

## اثربخشی روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی، روان‌درمانگری شناختی و دارودرمانگری در کاهش بی‌ثباتی هیجانی، تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی II

### Comparison of cognitive analytic therapy, cognitive therapy and medication on emotional instability, impulsivity and social instability in bipolar II disorder

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۱۹

Kazemi H. *PhD*<sup>✉</sup>, Rasoulzade-Tabatabaei S.K. *PhD*  
Dezhkam M. *PhD*, Azad-Fallah P. *PhD*, Momeni, Kh. *PhD*

حمید کاظمی<sup>✉</sup>، سید کاظم رسولزاده طباطبایی<sup>۱</sup>  
محمود دژکام<sup>۲</sup>، پرویز آزادفلاح<sup>۱</sup>، خلیل مومنی<sup>۳</sup>

#### Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to compare cognitive analytic therapy [CAT] with medication, cognitive therapy [CT] with medication and medication alone on reduction of emotional instability, impulsivity and social instability in bipolar II disorder.

**Method:** In this study, 48 enrollees were randomly assigned to 3 groups of bipolar mood disorder (BMD) II patients based on the three styles of therapy: 16 patients were assigned to cognitive analytic therapy with medication, 16 patients to cognitive therapy with medication and 16 patients medication alone. All of the patients completed "Psychological File Questionnaire" that assesses traps, dilemmas and snags before and after treatment.

**Results:** The findings of this study show significant differences between three groups of therapy. Considering traps, dilemmas and snags, cognitive analytic therapy with medication is significantly more effective than the two other groups. The reduction in medication only group was not significant.

**Conclusion:** The results of this study show the significant effects of cognitive analytic therapy with medication on reduction of traps, dilemmas, and snags in bipolar II patients as compared to other groups. Consequently, it is expected that emotional instability, impulsivity and social instability reduce significantly in this group. Such an effect was not found in medication only group.

**Keywords:** Bipolar Mood Disorder, Borderline Personality Disorder, Cognitive Analytic Therapy, Cognitive Therapy

#### چکیده

**مقدمه:** هدف از تحقیق حاضر مقایسه میزان اثربخشی روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی همراه با دارودرمانگری، روان‌درمانگری شناختی همراه با دارودرمانگری و دارودرمانگری به‌تنهایی در کاهش بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی نوع دو بود.

**روش:** در این مطالعه، سه گروه ۱۶ نفری از مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی انتخاب شده و به‌طور تصادفی به سه گروه آزمایشی روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی همراه با دارودرمانگری، روان‌درمانگری شناختی همراه با دارودرمانگری و دارودرمانگری بدون مداخله روانشناختی گمارده شدند. قبل و پس از دوره درمان، پرسشنامه فایل روان‌درمانگری توسط آزمودنی‌های تکمیل شد. این پرسشنامه آزمودنی‌ها را از لحاظ سه الگوی دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع بررسی کرد. داده‌ها به کمک روش تحلیل کوواریانس تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** در متغیر دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع در گروه روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی همراه با دارودرمانگری کاهش معناداری نسبت به گروه شناخت‌درمانی همراه با دارودرمانگری و گروه دارودرمانگری به‌تنهایی مشاهده شد. در گروه شناخت‌درمانگری همراه با دارو درمانگری این کاهش نسبت به گروه دارودرمانگری به‌تنهایی معنادار بود و کاهش معناداری در گروه دارودرمانگری به‌تنهایی مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد اثربخشی روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی در کاهش الگوی ناسازگارانه دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی دو، بیش از شناخت‌درمانگری همراه با دارودرمانگری و دارودرمانگری به‌تنهایی می‌باشد و به دنبال آن انتظار می‌رود که کاهش معناداری در سطح بی‌ثباتی هیجانی، تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی در این گروه مشاهده شود. ولی این کاهش معنادار در گروهی که تنها دارودرمانگری را دریافت نمودند، مشاهده نشد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال دو قطبی، اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانگری شناختی-تحلیلی، روان‌درمانگری شناختی

✉ **Corresponding author:** Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran  
Email: Kazemi20002001@yahoo.com

✉ گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد خمینی‌شهر، اصفهان، ایران

## مقدمه

محیط پیرامون را از مدت‌ها قبل درونی ساخته است و لذا پاسخ‌های فیزیولوژیایی و روانشناختی کنونی فرد به بافت اجتماعی یادآور و نماینده رویدادها و قضاوت‌های درونی شده‌ای است که در گذشته فرد در برخورد با همین بافت اجتماعی درونی ساخته است [۵].

در زمانی که علائم اختلال خلق تشدید می‌شود استفاده از درمان‌های دارویی، قبل از ورود به جلسات روان‌درمانگری یا همزمان با آن الزامی می‌شود. در چنین شرایطی، بیماری که از استفاده از دارو اجتناب می‌کند، ممکن است در جلسات روان‌درمانگری شرکت نکند و یا به‌طور ناتمام آن را رها سازد. در درمان اختلال شخصیت مرزی و اختلالات خلقی، روان‌درمانگری شناختی تحلیلی بر شیوه و سبک حفظ نگرش‌های منفی نسبت به‌خود و نگرش‌های مطیعانه (Submissive) نسبت به دیگران تمرکز دارد که این نگرش‌ها در نهایت منجر به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد می‌شود [۶]. اثربخشی درمانگری شناختی تحلیلی بر میزان دستیابی به اهداف این روان‌درمانگری است. در این درمان هدف، درک این مطلب است که چرا فرد مبتلا به اختلال خلق دوقطبی II شیوه‌های تفکر و عمل خود را که سبب حفظ مشکل می‌شود تغییر نمی‌دهد. بنابراین بر این اساس اهداف پویای درمان متمرکز بر اصلاح و تغییر الگوهای ناسازگارانه و تکراری تفکر و رفتار است [۵]. اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری در کاهش الگوهای ناسازگار تفکر و رفتار در تحقیقات گوناگون مورد تأیید قرار گرفته است [۷ و ۸] ولی هنوز این تأیید در زمینه روان‌درمانگری شناختی تحلیلی صورت نگرفته است.

