مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۱، شماره پیوسته ۱۹۵، ۲۳ اسفند ۱۴۰۳ https://doi.org/10.47176/rjms.31.195

مقاله پژوهشی

اثربخشی روان‌درمانی پویشی بر افکار خودکشی و عملکرد شناختی در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی

محمد فیض‌آبادی: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

حسین گندمکار: متخصص جراحی عمومی، گروه جراحی عمومی، دپارتمان جراحی سرطان، دانشگاه تهران، تهران، ایران

پویا سمعیان: کارشناسی ارشد، گروه برنامه ریزی درسی، دانشگاه شهید مدنی تبریز، تبریز، ایران

رضا بیدیان‌سولا: کارشناسی ارشد، گروه برنامه ریزی درسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

ساره سادات احمدی: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران (* نویسنده مسئول) Saraahmadi.psy.ir@gmail.com

سهیل جعفری: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات شخصیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تشخیص این اختلال از چالش برانگیزترین اختلالات شخصیت است و درمان پویشی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود علائم روان‌شناختی داشته باشد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان‌پویشی بر افکار خودکشی، عملکرد شناختی در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی انجام شد.

روش کار: این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول *Cohen* تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ در صد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آن‌جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳/۹۲ ± ۴۳/۴۰ و ۴/۴۹ ± ۴۴/۰۷ سال بود (P=۰/۶۶۹). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).میانگین نمرات عملکرد شناختی و افکار خودکشی قبل از مداخله به ترتیب در گروه درمان ۷۲/۲۵، ۲۴/۰۸ و در گروه کنترل ۷۲/۱۲، ۲۳/۵۲ بود (p<۰/۰۵)، اما پس از مداخله، میانگین نمرات افکار خودکشی کاهش و عملکرد شناختی در گروه درمان به صورت معنی داری نسبت به گروه کنترل افزایش نشان داد (p<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که استفاده از درمان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر عملکرد شناختی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به شخصیت‌مرزی مؤثر است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت،

افکار خودکشی،

شخصیت مرزی،

عملکرد شناختی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۲/۲۳

شیوه استناد به این مقاله:

Feizabadi M, Gandomkar H, Samian P, Bidian Soula R, Ahmadi SS, Jafari S. A Effectiveness of Dynamic Psychotherapy on Suicidal Thoughts and Cognitive Functioning in Patients with Borderline Personality Disorder. Razi J Med Sci. 2025(13 Mar);31.195.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Razi Journal of Medical Sciences. 2025(13 Mar);31.195. https://doi.org/10.47176/rjms.31.195

Original Article

Effectiveness of Dynamic Psychotherapy on Suicidal Thoughts and Cognitive Functioning in Patients with Borderline Personality Disorder

Mohammad Feizabadi: Master's Degree, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran
Hossein Gandomkar: Specialist in General Surgery, Department Surgical Oncology, Tehran University of Medical Medicine, Tehran, Iran
Pooya Samian: Master's Degree, Department of Curriculum Planning, Shahid Madani University of Tabriz, Tabriz, Iran
Reza Bidian Soula: Master's Degree, Department of Curriculum Planning, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
Sareh Sadat Ahmadi: Master's Degree, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran (* Corresponding Author) Saraahmadi.psy.ir@gmail.com
Soheil Jafari: Master's Degree, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Abstract

Background & Aims: Borderline personality disorder (BPD) is a complex mental health issue that holds significant importance compared to other personality disorders. Diagnosing this condition is one of the most challenging tasks in mental health, and dynamic therapy can play a crucial role in improving psychological symptoms. In particular, cognitive dysfunction is increasingly recognized as a common factor in borderline personality disorder, and impairments in attention, working and episodic memories, processing speed, and executive function were observed. These cognitive defects are the main cause of the deterioration of mental performance and psycho-social adaptations such as job performance, interpersonal relationships, and life satisfaction. In addition, it is known that this disorder continues even between mood episodes and is associated with a worse prognosis. The first step in the formation of suicidal behavior in a person is the emergence of suicidal thoughts, which may arise in a critical situation and the person commits suicide. During the student period, people experience much academic stress and pressure. They have to make important decisions about their life goals and future careers, and they experience the feeling of loneliness caused by being away from their families. This study aimed to assess the effectiveness of dynamic therapy in reducing suicidal thoughts and enhancing cognitive functioning in patients with BPD.
Methods: This quasi-experimental study utilized a pretest-posttest design with a two-month follow-up and a control group. The population included all patients with BPD referred to a specialized psychology clinic in Tehran in 2024. The sample size was determined using Cohen's table, with a confidence level of 95%, an effect size of 0.30, and a statistical power of 0.83, resulting in 12 participants per group. To account for potential dropouts and improve generalizability, the sample size was increased to 15 participants per group. In the first stage, 30 participants were selected through convenience sampling. In the second stage, they were randomly assigned (via simple lottery) to an experimental group (15 participants) and a control group (15 participants).
Results: In explaining the effect of intensive and short-term dynamic therapy intervention on the reduction of cognitive function in people with borderline personality, according to the theoretical point of view, it can be stated that in this treatment, due to the person's exposure to unwanted emotions, his anxiety increases at first, which It can, in turn, increase the symptoms, but after a few sessions when the emotions are released and processed and controlled and the mood or emotional

