

درمان‌های جدید شناختی رفتاری و موج سوم برای اختلال شخصیت مرزی در ایران: یک مطالعه مرور سیستماتیک

*فاطمه معینی^۱، بهناز دوران^۲، پرویز دباغی^۳

چکیده

مقدمه: از میان اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی از سخت‌ترین و جدی‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است و یکی از مؤثرترین درمان‌های روانی بر بهبود علائم آن، درمان‌های موج سوم هستند. هدف از انجام این مطالعه، مرور سیستماتیک مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر درمان‌های موج سوم بر اختلال شخصیت مرزی بود.

روش بررسی: در این مرور سیستماتیک، جستجوی مقالات کارآزمایی بالینی انجام شده در ایران به زبان فارسی و انگلیسی در پایگاه‌های اطلاعاتی با کلید واژه‌های «اختلال شخصیت مرزی»، «رفتار درمانی دیالکتیک»، «درمان پذیرش و تعهد» و «طرحواره درمانی» و همچنین معادل انگلیسی آنها انجام شد.

یافته‌ها: در مجموع تعداد دوازده مقاله تمام متن، مورد بررسی نهایی قرار گرفت. پس از جستجو، غربالگری و ارزیابی، نتایج نشان داد که تمامی مطالعات به‌طور کلی (نمره کلی)، بیانگر تأثیر مثبت مداخلات موج سوم بر بهبود نشانه‌های شخصیت مرزی بودند، اما در برخی نشانه‌ها (مانند احساس خشم، عقاید پارانوئید، احساس پوچی، روابط بین فردی، تکانشگری و ...) تفاوت نتیجه وجود داشت. همچنین یافته‌ها نشان داد که این درمان برای گروه‌های خاص از جمله مبتلایان به سوء مصرف مواد و زندانیان نیز مؤثر بوده، اما این سودمندی در هر یک از گروه‌ها متفاوت بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعات مورد بررسی در افراد مختلف، حجم نمونه کم و بافت‌های فرهنگی گوناگون انجام شده‌اند. بر طبق این یافته‌ها، مداخلات درمانی موج سوم بر بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر بود، در عین حال بررسی تأثیرات آن بر برخی نشانه‌ها، نیازمند مطالعات بیشتر است.

کلمات کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، مرور سیستماتیک، طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد

(سال بیست و یکم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۸، مسلسل ۶۹)
تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۱۸

فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۹۷/۵/۲۵

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، گروه روانشناسی بالینی، تهران، ایران (f.r.moeeni86@gmail.com)
۲. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انسیتو سبک زندگی، تهران، ایران
۳. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی آجا، گروه روانشناسی بالینی، تهران، ایران

مقدمه

اختلال‌های شخصیت^۱، شیوه‌هایی ناسازگار و پایدار برای ادراک، برقراری رابطه و تفکر در مورد خود و جهان است که در زندگی روزمره، شغل و تحصیل فرد تداخل ایجاد می‌کند. شیوع اختلالات شخصیت ۱۰ تا ۲۰٪ جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود، بنابراین یک اختلال شایع و مزمن است [۱، ۲]. سه خوشه کلی از اختلال‌های شخصیت، بر اساس ویژگی‌های مشترک یا بارز این اختلال‌ها معرفی شده است. خوشه A شامل اختلالات پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی، خوشه B شامل اختلالات ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته و همچنین خوشه C شامل اختلالات اجتنابی، وابسته و سواسی-جبری است [۳-۵].

از میان اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی^۲ از سخت‌ترین و جدی‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است [۶، ۷]. این اختلال ناشی از آسیب در روابط میان فردی و درک نادرست از خود و دیگران است که باعث می‌شود افراد مبتلا به این اختلال با بازنمودهای تحریف شده‌ای از خود، دیگران و همچنین روابط ناسالم مشخص شوند [۲، ۸]. برای تشخیص‌گذاری اختلال شخصیت مرزی، وجود پنج مورد از مجموعه‌ای از نشانه‌ها، شامل الگوی بی‌ثبات روابط میان فردی، خودانگاره، عواطف و تکانش‌گری محسوس، احساس جدایی یا طرد، اختلال هویت یا رفتار، تهدید و یا ژست خودکشی‌گرا یا رفتار جرح خویشتن، خشم کنترل نشده، تحریک‌پذیری و اندیشه پردازی پارانوئید موقتی مرتبط با استرس، بی‌ثباتی عاطفی ناشی از واکنش‌پذیری خلق، تحریک‌پذیری یا اضطراب که معمولاً چند ساعت ادامه می‌یابند، ضروری است [۲] که از این میان، مهم‌ترین ویژگی آنها نوسانات خلقی و رفتاری است [۹]. در بین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی بیشترین میزان شیوع را در میان جمعیت بالینی دارد. نرخ شیوع اختلال شخصیت مرزی در

جمعیت عمومی از حدود ۱/۶٪ تخمین زده می‌شود اما ممکن است تا ۵/۹٪ نیز افزایش یابد [۱، ۲] و در زن‌ها دو برابر شایع‌تر است [۱]. این اختلال از نوجوانی آغاز می‌شود، در اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد و در میان‌سالی کاهش می‌یابد [۷]. اختلال شخصیت مرزی در ۴۲ تا ۶۸٪ موارد با عوامل ژنتیکی همراه است و در واقع پنج برابر در میان خویشاوندان بیولوژیکی درجه اول نسبت به جمعیت عمومی شایع‌تر است [۱۰]. شواهد، نشان می‌دهد هورمون‌های عصبی مانند اکسی‌توسین، اپیوئیدها، ترس‌های اغراق‌آمیز از طرد و ترک شدن را که مشخصه اختلال شخصیت مرزی است، میان‌جیگری می‌کند. به نظر می‌رسد که تأثیرات محیطی نیز در بیماری‌زایی این اختلال حائز اهمیت باشد [۱۱].

بسیاری از درمانگران این اختلال را «غیرقابل درمان»^۳ می‌دانند [۱۲]. برای اولین بار جوزفین، گیسن‌بلو و آرنتر [۱۳] در پژوهش خود نشان دادند که علائم این اختلال شخصیت، دائمی و مادام‌العمر نبوده و درصد زیادی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی توانستند از علائم بیماری، بهبود کامل پیدا کنند. شواهد نظری در خصوص درمان اختلال شخصیت مرزی وجود دارد که در این میان می‌توان به موج سوم روان‌درمانی‌ها شامل رفتار درمانی دیالکتیکی (لینهان^۴، ۱۹۹۳)، طرحواره درمانی (یانگ^۵، ۱۹۹۰)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اشاره کرد [۱۴، ۱۵].