در روان‌درمانگری شناختی تحلیلی این الگوهای ناسازگارانه و تکرارشونده تحت سه زیر مجموعه طبقه‌بندی می‌شوند که عبارتند از: دام‌ها (Traps)، دوراهی‌ها (Dilemmas) و موانع (Snags). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی II در برخورد با رویدادها و محیط بیرونی از دام‌ها استفاده می‌کند. "دام‌ها" اشاره دارد به حفظ و نگهداری افکار بنیادین منفی که خود منجر به شکل‌گیری رفتارهایی می‌شود که پیامد این زنجیره رفتارها [که معمولاً پاسخ به دیگران است] خود، سبب تأیید این افکار بنیادین می‌شود. قرارگرفتن بر سر "دوراهی" به این معنا است که احتمالات ممکن برای یک عمل یا یک ارتباط، تنها محدود به انتخاب‌های دوقطبی می‌شود به این معنا که، تنها انتخاب آشکار، پیروی از انتخابی است که کمتر قابل اعتراض باشد و یا شدیداً قابل اعتراض باشد و "موانع" که در آن اهداف مناسب رها می‌شوند و یا توسط خود فرد، تخریب می‌شوند، زیرا فرد معتقد است که رسیدن به این اهداف برای خود فرد و یا دیگران خطرناک است و لذا فرد این اهداف را طرد می‌کند. در روان‌درمانگری شناختی تحلیلی، دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع از طریق فایل روان‌درمانگری و

اختلال دوقطبی نوع دو (Bipolar Mood Disorder II)، از جمله اختلالات خلقی است که علامت اصلی آن، آشفتگی در خلق است. این اختلال با شیوع تقریبی ۰/۵ درصد در زنان شایع‌تر از مردان است. تحقیقات گوناگون، با فراوانی نسبتاً بالایی، نشان داده‌اند که بی‌ثباتی هیجانی (Emotional Instability)، رفتار تکانشی (Impulsivity) و بی‌ثباتی اجتماعی (Social Instability) از جمله ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال دوقطبی II می‌باشد. هرچند که این صفات [بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشی و بی‌ثباتی اجتماعی] سه ویژگی مشترک بین اختلال دوقطبی II و اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) است [۱]. شماری از تحقیقات اخیر به ارزیابی مرزهای بین اختلال شخصیت مرزی و اختلال خلق پرداختند. تداخل و همزمانی اختلال شخصیت مرزی و اختلال خلق دوقطبی II از زمینه‌های جدید تحقیقاتی است [۲ و ۳].

به‌طور دقیق‌تر، بی‌ثباتی هیجانی یک ملاک تشخیصی برای اختلال شخصیت مرزی است درحالی که "بی‌ثباتی خودانگیخته (Autonomic Liability)" که در برگزیده سطح بالایی از حساسیت بین‌فردی (Interpersonal Sensitivity) و سطح پایین ثبات هیجانی (Emotional Stability) است، بیشتر در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افسرده‌های تک‌قطبی مشاهده می‌شود [۴].

این تشابه در ویژگی‌ها و همچنین مشابهت در پایه‌های نوروفیزیولوژی اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی سبب شده که برخی تحقیقات بیولوژیکی این فرض را مطرح سازند که اختلال شخصیت مرزی یک شکلی از اختلال عاطفی است و یا این فرض که اختلال شخصیت مرزی فرد را مستعد اختلال دوقطبی می‌کند [۵ و ۴].

افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به‌طور گسترده‌ای احساسات زیر را گزارش می‌کنند: احساس فرسودگی، احساس جدایی و ناامیدی، بی‌ثباتی در ارتباط و عشق، پیش‌بینی تحقیر و سرزنش، احساس کنترل‌شدن و مورد سوء استفاده قرارگرفتن از جانب دیگران و حتی از جانب خود که منجر به احساس گناه همراه با بی‌قراری می‌شود. این احساس خودسرزنی و خشونت نسبت به‌خود که توسط افراد مبتلا به اختلال خلق تجربه می‌شود می‌تواند عامل راه‌انداز اولیه رویه نقش متقابل یا RRP باشد. رویه نقش متقابل عبارت است از یک الگوی پایدار از تعامل که ریشه در ارتباط با مراقبین سال‌های اولیه زندگی دارد و این تجربه اولیه تعیین‌کننده الگوی ارتباطی جاری خود با دیگران و خود می‌شود. در این افراد، احساس فرسودگی و فقدان عاطفه باثبات در ارتباط با دیگران به‌وضوح مشاهده می‌شود و این عوامل صرفاً مرتبط با عملکرد فرد در زمان حال نیست چرا که فرد ارزش‌ها و قوانین موجود در

شیوه‌های روان‌درمانگری کارآمد، در این تحقیق سعی شده به این سوال اساسی پاسخ دهد که روان‌درمانگری شناختی تحلیلی، روان‌درمانگری شناختی و دارودرمانی چه آثار متفاوتی در کاهش سطح بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی ناشی از الگوی ناسازگارانه اول [دام‌ها]، الگوی ناسازگارانه دوم [دوراهی‌ها] و الگوی ناسازگارانه سوم [موانع] در افراد مبتلا به اختلال خلق دوقطبی II ایجاد کند؟

### روش

طرح تحقیق در این مطالعه، یک طرح تجربی حقیقی است [گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به دو گروه وجود دارد]. در این مطالعه، سه گروه ۱۶ نفری از مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی بیمارستان خورشید اصفهان، مرکز جامع پزشکی اعصاب و روان اصفهان و مرکز مشاوره دانشگاه تهران انتخاب شده و به‌طور تصادفی به سه گروه آزمایشی روان‌درمانگری شناختی تحلیلی همراه با دارودرمانی، روان‌درمانگری شناختی همراه با دارودرمانی و دارودرمانی بدون مداخله روانشناختی گمارده شدند.

آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی [گمارش تصادفی براساس قرعه‌کشی] در سه گروه آزمایش قرار گرفته‌اند. ملاک ورود آزمودنی‌ها به گروه‌های درمان بر اساس متغیرهای سن [بین ۱۸ تا ۲۵ سال]، جنس [دو جنس به نسبت یکسان]، سطح تحصیلات [از دبیرستان تا لیسانس]، عدم وجود اختلال بالینی و شخصیتی همزمان در محورهای I و II، عدم وجود اختلال پزشکی در محور III، عدم وجود مشکل روانی اجتماعی حاد در محور IV [براساس سابقه پزشکی و پرونده روانپزشکی فرد]، سابقه بیماری [بین ۲ تا ۵ سال] و داروی در حال مصرف بود. داروی دریافتی در هر گروه بر اساس نوع دارو و دوز مصرف، کنترل شده و تحلیل کوواریانس مربوط به نوع و دوز داروی دریافتی در هر گروه حاکی از عدم معناداری سطح و نوع داروی مصرفی بود.

فایل روان‌درمانگری یا تکنیک فهرست‌بندی شبکه‌ای - (Repertory Grid Technique): پرسشنامه‌ای است که سه الگوی ناسازگارانه دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع را در سبک ارتباطی فرد مشخص می‌سازد. این پرسشنامه که به آن "فایل روان‌درمانگری" گفته می‌شود از سه پرسشنامه جداگانه تشکیل شده که هر سه با هم توسط آزمودنی تکمیل می‌شود. در این پرسشنامه، نمونه‌هایی از الگوهای ناسازگارانه و تکرارشونده‌ای است که فرد در برخورد با محیط بیرونی از آنها استفاده می‌کند و مراجع در ابتدا و انتهای دوره درمان، وجود این الگوهای ناسازگارانه را رتبه‌بندی می‌کند. این الگوهای سه‌گانه ناسازگار عبارتند از: دام‌ها، دو راهی‌ها و موانع. این پرسشنامه هم در جلسات روان‌درمانگری شناختی و هم در جلسات روان‌درمانگری شناختی تحلیلی استفاده شد [۹].

تکنیک فهرست‌بندی شبکه که توسط فرد به‌طور روزانه تکمیل می‌شود، استخراج می‌گردد. در این برگه‌های فهرست‌بندی [پرسشنامه‌های سه‌گانه]، مراجع میزان وجود این دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع را در برخورد با دیگران درجه‌بندی می‌کند. پیامد استفاده از این الگوهای تکرار شونده و ناسازگارانه از یک‌طرف، تخریب ارتباط پهنه فرد با محیط بیرونی است، چرا که فرد احساس رضایت از این ارتباط کسب نمی‌کند و وجود احساسات منفی در ارتباط با خود و دیگران سبب شکل‌گیری زنجیره‌ای از رفتار و عمل می‌شود که خود باعث بدتر شدن الگوی ارتباطی فرد با محیط بیرونی می‌شود. چرا که نظریه شناختی تحلیلی مبتنی بر مدل "زنجیره فرایندی ارتباطات موضوعی (Procedural Sequence Object Relations)" است و این مدل تأکید فراوانی بر سبک ارتباط نقش متقابل اولیه دارد که در اوایل زندگی شکل می‌گیرد و این سبک ارتباطی می‌تواند سبب ساخته شدن الگوهای سه‌گانه و ناسازگارانه ارتباطی شود و پس از شکل‌گیری این سبک ارتباطی و تکرار آن در طی سال‌ها، فرد در زمان حال نیز از این الگو در ارتباط با محیط بیرونی استفاده می‌کند [۵].

امروزه مدارک جامع، وسیع و واقع‌گرایانه‌ای مبتنی بر اثربخشی روان‌درمانگری شناختی تحلیلی در درمان اختلالات بالینی چون اختلال جسمانی‌سازی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی‌های تکانه‌ای، اختلال خوردن، اختلال سوء‌مصرف‌مواد، انواع اختلالات شخصیت چون اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت خودشیفته نشان داده شده است [۶و۵]. مدارک غیرعلمی و تایید نشده‌ای نیز وجود دارد که نشان می‌دهد روان‌درمانگری شناختی تحلیلی می‌تواند در مورد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در طولانی مدت مفید باشد [۱۰].

از آنجا که از یک‌سو، دو ویژگی رفتار تکانشی و بی‌ثباتی عاطفی بروز بالینی مشابهی در دو اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی II دارد، اثربخشی این روش درمانی در درمان اختلال شخصیت مرزی [و نه اختلال دوقطبی II] تایید شده است [۱۱]. از سوی دیگر اثربخشی نظریه روان‌درمانگری شناختی تحلیلی مبتنی بر این فرض است که بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشی و بی‌ثباتی اجتماعی، ریشه در الگوهای ناسازگارانه و تکرارشونده در دوران اولیه زندگی فرد دارد و همچنین درمان این سه ویژگی مخرب، در اختلال شخصیت مرزی با روش روان‌درمانگری شناختی تحلیلی نتایج موفقیت‌آمیزی را ارائه کرده ولی در گروه افراد مبتلا به اختلال خلق دوقطبی II تحقیقی در این زمینه و در فرهنگ ایرانی صورت نگرفته است. متأسفانه به‌دلیل عدم وجود شیوه‌های روان‌درمانگری کارآمد در درمان این اختلال، درمانگران عمدتاً به درمان دارویی اختلال دوقطبی II می‌پردازند و با توجه به اثربخشی نسبی دارو در درمان کامل این اختلال و نیاز به

شده را به زبان انگلیسی برگرداند و با نسخه اصلی مقایسه گردید و پس از تصحیح لازم، فرم نهایی مورد استفاده قرار گرفت. برای تعیین روایی پرسشنامه "فایل روان‌درمانگری"، از روایی محتوا استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه مذکور به دو متخصص روان‌درمانگری ارائه شد و از آنها خواسته شد تا میزان انطباق آیت‌های پرسشنامه را با سازه‌های مورد مطالعه [دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع] از ۱ تا ۳ نمره‌گذاری کنند. ضریب توافق به دست آمده توسط نمره‌گذاری دو متخصص براساس محاسبه ضریب تطابق کندال برابر با ۰/۳۴ و براساس ضریب همبستگی اسپیرمن برابر با ۰/۴۵ به دست آمد که هر دو در سطح  $p < 0.05$  معنادار بود. برای تعیین اعتبار پرسشنامه نیز از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. همسانی درونی پرسشنامه بر روی یک نمونه ۴۸ نفری برابر با ۰/۹۰ بدست آمد.