Keywords
Short-Term Intensive Dynamic Therapy,
Suicidal Thoughts,
Borderline Personality Disorder,
Cognitive Functionin

Received: 04/08/2024
Published: 13/03/2025

symptoms decrease. The active position of the therapist and the correct application of techniques in this position make the patient or client identify the depth of their feelings and thoughts in the shortest time. In the process of psychodynamic therapy, by acquiring the ability to experience deep emotions and express them, a person can regulate cognitive and arousal processes by reducing inhibitions and establishing a real understanding of himself and his capabilities and coping skills. It also improves interpersonal relationships and in this way provides the context for appropriate emotional interaction and increases emotional expression. During therapy sessions, when the unconscious is opened and emotions are released, the emotions deposited in the person are significantly reduced, and by adjusting the anxiety, defense styles are developed and the emotional regulation of the person is experienced more virtually, and the person can better understand positive emotions. In the process of treatment, people become aware of the physical symptoms of their anxiety and can identify their emotions in different situations and learn how to experience, express, and control them, and thus this Difficulty in dyslexia is reduced in these people. Such encounters lead to the reorganization of the self and the abandonment of pathological defenses, increase a person's mental capacity, and ultimately improve his mental health. In psychodynamic therapy, when clients gain insight into the internal conflicts of the conflict triangle and become aware of how these conflicts are repeated in the person's triangle, they do not hide their emotions behind defenses, it leads them to moderation and emotional self-regulation. Of course, it causes the mental growth of the person. The mean age and standard deviation of the experimental and control groups were 43.40 ± 3.92 and 44.07 ± 4.49 years, respectively ($P = 0.669$). Independent t-tests for age and Fisher's exact tests for gender, education level, and marital status showed no significant statistical differences between the groups ($P > 0.05$). Before the intervention, the mean scores for cognitive functioning and suicidal thoughts were 72.25 and 24.08 in the treatment group, and 72.12 and 23.52 in the control group, respectively ($P < 0.05$). After the intervention, the treatment group showed a significant reduction in suicidal thoughts and an improvement in cognitive functioning compared to the control group ($P < 0.01$).

Conclusion: The findings suggest that short-term intensive dynamic therapy effectively enhances cognitive functioning and reduces suicidal thoughts in women with BPD. It is recommended that this therapeutic approach be used to improve cognitive functioning and reduce suicidal thoughts in individuals with BPD. Additionally, it can be incorporated alongside other therapeutic methods in psychophysiological and psychological clinics.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Feizabadi M, Gandomkar H, Samian P, Bidian Soula R, Ahmadi SS, Jafari S. A Effectiveness of Dynamic Psychotherapy on Suicidal Thoughts and Cognitive Functioning in Patients with Borderline Personality Disorder. Razi J Med Sci. 2025(13 Mar);31.195.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