درمان‌های پذیرش و تعهد^۶، رفتار درمانی دیالکتیک^۷ و طرحواره درمانی^۸، جزو آن دسته از درمان‌های موج سوم هستند که دارای پشتوانه تجربی‌اند. خیزش درمان‌های رفتارگرایی علیه رویکردهای روان‌تحلیلی در دهه ۱۹۵۰، و پس از آن خیز دوم، علیه افراط‌گرایی‌های دیدگاه رفتارگرایی کلاسیک در واکنش

3. untreatable

4. Linehan, M. M.

5. Young, J.E.

6. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

7. Dialectic Behavioral Therapy (DBT)

8. Schema Therapy (ST)

1. Personality Disorder

2. Borderline Personality Disorder

شناختی-رفتاری را با جنبه‌هایی از مراقبه (عمل ذن^۳) ادغام می‌کند. این روش همچنین از فلسفه دیالکتیکی برای ساختن این دو دیدگاه متضاد در قالب یک مجموعه منسجم از اصول درمانی استفاده می‌کند. در واقع این رویکرد، همدلی و پذیرش مراجع محور را با حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی دیدگاه شناختی و رفتاری درهم می‌آمیزد، به‌طوری که رفتار درمانی دیالکتیکی از چهار نوع مداخله تشکیل می‌شود که شامل: جلسات انفرادی به مدت یک ساعت در هفته و با هدف ایجاد انگیزه در مراجع و اداره بحران‌های مراجع، جلسات مهارت آموزی گروهی، مشاوره تلفنی با درمانگر برای کاهش رفتارهای خودکشی گرایانه و هدایت مراجع در استفاده از مهارت‌ها، جلسه‌های تیم متخصصان به‌منظور حمایت و جلوگیری از فرسودگی شغلی درمانگر رفتار درمانی دیالکتیکی است [۱۹].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری است که توسط هیز^۴ و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شد و ریشه فلسفی عمیقی دارد و به لحاظ نظری مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی^۵ است که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه‌ها را تعیین می‌کند [۲۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در می‌آمیزد و بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌های ش تأکید دارد. این رویکرد در حوزه‌های قابل کنترل، بر تغییر رفتار و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست بر پذیرش و ذهن آگاهی و ایجاد و حفظ معنای زندگی متمرکز است. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تغییر

به نادیده گرفتن بُعد شناختی اختلالات در دهه ۱۹۷۰، مقدمه‌ای برای شکل‌گیری روان درمانی‌های موج سوم بود [۱۶]. در پایان دهه ۸۰ و اوایل دهه ۹۰، رویکردهای مربوط به خیز اول و دوم با هم ادغام شده و مجموعه‌ای از درمان‌ها را تحت عنوان درمان‌های شناختی رفتاری ایجاد کردند. موج سوم نیز، تلفیقی از سنت‌های معنوی شرقی، از جمله فنون مراقبه، تفکر نظاره‌ای با رفتار درمانی شناختی سنتی است. درمانگران موج سوم به‌طور کامل تکنیک‌های موج اول و دوم را رها نکرده‌اند، اما بیشتر، راهبردهای رفتاری را به جای راهبردهای شناختی سنتی مورد توجه قرار داده‌اند. به‌طوری که درمانگران موج سوم از تکنیک‌های ذهن آگاهی و پذیرش به همراه مراقبه و درمانگران موج دوم بیشتر از تکنیک‌های بازسازی شناختی و آرام‌سازی استفاده می‌کنند [۱۴، ۱۵]. در ادامه مطلب به شرح مختصری از انواع روان درمانی‌های موج سوم که در این پژوهش به آنها پرداخته شده، می‌پردازیم و سپس با توجه به موضوع اصلی، اثربخشی درمان‌های موج سوم بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در ایران، به‌طور مفصل‌تر مورد بحث قرار می‌گیرد.

رفتار درمانی دیالکتیک: این رویکرد توسط مارشال لینهان^۱ (۱۹۹۳) برای درمان مشکلات افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به‌طور مزمنی در معرض خودکشی قرار داشتند، ابداع شد. انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۱، درمان‌های انتخابی اختلال شخصیت مرزی را درمان روان‌پویشی و رفتار درمانی دیالکتیک معرفی نمود [۱۷]. به‌طوری که رفتار درمانی دیالکتیک، اخیراً بیشترین فراوانی بررسی مداخلات روانی-اجتماعی را برای اختلال شخصیت مرزی دارد [۱۸] و در حال حاضر خط اول درمان برای این اختلال محسوب می‌شود. رفتار درمانی دیالکتیکی، مبتنی بر نظریه زیست-اجتماعی^۲ است که به سبب شناسی مشکلات تنظیم خلق اختلال شخصیت مرزی می‌پردازد و راهبردهای درمان

3. Zen Practice

4. Hayes

5. Relational Frame Theory

1. Linehan

2. Bio-Social Theory

کم است اما پژوهش مورتون^۸ و همکاران [۲۸] نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند روان درمانی مناسبی برای اختلال شخصیت مرزی باشد.

طرحواره درمانی: در میان مفاهیم و تکنیک‌های انواع مکاتب روانشناختی، طرحواره درمانی، رویکردی تحولی به صفات شخصیتی است که اغلب زیربنای آسیب‌شناسی‌های شدید هستند. این رویکرد درمانی توسط جفری یانگ (۲۰۰۳) مطرح شده است. طرحواره‌ها چهارچوبهایی هستند که از طریق آنها به جهان نگاه می‌کنیم. یانگ معتقد است که طرحواره، الگوی ثابت و دراز مدتی است که در دوران کودکی به وجود آمده و تا دوران بزرگسالی نیز ادامه یافته است و با به‌کارگیری طرحواره درمانی، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به‌صورت ناهمخوان دیده و در نتیجه برای رهایی انگیزه بیشتری پیدا کنند [۲۹]. اگرچه طرحواره درمانی بیشتر در درمان اختلالات شخصیت کاربرد دارد، اما پژوهش‌ها نشان دهنده کاربردهای آن در مورد اختلالات خلقی و اضطرابی مزمن نیز است [۳۰]. یانگ مدلی را در مورد اختلال شخصیت مرزی ارائه کرده است، که به ویژه در فهم ذهنیت‌های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است. یانگ این فرض را مطرح ساخت که برخی از طرحواره‌ها به‌ویژه طرحواره‌هایی که در دوران اولیه زندگی در نتیجه تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته مرکزی اختلال‌های شخصیت را تشکیل دهند. وی این زیر مجموعه از طرحواره‌ها را طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامگذاری کرد [۳۱]. یانگ [۳۲] پنج طرحواره عمده را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی معرفی کرده است که عبارتند از:

- ۱- کودک ترک شده
- ۲- کودک عصبانی و تکانشی
- ۳- والد تنبیه‌گر
- ۴- محافظ بی‌تفاوت

مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن کمک به مراجع است تا بتواند به روش متفاوتی با تجارب خویش رابطه برقرار کند و بتواند به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود [۲۱]. درمان پذیرش و تعهد درمانی برخاسته از رفتار درمانگری است که شواهد تجربی فراوانی در خصوص کاهش طیف وسیعی از رنج‌های بشر از اضطراب و افسردگی گرفته تا سوء مصرف مواد و حملات وحشت زدگی [۲۲]، اختلال فشار روانی پس از آسیب [۲۳]، بهبود روابط زوجین [۲۴]، و... را به همراه دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری سنتی این تفاوت را دارد که در تلاش است تا به مردم شیوه‌های بهتر کنترل کردن افکار، احساسات، خاطرات و دیگر رویدادهای شخصی را آموزش دهد. این مدل به درمانجویان یاد می‌دهد که احساس خودشان را بدون قضاوت نگاه کنند چرا که جنگیدن یا اجتناب از هیجانات اثر آنها را تشدید می‌کند [۲۵]. درمان پذیرش و تعهد با تکنیک‌های رفتاری و تجربی مختلف و شش فرایند بنیادینش (گسلش شناختی^۱، پذیرش، تماس با لحظه حال^۲، خود مشاهده‌گر^۳، ارزش‌ها^۴، اقدام متعهدانه^۵) با هدف تغییر نگاه افراد برای پذیرش خاطرات آسیب‌زای خود و بهبود عملکردشان کمک می‌کند تا آنها به سمت زندگی معنادار و ارزشمند قدم بگذارند [۲۳]. دو مفهوم کلیدی در این نوع درمان، انعطاف‌پذیری روانشناختی^۶ و اجتناب تجربی^۷ است. انعطاف‌پذیری روانشناختی یعنی توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات و تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود [۲۶]. اجتناب تجربی هم زمانی اتفاق می‌افتد که شخص تمایلی به ماندن در تجربیات خصوصی خاصی ندارد و در جهت اصلاح شکل یا فراوانی این تجربیات برمی‌آید [۲۷]. اگرچه تعداد پژوهش‌ها در این زمینه

1. Cognitive Defusion
2. The Now
3. Self as context
4. Values
5. Committed action
6. Mental Flexibility
7. Experimental avoid

8. Morton

۵- بزرگسال سالم

مبنای کار نظریه طرحواره، اصل هماهنگی شناختی است. افراد برانگیخته می‌شوند تا دیدگاه ثابت خود نسبت به جهان و خودشان را تداوم بخشند و تمایل دارند موقعیت‌ها را به گونه‌ای تفسیر کنند که طرحواره‌های شان تأیید شود [۳۱].

با توجه به روند رو به افزایش شیوع اختلالات شخصیت و آمار بالای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [۲] و با توجه به اثربخشی بالای درمان‌های موج سوم بر بهبود نشانه‌های این اختلال، این مطالعه مروری منظم که بنا بر اطلاع نویسندگان مقاله حاضر تاکنون مطالعه مشابه با آن در ایران صورت نگرفته است؛ به منظور بررسی دقیق اثربخشی این درمان‌ها بر اختلال شخصیت مرزی و بررسی ابهامات و اختلاف نتایج پژوهش‌ها انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه مروری منظم بود و مطابق با آیتم‌های گزارش ترجیحی برای بررسی‌های سیستماتیک انجام و گزارش شده است. در این مطالعه به منظور انجام مرور سیستماتیک، از مراحل جستجو، غربالگری و ارزیابی بهره گرفته شد که در ادامه به توضیح آن پرداخته‌ایم [۳۳].

فرایند جستجوی مقالات در فاصله زمانی ۳ تا ۱۰ مرداد ماه ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر، شامل کلیه مقالات کارآزمایی بالینی انجام شده در جامعه ایران به زبان فارسی و انگلیسی در خصوص تأثیر درمان‌های موج سوم بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود که به چاپ رسیده بودند. لازم به ذکر است که محدودیت زمانی در جستجو مد نظر نبوده است. جستجوی مقالات کارآزمایی بالینی ارائه شده در پایگاه‌های اطلاعاتی شامل پایگاه مرکز اطلاعات جهاد دانشگاهی (SID)، بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran)، پایگاه مجلات تخصصی نور (Noormags) و گوگل اسکالر، و با استفاده از کلید واژه‌های «اختلال شخصیت مرزی»، «رفتار درمانی دیالکتیک»، «درمان پذیرش و تعهد» و

«طرحواره درمانی» و همچنین معادل انگلیسی آنها «Borderline Personality Disorder»، «Dialectical Behavioral Therapy» و «Acceptance and Commitment Therapy» و «Schema Therapy» صورت گرفت. کلمات مذکور در عنوان و کلیدواژه مقالات جستجو گردیدند. این جستجو، ابتدا با کلمات «اختلال شخصیت مرزی»، «رفتار درمانی دیالکتیک»، «درمان پذیرش و تعهد» و «طرحواره درمانی» به صورت جداگانه آغاز گردید و سپس واژه «اختلال شخصیت مرزی» با هر کدام از واژگان ترکیب و مورد جستجو قرار گرفت. معیارهای ورود (واجد شرایط بودن^۱): معیارهای ورود به شرح زیر بود:

- ۱- مطالعات انجام شده در جامعه ایران
- ۲- منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی
- ۳- بررسی اثربخشی درمان‌های طرحواره درمانی، رفتار درمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
- ۴- بررسی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شده توسط مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته روانپزشکی
- ۵- گنجاندن تمام گروه‌های سنی و جنسیتی
- ۶- روش مطالعه: تجربی، نیمه تجربی و مطالعه مورد منفرد^۲

معیارهای خروج شامل موارد زیر بود:

- ۱- مطالعات با گروه نمونه به غیر از شخصیت مرزی
- ۲- مطالعات با روش درمانی به غیر از روان درمانی‌های موج سوم
- ۳- مطالب غیر پژوهشی مانند نامه به سردبیر و گزارش در نهایت ۴۱۸۱ مقاله فارسی و انگلیسی به دست آمد و پس از کنار گذاشتن مطالعات خارجی (مطالعات انجام شده در خارج از جامعه ایران) تعداد ۵۸۵ مقاله باقی ماند. در مرحله بعد، موارد

1. Eligibility
2. Single subject

- ۳- بررسی طول مدت دوره پیگیری (حداقل یک ماه) (وجود دوره پیگیری برای هر پژوهش یک امتیاز محسوب می‌شود، هرچند که سه مورد از پژوهش‌ها [۳۷، ۴۰، ۴۲] فاقد دوره پیگیری بودند)
- ۴- بررسی اعتبار ابزارهای مورد استفاده و ارتباط آن با نتایج پژوهش
- ۵- بررسی محدودیت‌های موجود در هر پژوهش