نحوه جمع‌آوری داده‌های تحقیق نیز به این صورت بود که پس از اختصاص تصادفی آزمودنی‌ها به یکی از سه گروه، پرسشنامه سه‌گانه (مقیاس اندازه‌گیری الگوهای سه‌گانه ناسازگار) توسط آزمودنی تکمیل گردید [مرحله پیش‌آزمون]، سپس وارد چرخه درمان شدند. لازم به ذکر است که نحوه جایگزینی آزمودنی‌ها دوسوکور بود و اختصاص آزمودنی به هر گروه توسط متخصص غیردرمانگر انجام شده است.

پس از جایگزینی آزمودنی به هر گروه، جلسات درمانی مورد نظر توسط متخصص روانشناسی بالینی اجرا شد و بعد از ۱۲ جلسه [هر هفته یک‌جلسه] آزمودنی‌ها مجدداً توسط متخصص غیردرمانگر (روان‌آزمای بالینی) مورد ارزیابی قرار گرفت [مرحله پس‌آزمون]. در این مرحله پرسشنامه سه‌گانه و مقیاس اندازه‌گیری تحقیق مجدداً توسط آزمودنی‌ها و بعد از اتمام جلسات درمان تکمیل شد. گروه سوم (دارودرمانگری) صرفاً بعد از ۱۲ هفته مجدداً اقدام به تکمیل پرسشنامه کردند و در طی این ۱۲ هفته هیچگونه مداخله درمانی دیگری دریافت نکردند. پس از اتمام دوره درمان و انجام پس‌آزمون، نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر سه گروه با هم مقایسه شدند.

#### یافته‌ها

در جدول ۱، مشخصات توصیفی سه متغیر پژوهش دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه درمانی ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد میانگین هر سه متغیر در مرحله پیش‌آزمون بیش از مرحله پس‌آزمون می‌باشد. در ادامه، به منظور بررسی معناداری تفاوت بین میانگین‌ها ابتدا به بررسی تفاوت سه گروه در متغیرهای کنترل پرداخته شد. در ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه [ $F = ۰.۴۹$  و  $P = ۰.۶۱$ ] نشان می‌دهد که گروه‌ها از لحاظ سن با هم یکسانند و تفاوت معناداری بین میانگین سن سه گروه وجود ندارد. در مرحله بعد نتایج آزمون

پرسشنامه سه‌گانه این تحقیق در واقع به دنبال ارزیابی این دیدگاه است که آنچه در زندگی ما رخ می‌دهد و احساسی که از آن به ما دست می‌دهد، بر شیوه درک ما از خود و دیگران تاثیر می‌گذارد. این که درک فرد از آنچه متعلق و مرتبط با خود اوست چیست؟ چگونه فرد زندگی خود را جهت دهد که بنظر شفاف، روشن و درست باشد؟ بعضی مواقع، رویه و سبک‌های آشنای فرد در رفتارکردن و درک‌کردن می‌توانند منبع مشکلات وی باشند. به منظور حل مشکلات لازم است فرد بداند سبک وی در انجام یک کار، شرایط را بدتر می‌کند. پس می‌توانیم شیوه‌های جدید فکرکردن و رفتارکردن را جایگزین کنیم. این پرسشنامه‌ها در نظر دارد شیوه فکرکردن در مورد آنچه ما انجام می‌دهیم را نمایش دهد. منظور این است که شیوه‌های خاصی از فکرکردن و رفتارکردن وجود دارد که با به‌کاربردن آنها فرد به آنچه می‌خواهد دست نمی‌یابد. اما همزمان این شیوه‌ها به‌سختی قابل تغییر هستند. فهرستی از این شیوه‌ها به صورت پرسشنامه تحقیق به مراجع ارائه شد و از مراجع خواسته شد که آن‌ها را به‌خواند و مشخص کند چقدر آنها در مورد وی صدق می‌کند.

فایل روان‌درمانگری یا پرسشنامه سه‌گانه تحقیق توسط ری و لانگی سال ۱۹۷۰ مبتنی بر نظریه روان‌درمانگری شناختی تحلیلی طراحی و در سال‌های ۱۹۷۵، ۱۹۷۹ و ۱۹۸۲ مورد بازنگری قرار گرفت. آخرین ویرایش این آزمون در سال ۱۹۹۷ انجام شده است. ری مطرح می‌کند که این پرسشنامه به‌طور گسترده در جلسات روان‌درمانگری شناختی نیز به کار گرفته می‌شود [۱۲].

در تحقیق حاضر نیز از آخرین ویرایش این پرسشنامه استفاده شد. در این پرسشنامه ۶ نمونه از دام‌ها، ۲۰ نمونه از دوراهی‌ها و ۳۲ نمونه از موانع به آزمودنی ارائه می‌شود و از فرد خواسته می‌شود که میزان موافقت و مخالفت خود را از وجود این نمونه‌ها در عملکرد روزانه خود در یک طیف ۱ تا ۳ نمره‌گذاری کند. "ری" روایی آزمون را از طریق روایی محتوا و اعتبار آزمون را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی درونی بالا گزارش کرده و استفاده از این پرسشنامه را در ابتدای اولین جلسه درمانی بهترین روش برای ورود به این نوع درمان می‌داند [۵]. همچنین دقت پرسشنامه سه‌گانه فوق در یک تحقیق اعتباریابی توسط "بنت و پاری" مورد بررسی قرار گرفته است [۱۳]. این محققان در مطالعه خود، روایی محتوای پرسشنامه محاسبه کرده و اعتبار پرسشنامه را از طریق محاسبه همسانی درونی بررسی کرده و مطرح می‌کنند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است.

از آنجا که در کشور ما روایی و اعتبار پرسشنامه مورد آزمون قرار نگرفته است، لذا در تحقیق حاضر جهت استفاده از پرسشنامه مذکور، ابتدا سوال‌های پرسشنامه توسط محقق به زبان فارسی ترجمه شد و توسط استاد راهنما مورد تصحیح و بازنگری قرار گرفت. سپس یک متخصص زبان و ادبیات انگلیسی، متن ترجمه

دوقطبی II با استفاده از تحلیل واریانس، نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های سه گروه در مرحله پیش‌آزمون مشاهده نمی‌شود ولی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین سه گروه وجود دارد (جدول ۲، ۳ و ۴).