مقدمه

شخصیت‌مرزی یکی از مشکلات پیچیده مربوط به حیطه سلامت‌روان است (۱). نسبت به سایر اختلالات شخصیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تشخیص این اختلال از چالش برانگیزترین اختلالات شخصیت است (۲). این اختلال به عنوان الگوی فراگیر از روابط بین فردی، خودانگاره عواطف و تکانشگری بارز شناخته می شود که از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در زمینه‌های متعددی تظاهر می‌یابد (۳). یافته‌های پژوهش دیفرانسیسکو و همکاران نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت‌مرزی در میان سه سبک مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده، بیشتر سبک دفاعی رشدنیافته را از خود نشان می‌دهند (۴). هبرت و همکاران معتقدند که شخصیت مرزی الگویی شبیه به شخصیت‌های ضداجتماعی، خودشیفته، پرخاشگر منفعل، وابسته و نمایشی است (۵). پژوهش سیستماتیک مک کلور و هاوس و دادس نشان داد که بیشتر بیماران مبتلا به شخصیت‌مرزی عملکرد ضعیفی در اغلب حوزه‌های کارکرد اجرایی نسبت به گروه کنترل سالم دارند (۶). به طور خاص، اختلال عملکرد شناختی به طور فزاینده‌ای به عنوان یک عامل رایج در اختلال شخصیت‌مرزی شناخته شده است و آسیب در توجه، خاطرات کاری و اپیزودیک، سرعت پردازش و عملکرد اجرایی مشاهده گردید (۷). این نقایص شناختی عامل اصلی بدتر شدن عملکرد شناختی و سازگاری‌های روانی- اجتماعی مانند عملکرد شغلی، روابط بین فردی و رضایت از زندگی. علاوه بر این، مشخص است که این اختلال حتی بین دوره‌های خلقی نیز ادامه دارد و با پیشآگهی بدتری همراه است. (۸). نخستین مرحله در شکل‌گیری رفتار خودکشی‌گرایانه در فرد، پدید آمدن افکار خودکشی در او می‌باشد که این افکار ممکن است در یک موقعیت بحرانی به وجود آید و فرد اقدام به خودکشی کند (۹). افراد در دوره دانشجویی استرس‌ها و فشارهای تحصیلی زیادی را تجربه می‌کنند و آن‌ها باید در مورد اهداف زندگی و حیطه شغلی آینده خود تصمیمات مهمی بگیرند و احساس تنهایی ناشی از دوری از خانواده را تجربه می‌کنند شیوع افکار خودکشی در دانشجویان رشته‌های مختلف بالا می‌باشد که در مطالعات کشور ایران این شیوع در دانشجویان ۲/۶ تا ۷/۴۲ درصد و اقدام به خودکشی ۱/۸ تا ۵/۳ درصد برآورد شده است (۱۱).

به عبارتی دیدگاه روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده تابعی از الگوی روانکاوی Freud است که توسط دانشمند ایرانی به نام Davanloo در دانشگاه مک‌گیل طراحی و توسعه یافت که در آن روش بلندمدت، روان‌تحلیلی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شده است و در این درمان به بیماران کمک می‌شود تا اضطراب و هیجانشان را تنظیم و بر ضد دفاع‌هایشان تغییر دهند که همراه با این تغیر من فرد نیرومندتر می‌شود و می‌تواند با احساساتی روبه‌رو شود که از آنها اجتناب‌کرده‌است (۱۲). در یک مطالعه مروری فراتحلیل اخیر، کارایی روان‌درمانگرهای پویشی کوتاه‌مدت در ۱۳ تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی بر اختلالات بدنی‌سازی بررسی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که روان‌درمانگری‌های پویشی کوتاه‌مدت می‌توانند به عنوان روش‌های درمانی قابل اعتماد در اختلالات بدنی‌سازی به کار گرفته شوند (۱۳). همچنین الگوی شناختی پیشنهادی سالکوویس متمرکز بر شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های منفی افکار مداخله‌گر، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت، جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از ارزیابی متأثر از احساس مسئولیت و افزایش واجهه و کهش رفتارهای اجتنابی است (۱۴). در پژوهشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت و فشرده را آزمایش کردند و نتایج نشان‌داد که درمان‌پویشی کوتاه‌مدت و فشرده بر سلامت‌روان افراد موثر است (۱۵). بنابراین این پژوهش با هدف تعیین تأثیر روان‌درمانی پویشی بر بهبود عملکرد شناختی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به شخصیت‌مرزی انجام گردید.

روش کار

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1403.367 به تصویب رسید. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به شخصیت‌مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی روانشناسی شهر

تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه مورد برر سی با مراجعه به جدول Cohen تعیین‌شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین‌شد. اما از آن‌جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود دا شت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در یک گروه آز مایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری غیر از شخصیت‌مرزی (با سؤال کردن از افراد شرکت‌کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر (به جهت درک درمان پویشی)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرترالین)، عدم در یا فت خد مات روانشناختی (مانند در مان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه گذشته و عدم سابقه دریافت آموزش درمان پویشی کوتاه مدت و فشرده بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموز شی روان شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه-داشتن اطلاعات به دست‌آمده، آزادی مشارکت‌کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودگزار شی عملکرد شناختی و افکار خودکشی در ۳ مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) و پی‌گیری (۲ ماه بعد از اتمام آموزش) استفاده گردید. نمونه‌گیری در بهمن ۱۴۰۲ انجام و مداخله از فروردین ۱۴۰۳ شروع و تا آخر خرداد ماه ادامه داشت و تا اواخر شهریور ماه دوره پی‌گیری نیز انجام گرفت. مداخله‌ها تو سط روان شناس بالینی دوره دیده به صورت فردی در روزهای یک‌شنبه و سه شنبه در ساعت ۲۰-۱۷ عصر در کلینیک روان‌شناختی هم‌آفرینی تغییر (کلینیک کار پژوه شگران) انجام شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی های گروه کنترل به طور رایگان خد مات روان شناختی رایگان تو سط روان شناس بالینی دریافت کردند. ابزار سنجش در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

