Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 1/ No. 3/ Winter 2015
Page: 77-89

Effectiveness of Cognitive- Analysis Psychotherapy in reducing impulsivity of Men with Borderline Personality Disorder

Moslem Abbasi[1], Mohammad Javad Bagiyan koolahe Marz[2] Reza Ghasemi Jobaneh[3], Shahriar Dargahi[*4],

[1] Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human sciences, Salman Farsi University of Kazerun
2 PhD student of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran

[3] Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational science, Kharazmi University of Tehran
[4] Department of Counseling, Parsabad Moghan Branch, Islamic Azad University Parsabad, Iran.
Email: shahriardargahi@yahoo.com

Abstract

Intruduction: Borderline personality disorder cause emotional distress like impulsivity.
Purpose: The purpose of current research is the Effectiveness of Cognitive- Analysis Psychotherapy in reducing impulsivity of Men with Borderline Personality Disorder
Methods: This research was a semi-experimental with pretest- posttest design with a two months follow-up. Population in this study consisted all the men with borderline personality disorder admitted to a psychiatric clinic and psychiatric hospital of Farabi in 2013 in Kermanshah city. 40 people were selected based on purposive sampling method and were placement using random sampling method in two experimental and control groups. For gathering data Structured Clinical Interview for personality disorders, Millon clinical multiaxial inventory and impulsivity scale, were used. The gathered data were analyzed by multivariate analysis of covariance.
Results: Findings of multivariate analysis of covariance showed that Cognitive-Analysis Psychotherapy was effective in reducing of impulsivity in men with borderline personality disorder.
Conclusion: According to our findings, Cognitive- Analysis Psychotherapy is a useful strategy for reducing impulsivity in patients with borderline personality disorder and it can be used as a suitable intervention.
Keywords: Borderline personality disorder, Impulsivity, Cognitive- Analysis Psychotherapy

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال اول، شماره ۳، زمستان/۱۳۹۳
صفحات: ۸۹-۷۷

اثر بخشی روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی بر کاهش تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزي

مسلم عباسی[۱]، محمد جواد بگیان کوله مرز[۲] ،رضا قاسمی جوبنه[۳]، شهریار درگاهی[۴*]

۱- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه سلمان فارسی کازرون
۲- دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران
۴- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پارس آباد مغان، گروه مشاوره و راهنمایی، پارس آباد مغان، ایران. (مولف مسئول)
Telephone:09355563540 Email: shahriardargahi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: اختلال شخصیتی مرزی منجر به آشفتگی‌های هیجانی از قبیل تکانشگری می‌شود. **هدف :** هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی بر تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با پیگیری دو ماهه استفاده شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش، را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مطب‌های روانپزشکان و بیمارستان روانپزشکی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه-گیری هدفمند ۴۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزارهای جمع‌آوری این پژوهش شامل، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت، پرسشنامه چند محوری میلون و مقیاس تکانشگری بود. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی بر کاهش تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این مطالعه، درمان شناختی- تحلیلی به شیوه گروهی راهبرد مناسبی برای کاهش تکانشگری مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله-ای مناسب سود جست.

کلید واژه: اختلال شخصیت مرزی، تکانشگری، روان درمانگری شناختی- تحلیلی.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، به عنوان اختلال شخصیتی شدیدی تعریف می‌شود که با بی‌نظمی شدید و گسترده در هیجان، رفتار و شناخت همراه است (۱). این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین‌شخصی و همچنین برانگیختگی شدید، متمایز می‌شود (۲). ویژگی بیماران مبتلا به این اختلال ناپایداری خلقی، برانگیختگی و روابط بی‌ثبات است (۱). حدود دو درصد از جمعیت عمومی، ده درصد از بیماران روانپزشکی سرپایی و ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های شخصیت، از این بیماری رنج می‌برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی‌ها یا تجارب تفرقی در 30تا 75 درصد آنها گزارش شده است. خودکشی و تلاش برای آسیب زدن به خود، شاخص این اختلال است (۲) و تعداد قابل توجهی از این بیماران، سابقهٔ حداقل یک مرتبه آسیب به خود را دارند (۳). سیر بیماری عموماً در جهت بی‌ثباتی مزمن در اوایل بزرگسالی است و در نتیجه فرد مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی به صورت مداوم در جنبه های مهم زندگی نظیر تحصیلات، شغل و ازدواج دچار شکست می‌شود (۴). بی‌نظمی رفتاری، ناتوانی در تفسیر علامتهای هیجانی و ناتوانی در تنظیم واکنشها، از ابعاد اصلی این اختلال است و با تحول نارسای هیجانی در ارتباط است و موجب می‌شود که واکنشهای آنها به صورت افراط و تفریط باشد (۵، ۶). بررسی‌های انجام شده حاکی از آن است که افرادی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از هیجانات منفی همچون خشم (۷)، شرم (۸)، افسردگی و اضطراب (۹)، ترس (۱۰) و برانگیختگی (۱۱) رنج می برند و از بهزیستی روانشناختی بسیار پایینی برخوردانند (۱۲).

