MEJDS. 2023; 13:56.

Published online 2023 Aug. **Original Article**

# Determining the Effectiveness of Transference-focused Psychotherapy on Emotional Regulation in patients with Borderline Personality Disorder

Fakhraei Nejad S[1], *Bahrainian SA[2], Shahabizadeh F[3], Mohseni M[4], Ghanifar H[5]

**Author Address**
1. PhD Student, Department of Psychology, Islamic Azad University of Birjand, Birjand, Iran;
2. Full Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Birjand, Birjand, Iran;
4. Assistant Professor Psychiatry, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran;
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Birjand, Birjand, Iran.
***Corresponding Author Email:** bahrainian@iaubir.ac.ir

**Received:** 2022 December 23; **Accepted:** 2023 February 25

## Abstract

**Background & Objectives:** Borderline personality disorder (BPD) is one of the most common personality disorders in psychiatric situations. Emotional regulation plays a significant role in these patients. Emotion regulation refers to a person's ability to understand and accept his emotional experiences and behave in a healthy strategy to control unpleasant emotions when necessary. As one of the components of emotion regulation, the reappraisal strategy is a prediction–oriented strategy by which people change the emotional effect of that situation in a similar situation. Also, the expressive suppression component of emotion regulation is a response–oriented strategy used entirely in suppressing the expression of emotion. Many researchers were always trying to prove how different psychotherapies affect the reduction of BPD symptoms. Transference–focused psychotherapy (TFP) is one of the most effective treatments for borderline personality disorder. The present study aimed to determine the effectiveness of transference–focused psychotherapy on emotional regulation in patients with borderline personality disorder.

**Methods:** This study was a semi–experimental, single–subject A–B–A design. Among the clients with BPD who referred to the Sirjan psychotherapy and counseling clinic (Hadi) in the latter part of 2020 and early part of 2021, three persons (qualified volunteers) were selected by available sampling through a clinical interview, performing Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI–III) (Million, 1994) and the Personality Organization Questionnaire (Kernberg, 2002). Three qualified volunteers diagnosed with borderline personality disorder were selected as subjects. After they met the research conditions, individuals entered the treatment process for twelve months and a four–month follow–up period. Inclusion criteria were: having the diagnostic criteria of borderline personality disorder; Willingness to cooperate to receive counseling intervention and agreeing to the goals and conditions of the treatment; Obtaining written consent from the subject to participate in the research; Having third middle school; Placement in the age range between 18 and 50 years; having cognitive ability appropriate to the treatment; not receiving psychotherapy services at least in the last two months; Not using psychiatric drugs and not abusing or depending on substances for at least three months before entering the study. Data were collected using the Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003) in three stages baseline, treatment and follow–up in 16 months. Statistical analysis of the data was done using indexes of visual analysis, recovery percentage, effect size and reliable change.

**Results:** The results of the recovery percentage index in the treatment and follow–up stages, were respectively, for expressive suppression strategy in the first client (23.99 and 49.32), the second client (25.00 and 49.30) and the third client (32.72 and 55.88) and were for reappraisal strategy in the first client (74.32 and 143.24), the second client (58.72 and 119.77) and the third client (50.00 and 92.45). This indicated an increase in the recovery percentage index during treatment and follow–up. All results of the reliable change index in the treatment and follow–up stages were greater than 1.96, and Cohen's effect size was above the average, indicating the treatment's effectiveness and maintenance.

**Conclusion:** According to the results, the twelve months of transference–focused psychotherapy could effectively increase the reappraisal strategy and decrease the expressive suppression strategy in borderline personality disorder patients. In order to achieve a more comprehensive understanding of treatment, it is imperative to conduct further research and delve deeper into its various dimensions.

**Keywords:** Transference focused psychotherapy, Borderline personality disorder, Emotional regulation, Borderline personality organization.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۵۶.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

# تعیین اثربخشی روان‌درمانی معطوف به انتقال بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

سیامک فخرائی‌نژاد[۱]، *سیدعبدالمجید بحرینیان[۲]، فاطمه شهابی‌زاده[۳]، مینا محسنی[۴]، حسن غنی‌فر[۵]

**توضیحات نویسندگان**

۱. دانشجو دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران؛

۲. استادتمام، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران؛

۴. استادیار روان‌پزشکی، گروه علوم بالینی، دانشکدهٔ علوم‌پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران؛

۵. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** bahrainian@iaubir.ac.ir

**تاریخ دریافت:** ۲ دی ۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۶ اسفند ۱۴۰۱

**چکیده**

**زمینه و هدف:** اختلال شخصیت مرزی از اختلالات بسیار شایع شخصیت در موقعیت‌های روان‌پزشکی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی معطوف به انتقال بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت.

**روش‌بررسی:** طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی، از نوع تک‌آزمودنی به‌شیوهٔ A-B-A بود. از میان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک هادی شهرستان سیرجان در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۹، سه نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری دردسترس ازطریق مصاحبهٔ بالینی، اجرای پرسش‌نامهٔ بالینی چندمحوری میلون_نسخهٔ سوم (میلون، ۱۹۹۴) و پرسش‌نامهٔ سازمان شخصیت (کرنبرگ، ۲۰۰۲) به‌عنوان آزمودنی انتخاب شدند. سپس به‌مدت دوازده ماه روان‌درمانی را دریافت کردند و در یک دورهٔ چهارماهه پیگیری شدند. داده‌ها در سه مرحلهٔ خط پایه و درمان و پیگیری، طی شانزده ماه و با فاصلهٔ چهار ماه، ازطریق پرسش‌نامهٔ تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) جمع‌آوری شد. برای تحلیل نتایج، شاخص‌های تحلیل دیداری، درصد بهبودی، اندازهٔ اثر و تغییر پایا به‌کار رفت.

**یافته‌ها:** نتایج شاخص درصد بهبودی در مراحل درمان و پیگیری، برای متغیر سرکوب بیانی در مُراجع اول (۲۳/۹۹ و ۴۹/۳۲) و مُراجع دوم (۲۵/۰۰ و ۴۹/۳۰) و مُراجع سوم (۳۲/۷۲ و ۵۵/۸۸) و برای متغیر ارزیابی مجدد در مُراجع اول (۷۴/۳۲ و ۱۴۳/۲۴) و مُراجع دوم (۵۸/۷۲ و ۱۱۹/۷۷) و مُراجع سوم (۵۰/۰۰ و ۹۲/۴۵) به‌دست آمد. همهٔ مقادیر شاخص تغییر پایا، بزرگ‌تر از ۱/۹۶ شد و اندازهٔ اثر کوهن بیشتر از متوسط بود که نشان از اثربخشی درمان و تداوم آن داشت.

**نتیجه‌گیری:** روان‌درمانی معطوف به انتقال در دوازده ماه می‌تواند به‌طور مؤثر راهبرد ارزیابی مجدد را افزایش دهد و راهبرد سرکوب بیانی را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کم کند. تحقیقات آینده برای درک عمیق‌تر از ابعاد درمان نیاز است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان معطوف به انتقال، اختلال شخصیت مرزی، تنظیم هیجان، سازمان شخصیت مرزی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

## ۱ مقدمه

اختلال شخصیت مرزی[1]، الگویی فراگیر از ناپایداری در روابط بین‌فردی، خودانگاره[2]، عواطف و تکانشگری[3] است که از ابتدای بزرگسالی شروع شده و در عرصه‌های متعدد آشکار می‌شود (۱). این اختلال براساس این علائم تعیین می‌شود: کوششی برآشفته برای اجتناب از رهاشدگی واقعی یا وهمی، روابط بین‌فردی ناپایدار و شدید با خصوصیت تناوب بین دو حالت افراطی آرمانی‌سازی و بی‌ارزش‌نمایی[4]، پریشانی هویت[5]، تکانشگری، رفتارهای خودکشی و خودزنی‌های[6] پیاپی، بی‌ثباتی عاطفی برآمده از واکنش‌پذیری تند خُلقی، احساس‌های مزمن پوچی[7]، نامتناسب و تندبودن خشم یا دشواری در غلبه بر خشم و بروز افکار پارانوئید یا نشانه‌های شدید تجزیه‌ای گذرا[8] است. همچنین این اختلال، از اختلالات بسیار شایع شخصیت در موقعیت‌های روان‌پزشکی به‌شمار می‌رود (۱). از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سیر بیماری، مطالعات جمعیت‌شناختی در ایالات متحده و نروژ حاکی‌از آن است که شیوع اختلال شخصیت مرزی ۰/۷ تا ۱/۸ درصد جمعیت کلی است (۲،۳). این اختلال حدود ۱۰ درصد در بیماران سرپایی درمانگاه‌های بهداشت روان و نزدیک به ۲۰ درصد در میان بیماران روانی بستری، تخمین شده است. گسترهٔ این اختلال در بین جمعیت‌های بالینی مبتلا به اختلال شخصیت، از ۳۰ تا ۶۰ درصد است (۱). همچنین ۵۰ درصد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در دورهٔ سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، مبتلا به این اختلال تشخیص داده می‌شوند و درمجموع ۷۵ درصد بیماران با اختلال شخصیت مرزی را زنان در بر می‌گیرند. این تفاوت جنسیتی احتمالاً تحت‌تأثیر ناهمسانی‌های سرشتی[9] است. گمان می‌رود که زنان در قیاس با مردان، دارای سرشت شدیدتر و بی‌ثبات‌تری باشند؛ بااین‌حال عامل‌های محیطی نیز در توصیف این تفاوت جنسیتی نقش دارند (۴)؛ الگوهای پیاپی ترک درمان، حضور نامنظم در جلسات روان‌درمانی، پیروی‌نکردن نافذ از تجویزات درمانی، سطح بالای رفتار شبه‌خودکشی[10] که پیش‌بینی‌کنندهٔ اقدام به خودکشی است، ۸۴ درصد وقوع خودکشی (۵) و ۸ تا ۱۰ درصد خودکشی کامل را در بر می‌گیرد که بیانگر نرخ کم‌وبیش ۱۰ تا ۱۵ درصدی بیشترِ مرگ‌ومیر در جمعیت عمومی است (۶). در رابطه با سیر بالینی باید گفت، پژوهشگران پیش‌گام درزمینهٔ اختلال شخصیت مرزی معتقد هستند که این اختلال، پیش‌آگهی بدخیمی دارد و از این لحاظ، با اسکیزوفرنیا مقایسه‌شدنی است (۷). درمجموع، از بین تمام اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی دارای ثبات کمتری در طول زمان است؛ البته در بسیاری از مطالعات پیگیری کوتاه‌مدت و بلندمدت، نرخ زیادی از بهبودی گزارش شده است (۸). از نظر همایندی[11] مرضی، نتایج پژوهش‌ها نشان داد، اختلالات خُلقی در بین بیماران اختلال شخصیت مرزی شیوع زیادی دارد: ۲۴ تا ۷۴ درصد افسردگی عمده و ۴ تا ۲۰ درصد اختلال دوقطبی (۹). اختلالات اضطرابی، سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن و اختلالات سوماتوفرم نیز دارای همبودی نسبتاً زیادی با اختلال شخصیت مرزی هستند (۱۰). از نظر سبب‌شناسی، به‌نظر می‌رسد که تمامی این نشانه‌ها در رویدادهای به‌شدت هیجانی و در گذشتهٔ بیمار ریشه داشته باشند. تجربهٔ فقدان و جدایی، ازجملهٔ این رویدادها است (۱۱). آمار مذکور و ماهیت اختلال شخصیت مرزی ضرورتِ پرداختن به این اختلال را دوچندان می‌کند.

