009; 166(5):517-21. [\[DOI:10.1176/appi.ajp.2008.08050631\]](#) [\[PMID\]](#)
- [33] Hayes SC. The state of the ACT evidence. Houston, TX: Association for Contextual Behavior Science(ACBS); 2007. [\[Link\]](#)
- [34] Freeman A. Comparative treatments for borderline personality disorder. New York: Springer; 2005. [\[Link\]](#)