مطالعات انجام شده مؤید این نکته است که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با افراد سالم میزان تکانشگری بیشتری دارند (۱۳). تکانشگری را می‌توان از جنبه‌های مختلف مورد ارزیابی قرار داد. در یک تعریف جامع تکانشگری را می‌توان به صورت ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جست و جوی حس-های نو، یافتن راه‌های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی تبیین نمود (۱۴). بنابر آنچه گفته شد گاه تکانشگری را معادل کاهش ارزش تعویقی تعریف می‌کنند، یعنی تمایل به انتخاب پاداش‌های کم ولی سریع، در برابر پاداش-های بزرگتر ولی دیررس (۱۵). امروزه تکانش‌گری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم‌پردازی می‌شود به این معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی، روند کند و ناقص تصمیم‌گیری بی‌ثباتی هیجانی در افراد همراه است (۱۶). نتایج تحقیقات مؤید این نکته هستند که اختلال شخصیت مرزی با صفات شخصیتی چون برون‌گرایی (۱۷)، تکانشگری (۱۸، ۱۹،

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

۲۰)، خطرپذیری (۲۱، ۲۲)، نوجویی و اجتناب از یکنواختی (۲۳) و بی‌ثباتی هیجانی (۱۶) همراه است.

درمان شناختی- تحلیلی به عنوان یکی از درمان‌های کوتاه مدت روانشناختی رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بینش افزایی دارد و در موقعیت‌های گروهی به طور ماهرانه در حل مسائل و تقویت انگیزش برای تغییر عمل می‌کند (۲۴، ۲۵). این درمان مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روان-پویشی روابط موضوعی و روانشناسی شناختی به خصوص نظریه سازه‌های فردی کلاین[1] است و با همکاری درمانگر و بیمار مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد (۲۵، ۲۶). این شیوه درمانی منجر به کاهش سردرگمی و اشتغالات ذهنی بیماران، حل تعارضات گذشته و شناخت روش‌های کارآمدتر در زندگی افراد می شود که در نهایت کاهش نشانگان روانشناختی و بهبود بهزیستی روانشناختی در افراد را به دنبال دارد (۲۶). همچنین می‌توان ار این شیوه درمانی کاهش تکانشوری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار داد که تا کنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است. مرور مطالعات گذشته نشان داد که تا به حال هیچ پژوهشی به صورت مستقیم روان-درمانگری شناختی- تحلیلی را بهزیستی و تکانشوری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در جامعه ایرانی مورد مطالعه قرار نداده است و اندک پژوهشهای انجام شده در این زمینه مربوط به اثربخشی این درمان بر روی سایر اختلالات روانی می-باشد. در پژوهشی نتایج نشان داده شد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در طول دوره روان درمانگری شناختی- تحلیلی شرکت کرده بودند در مقایسه با همتایان خود در گروه کنترل از تکانشوری و بی ثباتی عاطفی کمتری بعد از پیگیری دو ماهه برخوردار بودند (۲۷). در پژوهشی دیگر مشخص شد که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II که برنامه درمانی شناختی-تحلیلی همراه با دارو درمانگری دریافته کرده بودند در مقایسه با گروهی که شناخت درمانی همراه با دارو درمانگری دریافت کرده بودند کاهش معنی‌داری در بی‌ثباتی هیجانی، تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی گزارش کردند و شناخت درمانگری و روان درمانگری تحلیلی-شناختی همراه با دارو درمانگری از دارو درمانگری به تنهایی مؤثرتر بود (۲۸). روان درمانگری شناختی- تحلیلی باعث کاهش رفتارهای خود آسیبی و بهبود سازگاری اجتماعی و هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود (۲۹)، و به طور بارزی بر کاهش علائم و بهبود سلامت روان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است (۳۰).