مفهوم‌سازی‌های متعددی از اختلال شخصیت مرزی ارائه شده است. در این میان، کرنبرگ[12] از اصطلاح «مرزی» برای توصیف انواع پاتولوژی شخصیت[13] استفاده کرد. درواقع، او اصطلاح سازمان شخصیت مرزی[14] را به‌کار برد و آن را به دو سطح بالا و پایین تقسیم کرد و از این طریق شخصیت مرزی را در سازمان مرزیِ سطح پایین جای داد. سازمان شخصیت مرزی در مرز بین نوروتیک و سایکوتیک قرار دارد و از جنبه‌هایی می‌توان گفت، حاوی بسیاری از ویژگی‌های سایکوتیک (مانند ناتوانی ایگو، گذار از فرایندهای ثانویهٔ تفکر به فرایندهای اولیه و به‌کارگیری سازوکارهای دفاعی بدوی) است. سردرگمی هویت[15]، مشخصهٔ شخصیت مرزی به‌شمار می‌رود؛ یعنی از نظر کرنبرگ، مشکل اصلی شخصیت مرزی، نقص در اُبژه و خویشتن یکپارچه است (به‌نقل از ۱۲).

یکی از مباحثی که در طی دو دههٔ گذشته، تلاش و توجه تجربی و نظری فراوانی را به خود جلب کرده، موضوع هیجانات است. این علاقه و توجه تاحدی می‌تواند به‌دلیل نقش پراهمیتی باشد که هیجان و تنظیم هیجانی[16] در رفتارهای بیرونی فرد ایفا می‌کند (۱۳)؛ همان‌طورکه پیش‌تر بیان شد، از مشخصه‌های مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی حالت عاطفی، مشکل در کنترل خشم، تکانشگری، تمایلات خودکشی و جرح خویشتن است؛ بدین‌لحاظ تنظیم هیجانی در این بیماران نقش بسزایی دارد. تنظیم هیجانی به توانایی‌های فرد برای فهم و قبول تجارب هیجانی خود و توانایی رفتارکردن در راهبردی سالم برای کنترل هیجانات ناخوشایند در موقع ضرورت اطلاق می‌شود (۱۴). به‌بیان‌دیگر تنظیم هیجان به‌مثابهٔ فرایندهایی مفهوم‌سازی شده است که افراد برای تعدیل هیجان‌های خود آن‌ها را هشیارانه یا ناهشیارانه به‌کار می‌گیرند تا بتوانند به درخواست‌های محیط پاسخ دهند (۱۵).

ارزیابی مجدد[17] به‌منزلهٔ یکی از مؤلفه‌های تنظیم هیجان، راهبردی پیشایندمدار (سازگارانه) است که توسط آن افراد در موقعیت مشابه، تأثیر هیجانی آن موقعیت را تغییر می‌دهند. به‌تعبیری، به راهبردی

[1]. Borderline Personality Disorder (BPD)
[2]. Self-image
[3]. Impulsivity
[4]. Idealization and devaluation
[5]. Identity disturbance
[6]. Self-mutilating
[7]. Chronic feelings of emptiness
[8]. Transient severe dissociative symptoms
[9]. Temperamental
[10]. Parasuicidality
[11]. Comorbidity
[12]. Kernberg
[13]. Character pathology
[14]. Borderline personality organization
[15]. Identity diffusion
[16]. Emotional regulation
[17]. Reappraisal



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

شناختی اشاره دارد که براساس آن اشخاص هیجان‌های خود را قبل از مرحلهٔ ابراز، زمانی که دربارهٔ موقعیت برانگیزندهٔ هیجان می‌اندیشند، تنظیم می‌کنند (۱۴). ارزیابی مجدد در کاهش تجربهٔ ذهنی هیجان بسیار کارآمد است و فرایند شناختی پیچیده‌ای به‌شمار می‌رود که دست‌کاری معنای عاطفی محرک منفی را شامل می‌شود. افرادی که از آن بیشتر بهره می‌برند، بهزیستی و عاطفهٔ مثبت بیشتر و عاطفهٔ منفی کمتری را گزارش می‌دهند (۱۶). استفادهٔ بیشتر از ارزیابی مجدد با فعالیت کمتر آمیگدال در افراد به‌هنگام روبه‌روشدن با موقعیت هیجانی مرتبط است (۱۷). در برخی از اَشکال آسیب‌شناسی روانی، از اختلالات عاطفی گرفته تا اختلالات شخصیت، نقص در تنظیم هیجان نشان داده شده است. همچنین سرکوبی[1] یا فرونشانیِ تنظیم هیجان، راهبردی پاسخ‌محور است که یکسره درجهت سرکوبی ابراز هیجان به‌کار می‌رود. در سرکوبی، افراد هیجان‌های خود را به‌واسطهٔ پیشگیری از ابراز آن، به‌صورت رفتاری تنظیم می‌کنند. سرکوبی در فرایندهای تولید هیجان نسبتاً دیر دخالت کرده و برای کاهش تجربهٔ منفی هیجان، در ابتدا جنبهٔ رفتاری تمایل به پاسخ‌های هیجانی را تعدیل می‌کند (۱۸). با اینکه سرکوبی، پاسخی درک‌شدنی است، به‌گونهٔ متناقضی فراوانی تفکر را افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داد، راهبرد سرکوبی هیجان با کاهش هیجانات مثبت (۱۹) و کم‌شدن عملکرد بین‌شخصی و کاهش بهزیستی، مرتبط است (۱۶). تنظیم سازگاری هیجان، واکنش فوری به موقعیت بیرونی یا پاسخ هیجانی اولیهٔ درونی فرد را در بر نمی‌گیرد؛ بلکه بیشتر شامل لحظه‌ای مکث و درنگ است که این مکث فرصتی ایجاد می‌کند تا هیجان آزادانه و بدون اجتناب سریع، مقاومت سریع (نمی‌خواهم چنین احساسی داشته باشم) یا واکنش رفتاری تکانشی (فریادکشیدن از روی خشم) ابراز شود. این مکث لحظه‌ای و توجه ذهن‌آگاهانه، اضطراری‌بودن هیجان را کاهش می‌دهد؛ به‌نحوی‌که فرد می‌تواند رفتار خود را به‌طور گزینشی کنترل کند (۱۶). پایه‌های مهارت تنظیم هیجانی، در نوزادی (مثل مکیدن انگشت[2]، ارجاع اجتماعی) شروع به‌شکل‌گیری می‌کند. در این دوران، مراقب مسئول تنظیم برانگیختگی‌های هیجانی نوزاد است. او این کار را ازطریق دریافت پریشانی نوزاد و کاهش حالت ناسازمان‌یافتگی وی انجام می‌دهد (۲۰).

همواره متخصصان و پژوهشگران متعددی در تلاش بودند که چگونگی تأثیرگذاری روان‌درمانی‌های مختلف را بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی به‌اثبات رسانند. دراین‌میان، کوشش‌هایی درجهت درمان اختلال شخصیت مرزی با استفاده از رویکردهای متفاوتی ازقبیل روان‌درمانی معطوف به انتقال، درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی[3]، طرح‌واره‌درمانی[4]، رفتاردرمانی دیالکتیک[5] و درمان تحلیلی ـ شناختی[6] صورت گرفته است. روان‌درمانی معطوف به انتقال یکی از درمان‌های اثربخش و تأثیرگذار بر اختلال شخصیت مرزی به‌شمار می‌آید. در مطالعات بالینی، داده‌هایی مبنی‌بر اثربخشی و تأثیرگذاری آن، هم‌تراز با درمان دیالکتیکی و روان‌درمانی مبتنی‌بر ذهنی‌سازی به‌دست آمده است (۲۱). روان‌درمانی معطوف به انتقال، یک درمان مبتنی‌بر نظریه، نظام‌یافته و با پشتوانهٔ تجربی است (۲۲). براساس نظریهٔ روانکاوانهٔ معاصر، روابط اُبژه و مفاهیم کرنبرگ از سازمان‌بندی شخصیتی مرزی بنا نهاده شده و با پژوهش‌های اخیر تحولی و عصبی‌زیستی بسط یافته است و هم‌اکنون یکی از رویکردهای تأثیرگذار بر درمان اختلال شخصیت مرزی به‌شمار می‌آید (۲۳).