با توجه به نتایج به دست آمده از مقایسه‌های زوجی بین میانگین‌های سه گروه و با توجه به تفاوت میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه درمانی مشخص می‌شود که در هر سه الگوی دام، دوراهی و مانع در مرحله پس‌آزمون گروه شناختی تحلیلی نسبت به گروه شناختی و دارو درمانی کاهش معناداری در میانگین نشان می‌دهد و همچنین گروه شناختی نیز نسبت به گروه دارودرمانی کاهش معناداری در میانگین نشان می‌دهد. ولی تفاوت میانگین در گروه دارودرمانی نسبت به دو گروه دیگر و همچنین تفاوت میانگین گروه شناختی نسبت به گروه شناختی تحلیلی به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (جدول ۵). با کنترل آماری متغیرهای سن، سابقه بیماری و پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین‌های سه گروه در مرحله پس‌آزمون مشاهده می‌شود و کاهش نمرات مربوط به خطای دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع در مرحله پس‌آزمون تحت تاثیر روان‌درمانگری شناختی تحلیلی می‌باشد و این تفاوت به لحاظ آماری معنادار می‌باشد (جدول ۶).

خی‌دو [P= ۰,۹۲ و chi-square=۰,۱۶] نشان داد که سه گروه مورد بررسی از لحاظ متغیر جنس تفاوت معنادار نداشته و توزیع متغیر جنس در هر سه گروه یکسان است. در مرحله بعد نتایج آزمون خی‌دو [P= ۰,۹۱ و chi-square=۰,۱۸] نشان داد که سه گروه مورد بررسی در متغیر سطح تحصیلات تفاوت معنادار نداشته و توزیع این متغیر در هر سه گروه یکسان است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه [F= ۰,۲۹ و P= ۰,۷۴] نشان داد که گروه‌ها از لحاظ سابقه مصرف دارو با هم یکسانند و تفاوت معناداری بین میانگین سن سه گروه وجود ندارد.

به منظور محاسبه معناداری تفاوت بین میانگین نمرات سه گروه آزمایشی [گروه روان‌درمانگری شناختی تحلیلی همراه با دارودرمانی، گروه روان‌درمانگری شناختی همراه با دارودرمانی و گروه دارودرمانی به تنهایی] در پرسشنامه سه‌گانه دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع از تحلیل واریانس یک‌طرفه و تحلیل کواریانس استفاده شده است. در این تحلیل عضویت گروهی متغیر مستقل و متغیر وابسته نمره آزمودنی‌ها در شاخص‌های سه‌گانه می‌باشد. مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری شناختی تحلیلی، روان‌درمانگری شناختی و دارو درمانی در میزان کاهش سطح بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی ناشی از الگوهای سه‌گانه و ناسازگار دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع در افراد مبتلا به اختلال خلق

جدول ۱- مشخصات توصیفی متغیر دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه درمانی

متغیر	گروه درمانی	میانگین گروه‌ها در پیش‌آزمون	انحراف استاندارد	میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون	انحراف استاندارد
دام‌ها	شناختی تحلیلی + دارودرمانی	۱۴/۳۷	۲/۳۶	۷/۲	۱/۳
	شناختی + دارودرمانی	۱۳/۳۱	۳/۳۴	۹/۸	۲/۲
	دارودرمانی به تنهایی	۱۳/۹۳	۲/۱۱	۱۴/۶	۲/۲
دوراهی‌ها	کل	۱۳/۸۷	۲/۶	۱۰/۵	۳/۷
	شناختی تحلیلی + دارودرمانی	۴۳/۵	۶/۳	۲۵/۴	۴/۴
	شناختی + دارودرمانی	۴۰/۷	۷/۰۳	۳۰/۳	۵/۹
موانع	دارودرمانی به تنهایی	۴۴/۶	۷/۷	۴۲/۵	۴/۸
	کل	۴۲/۹	۷/۱	۳۳/۱	۹/۲
	شناختی تحلیلی + دارودرمانی	۶۹/۵	۹/۱	۴۲/۱	۵/۹
موانع	شناختی + دارودرمانی	۶۵/۱	۹/۸	۴۸/۷	۸/۸
	دارودرمانی به تنهایی	۷۰/۹	۹/۹	۴۹/۶	۷/۷
	کل	۶۸/۵	۹/۷	۴۶/۸	۸/۱

جدول ۲- تحلیل واریانس یک طرفه متغیر دام‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه درمانی

مرحله	منابع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	سهم F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	بین گروهی	۲	۴/۵۶	۰/۶۴	۰/۵۲
	درون گروهی	۴۵	۷/۰۶		
	کل	۴۷			
پس‌آزمون	بین گروهی	۲	۲۲۸/۴	۶۰/۰۴	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۴۵	۳/۸		
	کل	۴۷			

جدول ۳- تحلیل واریانس یک طرفه متغیر دوراهی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه درمانی

مرحله	منابع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	سهم F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	بین گروهی	۲	۶۴/۱	۱/۳	۰/۲۸
	درون گروهی	۴۵	۴۹/۷		
	کل	۴۷			
پس‌آزمون	بین گروهی	۲	۱۴۰۴/۸	۵۳/۹	۰/۰۰۰۱
	درون گروهی	۴۵	۲۶/۰۲		
	کل	۴۷			

جدول ۴- تحلیل واریانس یک طرفه متغیر موانع در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه درمانی

مرحله	منابع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	سهم F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	بین گروهی	۲	۱۴۷/۶	۱/۶	۰/۲۱
	درون گروهی	۴۵	۹۱/۹		
	کل	۴۷			
پس‌آزمون	بین گروهی	۲	۲۶۹/۱	۴/۷	۰/۰۱
	درون گروهی	۴۵	۵۶/۹		
	کل	۴۷			

جدول ۵- مقایسه‌های زوجی آزمون تعقیبی [شفه] در متغیر دام‌ها، دوراهی و موانع در سه گروه درمانی