در مجموع نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی روان

1. Kellyian personal construct theory

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

درمانگری شناختی-تحلیلی در درمان اختلالات بالینی چون اختلال جسمانی سازی، رفتارهای خودآسیب رسان (۲۹)، و خودکشی‌های تکانه-ای، اختلال خوردن، سوء مصرف مواد، انواع اختلالات شخصیت مرزی و اختلال شخصیت خودشیفته (۳۱)، افسردگی، اختلال وحشتزدگی (۳۲)، و اختلالات اضطرابی (۳۳) می-باشد.

در مجموع با توجه به نتایج پژوهش‌ها، تأثیر منفی اختلال شخصیتی مرزی بر روابط بین فردی و بهزیستی هیجانی افراد مبتلا (۱۳)، آگاهی از ویژگی این تغییرات رفتاری و بهره‌گیری از مداخلات روانشناختی مناسب می‌توان از بروز رفتارهای بدون برنامه و تکانشی افراد مبتلا جلوگیری کرد و تغییرات قابل ملاحظه‌ای در شیوه توان‌بخشی این بیماران ایجاد کرد. از سوی دیگر عدم بررسی این مدل درمانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت از جمله اختلال شخصیت مرزی در ایران، خلاء دیگری است که با این مطالعه پر خواهد شد و نتیجه چنین مطالعه‌ای به عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود بهزیستی روانشناختی و هیجانی این بیماران خواهد بود. بنابراین هدف این پژوهش، اثربخشی روان درمانگری شناختی- تحلیلی بر تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزي، همراه با پیگیری دو ماهه است.

روش

طرح تحقیق این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل یعنی درمان شناختی-تحلیلی بر متغیرهای وابسته یعنی تکانشگری مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه‌ی آماری این پژوهش، را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مطب‌های روانپزشکان و بیمارستان روانپزشکی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، براساس ارجاع متخصصان اعصاب و روان، ۴۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، از بین ۵۰ مراجعه کننده به مطب‌های روانپزشکان و بیمارستان روانپزشکی فارابی، با توجه به پذیرش بیمار برای شرکت در پژوهش، در وهله اول، و انجام مصاحبه بالینی براساس DSM-IV و آزمون میلون ۳، انتخاب شدند. در آغاز، مصاحبة تشخیصی بر اساس DSM-IV، توسط متخصصان اعصاب و روان، از آنها به عمل آمد و سپس جهت اجرای آزمون‌ها به آزمونگر ارجاع داده شدند. به این صورت که از بین مردان ارجاع داده شده افرادی که نمره بالاتر از (BR=۸۴) در آزمون میلون ۳ گرفته بودند و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاکهای DSM-IV، برای اختلالات محور دو (اختلالات شخصیت) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

آزمایش و گواه قرار گرفتند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه). در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (۳۴). همچنین با بکارگیری ملاکهای ورود و خروج زیر معیار همگونی آزمودنیها رعایت گردید: الف- ملاکهای ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی، نداشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی؛ نداشتن مسومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده، داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال؛ داشتن تحصیلات در حد دبیرستان؛ عدم دریافت دارو در زمان تشخیص و در طول دوره‌ی پژوهش ب- ملاکهای خروج مشتمل بر داشتن اختلالات همراه شدید، داشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی، افسردگی شدید؛ قرار داشتن در مسمومیت دارویی یا ترک دارو. جهت گردآوری داده‌های از ابزارهای ذیل استفاده شد:

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت (SCID-II): این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساخت یافته است که برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II بر اساس DSM-IV تدوین شده است. برای تشخیص اختلالات محور II می‌توان از این آزمون به صورت مقوله‌ای یا ابعادی بهره گرفت. پرسشنامه دارای ۱۱۹ پرسش است و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود، میزان تحصیلات لازم برای پاسخ دهی به آن حداقل ۸ کلاس است. آزماینده با توجه به پرسش-هایی که بیمار به آنها پاسخ مثبت می‌دهد مصاحبه را جهت می‌دهد. پایایی و روایی بالای این آزمون در مطالعات مختلف نشان داده شده است (۳۵).

پرسشنامه چند محوری میلون – ۳ (MCMI-III): این پرسشنامه توسط تیودور میلون روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه گردیده است. و شامل ۱۷۵ جمله کوتاه توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون بالاست (۳۶، ۳۷).

