

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی بر علایم اضطراب و تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

* جواد اکبری^۱، دکتر حمید رضا آقا محمدیان^۲، دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی^۳

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

^۲ استاد روان شناسی، ^۳ استادیار روان شناسی - دانشگاه فردوسی مشهد

خلاصه

مقدمه: ارزیابی کارآمدی درمان های اختلال شخصیت مرزی هدف بسیاری از پژوهش ها بوده است. ما تکنیک های شناختی رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آن ها را در این مطالعه مقایسه نمودیم.

روش کار: در این کارآزمایه ی بالینی با مجوز کمیته ی اخلاق دانشگاه، ۴۰ مرد مبتلا، به طور تصادفی در چهار گروه قرار گرفتند. برای تمام بیماران بعد از اخذ رضایت نامه، آزمون اضطراب بک و پرسش نامه ی تکانشگری در مرحله پیش آزمون به کار گرفته شد. برای گروه اول دارو درمانی (لیتیوم و فلوکستین) استفاده شد و برای گروه دوم درمان شناختی رفتاری ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام شد. برای گروه سوم ترکیبی از هر دو درمان به کار رفت. گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نداشتند. آزمون های فوق در مرحله ی پس آزمون نیز در چهار گروه انجام شدند. تغییرات چهار گروه با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس و توکی مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته ها: مقایسه ی نمرات تکانشگری پس آزمون در چهار گروه نشان دهنده ی تفاوت معنی دار بین آن ها بود ($P=0/001$ ، $f=39/71$) به طوری که بر اساس آزمون توکی درمان ترکیبی و درمان دارویی بهبود بیشتری را نسبت به دو گروه دیگر داشتند ($P=0/001$). مقایسه ی نمرات اضطراب پس آزمون نیز در چهار گروه نشان دهنده ی تفاوت معنی دار بین گروه ها بود ($P=0/006$ ، $f=5/11$) به طوری که درمان روان شناختی در مقایسه با هر سه گروه دیگر بهبود بیشتری را حاصل کرده بود ($P=0/001$).

نتیجه گیری: درمان شناختی رفتاری با هدف قرار دادن علایم تکانشگری و اضطراب در این اختلال می تواند موجب تعدیل علایم شود.

واژه های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، اضطراب، تکانشگری، دارو درمانی، درمان شناختی رفتاری

مقدمه

رفتارهای مکرر خودکشی، ژست ها یا اقدام به خودکشی. بی ثباتی عاطفی و واکنش های خلقی از دیگر خصیصه های شایع اختلال هستند (دوره های شدید دیسفوریک، تحریک پذیری یا اضطراب که برای ساعات کم و به ندرت برای بیشتر از چند روز دوام می یابد). بعضی تجربه ی نامتناسب خشم شدید یا مشکل در کنترل خشم دارند. برای مثال، آن ها ممکن است از کوره در بروند، احساس همیشگی خشم، آشفتگی های کلامی یا اقدام به درگیری فیزیکی کنند. اختلال شخصیت مرزی رایج ترین اختلال شخصیتی است و در تمام فرهنگ های جهان گزارش شده است (۲).

اختلال شخصیت مرزی سندرم پیچیده ای است که خصیصه های مرکزی آن بی ثباتی خلق، اختلال کنترل تکانه و اختلال در ارتباطات بین فردی است (۱). برخی مبتلایان در یک یا بیشتر حوزه ها، آسیب رسان تکانشی هستند مثل بی مسئولیتی، ولخرجی، قماربازی، درگیری در رفتارهای جنسی ناسالم، سوء مصرف دارو یا الکل، بی پروایی در رانندگی یا پر خوری، خود آسیب رسانی و

آدرس مؤلف مسئول: ایران، مشهد، میدان آزادی، دانشگاه فردوسی، دانشکده ی علوم تربیتی و روان شناسی

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۷۸۳۰۰۸ Email:javadakba@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۶/۱۱/۸ تاریخ تایید: ۸۷/۴/۸

به همین روش مورد پژوهش قرار گیرد. با این وجود برای این گروه بیماران، ایجاد تعدیل‌هایی در شناخت درمانی استاندارد ضروری است (۶).

به کارگیری تحلیل رفتاری، استنباط شناختی و طرحواره‌های عقاید مرکزی می‌تواند در بافت شناخت رفتاری استاندارد به عنوان آموزش کنترل تکانه، کاهش تنش / آشفته‌گی و خود آرام‌سازی دنبال شود (۷).