متغیر	گروه I	گروه J	میانگین تفاوت‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
دام‌ها	شناختی تحلیلی	شناخت درمانی	-۲/۶	۰/۶۹	۰/۰۰۲
		دارودرمانی	-۷/۴	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱
	شناخت درمانی	شناختی تحلیلی	۲/۶	۰/۶۹	۰/۰۰۲
		دارودرمانی	-۴/۹	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱
	دارو درمانی	شناختی تحلیلی	۷/۴	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱
		شناخت درمانی	۴/۹	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱
دو راهی‌ها	شناختی تحلیلی	شناخت درمانی	-۴/۹	۱/۸	۰/۰۳
		دارودرمانی	-۱۸/۱	۱/۸	۰/۰۰۰۱
	شناخت درمانی	شناختی تحلیلی	۴/۹	۱/۸	۰/۰۳
		دارودرمانی	-۱۳/۲	۱/۸	۰/۰۰۰۱
	دارو درمانی	شناختی تحلیلی	۱۸/۱	۱/۸	۰/۰۰۰۱
		شناخت درمانی	۱۳/۲	۱/۸	۰/۰۰۰۱
موانع	شناختی تحلیلی	شناخت درمانی	-۶/۶۲	۲/۶۷	۰/۰۵۵
		دارودرمانی	-۷/۵	۲/۶۷	۰/۰۲
	شناخت درمانی	شناختی تحلیلی	۶/۶۲	۲/۶۷	۰/۰۵۵
		دارودرمانی	-۰/۸۷	۲/۶۷	۰/۹۴
	دارو درمانی	شناختی تحلیلی	۷/۵	۲/۶۷	۰/۰۲
		شناخت درمانی	۰/۸۷	۲/۶۷	۰/۹۴

جدول ۶- تحلیل کواریانس یک طرفه متغیر دام‌ها، دوراهی و موانع در پس‌آزمون در سه گروه درمانی

متغیر	منابع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	سهم F	سطح معناداری
دام‌ها	سن	۱	۰/۵۲	۰/۱۵	۰/۶۹
	سابقه بیماری	۱	۳/۴	۱/۰۲	۰/۳۱
	پیش‌آزمون	۱	۲۴/۳	۷/۲	۰/۰۱
دو راهی‌ها	گروه	۲	۲۳۱/۸	۶۸/۹	۰/۰۰۰۱
	سن	۱	۲/۷	۱/۳	۰/۲۷
	سابقه بیماری	۱	۱۷/۳	۰/۹۰	۰/۳۵
موانع	پیش‌آزمون	۱	۳۴۷/۳	۱۸/۲	۰/۰۰۰۱
	گروه	۲	۱۲۸۶/۳	۶۷/۲	۰/۰۰۰۱
	سن	۱	۸/۸	۰/۲۰	۰/۶۵
موانع	سابقه بیماری	۱	۴۶/۲	۱/۱	۰/۳۰
	پیش‌آزمون	۱	۷۴۳/۲	۱۷/۴	۰/۰۰۰۱
	گروه	۲	۳۱۰/۵	۷/۳	۰/۰۰۲

## بحث

در خصوص یافته‌های تحقیق، نتایج نشان می‌دهد که سطح بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی مرتبط با هر سه الگوی ناسازگارانه یعنی دام‌ها، دوراهی و موانع در مرحله پیش‌آزمون و قبل از ورود به دوره درمان در هر سه گروه یکسان بوده و تفاوت معناداری در آن مشاهده نمی‌شود ولی در پس‌آزمون و پس از طی دوره‌های درمان شناختی تحلیلی همراه با دارو درمانی، کاهش شناختی توأم با دارو درمانی و دارو درمانی به تنهایی، کاهش معناداری در استفاده از الگوی دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع در گروه روان‌درمانی شناختی تحلیلی همراه با دارو درمانی مشاهده می‌شود که این نکته نشان دهنده اثربخشی روان‌درمانی شناختی تحلیلی در کاهش الگوهای سه‌گانه و ناسازگار در بیماران این گروه می‌باشد که به دنبال آن انتظار می‌رود کاهش معناداری در سطح بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی در این گروه مشاهده شود. ولی این کاهش معنادار در گروه بیمارانی که روان‌درمانی شناختی همراه با دارو درمانی دریافت کرده‌اند و همچنین در گروه بیمارانی که تنها دارودرمانی دریافت نموده‌اند، مشاهده نمی‌شود. به عبارت دیگر، این دوره‌های درمانی اثربخشی معناداری در کاهش استفاده بیماران از الگوهای سه‌گانه و ناسازگار نداشته است.

در تبیین یافته‌های فوق، همگام با گرین برگ و سافران [۱۴] می‌توان مطرح ساخت که استفاده از مدل زنجیره‌ای، فرایندهای متوالی رفتاری و ذهنی را نشان می‌دهد و نحوه سازماندهی رویدادها و نظمی که طی مراحل این فرایندهای روانی یکی بعد از دیگری بروز می‌کند را مشخص می‌سازد و به همین دلیل است که این مدل سبب کاهش بیشتر استفاده از الگوهای سه‌گانه و ناسازگار در بیمار می‌شود تا دارو درمانی به تنهایی. به عبارت دیگر استفاده از دارو درمانی صرف، به دلیل اثرگذاری کمتر بر این زنجیره فرایندهای متوالی و ایجاد تغییرات خلقی با منشا نوروفیزیولوژیکی و نه روانشناختی سبب بهبودی وابسته به دارو در بیمار شده و در صورت قطع مصرف دارو مجدداً بیمار به زنجیره ناکارآمد قبلی بازگشت خواهد کرد و لذا زنجیره ناکارآمد در کنار نقایص زیست شیمیایی سبب بروز مجدد بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی در بیمار می‌شود.

این در حالی است که در کنار مصرف دارو، استفاده از روان‌درمانی شناختی تحلیلی با تمرکز بر فرایند فرمول‌بندی مجدد- ترسیم مدل زنجیره فرایندی پیرامون مسئله مورد هدف، شرح روایتی بیمار و نحوه تاثیرگذاری این فرایندها در مشکلات فعلی بیمار کمک می‌کند تا منشاء و نحوه فرایندهای آسیب‌زا آشکار شود.