پر سش‌نامه افکار خودکشی: این پر سش‌نامه یک ابزار خودسنجی با ۱۹ پرسش است که به منظور سنجش نگرش، افکار و برنامه‌ریزی برای خودکشی طراحی شده‌ا ست. هر سؤال دارای سه گزینه ا ست، درجه نقطه‌ای مقیاس از صفر تا دو است (نمره صفر یعنی هیچ، نمره یک یعنی تا حدودی و نمره دو یعنی زیاد). دامنه نمرات میل به مردن با پنج سؤال از صفر تا ده، خودکشی منفعل با چهار سؤال از صفر تا هشت و خودکشی فعال با ده سؤال از صفر تا ۲۰ می‌با شد و نمره کلی فرد بر ا ساس جمع نمرات از صفر تا ۳۸ قرار دارد و در این آزمون هر چه امتیاز فرد بیشتر باشد، میزان افکار خودکشی او بیشتر است. در این پرسش‌نامه ۵ سؤال اول به منظور غربالگری، طرح شده‌است به طوری که اگر دانشجویان به ۵ سؤال اول، نمره صفر دهند فاقد افکار خودکشی هستند. نمره ۱ تا ۵ نشان‌دهنده دا شتن افکار خودکشی، نمره ۶ تا ۱۹، نشان‌دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشان‌گر قصد اقدام به خودکشی می‌باشد. این پرسش‌نامه یک ابزار معتبر و پایا جهت سنجش افکار خودکشی است که همبستگی درونی آن ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده‌ها r=۰/۸۳ گزارش شده‌است (۱۵-۱۴). هم‌چنین، در مطالعه دوچر دالری اعتبار هم‌زمان این آزمون در مقیاس سنجش خطر خودکشی معادل

جدول ۱– محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری برای وسواس فکری عملی

جلسه	محتوا	تکالیف
۱	خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مرور ساختار جلسات و قوانین، معرفی مشکل، بررسی علائم و تاریخچه، اشاره به عادی بودن اختلال و امکان بهبود درکوتاه مدت، تمرین‌هایی برای تنش زدایی، ارائه جزوه های آموزشی.	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان.
۲	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تعلیم شناسایی افکار خودکار، با استفاده از موقعیت اجتماعی اخیر. اقدامات رفتاری: ارزیابی نیاز به آموزش آرامش، شروع آموزش پیشرونده تنآرامی.	داوم خود کنترلی موقعیتهای اجتناب شده و رفتارهای امن، شروع ثبت افکار خودکار و تمرین آرامش.
۳	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: آموزش طبقه بندی افکار خودکار منفی، ارزیابی مدارک و پاسخ منطقی، شناسایی الگوهای پردازش پیش و پس از رویداد و معرفی آزمایشات رفتاری. اقدامات رفتاری: کمک به درمان جویان جهت ایجاد مراتبی برای مواجهه و اولین برنامه مواجهه، ارزیابی کمبود مهارت‌های اجتماعی و مباحثه منطقی برای آموزش	دنبال کردن درمانجویان با استفاده از ثبت افکار، تمرین تمرکز و توجه در موقعیت های اجتماعی، تمرین اصلاح پردازش پیش و پس از رویداد.
۴	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: بدست آوردن افکار خودکار پیش، طی و پس از مواجهه، و تمرین پاسخ منطقی توجه به تغییرات در حالت مراجع طی جلسات، بدست آوردن افکار خودکار، و مشاجره، معرفی مفاهیم فرضیات ناسازگار و طرحوارههای ناکارآمد .اقدامات رفتاری: شروع مواجهه، حرکت به بالای مراتب مواجهه، برنامه ریزی و مباحثه خودهدایتی در مواجهه محیط طبیعی، شناسایی رفتارهای امن، تداوم با آموزش مهارتهای اجتماعی از طریق مدلسازی و ایفای نقش.	گوش دادن به نوارهای مواجهه قابل تصور، تعامل در خود هدایتی در مواجهه محیط طبیعی، از قلم انداختن رفتارهای امن، تمرین کاربرد خودهدایتی مهارتهای شناختی پیش و پس از مواجهه، تداوم تمرین اهداف اجتماعی درمانجویان.
۵	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تداوم شناسایی و چالش افکار خودکار، تداوم آزمایشات رفتاری، شناسایی و چالش فرضیات و طرحواره های مرکزی .اقدامات رفتاری: تداوم مواجه ها، حرکت رو به بالای مراتب.	گوش دادن به نوارهای مواجهه قابل تصور، تمرین کاربرد خود هدایتی مهارت‌های شناختی پیش و پس از مواجهه.
۶	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تداوم تمرکز بر فرضیات و طرحواره ها، مباحثه درباره مشکلات آتی و روش های مقابله با آنها. اقدامات رفتاری: تکمیل مراتب مواجهه، طراحی خود مواجه های مراجع، بررسی تکنیکهایی که در آن مراجع مفید یافت شده است.	در جستجوی فرصتهایی برای مضطرب بودن درمانجویان و استفاده از آنها برای مواجهه آتی، تشویق تمرین تداوم یافته تمامی مهارتها
۷	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل بحث درباره تأثیر به کارگیری درمان های انجام شده در زندگی شخصی و اجتماعی درمانجویان، بررسی تغییرات سازندهای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته سازی موفقیت های درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده	یادداشت نکات مثبت و منفی درمانگر، روش آموزشی و طرح پژوهشی.
۸	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل ارائه خلاصه ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت های آموزش داده شده، آمادگی برای مشکلات آتی، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پسآزمون و اتمام جلسات درمانی.	