مقیاس تکانشوري بارات: مقیاس تکانشوري توسط بارات[1] (۱۹۹۴)، ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ آیتم دارد و آزمودني‌ها به این آیتم‌ها به صورت چهار درجه-اي (۱= به ندرت / هرگز، ۲= گاهگاه، ۳= اغلب، و ۴= تقریباً همیشه) پاسخ مي-دهد. این مقیاس سه مؤلفه بي‌برنامگي و تکانشوري حرکتي و شناختي را اندازه-گیري مي‌کند (۳۸). در یك تحقیق ضریب آلفاي کرونباخ و ضریب پایایي بازآزمایي (بعد از یك ماه) این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ به دست آمد (۳۹). در

1. Barratt

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای بی‌برنامگی ۰/۸۲، تکانشوری حرکتی ۰/۸۶ و تکانشوری شناختی ۰/۸۸ بدست آمد.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از هماهنگی و کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه سازی مسئولین دانشگاه و کسب اجازه از آنها، رضایت افراد نمونه تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس بعد از تکمیل مقیاس میلون ۳ مردان دارای نمره‌ی بالا (BR=۸۴) در این پرسشنامه شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. از بین مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجیه افراد نمونه تحقیق و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در طول دوره درمان این اختلال شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سوالی را بدون جواب نگذارند. گروه آزمایش به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند تا امکان کنترل آنها در جلسات آموزشی مهیا شود. علاوه بر این برای کنترل بهتر این افراد از دو نفر دستیار استفاده شد؛ سپس هر یک از این دو گروه آزمایش تحت آموزش گروهی روان‌درمانگری تحلیلی- شناختی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مدت جلسات درمانی شامل ۱۶ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ی بود و به صورت گروهی و در هفته یکبار در محلی که دانشگاه علوم پزشکی تعیین کرده بود اجرا می‌گردید. در طی این جلسات و بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس-آزمون به عمل آمد. و در نهایت مجدداً افراد نمونه تحقیق بعد از یک دوره ۲ ماهه دوباره به پرسشنامه-ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ضمن اطمینان دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود. ضمناً هیچ افت آزمودنی در دو گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت. برنامه روان-درمانگری تحلیلی- شناختی طی ۱۶ جلسه توسط دو نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی در محلی که توسط دانشگاه علوم پزشکی تعیین شده بود اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای راهنمای درمان شناختی- تحلیلی بر اساس ترتیب جلسات

جلسه	محتوای درمان
جلسه اول	سنجش آغازین، بازنگری فرمول‌بندی، تدوین فهرست مشکلات آماجی بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

	مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار
جلسه دوم	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس جمع‌آوری سابقه شخصی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری
جلسه سوم	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری
جلسه چهارم	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس افکار ناکارآمد، نظام‌های باورها و رفتارهای تکانشی و بدون برنامه بیمار با تمرکز بر انگاره‌های مزاحم (طرد و رها شدگی) و شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتار و در نهایت نوشتن نامه فرمول‌بندی بازنگری شده به بیمار
جلسه پنجم	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول‌بندی نهایی بر اساس فرمول-بندی‌های اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بالینی
جلسه ششم	بازشناسی رخدادهای آشکار ساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار، شناسایی روند آسیب شناسی و در نهایت ارائه فرمول بندی ترسیمی یا هندسی
جلسه هفتم	بازشناسی مشکلات و بی‌ثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری بیمار و بازبینی در پیامد و شدت نشانه‌های بیماری
جلسه هشتم	بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابطه، نشانه‌ها و روش زندگی
جلسه نهم	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام گرفته توسط بیمار
جلسه دهم	تجدید نظر رویه‌ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای تکانشی بر علائم اختلال و آگاهی از نحوه استمرار طرح واره‌های قدیمی مرتبط با اختلال شخصیت مرزی نظیر رها شدگی و تحقیر
جلسه یازدهم	تجدید نظر رویه‌ای براساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری هیجانات منفی بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی
جلسه دوازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی درمانجو، بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع گرایانه
جلسه سیزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی
جلسه چهاردهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرح واره‌های واقع بینانه و دستیابی به تله و موانع رشد درون فردی و بین فردی
جلسه پانزدهم	تجدید نظر رویه‌ای بر اساس بینش افزایی و آگاه سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت زندگی و تعریف مجدد از زندگی
جلسه شانزدهم	نوشتن نامه‌های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و بیمار به هم و نیز خلاصه سازی روند درمان براساس آنچه کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است