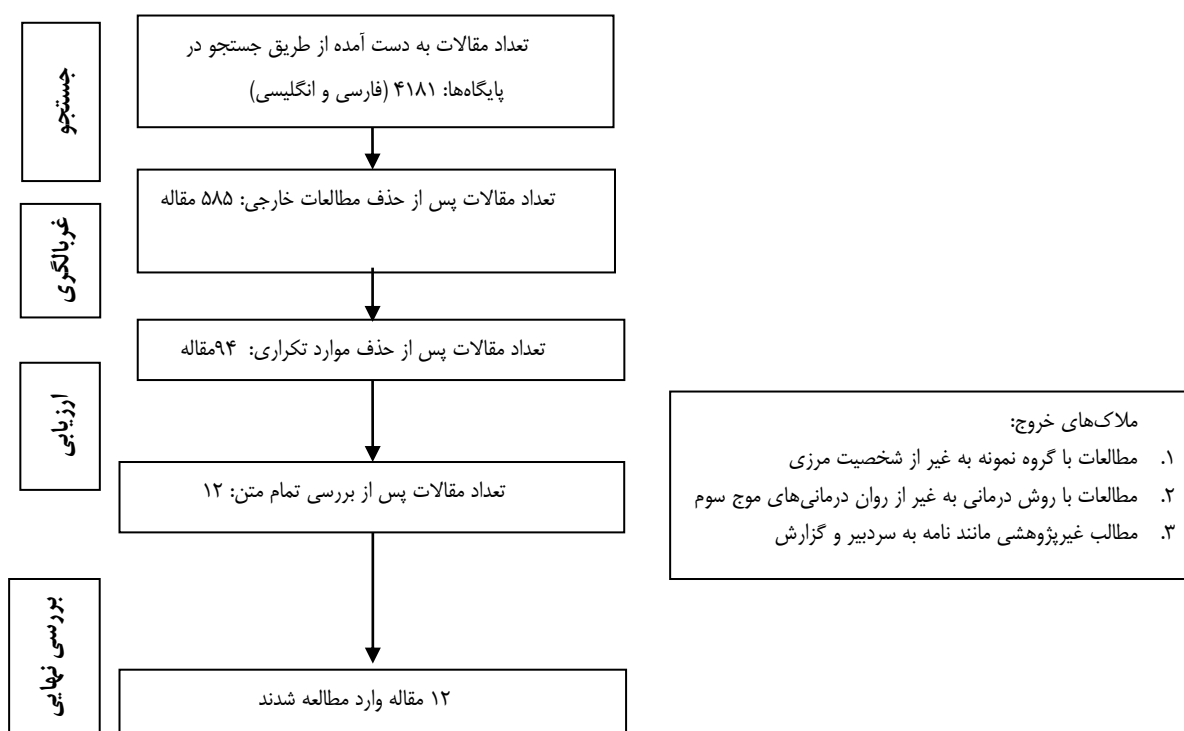
یافته‌ها

پس از جستجو، غربالگری و ارزیابی کیفیت مطالعات، تحلیل نهایی بر روی ۱۲ مطالعه انجام شد. نتایج بیانگر آن بود که ۹ مطالعه از ۱۲ مطالعه، مربوط به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک [۳۹-۳۴، ۴۲، ۴۳، ۴۶]، یک مطالعه، مربوط به بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد [۴۴]، یک مطالعه، مربوط به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی [۴۵] و یک مطالعه، مربوط به مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی [۴۰] بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود.

تکراری پس از غربالگری اولیه (بررسی عناوین) از مطالعه حذف شدند و تعداد مقالات باقی مانده یعنی ۹۴ مقاله، وارد مرحله غربالگری ثانویه (بررسی چکیده مقالات) شدند و مطالعاتی به غیر از مقالات پژوهشی اصیل شامل گزارش موارد و نامه به سردبیر نیز از دایره بررسی خارج گردید. در نهایت تعداد دوازده مقاله اصیل باقی ماند که مورد مطالعه کامل قرار گرفت. مراحل انتخاب پژوهش‌ها در نمودار ۱ به‌طور مختصر توضیح داده شده است.

از طریق بررسی موارد زیر، کیفیت مطالعات مورد بررسی قرار گرفت:

- ۱- بررسی خصوصیات شرکت کنندگان شامل جنسیت، سن و تشخیص اختلال (اختلال شخصیت مرزی) و بررسی معیارهای ورود و خروج به هر مطالعه.
- ۲- بررسی مداخله انجام شده شامل نوع (طرحواره درمانی، رفتار درمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، مدت زمان اجرا (حداقل هشت جلسه) و طول جلسات (حداقل یک بار در طول هفته به مدت یک ساعت)



نمودار ۱- مراحل انتخاب مقالات

ابزار گردآوری داده‌ها وارد شدند. مطالعات به ترتیب سال انتشار در جدول ۱ آورده شده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش مروری، ۱۲ مطالعه کارآزمایی بالینی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که در مطالعات انجام شده بر روی بیماران روان‌پزشکی، مداخلات روان‌درمانی موج سوم شامل رفتار درمانی دیالکتیک، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی، سبب بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی شده است. بیش از نیمی از این مطالعات در راستای بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر علائم اختلال شخصیت مرزی بوده و نشان می‌دهند که رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی به‌طور کلی مؤثر بوده است [۳۴-۳۷]. با این وجود، مطالعات، نتایج متفاوتی را در رابطه با اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر برخی علائم و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی به‌طور جداگانه گزارش کرده‌اند. برای مثال در پژوهش‌های مظاهری و همکاران [۳۴] و تورانی [۳۷]، مشخص شد که رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش احساس طرد شدگی و بهبود روابط بین فردی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است، اما وکیلی و همکارانش [۳۶] دریافتند که این درمان باعث کاهش احساس طرد شدگی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشده است. این تفاوت نتیجه را می‌توان به این مسئله مربوط دانست که نمونه مورد مطالعه در پژوهش وکیلی [۳۶]، زندانیان بوده‌اند اما در دو پژوهش دیگر، افراد شرکت کننده در پژوهش از میان افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی سطح شهر انتخاب شده بودند. بنابراین اختلاف در نتایج به‌دست آمده در این مورد را می‌توان تحت تأثیر اختلافات فرهنگی ناشی از محیط ندامتگاه و همچنین دور بودن از جامعه و روابط عادی به دلیل بودن در این محیط دانست.

در ۸ مطالعه، مداخلات روان‌درمانی را برای گروه بیماران روان‌پزشکی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز درمانی خصوصی یا دولتی انجام داده بودند [۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۵]، اما چهار مورد دیگر، تأثیر این مداخلات را بر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های خاص یعنی دانشجویان [۵۲]، مبتلایان به سوء مصرف مواد [۳۹، ۴۶] و زندانیان [۳۶] مورد مطالعه قرار داده بودند.

در هر ۱۲ مطالعه انجام شده بر روی بیماران، مداخلات درمانی به‌طور کلی منجر به بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی شده بود. هفت مورد از این مطالعات به بررسی اثربخشی مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی به‌طور کلی پرداخته بودند [۳۸-۴۴، ۴۵] و پنج مورد باقی‌مانده به بررسی برخی از علائم به‌صورت تکی و یا دو تایی پرداخته بودند [۳۹، ۴۰، ۴۴-۴۲]. از این هفت مورد، پنج مورد مربوط به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک [۳۸-۳۴]، یک مورد مربوط به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۴۴] و یک مورد مربوط به اثربخشی طرحواره درمانی [۴۵] بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج این مطالعات نشان داد که به‌طور کلی، درمان‌های موج سوم بر بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است.