باتوجه به نیاز اختصاصی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای ساختار، رابطهٔ بیمار با درمانگر در شرایط کنترل‌شده ساختار می‌یابد تا مانع از آن شود که عاطفهٔ شدید کاملاً منفجر شود و کل رابطه را تحت‌تأثیر قرار دهد. این چارچوب امکان فعال‌شدن امن تجربه‌های بیماری‌زای گذشته را فراهم می‌کند. ایمنی و ثبات محیط درمانی به بیمار امکان می‌دهد دربارهٔ تجربیاتش، تعمق کند. ایجاد چارچوب محافظتی درمان[7] (که قرارداد درمانی بیان می‌شود)، نقش بنیادی در نگهداشت[8] یا دربرگیری عواطف قوی همراه و مؤثر در تعارضات درونی دارد. برقراری چارچوب درمانِ ساختارمند برپایهٔ قرارداد اولیهٔ درمان، مهم‌ترین اقدام قبل از شروع درمان است. همچنین فنون استفاده‌شده در این روان‌درمانی، مداخلات لحظه‌به‌لحظه‌ای[9] هستند که درمانگر در جلسهٔ درمان، آن‌ها را برای بیمار به‌کار می‌گیرد. تجربهٔ بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با درمانگر، در تعامل لحظه‌به‌لحظه توسط دنیای درونی چندپارهٔ آن‌ها تعیین می‌شود و می‌تواند لحظه‌ای درمقایسه با لحظهٔ قبل، تغییر چشمگیری را نشان دهد. این چهار فن پایه شامل فرایند تفسیری (آشکارسازی تعارضات ناهشیار)، تحلیل انتقال[10]، بی‌طرفی فنی[11] و انتقال متقابل[12] است (۲۳).

همان‌طورکه پیش‌تر بیان شد، اختلال شخصیت مرزی مزمن و ناتوان‌کننده است؛ به‌گونه‌ای که افراد مبتلا به این اختلال، میزان زیاد استفاده از خدمات پزشکی و روان‌پزشکی را نشان می‌دهند (۲۴). توجه به درمان‌های کارآمد و اثربخش همواره دغدغهٔ روان‌پزشکان و روان‌شناسان مشغول در حوزهٔ سلامت روان بوده است. درمان نخست برای اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی است (۲۵) و اثربخشی درمان‌ها در ابتدا نیاز به فهم سازوکارها و فرایندهای سبب‌شناسانه و تداوم‌بخش این اختلال دارد؛ همچنین درمان مدنظر نوپا و نوظهور است و برای دست‌یافتن به حمایت قوی، به تأییدات فراوان‌تری در بُعد تجربی نیاز دارد؛ ازاین‌رو بررسی‌های بیشتر در این خصوص ضروری به‌نظر می‌رسد. به‌همین دلیل سعی پژوهش حاضر آن بود که باعث افزایش درک متخصصان این حوزه در کشورمان دربارهٔ تأثیرات روان‌درمانی معطوف به انتقال بر تنظیم هیجانِ بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دگرگونی‌های ناشی‌از آن در قبل و حین و بعد از درمان شود. علاوه‌براین، نبود دورهٔ پیگیری در پژوهش‌های پیشین

1. Suppression
2. Sucking a thumb
3. Mentalization-Based Psychotherapy (MBT)
4. Schema Therapy
5. Dialectical Behavior Therapy (DBT)
6. Cognitive-Analytic Therapy (CAT)
7. Protective treatment frame
8. Containment
9. Moment-to-Moment Interventions
10. Transference analysis
11. Technical neutrality
12. Countertransference



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

(ایران)، خلأ پژوهشی در این حوزه محسوب می‌شود؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانی معطوف به انتقال بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

## ۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی[1]، از نوع تک‌آزمودنی به‌شیوهٔ A-B-A بود. داده‌ها در سه مرحلهٔ خط پایه و درمان (مداخله) و پیگیری طی شانزده ماه، اندازگیری شدند. جامعهٔ آماری مطالعه، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند که در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۹ برای دریافت خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی به کلینیک روان‌درمانی و مشاوره (هادی) در شهرستان سیرجان، مراجعه کردند. با روش نمونه‌گیری دردسترس ازطریق مصاحبهٔ بالینی و پس از اجرای پرسش‌نامهٔ بالینی چندمحوری میلون ـ نسخهٔ سوم[2] (۲۶) توسط روان‌شناس‌بالینی (کسب نمرهٔ نرخ پایهٔ BR بیشتر از ۷۵، دلالت بر وجود ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی دارد) و پرسش‌نامهٔ سازمان شخصیت[3] (به‌نقل از ۲۷)، انتخاب سه نفر داوطلب واجد شرایط با تشخیص اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان آزمودنی صورت گرفت و پس از احراز شرایط ورود به پژوهش وارد فرایند درمان دوازده ماه و یک دورهٔ چهارماههٔ پیگیری شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی؛ تمایل به همکاری برای دریافت مداخلهٔ مشاوره‌ای و موافقت با اهداف و شرایط درمان؛ دریافت رضایت‌نامهٔ کتبی از آزمودنی برای شرکت در پژوهش؛ دارابودن تحصیلات حداقل سیکل (سوم راهنمایی)؛ قرارگیری در دامنهٔ سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال؛ داشتن توانایی شناختی متناسب با درمان؛ دریافت‌نکردن خدمات روان‌درمانی حداقل در دو ماه گذشته؛ استفاده‌نکردن از داروهای روان‌پزشکی و نداشتن سوءمصرف یا وابستگی به مواد حداقل به‌مدت سه ماه پیش از ورود به پژوهش. نمونه‌های مطالعه‌شده عبارت بودند از: ۱. آقای ۲۹ساله به‌نام ن.م. مطلقه، در حال‌حاضر بیکار و با مدرک تحصیلی سیکل؛ ۲. خانم ۳۵ساله به‌نام ش.غ. خانه‌دار، متأهل و با مدرک تحصیلی دیپلم؛ ۳. خانم ۲۱ساله به‌نام س.ح. بیکار، مجرد و با مدرک تحصیلی فوق‌دیپلم. برای اجرای ملاحظات اخلاقی، نکات زیر در پژوهش حاضر رعایت شد: مراجعه‌کنندگان از آزادی کامل برای شرکت در پژوهش برخوردار بودند و به آن‌ها دربارهٔ اصول رازداری و محرمانه‌بودن اطلاعات اطمینان داده شد؛ به‌منظور اقناع و آمادگی برای شرکت پایدار در پژوهش، توضیح هدف پژوهش برای آنان صورت گرفت و سپس رضایت‌نامهٔ کتبی برای شرکت در دورهٔ درمان دریافت شد؛ به آن‌ها اطمینان داده شد که داده‌ها نزد پژوهشگر نگهداری می‌شود و برای حفظ رازداری تمامی اسامی و مشخصات ذکرشده برای آزمودنی‌ها، نام مستعار است.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ بالینی چندمحوری میلون ـ نسخهٔ سوم: این پرسش‌نامه برای اولین‌بار در سال ۱۹۶۹ توسط تئودور میلون براساس مدل آسیب‌شناسی روانی میلون ساخته شد (۲۸). نسخهٔ سوم پرسش‌نامه توسط میلون در سال ۱۹۹۴ تجدیدنظر شد (۲۶). این نسخه شامل ۱۷۵ گویهٔ بلی/خیر است که درمجموع ۲۴ مقیاس بالینی و چهار شاخص روایی دارد. چهارده مقیاس آن به سنجش اختلالات شخصیت براساس محور ۲ می‌پردازد و ده مقیاس دیگر نشانگان بالینی را براساس محور ۱ می‌سنجد. همچنین برای افراد بیشتر از هیجده سال استفاده می‌شود و نمرهٔ نرخ پایهٔ BR ۷۵ یا بیشتر بیانگر وجود ویژگی‌های یک اختلال است (۲۶). میلون و همکاران میزان پایایی این پرسش‌نامه را با روش آزمون و بازآزمون بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ و ضریب آلفای آن را بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ گزارش کردند (۲۹). به‌علاوه ارزیابی اعتبار این پرسش‌نامه نشان داد، درمجموع میزان اعتبار آن ۰/۷۸ است (۳۰). نسخهٔ سوم این پرسش‌نامه در ایران توسط شریفی و همکاران ترجمه و در سال ۱۳۸۱ در اصفهان هنجاریابی شد (۳۱). در مطالعهٔ شریفی و همکاران، نتایج حاکی‌از روایی تشخیصی بسیار خوب تمام مقیاس‌ها بود. یافته‌ها مشخص کرد، مقیاس‌های نسخهٔ سوم پرسش‌نامهٔ میلون دارای توان پیش‌بینی مثبت و منفی و کل خوبی است و توان تشخیص کل تمام مقیاس‌ها در دامنهٔ ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ قرار دارد. همچنین پایایی پرسش‌نامه ازطریق روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنهٔ ۰/۸۵ وابستگی به الکل تا ۰/۹۷ اختلال استرس پس از سانحه به‌دست آمد (۳۱). چگینی و همکاران پایایی این پرسش‌نامه را با روش آزمون و بازآزمون در گروه بیمار ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ و در گروه غیربیمار ۰/۷۹ تا ۰/۹۷ و پایایی به‌روش آلفای کرونباخ را ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۲). به‌منظور تشخیص بالینی اختلال شخصیت مرزی پرسش‌نامهٔ مذکور استفاده شد.