یافته‌ها

جهت رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس از آزمون لون استفاده شد. واریانس خطای این متغیر ها در بین اعضای شرکت‌کننده (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی همگنی کووراینس ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است. به منظور بررسی اثر بخشی روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی بر تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزي از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شده است که نتایج در جدول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال اول، شماره ۳، زمستان/۱۳۹۳
صفحات: ۸۹-۷۷

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات تکانشوری در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	آزمایش						کنترل					
	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
بی-برنامگی	۲۲/۴۴	۱/۸۳	۱۷/۴۳	۱/۷۹	۱۳/۴۸	۱/۶۸	۲۲/۶۱	۲/۴۶	۲۱/۶۵	۲/۱۹	۲۰/۸۹	۱/۷۴
شناختی	۲۵/۴۶	۲/۴۵	۱۹/۴۵	۱/۶۳۰	۱۴/۵۴	۱/۷۰	۲۲/۳۵	۲/۱۸	۲۰/۱۸	۲/۲۸	۲۱/۴۸	۱/۵۲
حرکتی	۲۳/۶۴	۲/۶۴	۱۷/۲۰	۱/۸۷	۱۲/۸۷	۱/۵۵	۲۴/۶۶	۳/۸۴	۲۲/۷۰	۱/۷۵	۱۹/۱۶	۱/۸۴
تکانشوری کل	۷۱/۵۴	۳/۵۶	۵۴/۰۸	۳/۸۴	۴۰/۸۹	۲/۸۵	۶۹/۶۲	۵/۸۷	۶۴/۵۳	۴/۲۳	۶۱/۵۳	۳/۵۳

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود نمرات گروه آزمایش در تمام مؤلفه‌های تکانشوری کاهش داشته است. اما در گروه گواه نمرات پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند.

جدول۲: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) برای نمرات تکانشوری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مولفه	SS	DF			MS	F	P	Eta
			گروه	خطا	کل				
تکانشوری	پس‌آزمون بی-برنامگی	۲۱۳/۹۸۲	۱	۳۲	۴۰	۲۱۳/۹۸۲	۱۲۳/۲۸۷	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۹۴
	پیگیری بی برنامگی	۱۸۶/۹۳۵	۱	۳۲	۴۰	۱۸۶/۹۳۵	۱۳۸/۹۸۳	P≤۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	پس‌آزمون حرکتی	۲۱۹/۶۶۵	۱	۳۲	۴۰	۲۱۹/۶۶۵	۱۰۴/۲۰۲	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۶۵
	پیگیری حرکتی	۲۱۶/۱۳۴	۱	۳۲	۴۰	۲۱۶/۱۳۴	۱۷۰/۳۲۲	P≤۰/۰۰۱	۰/۸۴۲
	پس‌آزمون شناختی	۱۸۸/۶۶۴	۱	۳۲	۴۰	۱۸۸/۶۶۴	۱۲۱/۱۲۱	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۹۱
	پیگیری شناختی	۲۳۳/۶۰۵	۱	۳۲	۴۰	۲۳۳/۶۰۵	۱۸۱/۰۸۵	P≤۰/۰۰۱	۰/۸۵۰

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانکوا، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، روان‌درمانگری تحلیلی شناختی بر تکانشگری در مرحله پس‌آزمون (P<۰/۰۰۱، F (۱و ۳۲) =۱۲۳/۲۸۷) و مرحله پیگیری (P<۰/۰۰۱، F (۱و ۳۲) =۱۳۸/۹۸۳)، بر تکانشوری حرکتی در مرحله پس‌آزمون (P<۰/۰۰۱، F (۱و ۳۲) = ۱۰۴/۲۰۲) و تکانشوری شناختی در مرحله پس‌آزمون (P<۰/۰۰۱، F (۱و ۳۲) =۱۲۱۶/۱۲۱) و پیگیری (P<۰/۰۰۱، F (۱و ۳۲) =۱۸۱/۰۸۵) اثر معنی‌داری دارد. میانگین نمرات تعدیل شده بی-برنامگی، تکانشوری حرکتی و شناختی بین گروه‌های آموزشی روان‌درمانگری تحلیلی- شناختی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش تکانشوری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه است.