در خصوص تفاوت نتایج روان‌درمانی شناختی با روان‌درمانی شناختی تحلیلی می‌توان بیان کرد که در روان‌درمانی شناختی

تمرکز بر شرح روایتی بیمار و نحوه سازماندهی این فرایندها کمتر مورد نظر قرار گرفته و بیشتر بر شناخت و تعریف طرحواره تاکید می‌شود. در درمانگری شناختی همیشه فرایندهای مشکل‌ساز محصولی از تجربیات اولیه که به صورت طرحواره مطرح می‌شود در نظر گرفته می‌شود که وقتی فرد با یک مشکل هیجانی برخورد می‌کند، ممکن است سبب باز فعال‌سازی یک طرحواره یا طرحواره‌هایی باشد که برای سال‌های متمادی غیرفعال بوده است. اگرچه فهمیدن معنا و مفهوم مشکل اصل است ولی تکنیک‌های شناختی بیشتر در سطح هشیار عمل می‌کند، در حالی که در روان‌درمانی شناختی تحلیلی با استفاده از مدل زنجیره فرایندی و در طی فرایند فرمول‌بندی مجدد، معانی مشکل فرد در شرح روایتی مطرح شده و سبب افزایش بینش مراجع نسبت به معانی در سطح ناهشیار می‌شود و این نکته حاصل ترکیب تکنیک‌های شناختی و تکنیک‌های روان‌تحلیل‌گری است و این یافته هماهنگ با دیدگاه ری و همکاران [۱۰] و گرین برگ و سافران [۱۴] می‌باشد.

تبیین دیگری که در مورد تفاوت نتایج گروه روان‌درمانی شناختی با روان‌درمانی شناختی تحلیلی در این مطالعه قابل ذکر است شاید این نکته باشد که در نظریه شناختی هر کدام از الگوهای سه‌گانه و ناسازگار [دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع] تحت عنوان طرحواره مطرح می‌شود و طرحواره‌ها باورها و احساسات مهم در مورد خود و محیط است که فرد بدون سوال آن را می‌پذیرد. این طرحواره همان گونه که یانگ بیان می‌کند در مقابل تفسیر مقاومت نشان می‌دهند. تمرکز بیشتر بر طرحواره‌ها در روان‌درمانگری شناختی به بازشناسی ختم می‌شود و الگوی رفتاری یا احساسی فرد می‌تواند این معنا را داشته باشد که فرد ناهشیار در مقابل اصلاح و تغییر مقاومت نشان می‌دهد. در حالی که در روان‌درمانی شناختی تحلیلی با گذر از مقاومت فرد از طریق ایجاد زنجیره متوالی فرایندهای ذهنی فرد، سبب نزدیک شدن بیمار به هسته زنجیره وار مشکلات خود می‌شود.

عدم تمرکز بر معنا در ناهشیار در طی فرایند روان‌درمانگری شناختی شاید سبب می‌شود که طرحواره بعد از بازشناسی و درمان مجدداً فعال می‌شود چرا که موفقیت قاطع در زندگی اغلب برای تغییر طرحواره کافی نیست. این در حالی است که در درمانگری شناختی تحلیلی محتوای هشیار فرد، درمانگر و مراجع را به یک شرح روایتی از گذشته می‌رساند و فرایند فرمول‌بندی مجدد و مدل زنجیره فرایندی سبب می‌شود که فرد به هسته درد که اغلب ناهشیار است تسلط پیدا کند. در درمانگری شناختی تحلیلی این ایده وجود دارد که فرد به شیوه و الگوهایی عمل می‌کند که به‌طور ناهشیار سبب تحریک فرد می‌شود تا از یک حالت هسته‌ای فرار یا اجتناب کند و این یافته هماهنگ با دیدگاه ری و همکاران [۱۰] می‌باشد.

بین اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی و همچنین علی‌رغم همپوشی زیاد در علائم بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی به‌نظر می‌رسد این دو اختلال کاملاً از هم جدا و مستقل هستند، چرا که اثربخشی دارودرمانی بر کاهش این صفات پایه در اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت مرزی همزمان با اختلال دوقطبی تأیید شده است ولی در تحقیق حاضر اثربخشی دارودرمانی صرف در کاهش این صفات مورد تأیید قرار نمی‌گیرد.

### نتیجه‌گیری

در پایان می‌توان مطرح کرد که در اختلال دوقطبی II، صفات پایه بیشتر حاصل استفاده از الگوی ناسازگاری است که در طول فرایند رشد در بیمار تثبیت شده و اثر گذاری دارو در پایه‌های نوروفیزیولوژی سبب کاهش عملکرد این الگوها نمی‌شود. به‌عبارت دیگر، این یافته که دارودرمانی به‌تنهایی، تأثیری بر کاهش استفاده از الگوهای ناسازگار سه‌گانه نداشته است می‌تواند در امتداد مطالعات قبلی به این دلیل باشد که مشخصه‌های حساسیت بین‌فردی، بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی به‌مشکل خلق ادواری مربوط می‌شود که در هسته اختلال شخصیت مرزی وجود دارد، لذا در درمان دارویی اختلال شخصیت مرزی، مشکل خلق ادواری کنترل شده، لذا حساسیت بین‌فردی، بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی کنترل می‌شود. ولی در اختلال دوقطبی II این صفات پایه مستقیماً به‌مشکل خلق ادواری مربوط نمی‌شوند، بلکه مرتبط با این الگوهای ناسازگار دام‌ها، دوره‌های‌ها و موانع است که با کاهش استفاده از این فرایندهای معیوب حساسیت بین‌فردی، بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی کنترل می‌شود. این تبیین از مطالعات پیشین در این زمینه حمایت می‌کند که دلیل اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از همان روش‌های دارودرمانی سود می‌برند که در اختلالات خلق دوقطبی سودمند هستند مربوط می‌شود به‌تداخل خلق ادواری در اختلال شخصیت مرزی، در حالی که در اختلال دوقطبی II، درمان دارویی اگرچه سبب کاهش علائم خلق ادواری می‌شود ولی تأثیری در کاهش حساسیت بین‌فردی، بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی حاصل از استفاده از الگوهای ناسازگار سه‌گانه ندارد.

