

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، دارودرمانی و تلفیق آنها در بهبود علائم افسردگی و خشم در اختلال شخصیت مرزی*

Effectiveness of CBT, Pharmacotherapy and combind Approach in Improvement of Symptoms of Depression Anger in Borderline Personality Disorder *

Javad Akbari,  M.Sc.

Hamid Reza Aghamohammadian, Ph.D.

Bahram Ali Ghanbari, Ph.D.

جواد اکبری**

دکتر حمیدرضا آقا محمدیان**


دکتر بهرام علی قنبری**

Abstract

This study compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy, pharmacotherapy and combination of these methods in improvement of symptoms of anger and depression in patients with borderline personality disorder. The sample was 40 male with BPD in Mashhad prison. Patients were divided randomly to 4 groups. The Beck Depression Inventory and the Anger were used as the pre-test for all patients. The first group recieved sixteen 90-minutes cognitive behaviour therapy sessions. The second group recieved pharmacotherapy (Lithium carbonate, Fluoxetine). The third group recieved both CBT and pharmacotherapy. The fourth group (control group) received no intenvention. The same tests were administered all subjects as the post-tests. Using one way ANOVA and post-hoc test, the results of analysis of variance showed that symptoms of depression and anger were significantly reduced in post-test. Results of tucky test indicate that only the combination of both CBT and pharmacotherapy was effective in significant

چکیده

این پژوهش اثرات درمان شناختی - رفتاری دارو درمانی و تلفیق آنها را در بهبود علائم خشم افسردگی در بیماران با اختلال شخصیت مرزی مورد مقایسه قرار می دهد. نمونه پژوهش ۴۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در زندان مشهد بود. بیماران به صورت تصادفی به چهار گروه تقسیم شدند. برای تمام بیماران سیاهه های افسردگی خشم و بک در مرحله پیش آزمون به کار گرفته شد. برای گروه اول درمان شناختی رفتاری ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای ارائه شد. و برای گروه دوم دارودرمانی (فلئوگزتین، کربنات لیتیم) به کار گرفته شد. و برای گروه سوم درمان تلفیقی که هر دو درمان به کار گرفته شد. گروه چهارم گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نداشت. سپس همان آزمون ها در مرحله پس آزمون در چهار گروه به کار گرفته شدند. تغییرات چهار گروه با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس در مرحله پس آزمون نشان می دهد که نمره های سیاهه افسردگی بک با $p < 0.05$ و نمره های سیاهه خشم با $p < 0.05$ در پس آزمون معنی دار بوده است. نتایج آزمون توکی نشان می دهد که درمان تلفیقی در علائم افسردگی

* Faculty of Education & Psychology University of Ferdousi Mashhad, I.R.Iran
 Javadakba@yahoo.com

* دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۱، تصویب نهایی: ۱۳۸۸/۴/۱۴
** دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

reduction of depression symptoms. However, in terms of anger symptoms, all three methods of intervention significantly reduced level of anger in BPD patients. In general the research outcomes showed while combination of the CBT and pharmacotherapy interventions have a better effects on reducing symptoms of depression and anger in patients with BPD, separate usage of any of these two method have no better effects than the other in this matter.

Keywords: Cognitive Behaviour Therapy, pharmacotherapy, borderline personality disorder.

بیماران به طور معنی داری کاهش نشان داده است. اما هیچ یک از روش های شناختی رفتاری و دارودرمانی در کاهش علائم افسردگی بیماران مؤثر واقع نشده اند. هر سه روش درمانی شناختی رفتاری و دارودرمانی و تلفیقی در مقایسه با گروه کنترل در کاهش میزان خشم موفق بوده اند. بنابراین درمان تلفیقی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی در کاهش علائم موفق تر بوده اند. اما دو روش شناختی رفتاری و دارودرمانی هر یک نسبت به دیگری برتری نشان نداده اند بنابراین اثر همسانی در کاهش علائم داشته اند.

کلید واژه ها: درمان شناختی رفتاری، دارو درمانی، اختلال شخصیت مرزی.



● مقدمه

اختلال شخصیت مرزی رایج ترین اختلال شخصیت در محیط های بالینی است و آن در تمام فرهنگ های جهان گزارش شده است (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). در چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-IV) اختلال شخصیت به طبقات مختلفی تقسیم می شود که یکی از آنها «اختلال شخصیت مرزی»^۲ (BPD) است. این اختلال در ۲/۰ تا ۸/۰ درصد از جمعیت عمومی رخ می دهد. شیوع بالاتر اختلال در بین بیماران روانپزشکی یافت می شود، تخمین زده می شود ۸ تا ۱۱ درصد از بیماران سرپایی و ۱۴ تا ۲۰ درصد بیماران بستری ملاک های واجد شرط برای «اختلال شخصیت مرزی» دارند (کرول^۳، ۱۹۸۱؛ به نقل از لیندا و همکاران، ۱۹۹۹). نسبت جنسی مرد به زن ۱-۳ برآورد می شود. «اختلال شخصیت مرزی» پنج برابر در میان خویشاوندان بیولوژیکی درجه اول نسبت به جمعیت عمومی شایع تر است. (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). این اختلال یک اختلال روانپزشکی مزمن است که می تواند مراقبت های روانپزشکی را طلب کند. گرچه علت شخصیت مرزی هنوز مشخص نشده اما بیشتر بیماران در طی زمان بهبود می یابند. این اختلال شخصیتی برخی از بیشترین مشکلات و مسائل آشفته را در تمام زمینه های روانپزشکی به نمایش می گذارد (پاریس، ۲۰۰۵).

اگرچه مشکلات بیماران مرزی احتمالاً متنوع است با وجود این آنها را می توان در چهار گروه «عاطفی»، «شناختی»، «بین فردی» و «رفتاری» دسته بندی کرد. در الگوی شناختی، اهمیت اصلی به باورها و فرض های فرد داده می شود و آنجا به عنوان عوامل در نظر گرفته می شوند که در