بحث

هدف پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانگری شناختی-تحلیلی بر کاهش تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج پژوهش

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

حاضر نشان داد که روان درمانگری شناختی- تحلیلی می‌تواند به طور معناداری در کاهش تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر باشد. بدین معنی که روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی، موجب کاهش تکانشگری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این مطالعه نشان داد که مداخله مورد نظر باعث کاهش معنادار تکانشگری در مردان مبتلا به شخصیت مرزی پس از مداخله و پیگیری دو ماه شده است که با نتایج سایر تحقیقات مطابقت دارد (۲۸، ۲۹، ۳۱). در تبیین این نتایج می‌توان گفت، بی-نظمی رفتاری، ناتوانی در تفسیر علامت‌های هیجانی و ناتوانی در تنظیم واکنش-ها، از ابعاد اصلی این اختلال است و با نارسای هیجانی در ارتباط است و موجب می‌شود که واکنش‌های آنها به صورت افراط و تفریط باشد (۴۰). همچنین برخی از محققان، اختلال شخصیت مرزی را حاصل تعامل پویشی مزاج یعنی تفاوت‌های فردی در واکنش‌پذیری هیجانی، حرکتی و خود نظم جویی، سلطة عاطفة منفی، سطح پایین مهارگری، و فقدان حس بهم پیوسته از خود و دیگران می‌دانند (۴۱). بی‌نظمی عاطفی محور نارساکنشی موجود در اختلال شخصیت مرزی و یکی از نشانه‌های متمایز کنندة آن است (۱). این بی‌نظمی عاطفی به صورت واکنش‌های هیجانی قوی (تکانشوری) به محرک هیجانی و بازگشت کند به سطح هیجانی خط پایه است. این بیماران به کندی از حالت هیجانی برانگیخته (خشم، تکانشوری) به حالت عادی باز می‌گردند، به سختی احساس‌های منفی خود را متمایز می‌کنند و از آنها به عنوان احساسات بد استفاده می‌کنند (۴۲). همچنین رفتار آشکار در این افراد به وسیله جریان شناختی، میانجی‌گری نمی‌شود و این افراد نمی‌توانند یاد بگیرند که با کنترل و تغییر فرآیندهای شناختی، رفتار خود را تغییر دهند بنابراین این هیجانات منفی توأم با مهار شناختی ضعیف ممکن است به رفتارهای خودآسیب‌رسان، تکانشی و بدون برنامه منجر شود (۴۳). همچنین برخی الگوهای مغزی با تکانشوری مرتبط است. به نظر می‌رسد که تکانشوری شناختی از نظر فیزیولوژیکی بتواند فرد را مستعد چنین الگویی کند. تکانشوری شناختی، تمرکز، توجه، تفکر، استدلال و درکل پردازش را دچار مشکل می‌کند و در نتیجه میزان رفتارهای بدون برنامه و آنی را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بالا می‌برد (۴۴). روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی افراد را به فکر کردن وا می‌دارد و با تعمیم مهارت‌های اجتماعی در مقایسه با رویکردهای آموزش مستقیم به طرز فعال‌تری بیماران دارای بی ثباتی هیجانی و رفتاری را به آموختن مهارت‌های جدید تشویق می-کند. همچنین در این رویکرد به جای آموزش جداگانه مهارت‌ها به

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

افراد، تلاش می‌شود که با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، مهارت‌های حل مسأله نیز آموزش داده شود و این مهارت‌ها (حل مسأله) به گونه‌ای در آنها تقویت می‌شود که بتوانند شرایط مختلف اجتماعی را با موفقیت پشت سر بگذارند (۴۵). در واقع روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش طرح‌واره‌های طرد و رها شدگی، انزوا، محرومیت هیجانی و وابستگی/ بی-کفایتی و افزایش انعطاف پذیری و عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود (۴۶). اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، رفتارهای خودجرحی و زیان بار، تکانشوری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد (۴۷). در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می-باشد (۴۵). همچنین با آموزش روانی-اجتماعی به مراجعین کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان (به خصوص عملکرد هیجانات) را بفهمند و میزان احساسهای خوب را با تکنیک‌های شناختی جایگزین احساسهای بد کنند و همیشه از رفتارهای دیگران تفکر دو قطبی و قضاوتی نداشته باشند (۳۲). بنابراین پایش رفتار و هیجان خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی‌اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد (۴۸). فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست. بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند (۴۷). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی با بهبود روابط بین شخصی، هیجانی و خودپنداره افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از انجام رفتارهای تکانه‌ای، بدون تفکر و برنامه ریزی نشده با ارتباط مناسب بین بیمار و درمانگر، اصلاح طرح واره‌های آسیب‌زای کودکی و جایگزین کردن طرح واره‌های مناسب به بهبود عملکرد اجتمای این بیماران کمک کند.