r =۰/۶۹ و P<۰/۰۰۱ به دست آمده‌است (۱۶). این پرسش‌نامه به فارسی نیز ترجمه شده‌است و روایی همزمان آن با پرسش‌نامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۹۲ به دست آمد.

پرسشنامه توانایی‌های شناختی: این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ به منظور ارزیابی توانایی‌های شناختی تهیه گردید. پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال و شامل ۷ مؤلفه حافظه، کنترل مهاری و توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی است. پایایی ابزار را براساس آلفای کرونباخ برای کل ۰/۸۳۴ گزارش نمود.

گروه آزمایش درمان‌پویشی را به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت‌کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه‌های عملکرد شناختی و افکار خودکشی در سه مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. مطابق دستورنامه روان‌پویشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، به شرح جدول ۱ و مطابق با کتابچه راهنمای روان‌درمانی پویشی انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و کنترل

به ترتیب ۳/۹۲ ± ۴۳/۴۰ و ۴/۴۹ ± ۴۴/۰۷ سال بود (P=۰/۶۶۹). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵). در راستای بررسی و توصیف داده‌های به دست آمده از نمونه‌های مورد مطالعه، آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در جداول ۲ گزارش گردیده است.

مطابق جدول ۳، شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ارائه گردید. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پی‌گیری بهبود یافته است. این بهبودی در متغیر انعطاف پذیری شناختی افزایش و اضطراب سلامت با کاهش میانگین نمره روبرو بوده است که نشان از تأثیر مداخله شناختی رفتاری بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی‌که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است.

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب سلامت از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنف نشان داد که مقادیر

جدول ۲- برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد مطالعه

متغیرها	مؤلفه‌ها	آزمایش (n=۱۵) تعداد (درصد)	کنترل (n=۱۵) تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۱۲ (۹۰/۶۷)	۱۴ (۹۰/۶۷)	۱
	زن	۳ (۱۲/۳۳)	۳ (۱۲/۳۳)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۲ (۲۲)	۴ (۱۲/۳۳)	۰/۵۳۰
	کارشناسی	۱۳ (۸۱)	۱۲ (۸۹/۶۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۲ (۲۲)	۲ (۷/۶۶)	۰/۵۷۰
	متأهل	۱۲ (۸۵)	۱۳ (۹۶/۳۴)	

آزمون دقیق فیشر، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی در بیماران ptsd