درک و تفسیر واقعه‌ها و شکل‌دهی واکنش‌های هیجانی و رفتاری نقش دارند (بک^۴ و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از دیویدسون^۵، ۱۳۸۳). درمان شناختی - رفتاری فرض می‌کند باورهای ناسازگار و تحریف شده و فرایندهای شناختی بنیان‌علائم و نارسا کنشی عاطفی - رفتاری هستند و این که این باورها با رفتار تقویت می‌شوند. عموماً مشتمل است بر یک مجموعه از نارسا کنشی افکار خودکار یا به طور عمیق که در نظام باورها جای گرفته‌اند (اغلب اشاره به شناخت واره‌ها) تنها با یادگیری و تمرین جدید رفتارهای ناسازگارانه بهبود می‌یابند. کاربرد روش‌های درمان‌های شناختی - رفتاری در درمان اختلالات شخصیت توصیف شده‌اند، اما چون نارسا کنشی نظام باورها در بیماران با اختلالات شخصیت دیرپا هستند، معمولاً ساختاری هستند. زمان و اقدام اساسی مستلزم ایجاد تغییرات بادوام هستند. تعدیل رویکردهای معیار (درمان شناختی متمرکز بر روان‌بند، شناخت درمانی، یا رفتار درمانی دیالکتیکی) اغلب در درمان شکل‌های معین واقعی اختلالات شخصیت پیشنهاد می‌شود (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). در اینجا شواهدی وجود دارد که عموماً روان‌درمانی، یک درمان مؤثر برای این اختلال است. اما وجود تحقیقات نشان می‌دهد که نتایج ممکن است برای اشکال مختلف روان‌درمانی متفاوت باشد (لایبزنرینگ و لایبینگ، ۲۰۰۳).

بر اساس راهنمای عملی انجمن روانپزشکی آمریکا درمان اولیه برای اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی است علائم توسط روان‌درمانی مورد هدف قرار می‌گیرند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۱). درمان شناختی - رفتاری برای پرداختن به افکار خودآیند منفی و فرض‌ها و باورها در اختلال‌های هیجانی طراحی شده است (بک، ۱۹۷۹؛ به نقل از دیویدسون، ۱۳۸۳). در این روش افراد در مورد نحوه بازنگری و ارزیابی افکار منفی خود آموزش می‌بینند. درمانگر، درمانجویان خود را تشویق می‌کند تا از طریق تکالیف رفتاری به ارزیابی حقیقی و عینی افکار و فرضیه‌های منفی خود به پردازد. در حالی که افراد دچار اختلال شخصیت هیچ‌گونه تجربه‌ای از موارد جایگزین یا دیدگاه‌های ثانوی در رابطه با خود یا دنیا ندارند و در راهبردهای رفتاری فاقد هر نوع انعطاف‌پذیری هستند. در این افراد باورهای بنیادین ناکارآمد به طرز چشم‌گیری محدود است هیچ باور جایگزین سازگارانه دیگری هم که قابل دسترسی باشد وجود ندارد. وظیفه درمانگر با اختلال‌های شخصیت، درگیر کردن آن‌ها با افکار و رفتارهای سازگارانه‌تر و کاهش دادن شدت مطلق‌نگری و خودکامگی در افکار و رفتارهای آنهاست. بنابراین لازم است درمان به سمت کمک به این فرایند، برنامه‌ریزی و تنظیم شود. روند درمان در شناخت درمانی موضوع تحقیق پژوهشگرانی است که دنبال کوتاه‌ترین و بهترین زمان برای درمان اختلال‌هایی مانند افسردگی و اضطراب هستند. درمان بیماران مرزی هنوز باید به همین

روش مورد پژوهش قرار گیرد. با این وجود برای این گروه ایجاد تعدیل‌هایی در شناخت درمانی معیار ضروری است (سیموس^۷، ۱۳۸۴). اندک آزمایشات تصادفی مهار شده مداخلات روانی اجتماعی را برای اختلال شخصیت مرزی مورد ارزیابی قرار داده‌اند. به ویژه در مقابل برخی از آزمایشها برای دیگر اختلالات روانپزشکی مورد مقایسه قرار گرفته است. در ده سال گذشته گرچه دو برنامه روان‌مانگری ساختاری، به عنوان مداخلات مؤثر برای این اختلال ظاهر شده است ولی هر دو درمان به طور افزایشی نارساکنشی را با بیماران تحت مهار مورد هدف قرار دادند. رفتار درمانی شناختی و رفتار درمانی دیالکتیکی به طور تجربی بیشترین حمایت از هفت آزمایش مهار شده را دریافت داشتند. (لایب و همکاران، ۲۰۰۴). روان‌درمانی شخصیت‌های مرزی زمینه‌ای برای پژوهش‌های جدی بوده و درمان انتخابی برای بیماران شمرده می‌شود اخیراً درمان دارویی به برنامه درمانی اضافه شده است (کاپلان^۸ و سادوک^۹، ۱۳۷۶).

دیویدسون، نوبک و تایرر (۱۹۹۶) تغییرات معنی‌داری در الگوهای رفتاری ناسازگارانه و شناختی بعد از ۱۰ هفته روش «درمان شناختی- رفتاری»^{۱۰} (CBT) در ۱۲ بیمار سرپایی با افراد اختلال شخصیت مرزی پیگیری و گزارش کردند (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۷). تورکات^{۱۱} و ماسیتو^{۱۲} (۱۹۸۵) ۳۵ بیمار با رویکرد شناختی- رفتاری فرمول‌بندی و یک طرح موردی را به کار گرفتند. فرمول‌بندی‌شان مورد آزمایش قرار گرفت. از ۱۶ مورد نتایج اطلاعاتی که در دسترس بودند تنها چهار نتیجه مثبت وجود داشت (به نقل از باتمن و فوناجی، ۲۰۰۰). نتیجه تحقیق لینهان^{۱۳} و همکاران نشان داد بیمارانی که «رفتار درمانی جدلی»^{۱۴} را دریافت داشتند کمتر رفتار شبه خودکشی داشتند. گروهها با توجه به افسردگی عقاید خودکشی ناامیدی بهبود یافتند (به نقل از اولدهام و همکاران، ۲۰۰۶). در یک تحقیق تصادفی در بیماران سرپایی اختلال شخصیت مرزی لینهان و همکاران (۱۹۹۱) نشان دادند که «رفتار درمانی جدلی» با کاهش افسردگی، ناامیدی، همراه است (باتمن و فوناجی، ۲۰۰۰). در تحقیق دیگری بیمارانی که رفتار درمانی جدلی را دریافت داشتند کاهش بیشتری در صفت خشم، و بهبودی بیشتری در نمره‌های مقیاس ارزیابی کلی بدست آوردند (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱).