در شناخت درمانی در مورد اختلال شخصیت مرزی، تغییر باورهای بنیادین و نیز تغییر رفتارهای خود فرسا، یا رفتارهایی که به دیگران آسیب می‌رساند، مورد تاکید قرار می‌گیرد (۴). تحقیقات اخیر شواهد بیشتری در بهبود سریع علائم دارند (۸). در نتیجه ی یک تحقیق تصادفی کنترل شده، درمان شناختی رفتاری (CBT)^۲ به علاوه درمان رایج (TAU)^۳ و CBT با TAU به تنهایی در ۱۰۶ مشارکت کننده با ملاک‌های واجد شرایط برای BPD اقدام به خودکشی، بستری در بیمارستان و حالت اضطراب، افکار نارساکنش^۴ و اقدام به خودکشی کاهش یافته بود (۹). در تحقیق با راهنمای کمکی درمان شناختی (MACT)^۵ که در ۳۰ بیمار با BPD با تمرکز بر خود آسیب‌رسانی عمدی انجام شده بود، در طول ۶ ماه نتایج نشان داد که MACT به طور معنی‌داری با حداقل فراوانی آسیب‌رسانی عمدی برای انجام مداخلات و با کاهش معنی‌داری بر فراوانی آسیب‌رسانی عمدی و شدت آن در شش ماه پیگیری ارتباط دارد (۱۰).

در تحقیقی که بنزاده و غفاری‌نژاد در یک بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام دادند، کاربامازپین به میزان ۴۰۰ میلی گرم در روز و فلوکستین ۴۰ میلی گرم در روز سبب بهبود نسبی در علائم و کنترل تکانه‌های بیمار بعد از یک ماه می‌شود (۱۱). ارتباط این اختلال با تلاش و اقدام به خودکشی مداخلات روانی اجتماعی را به طور جدی می‌طلبد، حتی وقتی دارو درمانی به صورت تلفیقی به کار رود (۱۲). کمبود تحقیقات در زمینه ی روان درمانی و دارو درمانی اختلال شخصیت مرزی احساس می‌شود.

اختلال شخصیت مرزی (BPD)^۱ در ۰/۲ تا ۱/۸ درصد از جمعیت عمومی رخ می‌دهد. شیوع بالاتر اختلال در بین بیماران روان پزشکی یافت می‌شود، تخمین زده می‌شود ۸ تا ۱۱ درصد از بیماران سرپایی و ۱۴ تا ۲۰ درصد بیماران بستری ملاک‌های کامل BPD را دارند (۳). اگرچه مشکلات بیماران مرزی احتمالاً متنوع است با وجود این آن‌ها را می‌توان در چهار گروه عاطفی، شناختی، بین فردی و رفتاری دسته‌بندی کرد.

در مدل شناختی، اهمیت اصلی به باورها و فرض‌های فرد داده می‌شود که به عنوان عواملی در نظر گرفته می‌شوند که در درک و تفسیر وقایع‌ها و شکل دهی واکنش‌های هیجانی و رفتاری نقش دارند. مدل درمان شناختی بر این فرض استوار است که ساختارهای شناختی برجسته، به صورت سلسله‌وار درجه‌بندی و سازمان بندی شده‌اند. ممکن است در یک طبقه، تعداد وسیعی از مشکلات درمان جو جای گرفته باشد و درمان، با تغییر یک یا چند طرحواره صورت می‌پذیرد. این فرمول‌بندی، با نظریه‌های برجسته ی معاصر مانند ساختار شناخت و رشد شناختی مطابقت دارد که در همه ی آن‌ها، طرحواره‌ها به عنوان عامل تعیین کننده ی قوانین راهبردی حاکم بر رفتار در نظر گرفته می‌شوند. طرحواره‌ها، سکان تنظیم و تعیین کیفیت زندگی و جهت‌یابی آن‌را به عهده دارند.