از این ۱۲ مطالعه، شش مورد به‌صورت درمان به شیوه گروهی [۳۴، ۳۶، ۳۷، ۴۰، ۴۲، ۴۵] و شش مورد به‌صورت مطالعه مورد منفرد [۳۵، ۳۸، ۳۹، ۴۳، ۴۴، ۴۶] انجام شده بود. همچنین در مطالعه مروری حاضر، از دوازده مطالعه، چهار مطالعه فقط بر روی زنان [۳۴، ۳۹، ۴۴، ۴۶]، یک مطالعه فقط بر روی مردان [۳۶] و پنج مطالعه به‌طور مشترک بر روی زنان و مردان [۳۵، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۳] انجام شده بود و دو مطالعه هم گزارشی در خصوص جنسیت آزمودنی‌ها ارائه نکرده بودند [۴۵ و ۳۷]. خلاصه‌ای از یافته‌های مربوط به مرور سیستماتیک، مشتمل بر نوع مطالعه، حجم نمونه، ابزارها، روش آماری و نتایج به‌دست آمده در جدول ورود اطلاعات (جدول ۱) به‌عنوان

جدول ۱- چکیده‌های یافته‌های مربوط به مرور سیستماتیک

نام محقق / سال	روش پژوهش	جامعه پژوهش	حجم نمونه	روش نمونه‌گیری	ابزار	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها	مهم‌ترین نتایج
مظاهری (۱۳۸۹) [۳۴]	نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل	افراد مراجعه کننده به مراکز خصوصی، بیمارستان لقمان، انستیتو روانپزشکی تهران	۲۳ نفر (زن)	در دسترس با گمارش تصادفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته روانپزشکی، شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی	ANOVA با اندازه مکرر پارامتری شد.	رفتار درمانی دیالکتیک موجب کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی به جز در تکانشگری، احساس خشم و عقاید پارانوییدی شد.
لطفی کاشانی (۱۳۹۲) [۳۵]	نیمه تجربی با سری زمانی	مراجعه مرکز خدمات روانشناختی یاریگر	۳ نفر (یک زن و دو مرد)	در دسترس	مصاحبه نیمه ساختار یافته روانپزشکی، مقیاس STB	تحلیل واریانس	نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در طی درمان بهبود پیدا کرد و این بهبود در مرحله پیگیری دو ماهه هم پایدار ماند.
جبرئیلی (۱۳۹۲) [۳۸]	طرح تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی	مراجعه مطب‌های روانپزشکی شهر تبریز	۲ نفر (یک زن و یک مرد)	در دسترس	مصاحبه نیمه ساختار یافته روانپزشکی و آزمون‌های MCM III، SSI و BDI	تحلیل دیداری	مداخله به عمل آمده تغییرات معنادار و قابل توجهی در نشانه‌های نوسانات خلقی و رفتارهای خودکشی گرایانه بیماران مرزی ایجاد کرد.
جبرئیلی (۱۳۹۲) [۴۳]	طرح تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی	مراجعه مطب‌های روانپزشکی شهر تبریز	۲ نفر (یک زن و یک مرد)	در دسترس	مصاحبه نیمه ساختار یافته روانپزشکی و آزمون‌های MCM III، SAHS و BIS و BDI	تحلیل دیداری	رفتار درمانی دیالکتیک موجب کاهش نشانه‌های نوسانات خلقی، رفتارهای تکانشی و کاهش احساس پوچی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شد.
قمری گیوی (۱۳۹۳) [۴۲]	نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل	همه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر اردبیل در سال ۹۲	۳۰ نفر (زن و مرد)	در دسترس و گمارش تصادفی	مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته روانپزشکی، مقیاس STB، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، مقیاس کوتاه افسردگی-شادکامی	تحلیل واریانس چند متغیره	رفتار درمانی دیالکتیک بر رفتار خود آسیب رسان و نوسانات خلقی تأثیر معناداری داشت.
آقا یوسفی (۱۳۹۴) [۳۹]	طرح تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی	مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهرستان نجف اباد	چهار نفر (زن)	هدفمند	مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته روانپزشکی و پرسشنامه DSIR	تحلیل دیداری و شاخص روند، ثبات و درصد داده‌های غیرهمبوس و همبوس	رفتار درمانی دیالکتیک باعث افزایش چشمگیر نمرات تمایز یافتگی خویشتن در افراد مبتلا به همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد شد.
آقا یوسفی (۱۳۹۴) [۴۶]	تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی	مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهرستان نجف اباد	چهار نفر (زن)	هدفمند	مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته روانپزشکی و مقیاس تکانشگری بارت	تحلیل دیداری و شاخص روند، ثبات و درصد داده‌های غیرهمبوس و همبوس	رفتار درمانی دیالکتیک باعث کاهش تکانشگری در افراد دارای همبودی سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی شد.
تورانی (۲۰۱۵) [۳۷]	نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل	بیماران تحت درمان در مرکز مشاوره در شهر تهران	۴۵ نفر	در دسترس و گمارش تصادفی	مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته روانپزشکی، مقیاس شخصیت مرزی	تحلیل کوواریانس چند متغیره	رفتار درمانی دیالکتیکی همه نشانه‌ها را به جز احساس خستگی کاهش داد. با این حال، آموزش مهارت‌های درمان رفتاری دیالکتیکی نسبت رفتار درمانی دیالکتیکی تمام اجزا را کاهش می‌دهد.
وکیلی (۱۳۹۵) [۳۶]	نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل	کلیه زندانیان شهرستان چاران	۳۰ نفر (مرد)	داوطلبانه با گمارش تصادفی	مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته روانپزشکی و شاخص BPDSI	تحلیل واریانس	یافته‌ها حاکی از اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش شدت علائم اختلال شخصیت مرزی (به خصوص در بی‌توجهی هیجانی) بوده و این تأثیر تا دوره پیگیری یک ماهه نیز حفظ شده است.
دوستی (۱۳۹۵) [۴۴]	تک آزمودنی	مراجعه مرکز خدمات روانشناختی شهرویر تهران در سال ۹۵	۱ نفر (زن)	در دسترس هدفمند	مصاحبه نیمه ساختار یافته روانپزشکی، آزمون MCM III	تحلیل نموداری و ترسیمی	درمان پذیرش و تعهد در طول جلسات موجب تغییرات اندک در آزمودنی شد اما پیگیری یک ماهه حاکی از تغییرات محسوس در آزمودنی بود.
پیرانی (۱۳۹۵) [۴۵]	نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل	کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز و مطب‌های روانپزشکی شهر اراک در سال ۹۴	۲۴ نفر	در دسترس و گمارش تصادفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته روانپزشکی، شاخص BPDSI	تحلیل کوواریانس	طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار نمرات بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن اختلال شخصیت مرزی شد.
محمدی‌زاده (۱۳۹۶) [۴۰]	نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل	کلیه بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی شهر قزوین	۳۶ نفر (زن و مرد)	انتخاب در دسترس و گمارش تصادفی	مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته روانپزشکی، پرسشنامه میلون، پرسشنامه رفتارهای تکانشی بارت	تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره، آزمون تعقیبی توکی	رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی، هر دو بر کاهش رفتارهای تکانشی در اختلال شخصیت مرزی مؤثر است.