اسپیرینگر^{۱۵} و همکاران نتیجه گرفتند که «روان‌درمانگری با علائم افسردگی»^{۱۶} (DBT) بهبودی در افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی را در بیماران مرزی به همراه دارد (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). کوکار^{۱۷} و کاووسی^{۱۸} (۱۹۹۱) دریافتند که فلئوگزتین، کاهش آشکاری به خشم و تحریک‌پذیری در مقایسه با پلاسیبو در آزمودنی‌های با اختلال شخصیت مرزی داشت (لیندا و همکاران، ۱۹۹۹). در همین ارتباط سالزمن^{۱۹} و همکاران تحقیق ۱۲ هفته‌ای فلئوگزتین (۶۰-۲۰ mg - روزانه) در ۲۷ آزمودنی با عملکرد نسبتاً بالا (میانگین نمره‌های مقیاس ارزیابی کلی ۷۴) با

اختلال شخصیت مرزی یا صفات مرزی انجام دادند. برای ۲۲ آزمودنی که تحقیق را تکمیل کردند (۱۳ نفر فلئوگزین ۹۰ نفر پلاسیبو دریافت داشتند) کاهش معنی داری در علایم خشم و افسردگی و بهبودی در عملکرد کلی برای آزمودنی‌هایی که در مقایسه با گروهی که پلاسیبو دریافت داشتند، گزارش شد (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). در یک تحقیق طولی پلاسیبو-مهاری شده خلق نوسانی کاهش یافته بود و بهبودی در ۱۴ بیمار از ۲۱ نفر در طول درمان با لیتوم ایجاد شد. گزارشهای موردی متوالی، اثبات کردند که لیتوم، تثبیت‌کننده خلق است و اثرات ضدپرخاشگری در بیماران با اختلال شخصیت مرزی دارد. در همین ارتباط در یک تحقیق طولی «بی‌نام مضاعف»^{۲۰} پلاسیبو مهاری شده، لیتوم با دسیپرامین در ۱۷ بیمار با اختلال شخصیت مرزی مورد مقایسه قرار گرفت تمام بیماران لیتوم را برای ۶ هفته (میانگین دوز = ۹۸۵/۷ mg روزانه) دریافت داشتند و روان‌درمانی را به‌طور همزمان دریافت کردند. درمانگران نرخ‌های بهبودی بیشتری را در طول آزمایش با لیتوم اثبات کردند، گرچه در خودسنجی بیماران تفاوت‌های معنی داری میان لیتوم و پلاسیبو اثبات نشد (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج تحقیق فانتی‌زاده و همکاران (۱۳۸۵) در ۳۰ مراجعه‌کننده زن با اختلال شخصیت مرزی که دو شیوه رفتاردرمانی جدلی و «درمان شناختی رفتاری» را دریافت داشتند، نشان داد که هر دو شیوه در درمان افسردگی شدید مراجعان اختلال شخصیت مرزی موفق بودند. بررسی‌های غیرکمی نیز نشان داد که هر دو شیوه فوق در افزایش سازگاری اجتماعی، کاهش پرخاشگری، افزایش جرئت‌ورزی و افزایش پذیرش خویشتن اعضا، مؤثر بوده است.

خدمات بهداشت روانی به‌طور ضعیف به بررسی نیازهای افراد با اختلال شخصیت مرزی پرداخته، به طوری که این افراد به‌طور روزافزون کمک‌های خدمات بهداشت روانی را دریافت می‌کنند (پیترسون، ۱۹۹۹). کاربرد داروهای روان‌گرا به عنوان بهترین کاربرد الحاقی با درمان روانی اجتماعی برای اختلال شخصیت مرزی است. تحقیقاتی وجود ندارد که نتایجی را به اثبات رساند که داروهای روان‌گرا به‌عنوان تنها عملکرد درمانی برای اختلال شخصیت مرزی باشد. ما از هر آزمایش دارو درمانی که افراد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی را در برگیرد که حداقل یک ترکیب روانی اجتماعی را در بر داشته باشد، ناآگاهیم. نهایتاً این که واسطه‌گران دارو شناختی ممکن است در آینده نقش بزرگی در درمان اختلال شخصیت مرزی ایفا کنند. ما نیازمند به رشد طبقات جدیدی از داروها هستیم که به‌طور ویژه‌ای صفات اساسی اختلال شخصیت مرزی را مورد هدف قرار دهند. بخصوص بیشتری ثباتی و تکانشگری را تحت تأثیر قرار دهند (پاریس، ۲۰۰۵). در نتیجه تحقیقات به‌طور چشمگیری بر عدم تفاوت در دو روش روان‌درمانی و دارو شناختی حکایت دارد. بسیاری از مباحث در ادبیات پژوهش پیشنهاد می‌کند که بهبودی با

روش‌های ریشه‌دار در نظریه‌های مختلف روی خواهد داد. نتایج آزمایش‌های درمانی مهار شده روان‌درمانی مثل درمان شناختی رفتاری، به‌خصوص در محیط‌های سرپایی که حداقل تحقیقات را دربرداشته‌اند، مستلزم تحقیق می‌باشند. اندک مطالعه و تحقیقات مهار شده‌ای برای آزمایش اثربخشی در رویکرد «درمان شناختی- رفتاری» شده است. غیر از این تحقیقات میزان اثربخشی درمان فقط با مطالعات تک موردی بدست آمده است. شواهد تجربی که هسته آسیب‌شناختی بیماران با اختلال شخصیت مرزی را مورد توجه قرار داده باشد، وجود ندارد و تحقیقاتی که علایم هیجانی که به نظام باورها و تفکرات فرد بر می‌گردد در «درمان شناختی- رفتاری» اندک بوده است. به کارگیری تحلیل رفتاری استنباط شناختی و باورهای مرکزی، می‌تواند در بافت شناخت رفتاری معیار به‌عنوان آنچه که می‌تواند در مهار تکانه کاهش تنش خود آرام‌سازی خشم و افسردگی آموزش داده می‌شود. علیرغم مشکلات در روش شناختی در ارزیابی این اختلال آزمایشات و تحقیقات تحت مهار برای تعیین ارزش رویکرد شناختی رفتاری ضروری به نظر می‌رسد. لذا از آنجائی که پژوهش‌های درمانی در جامعه ما در این خصوص اندک بوده، لذا انجام این‌گونه تحقیقات که بر اساس آن بتوان کمک‌هایی را به این افراد نمود ضروری به نظر می‌رسد.

به‌طور کلی می‌توان گفت که درمان ترکیبی در این اختلال مؤثرتر از کاربرد هر یک به تنهایی است. هدف از پژوهش حاضر «بررسی اثربخشی روش شناختی رفتاری و درمان دارویی و تلفیق آنها در بهبود علائم افسردگی و خشم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی» است.

● روش پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی، با روش تجربی، با گروه کنترل و گروه آزمایشی است و با طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گمارش تصادفی می‌باشد.