### تشکر و قدردانی

در اینجا لازم می‌دانیم از همکاری صمیمانه همکاران مرکز مشاوره دانشگاه تهران، تربیت مدرس و مرکز جامع پزشکی و اعصاب و روان اصفهان (کلینیک پارسه) که در انجام این تحقیق ما را یاری فرمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

تبیین احتمالی دیگر در خصوص موفقیت درمانگری شناختی تحلیلی نسبت به درمان شناختی، بروز فرایند "خود انعکاسی" در مراجع است. همان‌گونه که ری و همکاران [۱۴] مطرح می‌سازند فرایند فرمول‌بندی مجدد با توسعه ابزار جدید خود انعکاسی در اکثر بیماران سبب ایجاد تغییر سریع به‌دنبال مشاهده خود روایتی در یک سطح هشیار و خودآگاه می‌شود. به‌عبارت دیگر در فرایند خود انعکاسی، فرد یک یا چند حالت هسته‌ای که در بردارنده احساسات ناهشیار است را به‌تصویر می‌کشد. زنجیره فرایندی و متوالی این حالات هسته‌ای از مشکل می‌تواند سازه‌های ناهشیار را برای مراجع به‌خوبی قابل درک کند. در خصوص اثربخشی دارودرمانی صرف بر کاهش الگوی سه‌گانه ناسازگار یافته‌های پژوهش متضاد با یافته‌های مطالعه هنری و همکاران [۱]، بوگن شوتز و همکاران [۱۵]، زانارینی و همکاران [۱۶] و هولاندز و همکاران [۱۷] می‌باشد. در مطالعات فوق مشخص شده که دارودرمانی اثربخشی سریع در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت با اختلال دوقطبی II همزمان دارند. در مطالعات فوق از دارو درمانی نیز استفاده شده و نتایج حاکی از کاهش سریع در بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی است.

در تبیین این تضاد می‌توان چنین مطرح ساخت که در هر چهار طرح فوق اختلال دوقطبی II همزمان با اختلال شخصیت مرزی بوده و با توجه به وجود پایه‌های مشترک نوروفیزیولوژی و روانشناختی بین دو اختلال پیش‌بینی می‌شود دارودرمانی با اثرگذاری بر پایه‌های نوروفیزیولوژی مشترک سبب کاهش علائم بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی شده است. در تأیید تبیین فوق می‌توان به مطالعه بنازی و همکاران [۱۱]، الدهام [۳] و کورت و همکاران [۱۸] اشاره کرد که وجود نقص در کارکرد شناختی (فرایند تصمیم‌گیری، حل تعارض و خودکنترلی) و کاهش سطح سروتونین را در رفتار تکانشگری این بیماران را تأیید می‌کنند. لذا به‌نظر می‌رسد اثربخشی سریع دارودرمانی در کاهش بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی به دلیل اثرگذاری دارو بر مکانیسم‌های نوروفیزیولوژی میانجی فرایندهای روانشناختی اختلال شخصیت مرزی می‌باشد که به‌تبع سبب کاهش بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی شده است. ولی در مطالعه حاضر، دارودرمانی اثربخشی چندانی در کاهش الگوهای ناسازگار نداشته و این نکته شاید به‌دلیل این باشد که مکانیسم‌های نوروفیزیولوژی درگیر در اختلال دوقطبی II ارتباط چندانی با بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی حاصل از این الگوهای ناسازگار نداشته و لذا سبب کاهش استفاده از این الگوها نمی‌شود.

با توجه به این نکته، یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که علی‌رغم وجود جنبه‌های مشترک نوروفیزیولوژی و روانشناختی



- integration in brief psychotherapy. 1999. John Wiley & Sons Ltd.
- 11- Benazzi F. Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. *Comp Psychiat*. 2000;41(2):106-10.
  - 12- Ryle A, Golynkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy for borderline personality disorder. *Brish J Med Psychol*. 2000;66:249-258.
  - 13- Bennett D, Parry G. Accuracy of reformulation in cognitive analytic therapy: A validation study. *Psychol Res*. 1998;8:84-103.
  - 14- Ryle A, Leighton T, Pollock P. Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder; 2000. John Wiley & Sons Ltd.
  - 15- Bogenschutz MP, Nurnberg HG. Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J clin Psychiat*. 2001;65:104-9.
  - 16- 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.
  - 17- Hollander E, Tracy KA, Swann AC, Coccaro EF, McElroy SL, Wozniak P, Sommerville KW, Nemeroff CB. Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorder. *J Neuropsychopharmacology*. 2003;28:1186-97.
  - 18- Kunert HJ, Druecke HW, Sass H, Herpertz SC. Frontal lobe dysfunctions in borderline personality disorder? Neuropsychological findings. *J Pers Dis*. 2003;17:497-509.
  - 19- Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiat*. 2001;158:1265-70.
  - 20- Perugi G, Toni C, Traverso MC, Aksikal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: Toward a database reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affec Dis*. 2003;73:87-98.
  - 1- Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: Similarities and differences. *J Psychiat Res*. 2001;35:307-12.
  - 2- Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DH. Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? *Harv Rev Psychiat*. 2004;12:133-9.
  - 3- Oldham JM. Guideline Watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. 2005. The American Psychiatric Association Press.
  - 4- Paris J. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorder. *Harv Rev Psychiat*. 2004;12:140-5.
  - 5- Ryle A, Kerr IB. Introducing cognitive analytic therapy. 2002. John Wiley & Sons Ltd.
  - 6- 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]
  - 7- Izadifard R, Sepasi AM. Effectiveness of cognitive behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. *J Behav Sci*. 2010; 4(1):23-47. [Persian]
  - 8- Salehzade M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Noori A. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable epileptic patients. *J Behav Sci*. 2010;4(4):255-60. [Persian]
  - 9- Dunn M, Parry GD. A formulated care plan approach to caring for borderline personality disorder in a community mental health setting. *Clin Psychol Forum*. 1997;104:19-22.
  - 10- Ryle A, Poynton AM, Brockman BJ. Cognitive analytic therapy: Active participation in change. A New