در این افراد، باورهای بنیادین ناکارآمد به طرز چشم‌گیری محدود است، هیچ باور جایگزین سازگارانه ی دیگری هم که قابل دسترسی باشد وجود ندارد. وظیفه ی درمانگر در اختلالات شخصیت، درگیر کردن آن‌ها با افکار و رفتارهای سازگارانه‌تر و کاهش دادن شدت مطلق‌نگری و خودکامگی در افکار و رفتارهای آن‌ها است. بنا بر این لازم است درمان به سمت کمک به این فرآیند، برنامه‌ریزی و تنظیم شود (۴). بر اساس راهنمای عملی انجمن روان پزشکی آمریکا، درمان اولیه برای BPD روان درمانی است (۵). 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 BPD نیز باید

1. Borderline Personality Disorder

2. Cognitive Behavior Therapy

3. Treatment –As-Usual

4. Dysfunction thoughts

5. Manual Assisted Cognitive Therapy

شده در این پژوهش از مدل آسیب‌شناسی بک و متمرکز بر طرح‌واره استفاده شده است. در این تکنیک، روش تعدیل یافته از آموزش شناخت درمانی استاندارد 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 می‌کرد، شکل می‌گرفت. در طول درمان اگر لازم می‌شد تعدیل مناسبی در طرح درمانی ایجاد می‌گردید.

روند درمان شامل بخش‌های متفاوتی بود: الف: آموزش و توضیح منطقی درمان با توجه به میزان درک بیماران و با زبان ساده همراه با مثال‌ها و با تاکید بر عناصر اصلی این رویکرد درمانی، هم در جلسه درمان و هم در خارج از جلسه. ب: شناسایی باورهای بنیادین و افکار خود آیند با استفاده از پرسش‌نامه ی خودسنجی و بازبایی خاطره‌ها و تجربیات قبلی. ج: اصلاح افکار و باورهای بنیادین همراه با فنون رفتاری. د: ارائه ی تکالیف خارج از جلسه و مرور آن‌ها در آغاز هر جلسه. در گروه درمان دارویی، بیماران تحت درمان با ۳۰۰ میلی گرم کرنات لیتوم، ۳ بار در روز و فلوکستین ۱۰ میلی گرم روزانه توسط روان پزشک قرار گرفتند و مصرف دارو توسط مراقب مربوطه کنترل می‌شد. گروه کنترل تا پس از اجرای پیش‌آزمون هیچ گونه درمانی دریافت نکردند. در پایان دوره تحقیق آزمودنی‌ها توسط پرسش‌نامه‌ها مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه ی چند محوری بالینی میلون ۳ (میلون ۱۹۸۳): از ۱۷۵ پرسش درست - نادرست تشکیل شده و شامل سه مقیاس اعتباری، ده مقیاس الگوی شخصیت بالینی، سه مقیاس آسیب‌شناختی شخصیتی شدید، شش مقیاس نشانگان بالینی و سه مقیاس نشانگان شدید می‌باشد. افخم ابراهیمی و صالحی (۱۳۷۹) با اجرای این آزمون در مورد ۱۴۰ بیمار سرپایی در تهران و انجام مصاحبه ی بالینی و سازمان یافته به بررسی میزان توافق مصاحبه‌های بالینی و سازمان یافته با آن پرداخته‌اند. نتایج به دست آمده همگرایی متوسطی را بین دو نوع مصاحبه با پرسش‌نامه میلون نشان داده است. سایر منابع، حساسیت مقیاس‌ها را از ۵۰٪ تا ۷۹٪ و توان پیش‌بینی منفی را از ۹۱٪ تا ۹۸٪ و توان تشخیص کلی را از ۸۸٪ تا ۹۹٪ گزارش کرده‌اند (۱۳).

به این منظور تحقیق حاضر با هدف مقایسه درمان دارویی، روان درمانی شناختی رفتاری، ترکیب هر دو با گروه شاهد بر روی بیماران مبتلا به این اختلال طرح ریزی و انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع کاربردی با روش تجربی، با گروه کنترل و گروه آزمایشی است و با طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گمارش تصادفی انجام شد. نمونه ی پژوهش عبارت است از ۴۰ نفر مرد مبتلا به BPD در زندان مشهد بود که در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۲ سال بودند. روش نمونه گیری از نوع در دسترس بود که با بررسی پرونده های افراد در زندان، ۲۲ نفر که توسط روان پزشکان در کمیسیون تشخیص BPD دریافت کرده بودند، انتخاب شده و ۱۸ نفر دیگر از افرادی بودند که برای دریافت خدمات روان پزشکی به کلینیک زندان مراجعه کرده بودند و پرسش‌نامه ی میلون و مصاحبه ی تشخیصی سازمان یافته براساس ملاک های DSM-IV برای این گروه اجرا شد. بیماران انتخاب شده با گمارش تصادفی به چهار گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند، گروه اول درمان دارویی (n=۱۰)، گروه دوم درمان شناختی رفتاری (n=۱۰)، گروه سوم درمان ترکیبی (n=۱۰) دریافت نمودند و گروه چهارم گروه کنترل (n=۱۰) بود که در طی تحقیق مداخله ای بر روی آن‌ها انجام نشد.