○ «جامعه آماری» این پژوهش را بیماران مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در زندان مشهد تشکیل می‌دهد. نمونه پژوهش عبارتند از ۴۰ فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که با بررسی پرونده‌های افراد در ندامتگاه مشهد، تعداد ۲۲ نفر که توسط روانپزشکان در کمیسیون تشخیص اختلال شخصیت مرزی، دریافت کرده بودند، انتخاب و ۱۸ نفر دیگر از افرادی بودند که برای دریافت خدمات روانپزشکی به کلینیک مراجعه کرده و «سیاهه چند محوری بالینی میلتنون» و مصاحبه تشخیص سازمان یافته بر اساس «چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSM-IV) برای این گروه اجرا شد. تمام ۴۰ نفر افراد نمونه مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند که با گمارش تصادفی به چهار گروه شناختی رفتاری ($n=10$)، دارو درمانی

($n=10$)، ترکیبی ($n=10$) و گروه کنترل ($n=10$) تقسیم شدند.

دامنه سنی آزمودنی‌ها از سن ۲۰ تا ۳۲ سال انتخاب شده بود. تعداد جلسات درمانی ۱۶ جلسه در هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۱/۵ ساعت تشکیل شد. برای اجرای پژوهش طرح آزمایش پیش‌آزمون-پس‌آزمون بکار گرفته شد. نمره پیش‌آزمون را از نمره پس‌آزمون برای هر سنجش کسر می‌شود سپس انحراف استاندارد را به نمره‌های بدست آمده تقسیم می‌گردد. در این پژوهش دو شاخص بهبودی ۱- کاهش افسردگی ۲- افزایش مهارت‌های خشم در نظر گرفته شده است.

● ابزار پژوهش

□ سیاهه چند محوری بالینی میلتنون^{۲۱}: این سیاهه شامل سه مقیاس اعتباری ده مقیاس الگوی شخصیت بالینی سه مقیاس آسیب‌شناختی شخصیتی شدید شش مقیاس نشانگان بالینی و ۳ مقیاس نشانگان شدید می‌باشد.

«سیاهه میلتنون» در ایران چندین مطالعه با «سیاهه چند محوری بالینی میلتنون» انجام شده است. اولین مطالعه توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲) به منظور هنجاریابی این آزمون در شهر تهران صورت گرفته است. در این مطالعه ضریب اعتبار مقیاس‌های این سیاهه به روش بازآزمایی با فاصله هفت تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال‌هایانی) بدست آمده است. در این مطالعه میانگین همسانی درونی به روش KR-۲۰ در تمام مقیاسها با دامنه‌ای از ۰/۶۹ (اختلال‌هایانی تا ۰/۹۲ (مرزی) با متوسط ۰/۸۴ به دست آمده است. مطالعه دیگر توسط افخم ابراهیمی و صالحی (۱۳۷۹) به منظور بررسی میزان توافق مصاحبه‌های بالینی و سازمان یافته با «سیاهه چند محوری بالینی میلتنون» در تشخیص اختلال‌های شخصیت صورت گرفته است. برای اعتبار خارجی آن میلتنون حساسیت مقیاس‌ها را از ۰/۵۰ تا ۰/۷۹. توان پیش‌بینی منفی را از ۰/۹۱ تا ۰/۹۸ و توان تشخیص کلی را از ۰/۸۸ تا ۰/۹۹ گزارش کرده است (شریفی، ۱۳۸۴).

□ سیاهه افسردگی بک^{۲۲}: این سیاهه شامل ۲۱ ماده است که محتوای ۱۵ سؤال آن مربوط به علائم روان‌شناختی و محتوای ۶ سؤال دیگر مربوط به علائم جسمانی است. تمام سؤالات پاسخ دارند (۰ تا ۳۰) که شدت علائم را می‌سنجد. نمره کل افسردگی فرد از طریق جمع نمرات تمام سؤالات بدست می‌آید و دامنه آن ۰ تا ۶۳ می‌باشد (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰). روایی همزمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روانپزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا (۰/۷۲ = $Mdnr$ و ۰/۹۶ تا ۰/۵۵) است. به علاوه با مقیاس‌های دیگری که آنها هم افسردگی را درجه‌بندی می‌کنند همبستگی‌های متوسط، به دست آمده است مانند «مقیاس

افسردگی هامیلتون^{۲۳} (۰/۷۳)، «مقیاس زونگ»^{۲۴} (۰/۷۶) و «سیاه چند وجهی مینه سوتا»^{۲۵} (MMPI) (۰/۷۶)، بک (۱۹۷۲) اعتبار کلی سؤال‌ها را ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ و اعتبار کلی سالها باروش همبستگی اسپیرمن براون را ۰/۹۳ گزارش نموده است (بک، ۱۹۸۸ به نقل از مارنات، ۱۳۷۵).
 □ پرسشنامه پرخاشگری^{۲۷}: پرسشنامه پرخاشگری پالایش شده پرسشنامه خصومت است که بیش از سی سال قبل توسط آرنولد اچ باس^{۲۸} تهیه شده و کاربرد وسیعی داشته است. «پرسشنامه پرخاشگری» از یک خزانه ۵۲ سئوالی استخراج شده که بسیاری از آنها از پرسشنامه خصومت با استفاده از روش تحلیل عاملی مؤلفه اصلی و تحلیل عاملی تأییدی برگزیده شده‌اند. این پرسشنامه از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی کلامی خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۹ است. پرسشنامه پرخاشگری یک ابزار با ثبات با اعتبار بازآزمایی خوبی است. همبستگی بازآزمایی بعد از یک دوره نه هفته‌ای برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی کلامی خشم و خصومت و ۰/۸۰ برای کل نمرات پرسشنامه بوده است. (ثنایی، ۱۳۷۹).

□ در مرحله انجام پژوهش ۴۰ مرد بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به طور تصادفی به چهار گروه «شناختی- رفتاری» (n=۱۰)، «دارو درمانی» (n=۱۰)، «تلفیقی» (n=۱۰) و کنترل (n=۱۰) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌های گروه آزمایشی برای اجرای درمان به شرح زیر می‌باشد. الف. عدم دریافت هرگونه درمان دیگر در طول دوره پژوهش ب. قطع داروها در صورتی که استفاده از داروها بجز داروهای مورد پژوهش باشد. ج. اعلام رضایت تمام آزمودنی‌ها برای انجام پژوهش. لازم به ذکر است که بعضی از آزمودنی‌ها قبل از پژوهش دارو مصرف می‌کردند که مصرف دارو قطع گردید.