در انجام هر پژوهش پژوهشگران با محدودیت‌های مواجه هستند از جمله محدودیت‌های این پژوهش می-توان به محدود بودن جامعه، بیماران بیمارستان فارابی شهر کرمانشاه که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر بیماران و همچنین سایر گروه‌های

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

جامعه با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین نمونه مورد مطالعه فقط مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به علت عدم دسترسی به زنان مبتلا به این اختلال امکان مقایسه این گروه‌ها وجود نداشت و در آخر طول دوره ۳ ماه روان-درمانگری شناختی- تحلیلی که ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آینده از این روش روان درمانگری هم در مراکز کلینیکی و هم برای اختلالات دیگر از جمله افسردگی، خودکشی‌های تکانه-ای، اختلال خوردن، سوء مصرف مواد، اختلالات اضطرابی استفاده شود. در کنار روان‌درمانگری شناختی- تحلیلی از درمانهای دیگری در کنار این درمان در اختلالات شخصیت استفاده شود و این دو روش درمانی با هم مقایسه شوند تا اثربخشی هر کدام مشخص شود.

تشکر و قدردانی

در پایان محققان بر خود لازم می‌دانند که از همه عزیزانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند، از جمله مسئولین دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و تمامی افراد در این پژوهش، نهایت تشکر و قدرانی را داشته باشند.

References:

1. American Association of Psychiatric. Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder: American Psychiatric Pub; 2001.
2. Rahmani F, Kiani MA, Rezaie F, Nasuri M. An experimental investigation of emotional reactivity in aversive situations, and delayed emotional recovery, in patients with borderline personality disorder. Journal of Behavioral Sciences 2013; 7(2): 91-100. [Persian]
3. Kazdin AE. Encyclopedia of psychology: Oxford University Press; 2000.
4. Svrakic DM, Cloninger C. Personality disorders. In: Sadock BJ SV, editor. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9 ed). New York: Williams & Wilkins, 2005.
5. Walters KN. Emotional responses to social rejection and failure among persons with borderline personality features [Dissertation]: University of Alberta; 2006.
6. Judd PH, McGlashan TH. A developmental model of borderline personality disorder: Understanding variations in course and outcome. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2010.
7. Jacob G, Guenzler AC, Zimmermann S, Scheel CN, Rüsch N, Leonhart R, Nerb J, Lieb K. Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. J Behav Ther Exp Psychol 2008; 39(3):391-402.
8. Rüsch N, Lieb K, Göttler I, Hermann C, Scharmm E, Richter H, Jacob GA, Corrigan PW, Bohus M. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. Am J Psychiatr 2007; 164(3):500-8.
9. Stiglmayr CE, Grathwol T, Linehan MM, Ihorst G, Fahrenberg J, Bohus M. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. Acta Psychiatr Scand 2005; 111:372–9.
10. Arntz A, Klokman J, Sieswerda S. An experimental test of the schema mode

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

model of borderline personality disorder. J Behav Ther Exp Psychol 2005; 36:226–39.
11. Links PS HR. Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. Psychiatr Clin N Am 2000; 23:137-50.
12. Mohammadzadeh A, Rezaei A. Validation of the borderline personality inventory in Iran. J Beh Sc 2011;5:269-77.
13. Akbari J, Aghamohamadian H, Ghanbari Hashem Abadi B. Efficacy of cognitive behavioral and pharmacological treatments in anxiety and impulsivity in men with borderline personality disorder. Fundamentals of Mental Health 2008; 10 (4): 317- 323. [Persian]
14. McCown, W. G., Johnson, J. L., & Shure, M. B. The impulsive client: Theory, research and treatment. New York: American Psychological Association; 1994.
15. Richards JB, Mitchell SH, de Wit H, Seiden LS. Determination of discount functions in rats with an adjusting-amount procedure. Journal of the Experimental Analysis Behavior 1997; 67: 353-366.
16. Dawe S, Gullo MJ, Loxton NJ. Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as ‘‘all-bad’’? J Exp Criminol 2012; 32(4): 1507–1518.
17. Imperato PJ, Mitchell G. Cigarette smoking: A "chosen" risk. New York State Journal of Medicine 1986; 86: 485-489.
18. Mitchell SH. Effects of short-term nicotine deprivation on decision-making: Delay, uncertainy and effort discounting. Nicotine Tobacco Research 2004; 6: 819-828.
19. Bickel WK, Odum AL, Madden GJ. Impulsivity and cigarette smoking: Delay discounting in current, never, and ex-smokers. Psychopharmacology 1999; 146: 447-454.
20. Skinner MD, Aubin HJ, Berlin I. Impulsivity in smoking, nonsmoking, and ex-smoking alcoholics. Addictive Behaviors 2004; 29(5): 973-978.
21. Burt RD, Dinn KT, Peterson AV, Sarason IG. Predicting adolescent smoking: A prospective study of personality variables. Preventive Medicine 2000; 30: 115-125.
22. Lejuez CW, Aklin WM, Jones HA, Richards JB, Strong DR, Kahler CW, Read JP. The Balloon Analogue Risk (BART) differentiates smokers and nonsmokers. Experimental and Clinical Psychopharmacology 2003; 11(1): 26-33.
23. Harmsen H, Bischof G, Brooks A, Hohagen F, Rumpf J. The relationship between impaired decision–making, sensation seeking and readiness to change in cigarette smokers. Addictive Behaviors 2006; 31: 581-592.
24. Marriott M, Kellett S. Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centred and cognitive-behavioural therapies. Psychol Psychother 2009; 82: 57-72.
25. Hepple J. Cognitive Analytic Therapy in a Group: Reflections on a Dialogic Approach. British Journal of Psychotherapy 2012; 28: 474-495.
26. Kellett S. Cognitive Analytic Therapy. In Feltham C. & Horton I. 2012 the SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy.Sage. Ch. 2012: 343-350.
27. Benazzi F. Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. Comp Psychiat 2000;41(2):106-10.
28. Kazemi H, Rasoulzade-Tabatabaei sk, Dezhkam M, Azad-Fallah p, Momeni, Kh (2011). Comparison of cognitive analytic therapy, cognitive therapy and medication on emotional instability, impulsivity and social instability in bipolar II disorder. Journal of Behavioral Sciences 2011; 5(2): 91- 99. [Persian]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

29. Ryle A, Kerr IB. Introducing cognitive analytic therapy. John Wiley & Sons Ltd; 2011.
30. Kellett S, Bennett D, Ryle T, Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. Clin Psychol Psychother 2013; 20: 216-25.
31. Ghasemzade NS, Peivastegar M, Hoseinian S, Motabi F, Banihashemi S. Effectiveness of cognitive behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies. J Behav Sci 2010; 4(1):35-43. [Persian]
32. Clarke S, Thomas P, James K. Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2013; 202: 129-34.
33. Tzouramanis P, Adamopoulou A, Bozikas V, Voikli M, Zagora C, Lombtzianidou M, et al. Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome in patients with panic disorder. Psychiatric 2010; 21: 287-93.
34. Delaware A. Theoretical Principles and practical research in the humanities and social sciences, Tehran: Publication roshd; 2001. [Persian]
35. Enferadi SH (2010). Surveying the relation cognitive strategies of emotion regulation with anxiety and depression among students (the comparison between clinical and non-clinical sample) [Dissertation]. Psychiatric institution; 2010.
36. Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2009
37. Sharifi AA , Molavi H, Namdari K. The Validity of MCMI-III (Millon) Scales. Sci and Res in app psych 2008; 34:27-38.
38. Besharat MA. Reliability and factorial validity of farsi version of the Impulsiveness Scale with a sample of Iranian students. J Res Behav Sci 2007; 101(14): 209-222.
39. Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barrett, E. S. Factor structure of the barratte impulsiveness scale. J Clin Psychol 1995; 51(8): 768-774.
40. Walters KN. Emotional responses to social rejection and failure among persons with borderline personality features [Dissertation]: University of Alberta; 2006.
41. Silbersweig D, Clarkin J, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher OL. Failure of Frontolimbic Inhibitory Function in the Context of Negative Emotion in Borderline Personality disorder. Am J Psychiatr 2007; 164:1832-42.
42. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. Compr Psychiatr 2010; 51(3):275-85.
43. Motamedi A, Amirpour B. The effect of thinking styles on anger expression (in-out) and anger control (in-out) in university students. J Behav Sc 2012; 6:17-23.[Persian]
44. Barratt Es. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral. Biological and environmental data. American Psychological Association. J Exp Criminol 1994; 3(1): 12-22.
45. Oldham JM. Guideline Watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. The American Psychiatric Association Press; 2005.
46. Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA. A preliminary randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in woman with borderline personality disorder. J Clin Psychiat 2004; 65:903-7.
47. Ryle A, Kerr IB. Introducing cognitive analytic therapy. John Wiley & Sons Ltd; 2011

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]

48. Fozooni B. Cognitive analytic therapy: a sympathetic critique. Psychotherapy and Politics International 2010; 8: 128-145.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.2.1]