شیوه ی اجرا: بیمارانی وارد طرح شدند که درمان دارویی دیگری را هم زمان مصرف نمی‌کردند و رضایت‌نامه ی شرکت در تحقیق را تکمیل نموده بودند. تحقیق حاضر توسط معاونت پژوهشی دانشکده ی علوم تربیتی و روان‌شناسی مشهد مورد تایید قرار گرفته است.

اضطراب و تکانشگری هر آزمودنی قبل از شروع مداخلات با استفاده از آزمون اضطراب بک و چک لیست تکانشگری مورد پیش‌آزمون قرار گرفت، سپس هر گروه در معرض متغیر مستقل قرار گرفت. برای گروه شناختی رفتاری ۱۶ جلسه ی گروهی ۱/۵ ساعته تشکیل شد و برای گروه تلفیقی هم به همین منوال بود. تکنیک‌های شناختی-رفتاری به کار گرفته

درمانی و به منظور این که بین کدام روش های درمانی تفاوت معنی داری وجود دارد از آزمون توکی استفاده شده است.

نتایج

همان گونه که ذکر شد ۴۰ بیمار مرد مبتلا BPD وارد مطالعه شدند. میانگین سنی آن ها ۲۳ سال با انحراف معیار ۶/۷ سال بود. بیماران در محدوده ی سنی ۲۰ تا ۳۲ سال قرار داشتند. شایع ترین سطح تحصیلات مدرک راهنمایی با ۴۷/۱٪ بود و اکثر آن ها کار آزاد داشتند (۷۹/۴٪).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و تکانشگری

در چهار گروه مورد بررسی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	تکانشگری	اضطراب	تکانشگری	اضطراب
میانگین	۱۲/۸۵	۳۶/۸۷	۱۱/۱۲	۱۸/۶۲
SD	۰/۹۹۱	۸/۱۱۴	۱/۴۵۷	۲/۴۴۶
میانگین	۱۲/۴۴	۳۳/۳۳	۶/۶۶	۲۹/۴۴
SD	۱/۷۴۰	۸/۶۶۰	۱	۸/۰۳۳
میانگین	۱۲/۳۷	۳۹/۱۲	۷/۱۲	۳۱/۸۷
SD	۲/۱۳۴	۱۰/۳۱۵	۱/۵۵۲	۱۰/۹۸۶
میانگین	۱۲/۸۸	۳۴/۲۲	۱۲/۲۲	۳۳/۱۱
SD	۱/۰۹۳	۸/۳۶۳	۱/۲۰۲	۹/۲۹۳
میانگین	۱۲/۶۲	۳۵/۷۶	۹/۲۹	۲۸/۴۴
SD	۱/۴۹۸	۸/۷۷۳	۲/۸۰	۹/۷۹۲

همان طور که در جدول شماره (۱) مشهود است میانگین نمرات پرسش نامه ی تکانشگری به طور کل در پیش آزمون ۱۲/۶۲ و در پس آزمون ۹/۲۹ و میانگین نمرات اضطراب بک در پیش آزمون ۳۵/۷۶ و در پس آزمون ۲۸/۴۴ به دست آمد. میانگین نمرات پرسش نامه ی تکانشگری در گروه های دارو درمانی و ترکیبی به طور جداگانه در مراحل پس آزمون کاهش یافته است و نمرات اضطراب در گروه شناختی رفتاری در مرحله ی پس آزمون کاهش یافته است، به بیان دیگر نتایج تفاضل میانگین های پس آزمون و پیش آزمون نشان می دهد که آزمودنی های گروه درمان شناختی رفتاری در متغیر اضطراب و گروه درمان دارویی و ترکیبی در متغیر تکانشگری های بیشترین نتیجه را به دست آورده اند. مقایسه میانگین های نمرات پرسش نامه ی تکانشگری با استفاده از تحلیل واریانس نشان