در این پژوهش دو شاخص بهبودی افسردگی خشم در نظر گرفته شد. هر آزمودنی مورد پیش‌آزمون قرار گرفت سپس هر گروه در معرض متغیر مستقل قرار گرفتند. برای گروه شناختی رفتاری ۱۶ جلسه گروهی شناختی - رفتاری در هفته یک جلسه ۱/۵ ساعته تشکیل شد. شیوه شناختی - رفتاری به کار گرفته شده در این پژوهش از الگوی آسیب‌شناسی بک و متمرکز بر روان‌بنه استفاده شده است. این شیوه روش تعدیل یافته از آموزش شناخت درمانی معیار است که باورهای بنیادین را مورد توجه قرار می‌دهد. هر طرح درمانی بعد از شناسایی مسائل بیماران که بیشترین مشکلات را با توجه به عملکرد شخصیتی ایجاد می‌کند شکل گرفته است. در طول درمان اگر لازم می‌شد تعدیل مناسبی در طرح درمانی ایجاد می‌گردید. اگر چه جلسات به طور

هفتگی طراحی و تشکیل می‌شد این فاصله میان جلسات برای اجازه به افراد نسبت به تمرین روش‌های جدیدتر رفتار کردن و تفکر کردن قبل از حرکت به مرحله بعدی درمان اختصاص یافت. در بین جلسات، بیماران تشویق می‌شدند که مهارت‌های اکتسابی جدیدشان را توسط شیوه‌های شناختی - رفتاری با مدیریت هیجانات تفکر منفی و راهبردهای پیشگیری به کار گیرند. طرح کلی جلسات درمان به شرح زیر بود:

□ ارائه منطبق درمان و مروری بر ساختار جلسات و ارزشیابی و آموزش سطوح شناختی برای شرکت‌کنندگان توافق بر روی اهداف درمان در چارچوب الگوی شناختی رفتاری فرمول‌بندی اولیه‌ای از مشکلات درمانجویان تهیه شد و دریافت اطلاعات درباره تاریخچه مشکل و خلاصه کردن و مورد منعکس ساختن آنچه که درمان‌جویان مطرح کرده‌اند. تمرین آرمیدگی تخیلی مطالب اصلی جلسات اول تا پنجم را تشکیل می‌داد.

□ وظیفه اصلی جلسات پنجم تا دهم از درمان، شناسایی و کاربرد روی باورهای بنیادین ناکارآمد و تضعیف آنها و ایجاد باورهای سازگارانه‌تر جدید و تشویق درمانجویان با ایجاد تغییر در باورها به کمک انواع مختلفی از تکالیف شناختی رفتاری بود. و توانا ساختن درمانجویان در شناسایی روان‌بنه‌های منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این طبقات، کسب اطلاعات برای سست کردن باورهای ناکارآمد و بحث در مورد سودمند بودن برخی از باورهای منفی بنیادی متداول در بزرگسالی که در کودکی مفید بوده‌اند. آشنا ساختن شرکت‌کنندگان به این موضوع که افکار آنها پیامدهای رفتاری و هیجانی، به دنبال دارد. آموزش به درمانجویان که توجه خود را به احساس‌های جسمی خود سوق دهند. و اینکه با فاصله گرفتن از احساسات و افکار خود همانند یک ناظر شرکت‌کننده بی طرف با این احساس‌ها و افکار رو به روشوند. کار در زمینه مشکلات بین فردی درمانجویان.

□ کار و وظایف اصلی و اساسی جلسات یازدهم تا شانزدهم از درمان، بیان موقعیت‌هایی که به سرعت احساسات افسردگی و خشم را در بیماران برمی‌انگیزد. شروع فعالیت‌های لذت‌بخشی که می‌تواند آنها را به تنهایی انجام دهند و برای آنها وابسته به شخص دیگری نیست. تشریح احساس راحتی و لذت که از انجام آنها لذت می‌برده‌اند. استفاده از فنون تمرکز فکر و توجه برگردانی جهت تحمل حالت خلقی ناکارآمد و استفاده از فعالیت‌های مغایر با حالت‌های خلقی موجود و یادآوری گذرا بودن حالت خلقی شناسایی صدمات و آسیب‌های گذشته فعلی در زندگی که موجب دامن زدن به خشم می‌شود. استفاده از شیوه‌های آرمیدگی به منظور مقابله با احساسات خشم‌گزارش موفقیت‌ها در ترک کردن موقعیت‌های تحریک‌کننده خشم در صورتی

که صرف نظر کردن مورد توجه قرار گرفته باشد. بیان احساسات آسیب‌بی کفایتی شرم و خشمی که با تجارب گذشته در رابطه است. گروه دارودرمانی تحت درمان باکربنات لیتیوم (۳۰۰ میلی گرم) و فلتوگز تین (۱۰ میلی گرم) به مدت ۴ ماه قرار گرفتند و هر ماه یکبار مورد بررسی دارویی قرار می‌گرفتند.

□ برای گروه تلفیقی ۱۶ جلسه شناختی رفتاری با کاربرد همان برنامه درمانی فوق در هر هفته یک جلسه ۱/۵ ساعته که توأم با مصرف ۴ ماه همان داروهای بی‌که برای گروه دارودرمانی تجویز شده بود می‌شد. گروه کنترل تاپس از اجرای پیش‌آزمون، هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. در پایان جلسه شانزدهم آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه‌ها مورد آزمون قرار گرفتند. جهت بررسی نتایج و یافته‌های پژوهش داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

● نتایج

در جدول ۱ شاخصهای توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره‌ها در گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		موقعیت	
خشم	افسردگی	خشم	افسردگی	متغیر	گروه‌ها شاخص‌های آماری
۵۸/۸۷	۳۲/۲۵	۱۱۳/۱۲	۳۷/۲۵	میانگین	شناختی
۲۰/۸۷۷	۵/۲۳۰	۷/۶۹۸	۶/۹۲۳	انحراف معیار	رفتاری
۵۶/۷۸	۳۹/۸۹	۱۱۴/۵۵	۴۵	میانگین	دارو
۱۲/۹۰۱	۵/۰۳۶	۸/۱۴۱	۳/۲۴۰	انحراف معیار	درمانی
۵۵/۸۷	۱۹/۷۵	۱۱۳	۴۲/۳۷	میانگین	درمان
۶/۹۹۹	۴/۴۶۴	۳/۴۲۳	۸/۰۱۶	انحراف معیار	ترکیبی
۱۱۳/۷۸	۳۸/۱۱	۱۱۳/۲۲	۳۹/۲۲	میانگین	گروه
۱۴/۰۳۴	۷/۴۸۷	۵/۸۹۰	۵/۷۸۳	انحراف معیار	کنترل
۷۲/۱۵	۳۲/۸۸	۱۱۳/۵	۴۱/۰۲۹	میانگین	کل
۲۸/۸۹۵	۹/۲۸۶	۶/۳۴۱	۶/۵۹۹	انحراف معیار	