ـ پرسش‌نامهٔ تنظیم هیجان[4]: این پرسش‌نامه توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ ارائه شد (۱۶). پرسش‌نامه شامل ده گویه است که راهبردهای تنظیم هیجان را در طیف لیکرت به‌صورت کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، تاحدودی مخالفم=۳، خنثی=۴، تاحدودی موافقم=۵، موافقم=۶ و کاملاً موافقم=۷ نمره‌گذاری می‌کند. این پرسش‌نامه مشتمل بر دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد با شش گویه و سرکوبی با چهار گویه است. کسب نمرهٔ بیشتر در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد و نمرهٔ کمتر در خرده‌مقیاس سرکوبی حاکی‌از به‌کارگیری راهبردهای سالم‌تر برای تنظیم هیجان است (۱۶). ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۷۹درصد و برای سرکوبی ۷۳درصد و اعتبار بازآزمایی بعد از سه ماه برای کل پرسش‌نامه ۶۹درصد گزارش شد (۱۶). ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه در دانشگاه میلان، برای ارزیابی مجدد از ۴۸ تا ۶۸درصد و برای سرکوبی ۴۲ تا ۶۳درصد به‌دست آمد (۳۳). ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴ ـ) و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵ ـ) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شد (۳۳). در پژوهش حسنی، بررسی خصوصیات روان‌سنجی نسخهٔ ایرانی پرسش‌نامه مشخص کرد، اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از محاسبهٔ

1. Single-case experimental design (SCED)
2. Millon Clinical Multiaxial Inventoy (MCMI-III)
3. Inventoy of Personality Organization (IPO)
4. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

همسانی درونی ضرایب آلفای دو زیرمقیاس در مردان و زنان و همهٔ آزمودنی‌ها در تمامی گروه‌ها، بیشتر از ۰/۸۰ بود (۳۴). همچنین نتایج همبستگی بازآزمایی پنج‌هفته‌ای در جامعهٔ ایرانی نمرهٔ تقریبی ۰/۷ را نشان داد که به اعتبار زیرمقیاس‌ها در طول زمان اشاره داشت. بررسی‌های مربوط به روایی ملاکی نیز ازطریق تحلیل عاملی محاسبه شد که نتایج برگرفته از آن همبستگی میان دو عامل را ۰/۷۵ مشخص کرد. برای اندازه‌گیری اعتبار سازه، همبستگی میان نسخهٔ ایرانی پرسش‌نامه با سایر مقیاس‌هایی که برای ارزیابی هیجان‌های مختلف استفاده می‌شدند، محاسبه شد. نتایج حاکی‌از آن بود که ارزیابی مجدد، بیشتر با هیجان‌های مثبت (۰/۷۴) و کمتر با هیجان‌های منفی (۰/۵۸)، اضطراب (۰/۴۷ ــ) و افسردگی (۰/۶۲ ــ) همبستگی دارد و درمقابل آن، فرونشانی، بیشتر با هیجان منفی (۰/۳۶) و افسردگی (۰/۴۲) و کمتر با هیجان مثبت (۰/۰۶) همبسته است (۳۴).

ــ پرسش‌نامهٔ سازمان شخصیت: این پرسش‌نامه توسط کرنبرگ و کلارکین در سال ۱۹۹۵ براساس سازمان‌بندی شخصیت مرزی که دارای ۱۵۵ سؤال بود، طراحی شد (۳۵)؛ البته در این مطالعه، فرم ۳۷سؤالی پرسش‌نامهٔ سازمان شخصیت کرنبرگ (۲۰۰۲) به‌کار رفت (به‌نقل از ۲۷). این مقیاس سازمان شخصیت را در طیف لیکرت از کاملاً نادرست=۱، نادرست=۲، تاحدی درست=۳، درست=۴ تا کاملاً درست=۵ نمره‌گذاری می‌کند و سه زیرمقیاس واقعیت‌آزمایی (ده سؤال نخست) و دفاع‌های روان‌شناختی بدوی (هشت سؤال دوم) و سردرگمی هویت (نوزده سؤال آخر) از سازمان شخصیت را می‌سنجد. درصورتی‌که نمرات بیشتر از ۱۴۸ باشد، میزان متغیر بسیار زیاد است. همسانی درونی سردرگمی هویت و واقعیت‌آزمایی و دفاع‌های روان‌شناختی بدوی به‌ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به‌دست آمد (۳۶). همچنین اعتبار عوامل پرسش‌نامه، با استفاده از روش بازآزمایی بدوی به‌ترتیب ۰/۸۳و ۰/۸۰ و ۰/۸۱ برآورد شد (۳۶). در ایران ساختار عاملی و روایی این پرسش‌نامه توسط آل‌بهبهانی و محمدی بررسی شد (۳۷). ضرایب اعتبار برای کل پرسش‌نامه و ابعاد دفاع‌های روان‌شناختی بدوی، سردرگمی هویت و واقعیت‌آزمایی، به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۶۸و ۰/۹۱ بود. بررسی روایی هم‌زمان پرسش‌نامهٔ سازمان شخصیت ازطریق اجرای هم‌زمان پرسش‌نامهٔ پرخاشگری باس و پری[1] و مقیاس عواطف مثبت و منفی[2] انجام گرفت که ضرایب همبستگی بین پرسش‌نامهٔ سازمان شخصیت، خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری جسمی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت و مقیاس عواطف مثبت و منفی به‌ترتیب ۰/۵۷، ۰/۱۸، ۰/۳۹، ۰/۴۴، ۰/۲۱و ۰/۴۰ به‌دست آمد. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه با نمرهٔ کل درحد رضایت‌بخش و بین ۰/۴۵تا۰/۷۵ متغیر بود. نتیجهٔ تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و براساس آزمون اسکری بیانگر وجود عوامل دفاع‌های روان‌شناختی بدوی و سردرگمی هویت و واقعیت‌آزمایی در این پرسش‌نامه بود که درمجموع بیش از ۳۹/۷۸درصد واریانس کل پرسش‌نامه را تبیین کرد. براساس نتایج این تحقیق، پرسش‌نامهٔ سازمان شخصیت واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی است (۳۷).

در روند اجرای پژوهش، پس از انجام هماهنگی‌های لازم با کلینیک و شناسایی و بررسی پروندهٔ بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، از میان آن‌ها ده نفر واجد ملاک‌های ورود به فرایند درمان، انتخاب شدند. در مرحلهٔ دوم غربالگری مجدد، بعد از مصاحبهٔ بالینی و تکمیل پرسش‌نامهٔ بالینی چندمحوری میلون ــ نسخهٔ سوم و پرسش‌نامهٔ سازمان شخصیت، شش آزمودنی باتوجه به شرایط پژوهش برگزیده شدند (سه آزمودنی اصلی و سه آزمودنی جایگزین). سپس مُراجعان منتخب هریک به‌طور جداگانه در یک جلسه پیش از آغاز فرایند درمان با پژوهشگر (نویسندهٔ اول) دیدار کردند که در آن شرح اهداف پژوهشی صورت گرفت و رضایت آگاهانهٔ کتبی کسب شد. در همین جلسه، پرسش‌نامهٔ تنظیم هیجان توسط مُراجعان به‌عنوان نخستین داده‌های خط پایه، تکمیل و جمع‌آوری شد. همچنین با توافقی که قبلاً بین پژوهشگر و آزمودنی‌ها صورت گرفت، هریک از آن‌ها دو بار دیگر (هر دو هفته یک‌بار) برای تکمیل اطلاعات خط پایه (دفعات دوم و سوم) در کلینیک حضور یافتند و بعد از تکمیل اطلاعات خط پایه، آزمودنی‌ها وارد فرایند روان‌درمانی معطوف به انتقال شدند (جدول ۱. حوزه‌های تمرکز و تغییر در مراحل اولیه و میانی و پیشرفتهٔ درمان). آزمودنی‌های جایگزین به‌طور هم‌زمان وارد روند درمان شدند تا درصورت لزوم، جایگزینی انجام گیرد. آن‌ها در طول یک سال، دو نوبت در هفته، یکشنبه‌ها و چهارشنبه‌ها در جلساتی به‌مدت پنجاه دقیقه، روان‌درمانی معطوف به انتقال را دریافت کردند. داده‌های مربوط به مرحلهٔ درمان (جدول ۱)، چهار بار با فاصلهٔ زمانی هر سه ماه یک‌بار جمع‌آوری شد. علاوه‌براین، داده‌های مرحلهٔ پیگیری، تا چهار ماه پس از اتمام درمان (دو بار هر دو ماه یک‌بار) گردآوری شد.