آزمون اضطراب بک: این پرسش نامه که در سال ۱۹۸۸ به وسیله بک و همکاران ساخته شده، پرسش نامه خودسنجی ۲۱ پرستی است که شدت کلی اضطراب را می سنجد. آزمودنی شدت هر یک از علایم را با استفاده از مقیاسی چهار درجه ای از (اصلا) تا (شدید، نمی توانم آن را تحمل کنم) درجه بندی می کند. نمره گذاری با جمع نمره های ۲۱ پرسش انجام می شود. بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسش نامه را به روش باز آزمایی بر روی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله یک هفته، ۰/۷۵ نشان دادند. ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز برای پرسش نامه بر روی ۱۶۰ نفر بیمار سرپایی به دست آمد. فدریخ و همکاران نیز در سال ۱۹۹۲ ضریب پایایی ۰/۶۷ و ضریب آلفای ۰/۹۴ را برای ۴۰ بیمار سرپایی گزارش کردند (۱۴). در مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان روزبه انجام شد، پایایی این آزمون در جمعیت سالم و بالینی نشان داده شده است. در این پژوهش که بر روی ۵۶ فرد ناباور انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد (۱۵).

چک لیست تکانشگری: شامل ۱۵ گویه است که به صورت بلی / خیر پاسخ داده می شود. گویه های این چک لیست از پرسش نامه ی شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (MMPI) و آزمون بالینی چند محوری میلون برگرفته شده است. نتایج اجرای مقدماتی روی ۳۰ فرد با BPD نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل چک لیست ۰/۶۷ بوده است و پایایی آن نیز ۰/۶۷ می باشد. روایی پرسش نامه از طریق محاسبه ی ضریب همبستگی آن با آزمون خویشتن داری بر روی ۳۰ نفر آزمودنی تعیین گردید و ضریب همبستگی ۰/۳۴- بود که از روایی قابل قبول پرسش نامه حکایت دارد.

جهت بررسی نتایج و یافته های پژوهش داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی جهت تنظیم جداول توزیع فراوانی و از آمار استنباطی و تحلیل واریانس جهت بررسی فرضیه ی پژوهش مبنی بر اثر بخشی های

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory

جدول ۳ - نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پس آزمون در

پرسش نامه ی اضطراب بک

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	P
بین گروهی	۱۰۷۰/۵۲	۳	۳۵۶/۸۴	۵/۱۱	۰/۰۰۶
درون گروهی	۲۰۹۳/۸۶	۳۰	۶۹/۷۹		
مجموع	۳۱۶۴/۳۸	۳۳			

هم چنین مقایسه ی نمرات پس آزمون اضطراب بر اساس پرسش نامه ی بک نیز (جدول شماره ۳) نشان دهنده ی تفاوت معنی داری بین ۴ گروه بود ($f=۵/۱۱$, $P=۰/۰۰۶$). آزمون توکی به منظور تحلیل دقیق تر تفاوت معنی دار میانگین های گروه های چهارگانه در متغیرهای اضطراب و تکانشگری به کار گرفته شد.

می دهد که این میانگین ها از لحاظ آماری در موقعیت پیش آزمون تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارند. ($f=۰/۲۰۷$, $P<۰/۰۵$)

تجزیه و تحلیل واریانس یک عاملی، تفاوت معنی داری در نمره‌های پیش آزمون پرسش نامه ی اضطراب بک ($P<۰/۵$), ($f=۰/۷۳۹$) نشان نداد.

مقایسه ی نمرات پس آزمون تکانشگری با استفاده از آزمون تحلیل واریانس در ۴ گروه مورد بررسی (جدول شماره ۲) نشان داد که تفاوت معنی داری بین آن ها وجود دارد ($f=۳۹/۷$, $P=۰/۰۰۱$).

جدول ۲ - نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پس آزمون پرسش نامه ی تکانشگری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	P
بین گروهی	۲۰۳/۷۵	۳	۶۷/۹۲	۳۹/۷۱	۰/۰۰۱
درون گروهی	۵۱/۳۱	۳۰	۱/۷۱		
مجموع	۲۵۵/۰۶	۳۳			

جدول ۴ - مقایسه ی تغییرات اضطراب و تکانشگری در گروه‌های چهارگانه بیماران مبتلا به