همانطور که در جدول ۱ مشهود است میانگین نمرات افسردگی بیماران براساس سیاهه بک به طور کل در پس آزمون ۳۲/۸۸ و میانگین نمره خشم در پس آزمون ۷۲/۱۵ بدست آمده است. و میانگین نمرات افسردگی بک در گروه تلفیقی در پس آزمون کاهش یافته است و نمرات پرسشنامه خشم در هر سه گروه شناختی رفتاری درمان دارویی و درمان تلفیقی کاهش نشان داده است. به بیان دیگر تفاضل میانگین های پس آزمون و پیش آزمون نشان می دهد که آزمودنی های گروه تلفیقی در متغیر افسردگی و گروه شناختی رفتاری گروه دارویی و تلفیقی در متغیر خشم بیشترین نتیجه را به دست آورده اند.

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره های پیش آزمون پرسشنامه افسردگی بک

منبع تغییرات	شاخصها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی دار
بین گروهی	۳۰۰/۰۴۰	۳	۱۰۰/۰۱۳	۲/۶۳۹	۰/۰۶۸	
درون گروهی	۱۱۳۶/۹۳۱	۳۰	۳۷/۸۹۸			
مجموع	۱۴۳۶/۹۷۱	۳۳				

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس یک عاملی نشان می دهد که این میانگین ها از لحاظ آماری در موقعیت پیش آزمون با $F_{(۳,۳۰)} = ۲/۶۳۹$, $p < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارند. این امر نشان دهنده همسان بودن گروهها در متغیر خشم در موقعیت پیش آزمون است.

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره های پیش آزمون پرسشنامه خشم

منبع تغییرات	شاخصها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی دار
بین گروهی	۱۳/۸۴۷	۳	۴/۶۱۶	۰/۱۰۶	۰/۹۵۶	
درون گروهی	۱۳۰۴/۶۵۳	۳۰	۴۳/۴۸۸			
مجموع	۱۳۱۸/۵۰۰	۳۳				

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس یک عاملی نشان می دهد که این میانگین ها از لحاظ آماری در موقعیت پیش آزمون تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارند $F_{(۳,۳۰)} = ۰/۱۰۶$, $p < ۰/۰۰۱$. این امر نشان دهنده همسان بودن گروهها در متغیر خشم در موقعیت پیش آزمون است.

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پس آزمون پرسشنامه افسردگی بک

منبع تغییرات	شاخصها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی دار
بین گروهی	۲۰۷۰/۷۵	۳	۶۹۰/۲۵	۲۶/۷۳	۰/۰۰۰۱	
درون گروهی	۷۷۴/۷۸	۳۰	۲۵/۸۳			
مجموع	۲۸۴۵/۵۳	۳۳				

F مشاهده شده در جدول ۴ نشان دهنده تفاوت معنادار بین گروه‌ها در متغیر افسردگی است. ($p < 0.001$ و $dF = 3$ و $F = 26/73$) با مقایسه میانگین متغیر در پیش آزمون و پس آزمون مشخص می‌شود که نمرات میانگین کاهش یافته‌اند. از آنجاکه تحلیل واریانس در پیش آزمون نشان دهنده عدم تفاوت بین گروه‌ها بود، می‌توان تغییرات به وجود آمده را به متغیر مستقل مربوط دانست.

جدول ۵- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پس آزمون پرسشنامه خشم

منبع تغییرات	شاخصها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی دار
بین گروهی	۲۱۲۵۱/۴۰	۳	۷۰۸۳/۸۰	۳۳/۷۳	۰/۰۰۰۱	
درون گروهی	۶۳۰۰/۸۶	۳۰	۲۱۰/۰۲			
مجموع	۲۷۵۵۲/۲۶	۳۳				

با توجه به جدول ۵ و F مشاهده شده، نتایج نشان می‌دهد تفاوت معناداری در متغیر خشم در پیش آزمون گروه‌ها به وجود آمده است ($p < 0.001$ و $dF = 3$ و $F = 33/73$). عدم معناداری تفاوت در پیش آزمون نشان دهنده اثر متغیر مستقل در کاهش نمرات خشم در گروه‌ها است.

همانطور که در جدول ۶ مشهود است، نتایج نشان از تفاوت معنی دار بین میانگین نمرات گروه شناختی رفتاری و دارو درمانی و درمان ترکیبی با گروه کنترل دارد. تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات گروه تلفیقی در متغیر افسردگی در مقایسه با سایر گروه‌ها معنی دار بود، اما در متغیر خشم سه گروه شناختی رفتاری و دارو درمانی و درمان تلفیقی تفاوت معنی داری در مقایسه با گروه کنترل دارند. به عبارتی هر سه نوع درمان در کاهش علائم خشم مؤثر بوده‌اند.

جدول ۶- مقایسه دو به دوی گروه‌های با استفاده از آزمون توکی

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	معنی دار
تفاضل افسردگی	درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	۳/۸۸۹	۱/۸۸۵	۰/۱۸۹
	درمان دارویی	درمان شناختی رفتاری	۰/۱۱۱	۱/۸۸۵	۱/۰۰۰
		گروه کنترل	۴	۱/۸۲۹	۰/۱۵۰
	درمان ترکیبی	درمان شناختی رفتاری	۱۷/۶۲۵	۱/۹۴۰	۰/۰۰۰۱
		درمان دارویی	۱۷/۵۱۴	۱/۸۸۵	۰/۰۰۰۱
		گروه کنترل	۲۱/۵۱۴	۱/۸۸۵	۰/۰۰۰۱
تفاضل خشم	درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	۵۴/۸۰۵	۶/۷۹۴	۰/۰۰۰۱
	درمان دارویی	درمان شناختی رفتاری	۳/۵۲۷	۶/۷۹۴	۰/۹۵۴
		گروه کنترل	۵۸/۳۳۳	۶/۵۹۲	۰/۰۰۰۱
	درمان ترکیبی	درمان شناختی رفتاری	۲/۸۷۵	۶/۹۹۲	۰/۹۷۶
		گروه کنترل	۵۷/۶۸۰	۶/۷۹۵	۰/۰۰۰۱

● بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر تأثیر شیوه شناختی رفتاری و درمان دارویی و تلفیق آنها در بهبود علائم افسردگی و خشم در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که تکنیک شناختی رفتاری در مرحله پس از آزمون باعث کاهش خشم در این افراد شده این نتیجه تا حدودی تأییدکننده با نتایج مطالعات اولدهام و همکاران است. نتایج چنین مطالعه‌ای نشان داده است که بیماران با اختلال شخصیت مرزی که این نوع درمان را دریافت داشتند کاهش بیشتر در صفت خشم و بهبودی بیشتری در نمره‌های مقیاس ارزیابی کلی بدست آوردند (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). و این تحقیق همسو با تحقیق فاتحی‌زاده و همکاران (۱۳۸۵) است که نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری موجب کاهش علائم خشم در افراد مرزی شده است. به کارگیری تحلیل رفتاری استنباط شناختی و روان‌بناهای عقاید مرکزی می‌تواند در بافت شناخت رفتاری استاندارد به‌عنوان اینکه می‌تواند در آموزش کنترل مهار خشم و آرام‌سازی آموزش داده شده (پیترسون، ۱۹۹۹)، به نظر می‌توان استنباط کرد آنچه احتمالاً باعث کاهش علائم خشم در این بیماران شده استفاده از باورهای بنیادین در بافت شناخت رفتاری استاندارد یک است که موجب اثربخشی این شیوه در کاهش علائم خشم شده است. که نتایج پیشین این امر را تأیید کرده است.

□ در زمینه علائم افسردگی در مرحله پس از آزمون، شیوه شناختی رفتاری تأثیر مثبت و

معنی داری در خلق افسرده در این افراد نشان نداد و این نتیجه از تحقیق هماهنگ با تحقیقی که زانارینی و همکاران انجام دادند، می شود که پیشنهاد می کنند که بعضی از حالات خلقی برای تغییر مقاوم هستند که این ممکن است که هسته متشکله هویت خلق بیماران مرزی و مانند اینها که نسبتاً به تغییر مقاوم هستند باشد (زانارینی و همکاران، ۲۰۰۳). در مورد علایم افسردگی این تحقیق با تحقیق فاتحی زاده و همکاران (۱۳۸۵) ناهمخوانی دارد که احتمالاً یکی از دلایل این می تواند باشد که کاربرد شیوه رفتار درمانی جدلی، موجب کاهش علایم افسردگی در افراد می شود که تحقیقات وسیع این راه اثبات رسانده است، و این تحقیق مستثنی از کاربرد رفتار درمانی جدلی بوده است. این تحقیق همسو با تحقیق هسین^{۲۹} و استراکوسکی^{۳۰} می باشد که نشان می دهند که سوء مصرف مواد مانع از بهبودی در خلق افسرده می شود. زانارینی و همکاران (۲۰۰۴)، در یافته های بالینی نشان دادند که وجود سوء مصرف مواد به آسانی می تواند منجر به آسیب های بیشتری در تمام چهار حوزه مرکزی آسیب شناختی با کاهش خلق، سوء ظن بیشتر، افزایش تکانشگری و حتی ارتباط آشفته در اختلال شخصیت مرزی شود (زانارینی و همکاران ۲۰۰۴). یکی از دلایل اختلاف نتیجه هم می تواند این باشد که مدت زمان این تحقیق محدود بوده است. آنچه که در ادبیات تحقیقاتی در روان درمانی CBT به طور پیوسته نشان داده می شود این است که اثرات عمومی مثل شیوه های حل مسئله و اتحاد قوی در این تحقیقات که نسبت به هریک از شیوه های ویژه به تنهایی مؤثرتر هستند بیشتر به چشم می خورد که این تحقیق از این امر مستثنی بوده است.

□ گرچه درمان های هدفمند جدیدی در این بخش از آسیب شناسی مرزی می تواند توسعه یابد، به نظر می رسد آنچه که درمان شناختی رفتاری را در این اختلال مؤثرتر می سازد توجه به باورهای بنیادینی است که مورد استفاده قرار می گیرد. الگوی درمان شناختی برجسته که به صورت سلسله وار درجه بندی شده اند ممکن است در یک طبقه تعداد وسیعی از مشکلات درمانجو جای گرفته باشد و درمان با تغییر یک یا چند باور بنیادین صورت می گیرد و این با نظریه ای برجسته معاصر مانند ساختار شناختی و رشد شناختی مطابقت دارد که در همه آنها باور بنیادین به عنوان عامل تعیین کننده قوانین راهبردی حاکم بر رفتار در نظر گرفته می شود (دیویدسون، ۱۳۸۳). نتایج این تحقیق نشان می دهد که برخی از حالات نسبتاً به تغییر مقاوم هستند احتمال می رود که عدم بهبود این علائم شکست درمانی را برای بهبود این علائم موجب نخواهد شد به جای آن ممکن است این علائم عاطفی که هسته مرکزی شخصیتی یا خلق و خوی بیماران مرزی هستند نسبتاً به تغییر مقاوم می باشند. از نگاه درمان شناختی رفتاری تحقیقات باید نگرش های نارساکنشی روان بنه های ویژه یا پاسخ به یک روان بنه ویژه را مورد ارزیابی قرار

دهد.

□ طبق نتایج تحلیل آماری دارو درمانی (لیتیوم) باعث کاهش علائم خشم در بیماران شد. این نتیجه با تحقیقات تصادفی باز نشانه‌ای بالیتیوم همراه است که باعث کارایی معنی‌دار در علائم پرخاشگری شده است (پیترسون، ۱۹۹۹). در همین راستا در یک تحقیق مارکوئیز^{۳۱} به این نتیجه رسید که فلئوگزتین باعث تغییرات مثبتی در افسردگی و خصومت می‌شود (به نقل از گاندرسون و گابارد، ۲۰۰۰).

□ در یک تحقیق که در زمینه کاربرد داروی لیتیوم با این پژوهش هماهنگ است تحقیق بی‌نام مضاعف است که لیتیوم باعث کاهش خشم در این بیماران شد (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). برای داروهای روانپزشکی شواهدی وجود دارد که خلُق افسرده خشم و تکانشگری در بیماران با اختلال شخصیت مرزی، به منع‌کننده باز جذب سروتونین انتخاب ضد افسردگی یا تثبیت‌کنندگان خلُق پاسخ می‌دهند. برخی موفقیت‌ها وجود دارد که برای کاربرد ضدسایکوزها برای حالات گذرای روانپزشکی و تکانشگری در بیماران با اختلال شخصیت مرزی به اثبات رسیده است (بندر و همکاران، ۲۰۰۱). از دلایل اختلاف نتیجه در زمینه کاهش علایم افسردگی احتمالاً این می‌تواند باشد که مدت زمان دریافت دارو در این تحقیق در مقایسه با نتایج پیشین محدود بوده است.