BDI: پرسشنامه افسردگی بک؛ BPDSI: شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی؛ DSIR: پرسشنامه تمایز یافتگی خویشتن؛ MCM III: آزمون میلون ۳؛ SSI: مقیاس انگاره برداری خودکشی ماخ؛ STB: مقیاس شخصیتی مرزی

مظاهری و همکاران [۳۴] دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای تکانشی این بیماران تأثیر معناداری نداشته است. شاید یکی از دلایل این اختلاف نتیجه، یکسان نبودن ابزار سنجش علائم اختلال شخصیت مرزی در این مقالات باشد. با بررسی بیشتر مقاله مظاهری و همکاران [۳۴] در می‌یابیم که نویسندگان نیز عدم تأثیر این درمان بر تکانشوری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را به دلایلی مانند عدم استفاده از ابزار مناسب برای سنجش علائم اختلال شخصیت

یکی دیگر از متغیرهایی که در مورد اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر آن، اختلاف نتیجه وجود داشت، متغیر رفتارهای تکانشی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. لطفی و همکاران [۳۵]، جبرئیلی و همکاران [۳۸]، آقا یوسفی و همکاران [۳۹]، تورانی [۳۷]، وکیلی و همکاران [۳۶] و محمدی‌زاده و همکاران [۴۰] در پژوهش‌های خود دریافتند که این درمان بر کاهش رفتارهای تکانشی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به‌طور معناداری مؤثر بوده است در حالی که

درون روانی است تا کمبود نقص و مهارت؛ بنابراین طبیعی است که رفتار درمانی دیالکتیک که یک درمان مهارت محور است، تأثیر معناداری بر کاهش خشم این بیماران نداشته باشد؛ این درحالی است که دو پژوهش دیگر که نتایج متفاوتی کسب کرده‌اند، روش پژوهش و ابزار سنجش مشابهی با پژوهش مظاهری و همکاران [۳۴] داشته‌اند؛ بنابراین می‌توان این اختلاف نتیجه را به مواردی مانند عدم اجرای برنامه دارویی یکسان برای همه بیماران نسبت داد. همچنین وجود رفتارها و احساسات دردناک در این بیماران یکی از علائم عدم فرونشانی خشم است که ممکن است به علت سوء استفاده‌های جسمی و جنسی دوران کودکی در بعضی از بیماران اتفاق بیافتد. بنابراین بیمارانی که چنین سوء استفاده‌هایی را در تاریخچه خود گزارش می‌کنند، ممکن است به مدل‌های درمانی طولانی مدت‌تر و عمیق‌تری مانند رویکردهای روانپوشی و یا روان درمانی مبتنی بر انتقال نیاز داشته باشند [۴۱].

اما در مورد سایر علائم و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی مانند بی‌ثباتی هیجانی، افسردگی و نوسانات خلقی و افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی گرایانه و مشکلات هویتی، تمامی پژوهش‌ها به‌طور مشترک به این نتیجه دست یافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود این علائم تأثیر معناداری داشته است [۳۴، ۳۶، ۳۷، ۴۱، ۴۲]. همان‌طور که پیشتر ذکر شد، رفتار درمانی دیالکتیک توانسته است با کاربرد مهارت‌های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، زمینه مناسبی را برای تغییر افراد فراهم سازد و در واقع با تکیه بر بنیادهای مبتنی بر یادگیری رفتار، لزوم به‌کارگیری آموخته‌ها و تعمیم مهارت‌های خاص باعث جلوگیری از چرخه معیوب رفتاری این بیماران شده و از تجربه‌های هیجانی و آزارنده آنها می‌کاهد و با تغییر رفتار این بیماران که حتی بدون ارتباط با میزان غیرانطباقی بودن آنها تقویت شده، باعث می‌شود تا آنها مهارت‌های رفتاری جدیدی را برای خود برگزینند، تجارب

مرزی برای جامعه ایران و مناسب نبودن این ابزار برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با درجه متوسط که نمونه مورد مطالعه در این پژوهش بوده‌اند نسبت داده‌اند (این ابزار برای سنجش علائم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با درجه شدید مناسب است).

همچنین برای متغیر احساس پوچی نیز این اختلاف نتیجه‌گیری وجود دارد؛ جبرئیلی و همکاران [۳۸]، لطفی کاشانی و همکاران [۳۵] و وکیلی و همکاران [۳۶] در پژوهش خود دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش احساس پوچی و افزایش احساس امیدواری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است در حالی که تورانی [۳۷] دریافت که این درمان بر کاهش احساس پوچی افراد مبتلا، تأثیر معناداری نداشته است. این گوناگونی حاصل از نتایج مداخله را می‌توان به عوامل متعددی نسبت داد، از جمله آن که ابزار سنجش علائم اختلال شخصیت مرزی در آنها یکسان نبوده، همچنین تعداد نمونه‌ها از نظر جنسیت و تعداد و روش پژوهش متفاوت بوده‌اند. همچنین با توجه به تفاوت در جامعه مورد هدف، مؤلفه‌های فرهنگی نیز باعث ایجاد این اختلاف نتیجه شده است.

از طرفی دیگر در مورد متغیر عقاید پارانویید، لطفی کاشانی [۳۵] و تورانی [۳۷] در پژوهش خود دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیک موجب کاهش عقاید پارانویید در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود اما وکیلی [۳۶] و مظاهری [۳۴] بیان کردند که این مداخله تأثیر معناداری در کاهش عقاید پارانویید نداشته است. در مورد متغیر احساس خشم نیز، تورانی [۳۷] و وکیلی [۳۶] در نتایجی مشابه، دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش احساس خشم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است درحالی‌که مظاهری [۳۴] به این نتیجه دست یافتند که این درمان بر کاهش احساس خشم افراد مبتلا، تأثیر معناداری نداشته است و این عدم تأثیر پذیری را به این مورد نسبت داده‌اند که خشمی که بیماران مرزی تجربه می‌کنند بیشتر نتیجه تعارض‌های

با *Meta Learning* می‌تواند بر تمام نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی اثربخشی مثبت داشته باشد؛ حتی نشانه‌هایی که رفتار درمانی دیالکتیک به تنهایی بر آنها اثربخشی معنادار نداشته مانند احساس پوچی و ناامیدی [۳۷]. بنابراین به نظر می‌رسد که افزودن *Meta Learning* به رفتار درمانی دیالکتیک، کارآمدی و اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد و می‌تواند زمینه‌ای برای انجام پژوهش‌های بیشتر در این مورد فراهم آورد.

از دیگر درمان‌های مورد بررسی در این مطالعه مروری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. هر چند مطالعات صورت گرفته در خصوص تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت مرزی محدود است، اما دوستی و همکاران [۴۴] در پژوهش خود دریافتند که این درمان بر بهبود نشانه‌های شخصیت مرزی، به خصوص در بلند مدت مؤثر است. این درمان با ایجاد توانایی پذیرش احساس‌های ناخوشایند به جای نزاع دورنی، جدا شدن از افکار و تماشای بدون قضاوت آنها، تماس با لحظه حال به جای تماس با گذشته و آینده و حرکت در مسیر ارزش‌ها، موجب ایجاد چنین تغییراتی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود [۴۴].