راهنمای درمانی تولیدشده توسط کلارکین و همکاران (۲۲)، ازطریق تلفیق اصول مداخله و نمونه‌های بالینی اختصاصی حاصل از کار بالینیِ آن‌ها، تدوین شد (۲۳). سپس این راهنما وارد پژوهش روان‌درمانی شد تا درمان با جزئیات کافی مشخص شود و به دیگران امکان داده شود درمان را برای پژوهش‌های بیشتر تکرار کنند (۲۱). مدل درمان، ریشه در ماهیت آسیب‌شناسی اختلال مرضی، از لحاظ رفتارهای معیوب مشهود و بازنمودهای درونی خود و دیگران دارد. این درمان دو موضوع زیر را تلفیق کرده است: ۱. توجه به نیاز اختصاصی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای ساختار به‌شکل چارچوب واضح درمانی؛ ۲. دغدغه‌های اصلی روان‌پویشی نظیر دغدغهٔ کمک به هر فرد برای یافتن توازن بین نیروهای تأثیرگذار روی احساسات و افکار و رفتارهایش شامل فشارهای زیستی، محدودیت‌های درونی درمقابل این فشارها و ارزش‌ها و محدودیت‌های واقعیت اجتماعی هر فرد. هدف درمان، کمک به بیماران برای یکپارچه‌سازی تمام جنبه‌های دنیای درونی (به‌جای جداکردن دفاعی افکار، احساسات و انگیزه‌های شرم‌آور، دردناک یا ناپذیرفتنی) به‌منظور تجربهٔ خود و دیگران به‌شیوه‌ای متوازن و منسجم است. درمانگر با استفاده از رابطهٔ انتقالی

[1]. Buss & Perry's Aggression Questionnaire
[2]. Positive and Negative Emotions Scale



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

به‌عنوان وسیله‌ای برای فهم الگوهای ارتباطی درونی که زیربنای حالات احساسی و رفتاری است و خارج از آگاهی بیمار قرار دارد، کمک می‌کند این حالت‌های روانی مجزا یکپارچه شود. درمان شرایطی را فراهم می‌آورد که فعال‌شدن کامل بازنمودهای درونی تحریف‌شدهٔ بیمار از خود و دیگران در رابطهٔ روبه‌رشد بین درمانگر و بیمار تسهیل شود. می‌توان انتظار داشت که روابط اُبژهٔ ابتدایی (تجربهٔ درونی‌شدهٔ شدید خود و دیگران) در شرایط درمان فعال شوند؛ زیرا این تجربه‌ها در همهٔ حوزه‌های زندگی بیمار فعال می‌شوند و زیربنای سیستم انگیزشی غالب بیمار به‌شمار می‌آیند. بیماران می‌توانند از فرصت درمان استفاده کنند تا اجازه دهند در شرایطی که درمانگر ادراکات و تجربه‌های آن‌ها را در عمیق‌ترین سطح تبیین و تحلیل می‌کند، روابط اُبژهٔ ابتدایی آشکار شود. فنون درمان، مداخلات لحظه‌به‌لحظه‌ای هستند که درمانگر در جلسهٔ درمان آن‌ها را برای بیمار به‌کار می‌برد و شامل چهار فن پایهٔ فرایند تفسیری، تحلیل انتقال، بی‌طرفی فنی و انتقال متقابل است. راهبردهای روان‌درمانی معطوف به انتقال، رویکردهای جامعی هستند که گام‌های متوالی در فرایند تفسیر روابط اُبژه‌ای فعال‌شده در انتقال را تعریف می‌کنند. راهبرد اول: تعیین دوتایی‌های روابط اُبژهٔ غالب؛ راهبرد دوم: مشاهده و تفسیر وارونگی نقش درون‌دوتایی؛ راهبرد سوم: مشاهده و تفسیر پیوند بین دوتایی‌های روابط اُبژه که دفاع علیه یکدیگر هستند؛ راهبرد چهارم: حل‌وفصل ظرفیت بیمار برای تجربهٔ رابطه‌ای متفاوت در انتقال و بررسی سایر روابط مهم بیمار. همچنین درمان شامل مراحل اولیه و میانی و پیشرفته است (جدول ۱).

جدول ۱. حوزه‌های تمرکز و تغییر در مراحل اولیه و میانی و پیشرفتهٔ درمان

| |
|---|
| مرحلهٔ اولیه: توانایی بیمار برای حفظ ارتباط با درمانگر باوجود همهٔ حالات عاطفی نوسانی شدیدش افزایش می‌یابد و خطر خروج زودرس از درمان کم می‌شود. با حفظ چارچوب درمانی، کاهش نفع ثانویه و تغییر کنش به مشاهدهٔ روابط اُبژه‌ای غالب در رابطهٔ درمانی، رفتارهای خودتخریبی و خودکشی و سایر رفتارهای آشوبناک خارج از جلسه کاهش می‌یابد (۲۳). |
| مرحلهٔ میانی: بیمار، تعمیق آگاهی و درک خود و بازنمودهای خود و دیگری در موضوعات انتقالی غالب را تجربه می‌کند. فعال‌شدن این دوتایی‌ها در تعامل با درمانگر به‌صورت کوتاه‌تری تکرار می‌شود. حل‌وفصل تکراری موضوعات انتقالی غالب ضروری است. بیمار با ادغام گذرا و تدریجی بخش‌های ناپیوستهٔ افراطی خود شروع می‌کند (آرمانی‌شده و آزارگر). بیمار از دونیم‌سازی و ماهیت متناقض تجربه و نیز از تغییرات بین تجربیات آزارگر و آرمانی‌شده آگاه می‌شود (۲۳). |
| مرحلهٔ پیشرفته: توانایی تجربه و تعمق بر عواطفی که قبلاً برای بیمار ناتوان‌کننده بودند و منجربه کُنش‌نمایی یا فرافکنی شدند، توانایی تمیز واکنش‌های درونی خام درقبال رویدادهای آغازگر از پیچیدگی موقعیت‌ها و افراد بیرونی، توانایی کار با خیال‌پردازی‌های درونی به‌عنوان چیزی متمایز از واقعیت بیرونی و نیز توانایی رهاکردن الگوهای خودشکنانهٔ بیرون درمان و درگیرشدن در سرمایه‌گذاری‌های سازنده و پایدار در روابط، ایجاد می‌شود (۲۳). |

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده توسط ابزارهای مذکور، از تحلیل دیداری نمودار[1] داده‌ها که اساس تحلیل داده‌ها در مطالعات آزمایشی تک‌آزمودنی است (۳۸) و نیز درصد بهبودی[2]، اندازهٔ اثر کوهن[3] و شاخص تغییر پایا[4] در هر دو مرحلهٔ درمان و پیگیری استفاده شد. برای محاسبهٔ درصد بهبودی تفاضل میانگین خط پایه از دوره‌های درمان و پیگیری را تقسیم بر میانگین خط پایه کرده و حاصل را در عدد ۱۰۰ ضرب می‌کنیم. مقادیر بیشتر از ۷۰درصد مبین تأثیر زیاد مداخله، بین ۵۰تا۷۰درصد حاکی‌از اثربخشی متوسط و مقادیر کمتر از ۵۰درصد نمایانگر اثربخش‌نبودن درمان است. برای محاسبهٔ اندازهٔ اثر d کوهن از رابطهٔ زیر استفاده می‌شود.

$$d = \frac{|\overline{X_1} - \overline{X_2}|}{S_{Average}}$$

در این رابطه، $\bar{X}_1$ میانگین متغیر مدنظر مرحلهٔ اول، $\bar{X}_2$ میانگین متغیر مدنظر در مرحلهٔ دوم و $S_{Average}$ میانگین انحراف معیارهای این متغیر در دو مرحلهٔ اول و دوم است. مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص، اندازهٔ اثر ۰/۴۱ راکوچک، ۱/۱۵ را متوسط و اندازهٔ اثر ۲/۷ را بزرگ پیشنهاد کردند (۳۹). برای محاسبهٔ شاخص تغییر پایا، تفاضل میانگین دوره‌های درمان و پیگیری از میانگین خط پایه، تقسیم بر خطای استاندارد تفاوت می‌شود. برای آنکه این شاخص از نظر آماری معنادار باشد، نتیجهٔ آن باید مساوی یا بزرگ‌تر از ۱/۹۶ شود که نشان می‌دهد نتایج به‌دست‌آمده بیش از خطای اندازه‌گیری، ناشی‌از تغییر واقعی، عوامل فعال و دست‌کاری آزمایشگر است (۴۰).

## ۳ یافته‌ها

شاخص درصد بهبودی در مراحل درمان و پیگیری، به‌ترتیب برای متغیر سرکوبی در مُراجع اول (۲۳/۹۹ و ۴۹/۳۲) و مُراجع دوم (۲۵/۰۰ و ۴۹/۳۰) و مُراجع سوم (۳۲/۷۲ و ۵۵/۸۸) و برای متغیر ارزیابی مجدد در مُراجع اول (۷۴/۳۲ و ۱۴۳/۲۴) و مُراجع دوم (۵۸/۷۲ و ۱۱۹/۷۷) و مُراجع سوم (۵۰/۰۰ و ۹۲/۴۵) به‌دست آمد. درصد بهبودی طی دورهٔ درمان و در زمان پیگیری افزایش یافت.

شاخص تغییر پایا در مراحل درمان و پیگیری، به‌ترتیب برای متغیر سرکوبی در مُراجع اول (۳/۲۸ و ۲۹/۲۳) و مُراجع دوم (۳/۰۷ و ۱۸/۰۸) و مُراجع سوم (۴/۰۶ و ۱۹/۶۳) و برای متغیر ارزیابی مجدد در مُراجع اول (۴/۰۵ و ۳۰/۴۳) و مُراجع دوم (۳/۳۶ و ۲۱/۸۲) و مُراجع سوم (۳/۹۳ و ۲۱/۸۱) به‌دست آمد. همهٔ مقادیر بزرگ‌تر از ۱/۹۶ بود که نشان از اثربخشی درمان و تداوم آن داشت.