اختلال شخصیت مرزی با استفاده از آزمون توکی

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	معنی دار
تغییرات تکانشگری	درمان شناختی رفتاری	درمان دارویی	۴/۰۲۸	۰/۶۹۲	۰/۰۰۱
		درمان ترکیبی	۳/۵۰۰	۰/۷۱۲	۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۱/۱۹۴	۰/۶۹۲	۰/۳۲۸
	درمان دارویی	درمان ترکیبی	۰/۵۲۸	۰/۶۹۲	۰/۸۷۰
		گروه کنترل	۵/۲۲۲	۰/۶۷۱	۰/۰۰۱
	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۴/۶۹۴	۰/۶۹۲	۰/۰۰۱
تغییرات اضطراب	درمان شناختی رفتاری	درمان دارویی	۱۴/۳۶۱	۲/۲۹۷	۰/۰۰۱
		درمان ترکیبی	۱۱	۲/۳۶۴	۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۱۷/۱۳۹	۲/۲۹۸	۰/۰۰۱
	درمان دارویی	درمان ترکیبی	۳/۳۶۱	۲/۲۹۸	۰/۴۷۲
		گروه کنترل	۲/۷۷۸	۲/۲۲۹	۰/۶۰۳
	درمان ترکیبی	گروه کنترل	۶/۱۳۹	۲/۲۹۸	۰/۵۶

رفتاری باعث بهبود معنی دار بیشتری نسبت به هر ۳ گروه دیگر داشته است ($P=۰/۰۰۱$) اما درمان های دیگر تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه ی ما نشان داد که میزان تکانشگری در گروهی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که درمان دارویی به تنهایی و یا همراه با روان درمانی شناختی رفتاری دریافت نمودند به طور

همان طور که جدول (۴) نشان می دهد، تغییرات نمرات تکانشگری در گروه های تحت درمان دارویی و درمان های ترکیبی نسبت به درمان شناختی رفتاری به تنهایی و گروه کنترل به طور معنی داری بیشتر بود ($P<۰/۰۰۱$). در حالی که تفاوت معنی داری بین درمان های ترکیبی و دارویی در کاهش علائم تکانشگری ($P=۰/۸۷$) و بین درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل ($P=۰/۳۲۸$) دیده نشد. در رابطه با تغییرات نمره ی اضطراب بک نیز مشاهده شد که درمان شناختی

بومی نیز جهت کنترل علایم اختلال شخصیت مرزی مورد توجه بوده است. بنزاده بهبود نسبی علایم اختلال در کنترل تکانه را در بیماران، با استفاده از ترکیب درمانی فلوکستین و کاربامازپین گزارش نمود (۱۱).

آن چه که می توان از این پژوهش نتیجه گرفت این است که گرچه برخی در مورد درمان پذیری این اختلال تردید دارند، اما درمان شناختی رفتاری می تواند با هدف قراردادن علایم در این اختلال موجب تعدیل آن ها شود. کاربرد این درمان با تاکید برمدت زمان طولانی درمان موثر است. احتمالاً تاثیر این گونه درمان ها بر روی علایم خلقی از جمله اضطراب بسیار بارزتر خواهد بود. چنان چه علایم پرخاشگری و تکانشگری مشکل اصلی بیماران باشد، به نظر می رسد بهتر است از درمان های بیولوژیک از جمله دارو درمانی استفاده نمود که ترکیب لیتیم کربنات با فلوکستین می تواند پیشنهاد مناسبی باشد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی است که ضروری است در مطالعات آتی مد نظر باشد، از جمله تعداد کم افراد نمونه که می تواند تعمیم بالقوه نتایج و قدرت آماری را تحت تاثیر قرار دهد، پایین بودن نسبی سطح تحصیلات آزمودنی ها، استفاده از چک لیست به دلیل در دسترس نبودن ابزار معتبر و پایا، وجود همبندی مرضی در آزمودنی ها، کوتاه بودن جلسات و طول مدت درمان از دیگر کاستی های تحقیق است که به دلیل محدودیت زمانی بوده است.

تشکر و قدردانی

محققین از تمام بیماران شرکت کننده در تحقیق و کارکنان محترم زندان مشهد کمال سپاسگزاری را دارند. این تحقیق هیچ گونه منفعت شخصی برای محققین نداشته و در انجام آن حمایت مالی دریافت نشده است.

معنی داری کاهش بیشتری را نشان داد ($P=0/001$). هم چنین اضطراب این گونه بیماران توسط درمان شناختی رفتاری کاهش معنی داری را نسبت به سایر گروه ها داشت ($P=0/006$).