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پی‌گیری میانگین ± انحراف معیار	حداقل	حداکثر
انعطاف پذیری شناختی	آزمایش	۴۴/۸۶ ± ۴/۷۰	۷۵/۴۰ ± ۴/۶۰	۷۵/۴۴ ± ۴/۶۰	۲۲	۳۳
	کنترل	۴۵/۷۰ ± ۴/۴۵	۴۶/۴۸ ± ۴/۳۲	۴۶/۱۶ ± ۴/۲۲	۱۳	۳۴
اضطراب سلامت	آزمایش	۷۰/۵۵ ± ۴/۹۰	۳۲/۴۰ ± ۴/۷۸	۳۲/۵۰ ± ۴/۷۸	۷۹	۹۸
	کنترل	۴۵/۷۸ ± ۴/۱۶	۴۶/۴۸ ± ۶/۴۰	۴۶/۱۳ ± ۵/۲۱	۸۹	۱۰۴

جدول ۴- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر انعطاف پذیری شناختی و اضطراب سلامت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
انعطاف پذیری شناختی	گروه	۲۰۶/۶۵۱	۱	۲۰۶/۶۵۳	۴/۶۱۵	۰/۰۳۳	۰/۲۸
	دوره	۹۶/۵۸۰	۲	۴۸/۵۸۰	۲۴/۴۱۷	< ۰/۰۰۱	۰/۶۹
	گروه*دوره	۱۲۰/۰۰۲	۲	۶۰/۰۰۱	۳۰/۸۸۹	< ۰/۰۰۱	۰/۷۳
اضطراب سلامت	گروه	۹۸/۸۲۵	۱	۹۸/۸۲۵	۱۵/۷۰۵	۰/۰۲۴	۰/۲۰۶
	دوره	۹۲/۸۴۰	۲	۴۶/۴۱۲	۳۶/۹۹۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸۸
	گروه*دوره	۱۳۲/۰۲۳	۲	۶۶/۰۱۲	۱۸/۲۰۷	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶۰

توزیع داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد نرمال است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لوین بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و فرض همگنی واریانس‌های دو گروه محقق گردید. فرض کرویت موخلی نشان داد که پیش فرض کرویت در داده‌ها برای هر مؤلفه انعطاف پذیری شناختی (P=۰/۳۵۸، χ^2=۳/۵۶)، اضطراب سلامت (P=۰/۰۵۵، χ^2=۱۶/۰۵) برقرار بود. لذا از آزمون Sphericity assumed استفاده شد. برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شد، طبق نتایج برای متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی (Box's M=۳/۰۵۱، F=۱/۵۷۲، P=۰/۵۱۴)، و اضطراب سلامت (Box's M=۴/۱۷۹، F=۳/۲۶۰، P=۰/۵۰۸) برقرار بود. نتایج آزمون بین‌گروهی حاکی از آن بود که تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین انعطاف‌پذیری شناختی (P=۰/۰۰۸)، و اضطراب سلامت (P=۰/۰۲۴) معنی‌دار است. نتایج آزمون درون‌گروهی (دوره) حاکی از آن است که تفاوت میان میانگین انعطاف‌پذیری شناختی (P<۰/۰۰۱) و اضطراب سلامت (P<۰/۰۰۱) معنادار است. به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد انعطاف پذیری شناختی و اضطراب سلامت در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۷۸ درصد بوده و معنی‌دار است. هم‌چنین، نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و زمان بر متغیرهای، انعطاف پذیری شناختی و اضطراب سلامت معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) که نشان دهنده تأثیر مداخله بر افزایش میانگین نمرات متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب سلامت در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیر انعطاف پذیری شناختی ۷۷ درصد است که به این معنا است که ۷۷ درصد از تغییرات نمره انعطاف پذیری شناختی از طریق اثرات بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیر های انعطاف پذیری شناختی به ترتیب ۷۱ درصد است که به این معنا است که ۷۱ درصد از تغییرات نمرات انعطاف پذیری شناختی از طریق اثرات بین گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر عملکرد شناختی، افکار خودکشی مبتلا به شخصیت‌مرزی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت منجربه بهبودی کیفیت زندگی و افکار خودکشی افراد مبتلا به شخصیت‌مرزی شده است. نتایج حاضر همسو با نتایج مطالعات گوور (Gur) (۲۰۲۳) (۲) و آپولینارو هاگن (Apolinário-Hagen) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۵) می‌باشد. در تبیین تأثیر مداخله درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر کاهش عملکرد شناختی در افراد مبتلا به شخصیت مرزی با توجه به دیدگاه نظری می‌توان بیان نمود که در این درمان به علت مواجهه فرد با احساسات ناخواسته، اضطرابش در ابتدا افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به نوبه خود باعث افزایش علائم گردد، اما پس از چند جلسه که احساسات برون‌ریزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند و علائم خلقی یا هیجانی روبه کاهش می‌گذارند. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی نماید (۲). در فرایند درمانی روان‌پویشی، فرد با کسب توانایی تجربه‌ی عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداری، فرایندهای شناختی و برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از خود و توانمندی‌هایش رقم زند و مهارت‌های مقابله‌ای و نیز روابط میان فردی را اصلاح نموده و به این صورت زمینه برخورد مناسب هیجانی را افزایش ابرازگری هیجانی فراهم کند. در طول جلسات درمانی وقتی ناهشیار بازگشایی و احساسات برون‌ریزی می‌شود، به طور چشم‌گیری احساسات رسوب شده در وجود فرد کاهش می‌یابد و با تنظیم