همچنین سه مورد از مطالعات، در گروه‌های خاص یعنی معتادین [۳۹ و ۴۶] و زندانیان [۳۶] انجام شده بود. از این تعداد، دو مطالعه بر روی زنان معتاد انجام شده بود که در یک مورد مداخله رفتار درمانی دیالکتیک بر روی بهبود تمایز یافتگی خویشتن زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد [۴۶] و در مطالعه دیگر، تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد سنجیده شده بود [۳۹] که هر دو مطالعه، اثربخشی این درمان بر بهبود نشانه‌های ذکر شده را به اثبات رساندند.

مرور سیستماتیک حاضر نشان می‌دهد با وجود آنکه شیوع اختلال شخصیت مرزی در چنین گروه‌هایی مانند زندانیان و

هیجانی خود را بشناسند، تحمل ناکامی خود را افزایش دهند و آن را در محیط واقعی زندگی به اجرا در آورند. می‌توان گفت که رفتار درمانی دیالکتیک با افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید با مهارت‌هایی که به‌طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش مراجع، اطمینان از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و همچنین افزایش توانمندی‌ها و انگیزش درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت‌ها و انگیزش خود درمانگر مسیر جدیدی را در درمان اختلال شخصیت فراهم نموده است [۱۹، ۳۳].

بنا به نتایج مرور سیستماتیک حاضر، یک مطالعه به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته بود که با بررسی نتایج مشخص شد که طرحواره درمانی در کاهش احساس طرد شدگی و بهبود بی‌ثباتی هیجانی مؤثر بوده است. به اعتقاد طرحواره درمانگران، آنچه که موجب تغییر پایدار در نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی می‌شود، استفاده از راهبردهای شناختی، تجربی و رفتاری و بین فردی است. این راهبردها موجب افزایش آگاهی عقلانی بیمار شده و آنان را به این نتیجه می‌رساند که طرحواره‌شان غلط یا اغراق آمیز است [۴۳]. همچنین در مطالعه‌ای دیگر به مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر کاهش میزان رفتار تکانشی در آشفتگی شخصیت مرزی پرداخته شده بود و مشخص شد که علیرغم اثربخشی معنی‌دار هر دو درمان بر متغیر رفتار تکانشی، تفاوت معناداری بین این دو درمان مشاهده نشده است و هر دو به یک اندازه در کاهش رفتار تکانشی افراد مبتلا به شخصیت مرزی مؤثر بوده‌اند [۴۰].

همچنین در پژوهشی دیگر به مقایسه اثربخشی بین دو مدل رفتار درمانی دیالکتیک و رفتار درمانی دیالکتیک همراه با یادگیری مهارت‌های یادگیری (*Meta Learning*) پرداخته شد و این نتیجه دریافت شد که رفتار درمانی دیالکتیک همراه

قرار می‌دهد.

با توجه به این مطالعات اندک درمی‌یابیم که انجام مداخلات درمانی موج سوم برای اختلال شخصیت مرزی به‌خصوص در گروه‌های خاص مانند زندانیان و مبتلایان به سوء مصرف مواد، با کاستی مواجه است، بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و نتایج به‌دست آمده از این مطالعات، پیشنهاد می‌شود مداخلات موج سوم بیشتر و با رویکردهای متنوع در گروه‌های مختلف، به‌خصوص گروه‌هایی که اختلال شخصیت مرزی در آنها شیوع بیشتری دارد، انجام شود. این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است، از جمله در دسترس نبودن متن کامل برخی مقالات و اینکه ممکن است پژوهش‌هایی انجام شده باشد که به‌صورت مقاله انتشار نیافته‌اند و یا مطالعاتی که در پایگاه‌های جستجو، ثبت نشده و یا قابل دسترس نبوده‌اند. و این امر ممکن است سبب پدیدار شدن تصویر ناکامل از موضوع مورد بررسی شده باشد.

تعارض در منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

مبتلایان به سوء مصرف مواد بیشتر است [۱۷، ۳۹، ۴۶]، ولی تا کنون مداخلات روان درمانی موج سوم به‌خصوص رفتار درمانی دیالکتیک به میزان اندکی برای این اقشار آسیب‌پذیر در ایران، آن هم به‌طور موردی انجام شده است. اهمیت رفتار درمانی دیالکتیک در بهبود اختلال شخصیت مرزی برای زندانیان به‌طور اختصاصی در یک مطالعه دیگر نیز مورد تأیید قرار گرفته است؛ به‌طوری که در این مطالعه تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی زندانیان مورد بررسی قرار گرفته که بر طبق نتایج آن میانگین نمرات نشانه‌های اختلال، در گروه آزمایش، قبل و بعد از درمان، بهبود معناداری را در اکثر نشانه‌ها نشان می‌دهد [۳۶].

در نهایت مشاهده شد که تمامی مقالات، بر تأثیر مداخلات درمانی موج سوم بر اختلال شخصیت مرزی افراد، صحت گذاشته‌اند؛ هرچند برخی از مطالعات گویای عدم تأثیر مداخلات مذکور در برخی از نشانه‌ها بوده‌اند، در حالی که برخی دیگر بیانگر تأثیرگذاری مداخلات بر همان نشانه‌ها بوده‌اند. این موضوع لزوم توجه بیشتر بر مطالعات انجام شده پیرامون تأثیر درمان‌های موج سوم بر اختلال شخصیت مرزی را مورد تأکید

References

1. Cutler JL. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Journal of psychiatric practice. 2016; 22(1):68-69.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
3. VandenBos GR. APA college dictionary of psychology. Washington, DC: American Psychological Association; 2016.
4. In: Beck AT, Denise DD, Freeman A, editors. Cognitive therapy of personality disorders. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2015.
5. Reichborn-Kjennerud T, Krueger RF, Ystrom E, Torvik FA, Rosenström TH, Aggen SH, et al. Do DSM-5 Section II personality disorders and Section III personality trait domains reflect the same genetic and environmental risk factors? Psychological medicine. 2017; 47(12):2205-2215.
6. Judd PT, McGlashan TH. A developmental model of borderline personality disorder: understanding variations in course and outcome. American Psychiatric Association Publishing; 2002.
7. Livesley WJ, Larstone R. Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment. 2nd ed. New York: The Guilford Publications; 2018.
8. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and Meta-analysis. JAMA psychiatry. 2017; 74(4):319-328.
9. Bhome R, Fridrich P. Borderline personality disorder. British journal of hospital medicine. 2015; 76(1):C14-C16.
10. Oldham JM. DSM models of personality disorders. Current opinion in psychology. 2018; 21:86-88.
11. Gunderson JG, Links PS. Borderline personality disorder: a clinical guide. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008.
12. Bodner E, Shrira A, Hermesh H, Ben-Ezra M, Iancu I. Psychiatrists' fear of death is associated with negative emotions toward borderline personality disorder patients. Psychiatry research. 2015; 228(3):963-965.