اندازهٔ اثر کوهن در مراحل درمان و پیگیری، به‌ترتیب برای متغیر

[1]. Visual analysis of graphic
[2]. Percentage recovery (PR)
[3]. Effect size (ES) of Cohen's d
[4]. Reliable change index (RCI)



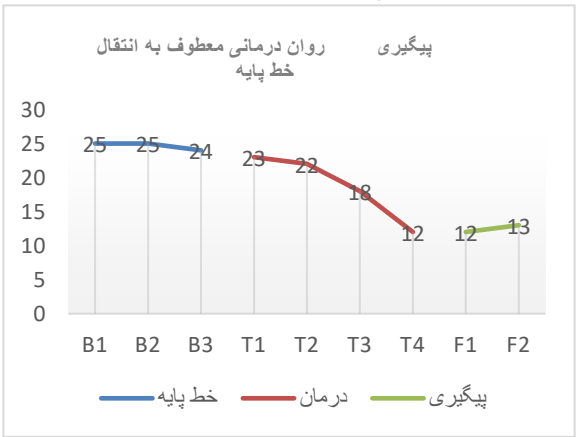
[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

سرکوبی در مُراجع اول (۲/۱۲ و ۱۸/۹۴) و مُراجع دوم (۱/۹۹ و ۱۱/۷۲) و مُراجع سوم (۲/۶۳ و ۱۲/۷۲) و برای متغیر ارزیابی مجدد در مُراجع اول (۲/۳۶ و ۱۷/۷۴) و مُراجع دوم (۱/۹۶ و ۱۲/۷۲) و مُراجع سوم (۲/۲۹ و ۱۲/۷۲) به‌دست آمد که همگی بیشتر از متوسط بود. جدول ۲ بیانگر نمرات مُراجعان در میزان سرکوبی و ارزیابی مجدد در مراحل خط پایه و درمان و پیگیری است.

جدول ۲. مراحل خط پایه و درمان و پیگیری/تنظیم هیجان

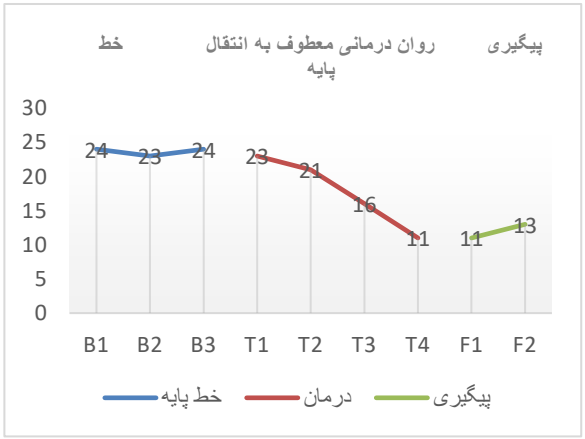
| مراحل درمان | سرکوبی | | | ارزیابی مجدد | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ن.م. | ش.غ. | س.ح. | ن.م. | ش.غ. | س.ح. |
| خط پایهٔ ۱ | ۲۵ | ۲۴ | ۲۲ | ۱۲ | ۱۵ | ۱۷ |
| خط پایهٔ ۲ | ۲۵ | ۲۳ | ۲۳ | ۱۲ | ۱۴ | ۱۹ |
| خط پایهٔ ۳ | ۲۴ | ۲۴ | ۲۳ | ۱۳ | ۱۴ | ۱۷ |
| میانگین خط پایه | ۲۴/۶۷ | ۲۳/۶۷ | ۲۲/۶۷ | ۱۲/۳۳ | ۱۴/۳۳ | ۱۷/۶۷ |
| انحراف از میانگین خط پایه | ۰/۵۸ | ۰/۵۸ | ۰/۵۸ | ۰/۵۸ | ۰/۵۸ | ۱/۱۵ |
| مداخلهٔ ۱ | ۲۳ | ۲۳ | ۲۱ | ۱۵ | ۱۵ | ۲۰ |
| مداخلهٔ ۲ | ۲۲ | ۲۱ | ۱۷ | ۱۷ | ۱۸ | ۲۳ |
| مداخلهٔ ۳ | ۱۸ | ۱۶ | ۱۴ | ۲۳ | ۲۵ | ۲۸ |
| مداخلهٔ ۴ | ۱۲ | ۱۱ | ۹ | ۳۱ | ۳۳ | ۳۵ |
| میانگین مداخله | ۱۸/۷۵ | ۱۷/۷۵ | ۱۵/۲۵ | ۲۱/۵۰ | ۲۲/۷۵ | ۲۶/۵۰ |
| انحراف معیار از میانگین مداخله | ۴/۹۹ | ۵/۳۸ | ۵/۰۶ | ۷/۱۹ | ۸/۰۲ | ۶/۵۶ |
| درصد بهبودی (مداخله) | ۲۳/۹۹ | ۲۵/۰۰ | ۳۲/۷۲ | ۷۴/۳۲ | ۵۸/۷۲ | ۵۰/۰۰ |
| شاخص تغییر پایا (مداخله) | ۳/۲۸ | ۳/۰۷ | ۴/۰۶ | ۴/۰۵ | ۳/۳۶ | ۳/۹۳ |
| اندازهٔ اثر کوهن (مداخله) | ۲/۱۲ | ۱/۹۹ | ۲/۶۳ | ۲/۳۶ | ۱/۹۶ | ۲/۲۹ |
| پیگیری ۱ | ۱۲ | ۱۱ | ۹ | ۳۱ | ۳۳ | ۳۵ |
| پیگیری ۲ | ۱۳ | ۱۳ | ۱۱ | ۲۹ | ۳۰ | ۳۳ |
| میانگین پیگیری | ۱۲/۵۰ | ۱۲/۰۰ | ۱۰/۰۰ | ۳۰/۰۰ | ۳۱/۵۰ | ۳۴/۰۰ |
| انحراف معیار از میانگین پیگیری | ۰/۷۱ | ۱/۴۱ | ۱/۴۱ | ۱/۴۱ | ۲/۱۲ | ۱/۴۱ |
| درصد بهبودی (پیگیری) | ۴۹/۳۲ | ۴۹/۳۰ | ۵۵/۸۸ | ۱۴۳/۲۴ | ۱۱۹/۷۷ | ۹۲/۴۵ |
| شاخص تغییر پایا (پیگیری) | ۲۹/۲۳ | ۱۸/۰۸ | ۱۹/۶۳ | ۳۰/۴۳ | ۲۱/۸۲ | ۲۱/۸۱ |
| اندازهٔ اثر کوهن (پیگیری) | ۱۸/۹۴ | ۱۱/۷۲ | ۱۲/۷۲ | ۱۷/۷۴ | ۱۲/۷۲ | ۱۲/۷۲ |

نمودارهای زیر تحلیل دیداری وضعیت آزمودنی‌ها را در مراحل خط پایه و درمان و پیگیری مشخص می‌کند. باتوجه به نمودارهای ۱ و ۲ و ۳، در ارزیابی دورهٔ درمان، خطوط روند متغیر سرکوبی کاهش چشمگیری را نشان داد و این تغییرات طی دورهٔ پیگیری تداوم داشت. براساس نمودارهای ۴ و ۵ و ۶، خطوط روند متغیر ارزیابی مجدد در دورهٔ درمان افزایش چشمگیری را نشان داد و این افزایش طی دورهٔ پیگیری تداوم داشت.

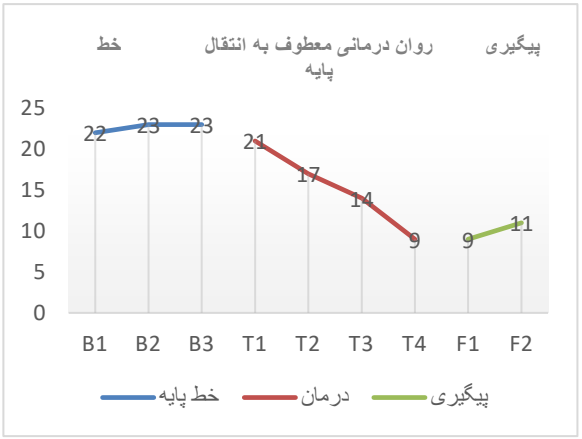



نمودار ۱. تحلیل دیداری متغیر سرکوبی در آزمودنی اول (ن.م.)

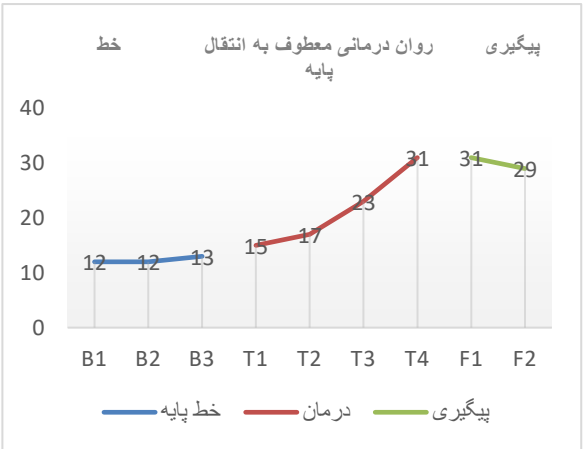
[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]




نمودار ۲. تحلیل دیداری متغیر سرکوبی در آزمودنی دوم (ش.غ.)