اضطراب، سبک‌های دفاعی رشد یافته و تجربه احساسات تنظیم هیجانی فرد به شکل مؤثرتری رخ می‌دهد و فرد می‌تواند هیجانات مثبت را بهتر درک کند. در روند درمان، افراد به نسبت به نشانه‌های بدنی اضطراب خود، آگاهی پیدا می‌کنند و می‌توانند هیجانات خود را در موقعیت‌های مختلف شناسایی کنند و نحوه تجربه، بیان و کنترل آن را می‌آموزند و بدین ترتیب این دشواری در ناگویی خلقی در این افراد کاهش پیدا می‌کند. چنین مواجهه‌هایی موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاع‌های بیمارگونه می‌شود و ظرفیت روانی فرد را افزایش و درنهایت سلامت‌روانی او را بالا می‌برد. در درمان روان‌پویشی وقتی مراجع نسبت به تعارض درونی مثلث تعارض بینش پیدا کنند و به این‌که چگونه این تعارضات تکرار می شوند مثلث شخص آگاه شوند، هیجان‌های خود را پشت دفاع‌ها مخفی نکنند او را به سمت اعتدال و خودتنظیمی هیجانی سوق می‌دهد و بالطبع باعث رشد ذهنی فرد می شود (۵). یافته‌های پژوهش نشان‌داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت منجر به بهبودی بیماران شخصیت‌مرزی در شاخص افکار خودکشی شده است (۱۳).

در درمان برای تجربه احساسات «به ظرفیت سازی ایگو می‌پردازیم» تا از طریق دفاع‌کردن، به منظور تجربه نکردن هیجانات منفی از مکانیسم‌های دفاعی استفاده نکنند. در واقع با ظرفیت‌سازی من برای بیمار، کمک به بهبود او می‌کنیم و این کار را از طریق نزدیک کردن بیمار به احساساتش بدون این‌که از مکانیزم دفاعی استفاده کنند انجام می‌دهیم. در واقع ایجاد احساس تسلط بر احساسات به وسیله چالش با دفاع‌ها در فرایند درمان است که حال بیمار را بهبود می‌بخشد و به تبع آن باعث بهبود عملکرد شناختی او نیز می‌شود (۱۱). ناتوانی در تنظیم عواطف ریشه در سال‌های اولیه زندگی و شکست در فرایند درونی‌سازی ویژگی "خود- مراقبتی" والدین دارد. توانایی خودمراقبتی یک ظرفیت روان‌شناختی و یکی از عملکردهای ایگو است. این ظرفیت، از فرد در مقابل آسیب محافظت کرده و منجر به تضمین بقاء می شود.

ظرفیت خودمراقبتی شامل توانایی سنجش واقعیت، قضاوت،کنترل، وجود اضطراب با کارکرد اخطار دادن به فرد و توانایی نتیجه‌گیری منطقی و استنتاج است. ظرفیت خود مراقبتی به واسطه‌ی تعامل والد-کودک و اقدامات حمایتی و مهرورزی والدین در سال‌های اولیه کودکی ایجاد می‌شود. از آن‌جا که افراد شخصیت‌مرزی فاقد این درونی سازی ها هستند، در توانایی خودمراقبتی، حفظ عزت‌نفس و تنظیم ارتباطات دچار مشکل هستند. در واقع نقص در خودمراقبتی و خودتنظیمی، موجب به وجود آمدن احساسات دردناک و گیج‌کننده در فرد می‌شود و رنج روان‌شناختی سنگینی را برای فرد به همراه دارد. در درمان پویشی فرد قادر به افزایش کارکرد من و افزایش افکار خودکشی برای خود خواهد شد و دیگر نیازی به استفاده از رفتارهای غیرانطباقی که کارکرد را برای وی داشتند ندارد و به طبع فرد می‌تواند راحت‌تر زندگی کند. آن‌چه در فرایند درمان پویشی کوتاه مدت اتفاق می‌افتد باعث آگاه‌تر شدن نسبت به احساسات و عواطف پنهانی ناهشیار در خلال رابطه درمانی است. مراجع از نامناسب بودن تجارب هیجانی خود آگاه می‌شود و به "من" اجازه داده می‌شود تا ابراز وجود کرده و با موقعیت‌های تغییر یافته سازگاری پیدا کند.