در تحقیق وینبرگ و همکاران (۲۰۰۴) درمان شناختی رفتاری باعث کاهش فراوانی در تکانشگری شد (۱۰)، که پژوهش حاضر چنین تاثیری را به دنبال نداشت. یکی از دلایل اختلاف نتیجه ممکن است به علت مدت زمانی پیگیری متفاوت در دو تحقیق باشد. از سوی دیگر تکنیک شناختی رفتاری باعث کاهش میزان اضطراب در مبتلایان شد که این یافته با نتایج پژوهش پیشین که روش شناختی رفتاری را در درمان اختلال شخصیت مرزی به کار بردند تا حدی هم خوانی دارد.

هم چنین نتیجه ی حاصل از این تحقیق با نتایج تحقیق تصادفی کنترل شده که درمان شناختی رفتاری را در درمان اختلال شخصیت مرزی به کار بردند همبستگی است. در آن مطالعه، شواهد مثبتی از سودمندی CBT را بر فهرست علایم آشفتگی اضطراب و افکار نارسا ارایه دادند (۸).

موثر بودن مداخلات شناختی رفتاری در کنترل علایم اضطرابی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی در بسیاری از مطالعات، همسو با مطالعه ی ما مورد تایید قرار گرفته است (۹، ۱۲، ۱۷).

بر اساس مطالعه ی ما درمان دارویی فلوکستین همراه با کربنات لیتیم باعث کاهش علایم تکانشگری در بیماران شد. این نتیجه همسو با مطالعه مداخله ای تصادفی که از فلوکستین در درمان استفاده نموده بود، می باشد. این مطالعه کارآیی معنی داری در کاهش علایم پرخاشگری و تکانشگری توسط دارو را نشان داد (۷). در همین راستا در تحقیقی در سال ۱۹۹۲ مارکویتز^۱ به این نتیجه رسید که فلوکستین باعث تغییرات مثبتی در تکانشگری، نوسانات خلقی و خصومت می شود (۱۶).

کار آزمایشی بالینی دو سوکور دیگری نیز نشان داد که لیتیم باعث کاهش تکانشگری و خشم در این بیماران می گردد (۲). همان گونه که قبلاً اشاره شد، درمان های دارویی در مطالعات

¹. Marcowitz

References

1. Paris P. Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2005; 50(1): 436.
2. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, et al. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder; Practice section of the APA 2001. [cited 2001]. Available from: <http://www.psych.org>
3. Linda A, McDavid J, Linehan MM. Pharnacotherapy for borderline personality disorder. A review of the literature and recommendation for treatment. *J Clin Psychol Med Set* 1999; 6(1): 114.
4. Davidson KM. [Cognitive therapy for personality disorder]. Shams G. (translator). 1st ed. Tehran: Roshd; 2004: 53-6, 133. (Persian)
5. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1-5.
6. Simons G. [Cognitive behavioral therapy]. Galali A. (translator). 1st ed. Tehran: Padra; 2005: 296. (Persian)
7. Peterson D. Borderline personality disorder. 1st ed. Wellington New Zealand: The mental health commission; 1999: 34.
8. Paris J. Borderline personality disorder. *CMA Med* 2005; 172(12): 1580.
9. Davidson K, Norric J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Result from the Boscot trial. *Research*. USA: University of Glasgow, Gart navel Royal hospital, 2007: 104-5.
10. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter CJ. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patient. USA: Belmont; 2004: 36.
11. Banazadeh N, Ghaffarinejad AR. [A case report of blood sucking behavior in a patient with borderline personality disorder]. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2004; 12(1): 84-8. (Persian)
12. Libe K, Zanarini MC, Schmal C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorders. *Lancet* 2004; 364: 453-61.
13. Sharifi A, Karami A. [A guide for the Millon clinical multiaxial inventory III]. 1st ed. Tehran: Ravansanji; 2006: 27-9. (Persian)
14. Groth-Marnat G. [Handbook of psychological assessment]. Pasha Sharifi H. (translator). 2nd ed. Tehran: Roshd; 1996: 225-6. (Persian)
15. Kaviani H, Sadat Moosavi A, Mohit A. [Interview and psychological test]. 1st ed. Tehran: Sana; 2001: 169. (Persian)
16. Markowitz PI. Effect of fluoxetine on self-injurious behavior in the developmentally disabled: A preliminary study. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12(1): 27-31.
17. Gunderson J, Gabard GO. Psychotherapy for borderline personality disorder. Washington. DC: American Psychiatry; 2000: 22.