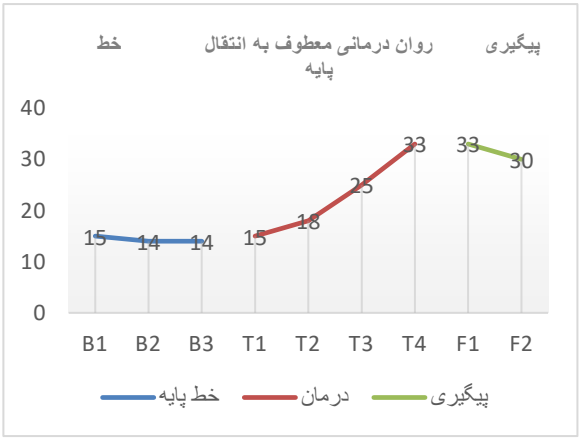



نمودار ۳. تحلیل دیداری متغیر سرکوبی در آزمودنی سوم (س.ح.)

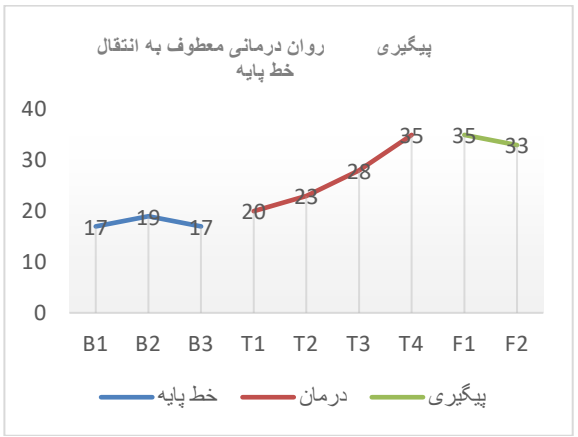



نمودار ۴. تحلیل دیداری متغیر ارزیابی مجدد در آزمودنی اول (ن.م.)

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]




نمودار ۵. تحلیل دیداری متغیر ارزیابی مجدد در آزمودنی دوم (ش.غ.)




نمودار ۶. تحلیل دیداری متغیر ارزیابی مجدد در آزمودنی سوم (س.ح.)

## ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی معطوف به انتقال بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، روان‌درمانی معطوف به انتقال بر بهبود متغیر ارزیابی مجدد تأثیر معنادار داشت و همچنین متغیر سرکوب بیانی را در این بیماران به‌طور معناداری کاهش داد. یافته‌های مطالعهٔ حاضر با نتایج پژوهش کریشر و پانتون_ رادریگز همسوست. آن‌ها روان‌درمانی معطوف به انتقال را برای نوجوانان[1] مرزی به‌صورت تعدیل‌شده به‌کار بردند. آن‌ها روان‌درمانی معطوف به انتقال را با آموزش مهارت‌های گروهی که از رفتاردرمانی دیالکتیک شناخته می‌شود، ترکیب کردند. نتایج حاکی‌از بهبود علائم اصلی مانند مشکلات عاطفی، رفتار پرخاشگرایانه علیه خود و دیگران و مشکلات بین‌فردی بود (۴۱). هم‌راستا با یافته‌های پژوهش حاضر، جان و همکاران، در ۱۲۰ نوجوان دارای سازمان شخصیت مرزی، روان‌درمانی معطوف به انتقال تعدیل‌شده را با درمان معمول[2] مقایسه کردند. نتایج افزایش تنظیم عواطف و کاهش رفتار خودمخرب را نشان داد (۴۲). همچنین همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، در پژوهشی که گیزن_ بلو و همکاران به مقایسهٔ سه‌سالهٔ روان‌درمانی معطوف به انتقال با طرح‌واره‌درمانی پرداختند، اثربخشی درمان معطوف به انتقال در کاهش علائم آشفتگی تأیید شد (۴۳)؛ باوجوداین، روان‌درمانی معطوف به انتقال درمقایسه با طرح‌واره‌درمانی، از نظر میزان کناره‌گیری از درمان، بیشتر و از نظر اندازهٔ اثر، کمتر بود (۴۴).

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به پژوهش کنترل‌شدهٔ تصادفی کیویتی و همکاران اشاره کرد. آن‌ها دریافتند، ظرفیت درک حالات ذهنی (عملکرد تأملی) بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر بسزایی دارد. نتایج نشان داد، دریافت پیشنهاد از بیماران برای درنظرگرفتن حالات روانی، تأثیری تنظیم‌کننده بر برانگیختگی بیماران اختلال شخصیت مرزی در روان‌درمانی دارد. پیشنهادها در درمان معطوف به انتقال درمقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان روان‌پویشی حمایتی[3] دوبرابر متداول بود. همچنین عملکرد تأملی بهتر و برانگیختگی عاطفی کمتری را پیش‌بینی کرد (۴۵). در مطالعه‌ای کلارکین و همکاران، اثربخشی روان‌درمانی معطوف به انتقال را روی ۲۳ بیمار زن با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بررسی کردند. نتایج حاکی‌از کاهش درخورتوجه معیارهای خودکشی و رفتار آسیب‌رسان به خود بود (۴۶). باتوجه به اینکه اقدام به خودزنی در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شیوع دارد و ارتباط آن با بدتنظیمی هیجانی اثبات شده است (۴۷)، می‌توان

[1]. Transference Focused Psychotherapy with Adolescent (TFP-A)
[2]. Treatment as Usual (TAU)
[3]. Supportive Psychodynamic Therapy



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

یافته‌های پژوهش حاضر را هم‌راستا با مطالعهٔ کلارکین و همکاران دانست. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد دچار اختلال شخصیت مرزی برای کاهش عواطف منفی، از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان (مثل نشخوار فکری و سرکوبی هیجان، اجتناب تجربی و...) استفاده می‌کنند. این راهبردها به‌جای اینکه عاطفهٔ منفی را کاهش دهند، منجربه تشدید آن می‌شوند (۴۸). استفادهٔ بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجانی، بیانگر آن است که راهبردهای انطباقی (مانند ارزیابی مجدد) کمتر به‌کار می‌روند. در مطالعهٔ محمود علیلو و همکاران، نقش این راهبردهای انطباقی در پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی، روی ۳۱۷ دانشجو بررسی شد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد، بین ارزیابی مجدد به‌عنوان راهبردی مثبت و مؤثر تنظیم هیجانی و صفات شخصیت مرزی، رابطهٔ معکوس وجود دارد؛ یعنی، استفادهٔ کمتر و نامناسب از ارزیابی مجدد، با افزایش صفات شخصیت مرزی همراه است. همچنین، سرکوبی فکر، توان پیش‌بینی تکانشگری، به‌عنوان یکی از صفات شخصیت مرزی را دارد (۴۹). آن دسته از مهارت‌های رشدی دخیل در شکل‌گیری تنظیم هیجان شامل خودآگاهی[1] دربارهٔ هیجان، درک[2] فرد از ریشه‌های تجربهٔ هیجانی، فهم شخص از پیامدهای بالقوهٔ ابراز هیجانی در موقعیت‌های گوناگون و راهبردهایی برای تعدیل[3] هیجان است (۵۰). از این لحاظ، پرز و همکاران به بررسی تغییرات مدار عصبی فرونتولیمبیک در پردازش هیجانی و کنترل بازدارنده مرتبط با بهبود بالینی به‌دنبال روان‌درمانی معطوف به انتقال در اختلال شخصیت مرزی پرداختند. نتایج حاکی‌از افزایش نسبی فعال‌شدن پیش‌پیشانی پشتی (سینگولیت قدامی‌پشتی، قشر خلفی‌جانبی پیش‌پیشانی و جلوی قطبی) و کاهش نسبی قشر پیش‌پیشانی بطنی‌جانبی و فعال‌سازی هیپوکامپ بود. این یافته‌های اولیه تغییرات بالقوهٔ مرتبط با روان‌درمانی معطوف به انتقال را در مدار پیشانی لیمبیک نشان داد که شروع به شناسایی سازوکارهای عصبی مرتبط با روان‌درمانی روان‌پویشی کردند (۵۱) و همسو با پژوهش حاضر است. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به یافته‌های پژوهش دورینگ و همکاران اشاره کرد. آن‌ها در کارآزمایی کنترل‌شدهٔ تصادفی، ۱۰۴ خانم با تشخیص اختلال شخصیت مرزی را به‌مدت یک‌سال تحت روان‌درمانی معطوف به انتقال قرار دادند. نتایج کاهش چشمگیر موارد اقدام به خودکشی، نیاز به بستری‌شدن، نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و نیز افزایش درخورتوجه کارکرد روانی‌اجتماعی و سازمان‌دهی شخصیت را نشان داد (۵۲).

باتوجه به اینکه بیشتر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه هستند، مطالعهٔ حاضر نیز از این قضیه مستثنا نبود و محدودیت‌های زیر را داشت: دسترسی به آزمودنی‌های مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بدون اختلال همبود و دارای ملاک‌های مدنظر در پژوهش، دشوار بود؛ به‌دلیل تک‌آزمودنی‌بودن طرح پژوهش، حجم نمونه محدود و روش نمونه‌گیری، غیراحتمالاتی بود که منجربه محدودیت در تعمیم‌پذیری یافته‌ها شد؛ درمانگر و ارزیاب‌کننده در این پژوهش یک نفر بود و محتمل است در نتایج سوگیری وجود داشته باشد؛ نظر به اینکه آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی مزمن و روان‌درمانی معطوف به انتقال بلندمدت است، مدت‌زمان دوره‌های درمان و پیگیری پژوهش، محدود بود؛ بدین‌ترتیب پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر استفاده شود و نیز دوره‌های درمان و پیگیری طولانی‌تر شود. درنهایت برای کاهش سوگیری، پژوهش‌های یک‌سرکور به‌کار رود.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، روان‌درمانی معطوف به انتقال طی فرایندی دوازده‌ماهه می‌تواند باعث تغییرات چشمگیری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شود؛ همچنین متغیر راهبرد ارزیابی مجدد را به‌شکل معناداری افزایش دهد و منجربه کاهش به‌کارگیری سرکوب بیانی هیجان شود.