□ از دیگر نتایج تحقیق کنونی این است که میزان افسردگی در مرحله پس از آزمون در گروه تلفیقی به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است. از آنجا که پژوهش کنترل شده‌ای که در آن روش درمان ترکیبی شناختی رفتاری و درمان دارویی که با هر یک از روشها به تنهایی مقایسه باشد انجام نشده امکان مقایسه نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی شبیه به آن میسر نیست. به‌طور کلی اطلاعات اساسی در حال رشد است که مجموع شواهد نشان می‌دهد که اختلال شخصیت مرزی می‌تواند توسط ترکیبی از روان درمانی و دارو درمانی که علایم را هدف قرار می‌دهد اثربخش باشد (اولدهام، ۲۰۰۵).

□ آنچه در نهایت می‌توان گفت اینست که شیوه شناختی رفتاری به‌طور مؤثری می‌تواند با بیماران مرزی به کار رود. معیار «درمان شناختی رفتاری» گرچه کارایی اش در این تحقیق بیشتر از درمان دارویی نبود. آنچه که به نظر می‌رسد که در این تحقیق بیشتر به چشم می‌خورد اینست که «درمان شناختی رفتاری» در موارد ویژه‌ای از رفتار مورد هدف مؤثر است که بر آن متمرکز شود در این تجربه «درمان شناختی رفتاری» یک نمونه خوب از برنامه درمانی است که برای درمان نشانه‌ای شخصیت مرزی بکار می‌رود. این یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که اکثریت بیماران مرزی

تجربه بهبودی اساسی در علائم شان که مانسبت به آنچه که قبلاً می دانستیم دارند. آنچه در این تحقیق مشاهده می شود اینست که درصد بالایی از بیماران اختلال شخصیت مرزی به مشارکت در هر دو رواندرمانی و دارو درمانی در طول تحقیق ادامه می دهند.

○ ○ ○

یادداشت‌ها

- 1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)
- 2- Borderline personality disorder
- 3- Croll, L.
- 4- Beck, A.
- 5- Davidson, K.M.
- 6- American Psychiatric Association
- 7- Simos, G.
- 8- Kaplan, H.
- 9- Sadock, B.
- 10- cognitive behaviour therapy
- 11- Turkat, A.
- 12- Masito, A.
- 13- Linehan, M.
- 14- dialectical behavioural therapy
- 15- Spiringer
- 16- depression borderline therapy
- 17- Coccaro, R. J.
- 18- Kavosusi
- 19- Salezman
- 20- double blind
- 21- Milton Clinical Multiaxial Inventory-III
- 22- Beck Depression Inventory
- 23- Hamilton Depression Scale
- 24- Zung Scale
- 25- Minesota Multiphasic Personality Inventory
- 26- Marnat, G. J
- 27- Aggression Questionnaire
- 28- Bass, A. H.
- 29- Hasin, D. S.
- 30- Strakowski, S. M.
- 31- Marcovitz

منابع

- ثنائی، باقر. (۱۳۷۹). مقیاس سنجش خانواده و ازدواج، تهران: بعثت.
- دیویدسون، کیت. (۱۳۸۳). کاربرد شناخت درمانی در اختلال‌های شخصیت. ترجمه شمس گیتی. تهران: رشد.
- سیموس، گری گوری (۱۳۸۴). درمان شناختی - رفتاری. ترجمه سید احمد جلالی و همکاران، تهران: پادرا.
- شریفی، علی اکبر. (۱۳۸۴). راهنمای پرسشنامه چندمحوری میلون ۳. تهران: روانسنجی.
- فاتحی زاده، مریم؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ اعتمادی، احمد؛ دلاور، علی. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو شیوه رفتار درمانی جدالی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم مراجعان به اختلال شخصیت مرزی در شهر اصفهان. مطالعات روان شناختی. پاییز و زمستان.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین؛ جک گرب (۱۳۷۶). خلاصه روانپزشکی علائم رفتاری. ترجمه نصرت‌اله پورافکاری. تهران: شهراب.
- کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف سادات؛ محیط، احمد. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون‌های روانی. تهران: سنا.

- گروث - مارنات، جی. (۱۳۷۵). راهنمای سنجش روانی، ترجمه پاشا شریفی و نیک‌خو. جلد اول. تهران: رشد.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder *American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52.
- Bateman, A.; & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, B8.
- Bender, D.S.; Dolan, R. T.; & Skodol, A. F. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Davidson, K.; Norric, J.; Tyrer, P.; Gumley, A.; Tata, P.; Murray, H.; & Palmers (2007). *The effectiveness of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: Result from the Boscot trial*; University of Glasgow, Gart Navel Royal Hospital, Glasgow G12 OXH.20(5)431-449.
- Gunderson, J.; & Gabard, G. (2000). Psychotherapy for personality disorder. *American Psychiatry Press Inc.*
- Leichsenring, F.; & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Lieb, K.; Zanarini, Mc.; Schmahlc, Linehan, M. M.; & Bohus, M. (2004). *Borderline personality disorder*. [pubmed]. 364, 463-461.
- Linda, A.; McDavid, J.; & Linehan, M. M. (1999). Pharmacotherapy for boderline personality disorder. A review of the literature and recommendations for treatment; *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6 (1).
- Oldham, J. M.; Gabbard, Go.; Goin, M. K.; Gunderson, J.; Soloff, P.; Spiegel, D.; Stone, M.; & Phillips, K. A. (2001). *Paractic guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*, Practice section of the APA, web site at www.psych.org
- Oldham, M. O. (2005). *Guideline WATCH: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*; American Psychiatric Association. <http://www.psych.org/psych/pract/trety/py/pracguid.cfm>.
- Oldham, J. M. (2007). *Treatment perspectives on BPD*; 713.
- Paris, P. (2005). *Borderline personality disorder*, CMAJ Media inc. 172(12): 1579-83.
- Paris, P. (2005). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder; *Canadian Journal Psychiatry*, 50 (8), 735-447.
- Peterson, D. (1999). *Borderline personality disorder*, published by The Mental Health

commission po box welington New Zealand. 12 479.

Zanarini, M. C.; Frankenburg, F. R.; Hennen, J.; & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-83.

Zanarini, M. C.; Frankenburg, F. R.; Hennen, J.; Reich, K.; & Silk, K. R. (2004). Axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6 year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, 11.

○ ○ ○

Archive of SID