پیشنهادات

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورین با فراگیری رویکرد پویشی در مواجهه با بیماران شخصیت‌مرزی از رویکرد روان‌پویشی کوتاه‌مدت استفاده‌کنند. هم‌چنین، مداخلات روان‌درمانی دیگر در این جامعه سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود بقیه متخصصین و محققین روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت با متغیرهای دیگر در جامعه‌های دیگر آزمایش‌کنند.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان عدم امکان غربال بیماران به لحاظ متغیرهایی مانند تیپ شخصیت، سازمان شخصیت، انگیزه ورود به درمان و انتظارات،

تعمیم نتایج را با دشـــواری روبه‌رو کرده بود. رویکرد روان‌پویشی خود دارای محدودیت‌هایی است که طبیعتاً با محدودیت‌های این تحقیق گره‌خورده است؛ تناسب مراجعان با این رویکرد درمانی یکی از عواملی است که می‌بایست به آن توجه نمود. اختلالات خاصی هستند که مناسب این روش درمانی نیستند و نامناسب بودن آن‌ها در مراحل اولیه توالی پویشی مشخص می شوند. این اختلالات عبارت‌اند از: سایکوزهای اختلال شدید در کنترل تکانه، حالت‌های شدید الکلیسم. پیشنهاد می شود این مطالعه در جامعه‌های دیگر و با متغیرهای جدید انجام شود. هم‌چنین، با توجه به پی‌گیری کوتاه مدت انجام شده، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با پی‌گیری بلند مدت انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که استفاده از درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر عملکرد شناختی، افکار خودکشی مبتلا به شخصیت مرزی مؤثر است. بر این اساس توصیه می شود از درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در کاهش افزایش عملکرد شناختی و افزایش افکار خودکشی در افراد مبتلا به شخصیت مرزی استفاده شود و در کنار روش‌های درمانی دیگر می‌توان از این مداخله در کلینیک های روانی‌تنی و روان‌شناختی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از آزمودنی‌های گرامی که در این پژوهش شرکت کردند و نیز از زحمات تمام کسانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش کمک نمودند، تشکر و سپاس‌گزاری می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.SARI.REC.1403.367 انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

ساره سادات احمدی نگارش مقاله و حسین گندمکار ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و پویا سمعیان و رضا بیدیان‌سولا داده‌ها را تجزیه، تحلیل و محمد فیض‌آبادی و سهیل جعفری آن را تفسیر کردند.

References

1. Abbs A, Town JM, Driessen E. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Outcome Research. Harv Rev Psychiatry. 2021;29(3):156-170.
2. Whitehead J, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: The Halifax Depression Study. J Affect Disord. 2017;214:15-25.
3. SokkenA, Abbass A. Implementation of an intensive short-term dynamic treatment program for patients with treatment-resistant disorders in residential care. BMC Psychiatry. 2014;14:12.
4. Kealy Ogrniczuk JS. Marginalization of psychodynamic therapies: Time for action. Psychoanal Psychol. 2018;35(3):312-318.
5. Sloan E,ll KMoulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic feature in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2017;57:141-152.
6. Gunderson JLinkPS. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014;48:161-172..
7. Paris J. SteppCareAn Alternative to Routine Extended Treatment for Patients with Borderline Personality Disorder. Psychiatr Serv. 2020;181:292-309.
8. Bateman AW, Fonag. Mealization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide. Oxford, UK: Oxford University Press; 2016.
9. Kernberg OF. The InsrablNature of Love and Aggression: Clinical and Theoretical Perspectives. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011;1191:291-329
10. Leichsenring F, Leibin, Kru J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. Lancet. 2011;377(9759):74-84.
11. Biskin RS, Paris J. Managnt oforderline personality disorder. CMAJ. 2012;184(17):1897-1902.
12. Zanarini MC. Psychotherapy oorderne Personality Disorder. Acta Psychiatr Scand. 2009;120(5):373-377.

13. NICE. Borderline Personality Dider: eatment and Management. Clinical Guideline 78. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
14. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Pmba MBarbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017;74(4):319-328.
15. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Vm BA,ongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2020;5(5):CD012955.