## ۶ تشکر و قدردانی

از مُراجعان محترمی که در فرایند مطالعه شرکت کردند و نیز از بذل توجه اساتید گرانقدر، دکتر سیدعبدالمجید بحرینیان، دکتر فاطمه شهابی‌زاده، دکتر مینا محسنی و دکتر حسن غنی‌فر کمال تشکر را دارم.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد. همچنین طبق پروتکل تحقیق در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشکدهٔ علوم‌پزشکی شهرستان سیرجان، کد اخلاق با شمارهٔ IR.SIRUMS.REC.1400.011 به‌تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

داده‌های جمع‌آوری‌شده در پژوهش حاضر به هیچ سازمان یا ارگانی تحویل داده نمی‌شود؛ اما به‌شکل خام در اختیار محقق است تا مراکز مربوط رسمی (مثل دانشگاه) بتوانند برای صحت‌سنجی درصورت لزوم از آن بهره ببرند.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل اکسل داده نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند مورخ ۱۹بهمن۱۳۹۹ با کد ۱۶۲۳۵۰۸۷۸ است. تأمین اعتبار برای مطالعهٔ گزارش‌شده از منابع شخصی بوده و این پژوهش با حمایت مالی سازمانی انجام نشده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر بر عهده داشتند.

[1]. Self-Awareness
[2]. Appreciation
[3]. Modifyine



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

## References


1. Battle DE. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). CoDAS. 2013;25(2):190–1. https://doi.org/10.1590/s2317-17822013000200017
2. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. J Pers Disord. 1990;4(3):257–72. https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.3.257
3. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The Prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(6):590. https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590
4. Gunderson JG, Links PS. Borderline personality disorder: a clinical guide. Second edition. American Psychiatric Publishing, Inc; 2008.
5. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. J Pers Disord. 2004;18(3):226–39. https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445
6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th edition. LWW; 2014.
7. Berman M. Abnormalities of personality: within and beyond the realm of treatment. Clin Psychol Rev. 1994;14(6):607–8. https://doi.org/10.1016/0272-7358(94)90020-5
8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2006;163(5):827–32. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827
9. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology: an integrative approach. 7th edition. Stamford, CT: Cengange Publisher; 2014.
10. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. Comprehensive Psychiatry. 1999;40(4):245–52. https://doi.org//10.1016/S0010-440X(99)90123-2
11. Gabbard GO. An overview of countertransference with borderline patients. J Psychother Pract Res. 1993;2(1):7–18.
12. Pines M. Borderline conditions and pathological narcissism. By Otto Kernberg. New York: Jason Aronson. 1975. Pp 361. Price $15.00. Br J Psychiatry. 1977;131(2):212–3. https://doi.org/10.1192/s0007125000016214
13. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. Second edition. New York: The Guilford Press; 2014.
14. Sandhu T, Kapoor S. Implications of personality types for emotional regulation in young women. J Voice. 2013;1(4):34–9.
15. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. Behav Res Ther. 2010;48(10):974–83. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002
16. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;85(2):348–62. https://doi.org//10.1037/0022-3514.85.2.348
17. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: conceptual foundations. In: Gross JJ; editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
18. Gross JJ, Richards JM, John OP. Emotion regulation in everyday life. In: Snyder DK, Simpson J, Hughes JN; editors. Emotion regulation in couples and families: pathways to dysfunction and health. Washington: American Psychological Association; 2006. https://doi.org//10.1037/11468-001
19. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. J Abnorm Psychol. 1997;106(1):95–103. https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95
20. Thompson RA. Emotion and self-regulation. Nebr Symp Motiv. 1988;36:367–467.
21. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry. 2007;164(6):922–8. https://doi.org//10.1176/ajp.2007.164.6.922
22. 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. Curr Opin Psychol. 2018;21:80–5. https://doi.org//10.1016/j.copsyc.2017.09.008
23. Horowitz MJ. Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations. Am J Psychiatry. 2006;163(5):944. https://doi.org//10.1176/appi.ajp.163.5.944
24. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and axis ii comparison subjects followed prospectively for 6 years. J Clin Psychiatry. 2004;65(1):28–36. https://doi.org//10.4088/JCP.v65n0105
25. Paris J. Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice. Second edition. New York: The Guilford Press; 2020.
26. Millon T. MCMI-III Manual: Millon Clinical Multiaxial Inventory–II. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1994.
27. Fathi F, Vaziri S, Pourasghar M, Nasri M. The effectiveness of acceptance and commitment-based psychotherapy based on the components of personality organization and defense styles of people with borderline personality disorder. Rooyesh 2022;10(12):131-44. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-3105-fa.html
28. Millon T. Modern psychopathology. Philadelphia, PA: Saunders; 1969.
29. Millon T, Davis R, Millon C. MCMI-III : Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Minneapolis; 1997.
30. Retzlaff P. MCMI-III diagnostic validity: bad test or bad validity study. J Pers Assess. 1996;66(2):431–5. https://doi.org//10.1207/s15327752jpa6602_19
31. Sharifi A, Molavi H, Namdari K. Revaei tashkhisi Azmoon balini chand mehvari Millon-3 [The Validity of MCMI-III (Millon Scales)]. Knowledge & Reaserch in Applied Psychology. 2008;9(34):27–38. [Persian]
32. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric characteristics of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Modern Psychological Research. 2013;8(29):135–62. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4278_0.html?lang=en




[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]

33. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. Eur J Psychol Assess. 2010;26(1):61–7. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009
34. Hasani J. Persian version of the Emotion Regulation Questionnaire: factor structure, reliability and validity. International Journal of Behavioral Sciences. 2016;10(3):108–13. [Persian] https://www.behavsci.ir/article_67952.html
35. Kernberg OF, Clarkin JF. The Inventory Of Personality Organization. White Plains, NY: The New York Hospital Cornell Medical Center; 1995.
36. 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. Psychol Assess. 2001;13(4):577–91. https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577
37. Al Behbahani M, Mohammadi N. Barrasi Vizhegi haye Ravan sanji siyahe sazeman shakhsiat Kernberg [Investigating the psychometric properties of Kernberg's personality organization list]. Journal of Psychology. 2007;11(2):185–97. [Persian]
38. Evans VA, Axelrod S, Kazdin AE. Kazdin, A. E. (2011). Single-case research designs, second edition. Child & Family Behavior Therapy. 2012;34(1):76–9. https://doi.org/10.1080/07317107.2012.654458
39. Nazari MA, Dadkhah M, Hashemi T. Effectiveness of cognitive rehabilitation on dictation errors of students with dysgraphia. Journal of Research in Rehabilitation Sciences. 2015;11(1):32–41. [Persian] https://jrrs.mui.ac.ir/ojs/index.php/jrrs/article/view/article_16887.html?lang=en
40. Zahra D, Hedge C. The reliable change index: why isn't it more popular in academic psychology? The Psychologist Quarterly. 2010;1(76):14–20. http://dx.doi.org/10.53841/bpspag.2010.1.76.14
41. Krischer M, Ponton-Rodriguez T, Gooran GR, Bender S. Transference focused psychotherapy for borderline-adolescents in a day clinic treatment program. Practice of Child Psychology and Child Psychiatry. 2017;66(6):445–63. https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.6.445
42. Jahn C, Wieacker E, Bender S, Krischer M. Reduction of non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents with borderline personality organization treated with TFP-A Practice of Child Psychology and Child Psychiatry. 2021;70(8):728–48. https://doi.org/10.13109/prkk.2021.70.8.728
43. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(6):649. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649
44. Van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, Van Dyck R, Spinhoven P, et al. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. Br J Psychiatry. 2008;192(6):450–7. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.033597
45. Kivity Y, Levy KN, Kelly KM, Clarkin JF. In-session reflective functioning in psychotherapies for borderline personality disorder: the emotion regulatory role of reflective functioning. J Consult Clin Psychol. 2021;89(9):751–61. https://doi.org/10.1037/ccp0000674
46. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. J Pers Disord. 2001;15(6):487–95. http://dx.doi.org/10.1521/pedi.15.6.487.19190
47. In-Albon T, Bürli M, Ruf C, Schmid M. Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013;7(1):5. https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-5
48. Carpenter RW, Trull TJ. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. Curr Psychiatry Rep. 2013;15(1):335. https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2
49. Mahmoud Alilou M, Ghasempour A, Azimi Z, Akbari E, Fahimi S. Naghshe rahbord haye tanzime hayajani dar pish bini sefat shakhsiat marzi [Role of emotion regulation strategies in the prediction of borderline personality disorder symptoms]. Thought & Behavior in Clnical Psychology. 2012;6(24):9–18. [Persian]
50. Thompson RA. Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. In: Vasey MW, Dadds MR; editors. The developmental psychopathology of anxiety. Oxford University Press; 2001. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195123630.003.0008
51. Perez DL, Vago DR, Pan H, Root J, Tuescher O, Fuchs BH, et al. Frontolimbic neural circuit changes in emotional processing and inhibitory control associated with clinical improvement following transference-focused psychotherapy in borderline personality disorder: neural mechanisms of psychotherapy. Psychiatry Clin Neurosci. 2016;70(1):51–61. https://doi.org/10.1111/pcn.12357
52. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2010;196(5):389–95. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177


[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-06-08 ]