13. Panepinto AR, Uschold CC, Olandese ML, Braden K. Beyond borderline personality disorder: dialectical behavior therapy in a college counseling center. *Journal of college student psychotherapy*. 2015; 29(3):211-226.
14. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*. 2012; 25(6):522-528.
15. Mohammadi A, Zargar F, Omidi A, Mehrabi A, Akbari M. Introduction to the third generation cognitive-behavioral therapies. Tehran: Arjmand; 2016. [Persian]
16. Valero-Aguayo L, Ferro-García, Kohlenberg, R. T, Tsai M. Therapeutic change processes in functional analytic psychotherapy. *Clínica y Salud*. 2011; 22(3):209-221.
17. Mahmoudalilou M, Sharifi M. Borderline personality disorder: theory and management. Tehran: Arjmand; 2015. [Persian]
18. Kröger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour research and therapy*. 2013; 51(8):411-416.
19. Swales MA, Heard HL. Dialectical behaviour therapy: distinctive features. 2nd rd. New York: Taylor & Francis; 2016.
20. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. *Ebnesina*. 2018; 18(1):11-18. [Persian]
21. Mohammadi T, Rahnejat AM, Esmaeili A, Taghva A, Shahmiri H, Dabaghi P. The impact of acceptance and commitment therapy on reducing of depression and anxiety in patients with type-1 diabetes. *Ebnesina*. 2018; 20(1):48-55. [Persian]
22. Torabian S, Dousti P. The worksheets of acceptance and commitment therapy. Hamadan: Faragir Hegmataneh; 2016. [Persian]
23. Woidneck MR, Morrison KL, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents. *Behavior modification*. 2014; 38(4):451-476.
24. Harris R. ACT with love: stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2009.
25. Luoma JB, Hayes SC, Walser RD. Learning ACT: an Acceptance and Commitment Therapy skills training manual for therapists. USA: New Harbinger Publications; 2017.
26. Forman, E. M.; Herbert, J. D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE, editors. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. 77-101.
27. Hosseinian S, Pordelan N, Heidari H, Salimi S. Analysis of exhaustion vocational nurses structure with structural analysis of burnout among nurses considering acceptance, commitment, and emotion regulation. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 24(113):37-46. [Persian]
28. Morton J, Snowdon S, Gopold M, Guymer E. Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: a public sector pilot study. *Cognitive and behavioral practice*. 2012; 19(4):527-544.
29. Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and psychotherapy*. 2017; 90(3):456-479.
30. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. *Journal of cognitive psychotherapy*. 2011; 25(4):257-276.
31. van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research and practice*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons; 2015.
32. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: The Guilford Press; 2003.
33. Harris JD, Quatman CE, Manring MM, Siston RA, Flanigan DC. How to write a systematic review. *The American journal of sports medicine*. 2014; 42(11):2761-2768.
34. Mazaheri, M., Borjali, A., Ahadi, H., Golshani, F. Effectiveness of dialectical behavior therapy in treatment of borderline personality disorder. *Journal of psychological researches*. 2010; 2(5):1-25. [Persian]
35. Lotfi Kashani F, Vaziri S. The effect of dialectical behavioral therapy in decreasing the symptoms of borderline personality disorder. *Journal of thought & behavior in clinical psychology*. 2013; 8(28):27-36. [Persian]

36. Vakili J, Kimiaee S. A., Salehi Fadardi, J. The effectiveness of dialectical behavior therapy on borderline personality disorder symptoms of prisoners. *Journal of clinical psychology*. 2016; 8(3):97-105. [Persian]
37. Tourani L. Influence of Meta Learning the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing symptoms in patients with borderline personality disorder. *International research journal of applied and basic sciences*. 2015; 9(2):200-207.
38. Jabraeili S, Babapour Kheyroddin J, Mahmood Aliloo M. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Reducing Symptoms of Borderline Personality Diso. *Clinical psychology studies*. 2013; 3(11):121-138. [Persian]
39. Aghayousefi A, Tarkhan M, Ghorbani T. The impact of dialectic behavior therapy on the reduction of impulsiveness in women with comorbidity of borderline personality disorder and substance. *Journal of research on addiction*. 2015; 9(34):79-97. [Persian]
40. Mohamadizadeh L, Makvandi B, Pasha R, BakhtiarPour S, Hafezi F. Comparison of the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on impulsive behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2018; 27(106):44-53. [Persian]
41. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *The American journal of psychiatry*. 2007; 164(6):922-928.
42. Ghamai Kivi, H., Senobar, L., Ahadi, S. Efficacy of dialectical behavior therapy on self injury and mood swings in persons with borderline personality disorder. *Journal of personality & individual differences*. 2015; 3(6):93-111. [Persian]
43. Jabraeili S, Babapour Kheraddin J, Mahmoodaliloo M. Efficacy of dialectical behavior therapy in reducing symptoms of suicidal behavior and mood instability measures of borderline personality disorder. *Journal of modern psychological research*. 2013; 8(32):75-88. [Persian]
44. Dousti P, Aghaeimalekabadi M, HashemiZarini H. Acceptance and commitment therapy and borderline personality disorder: single object design. *Journal of new advances in behavioral sciences*. 2017; 1(5):13-22. [Persian]
45. Pirani Z. The effectiveness of schema therapy on reducing emotional instability and feeling of abandonment among patients with the borderline personality disorder in Arak. *Research in clinical psychology and counseling (studies in education and psychology)*. 2017; 7(1):77-88. [Persian]
46. Aghayousefi A, Oraki M, Ghorbani T, Mahdiah M. The effect of dialectic behavior therapy to increase the self-differentiation in women with borderline personality disorder and substance use. *Clinical psychology studies*. 2016; 6(23):61-80. [Persian]

The third-wave of cognitive-behavioral therapies for borderline personality disorder in Iran: a systematic review

*Fateme Moeeni¹, Behnaz Dowran², Parviz Dabaghi³

Abstract

Background: Among personality disorders, borderline personality disorder is one of the severe and serious psychiatric disorders, and one of the most effective psychological treatments to improve its symptoms is third-wave psychotherapies. The purpose of this study was to perform a systematic review focused on the effect of third wave psychotherapies on borderline personality disorder.

Materials and methods: In this systematic review, a search of clinical trials articles was done in Persian and English using the keywords "Borderline Personality Disorder", "Dialectical Behavior Therapy", "Acceptance and Commitment Therapy" and "Schema Therapy".

Results: Totally, twelve full-text articles were reviewed. After searching, screening, and evaluation, the results showed that all studies in general (overall score) had reported a positive effect of third wave interventions on improving borderline personality disorder, yet there were differences in some symptoms (such as anger, paranoid beliefs, absurdity, interpersonal relationships, impulsivity, etc.). The findings also showed that this therapy was effective for specific groups, including addicts and prisoners, but such usefulness was different in each group.

Conclusion: In summary, studies were conducted on different individuals, small sample size, and different cultural contexts. According to these findings, the third-wave therapeutic interventions were effective in improving symptoms of borderline personality disorder. Further studies, however, are required in order to investigate its effects on some symptoms.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Systematic Review, Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy

1. PhD student of clinical psychology, Department of Clinical Psychology, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(*Corresponding author)
f.r.moeeni86@gmail.com

2. Assistant professor, Behavioral Sciences Research Center, Life style institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Assistant professor, Department of Clinical Psychology, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran