

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودآسیبی و نوسان خلق اختلال شخصیت مرزی

دکتر حسین قمری کیوی^۱

دانشیار روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

لاله صنوبر

کارشناس ارشد روان شناسی

سمیرا آحادی

کارشناس ارشد روانشناسی

چکیده

رفتار خودآسیبی و نوسان خلق از علائم مهم اختلال شخصیت مرزی است. هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودآسیبی و نوسان خلق در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی بود. روش مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر اردبیل در سال ۹۲ بود. نمونه‌گیری این پژوهش به صورت در دسترس انجام گرفت. ابتدا افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شناسایی و از بین آن‌ها ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از مقیاس شخصیتی مرزی STB (محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده، ۱۳۸۴)، مقیاس عاطفه مثبت و منفی (بخشی‌پور و دژکام ۱۳۸۴) و مقیاس کوتاه افسردگی-شادکامی (جوزف و هم‌کاران، ۲۰۰۴) استفاده شد. سپس گروه آزمایش نُه جلسه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کردند و به گروه کنترل، آموزش خاصی ارائه نشد. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل از اجرای مداخله به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و پس از اجرای مداخله نیز همین پرسشنامه‌ها اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتار خودآسیبی و نوسان خلق تأثیر معنی‌داری

^۱. نویسنده مسئول

آدرس پست الکترونیکی: h_ghamarigivi@yahoo.com

وصول: ۱۳۹۳/۸/۳ - پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۲

داشت و افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی با سهولت بیشتری در مقایسه با رفتار خودآسیبی بهبود پیدا کرد. از فنون رفتاردرمانی دیالکتیک می توان برای کاهش رفتار خودآسیبی و نوسان خلق در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، خودآسیبی، نوسان خلق، اختلال شخصیت مرزی

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (BPD)¹ با مشکلات شدید و پایدار در تنظیم خلق، عاطفه و روابط بین فردی مشخص می‌شود. در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی تجدید نظر شده، ویرایش پنجم، این اختلال مرز بین سایکوز و نوروز نامیده شده است و صفات متمایزکننده این اختلال، آشفتگی در خودپنداره و احساس‌های مزمن پوچی و بیهودگی را شامل می‌شود. تکانشگری، رفتارهای خودآسیبی و خودفالج‌سازی و خودکشی نیز از ویژگی‌های مهم این اختلال محسوب می‌شود (راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳). لینهان (۱۹۹۳) علائم اختلال شخصیت مرزی را در پنج هسته اصلی بی‌نظمی‌خوشه‌بندی کرده است: هیجان‌ات، روابط بین فردی، رفتاری، احساس از خود و شناخت (شیلا، کرول، تئودور، بیوچان ولینهان^۲، ۲۰۰۹).

شیوع متوسط اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۱/۶ درصد برآورد شده است؛ ولی ممکن است به اندازه ۵/۹ درصد بالا باشد. شیوع اختلال شخصیت مرزی در محیط‌های مراقبت اولیه تقریباً شش درصد، در افرادی که به کلینیک‌های بهداشت روانی سرپایی مراجعه می‌کنند، تقریباً ۱۰ درصد و در بیماران روانی بستری تقریباً ۲۰ درصد است. شیوع اختلال مرزی ممکن است در گروه‌های مسن کاهش یابد (سید محمدی، ۱۳۹۳).

بی‌ثباتی خلقی و عاطفی به عنوان تغییرات برجسته از خلق پایه تا افسردگی، تحریک‌پذیری یا اضطراب که معمولاً چند ساعت و به ندرت بیش از چند روز طول

¹ - borderline personality disorder

² - Shila, Crowell, Theodore, Beauchain & Linehan

می‌کشد، تعریف شده است (راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳). بی‌ثباتی خلقی یکی از خصیصه‌های مرکزی اختلال شخصیت مرزی است. خلق ملول بیماران مرزی، اغلب تحت تأثیر دوره‌های خشم، وحشت‌زدگی یا ناامیدی قرار می‌گیرد و به ندرت با دوره‌های احساس تندرستی یا رضایت همراه می‌شود. این دوره‌ها ممکن است بازتاب واکنش‌پذیری شدید فرد در برابر عوامل تنش‌زای بین‌فردی باشد (پاریس، گاندرسون و وینبرگ^۱، ۲۰۰۷). پاسخ‌دهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی، از ویژگی‌های این الگوی رفتاری است. این آسیب‌پذیری هیجانی، باعث می‌شود تا بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در اغلب اوقات به لحاظ هیجانی برانگیخته باشد. نتیجه این برانگیختگی بالا، بی‌ثباتی رفتاری و کنترل ضعیف بر هیجان، برانگیختگی فیزیولوژیکی، تظاهرات چهره‌ای، زبان بدن و ارتباطات بین فردی است (علیلو و شریفی، ۱۳۹۲).

همگام با ناستواری خلق و عاطفه، مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رفتارهای مکرر خودکشی، تهدید یا رفتار خودآسیبی یا جرح خویشتن نشان می‌دهند. ۷۰ تا ۷۵ درصد از آن‌ها تاریخچه‌ای از رفتارهای خودآسیب‌رسان مانند بریدن و سوزاندن خود دارند (بوهاس، هاف، سیموس، لیمبرگر و اسپچمال^۲، ۲۰۰۴). ماگرل، بورکارت، فرناندیز و اسپچمیدت^۳ (۲۰۱۲) و سوسان، دینمان و دیوداس^۴ (۲۰۱۴) در مطالعات خود نشان دادند که رفتارهای خودآسیبی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور مکرر مشاهده می‌شود. خراش‌انداختن دست و پاها با تیغ، خراش‌انداختن روی مچ دست‌ها و ساعد با ابزارهای تیز، کشیدن چاقو به ناحیه شکم، گردن و سینه‌ها، سوزاندن پوست با سیگار و کوبیدن سر به دیوار، نمونه‌هایی از آسیب‌رسانی‌های عمدی آن‌هاست (آندرادا، نیاسیو، ریزوی و لینهان^۵، ۲۰۱۲). خودکشی کامل در هشت تا ده درصد از بیماران مرزی رخ می‌دهد (راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی،

¹ - Paris, Gunderson, Weinberg

² - Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl

³ - Magerl, Burkart, Fernandez, Schmidt

⁴ - Sawsan, Denman, Dudas

⁵ - Andrada, Neacsiu, Rizvi, Linehan

۲۰۱۳). بسیاری از پژوهشگران معتقدند که اختلال شخصیت مرزی از تعامل عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی، اجتماعی، روان‌شناختی، محیط خانوادگی آشفته و روابط معیوب با والدین ریشه می‌گیرد. نبود امنیت ارتباطی، غفلت از کودک و آسیب دوران کودکی، مشکلات بین زوجین یا مشکلات روان‌پزشکی در خانواده می‌تواند زمینه‌های اختلال شخصیت مرزی را در افراد ایجاد کند (سیلک^۱، ۲۰۰۸).

بسیاری از درمانگران این اختلال را درمان‌ناپذیر می‌دانند. اما پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند اختلال شخصیت مرزی قابل درمان بوده و حتی پیش‌آگهی آن بهتر از اختلالات دیگری چون اختلالات خلقی و دوقطبی است (دیمف و کورنر^۲، ۲۰۰۷). رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳ (DBT) رویکردی درمانی است که توسط لینهان (۱۹۹۳) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ابداع شده است. این روش بر سه پایه، رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذن استوار است (لینهان، ۲۰۰۳). رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است که بر روی تغییرات رفتاری تمرکز داشته و با پذیرش، دل‌سوزی و اعتباربخشی درمان‌جویان، متعادل شده است (سولیز و هیرد^۴، ۲۰۰۹). مطالعات نشان داده‌اند که این روش درمانی می‌تواند رفتارهای خودآسیبی و خودکشی را در افراد کاهش دهد (میلهیوم، رامبرگ، تورمین، هاگا و دیپ^۵، ۲۰۱۴). گیسون، بووت، داوینپورت، گیگ و اوونز^۶ (۲۰۱۴) در بررسی‌های خود نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند باعث کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسانی و تنظیم هیجانات و ثبات خلق در بیماران شود. کلارکین و کرنبرگ^۷ (۲۰۰۷) در بررسی خود اثربخشی این رویکرد را در کاهش رفتار خودکشی و خودآسیب‌رسانی بیماران نشان دادند. مظاهری و هم‌کاران (۱۳۸۹) در

¹ - Silk

² - Dimeff, L. A., Koerner

³ -Dialectical behavior therapy

⁴ - Swales, Heard

⁵ - Mehlum, Ramberg, Tormoen, Haga, Diep

⁶ - Gibson, Booth, Davenport, Keogh, Owens

⁷ -Clarkin & Krenberg

تحقیق خود نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیکی می تواند موجب کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی از جمله تکانشگری، احساس خشم و عقاید پارانوییدی شود. نتایج بررسی بوهاس و هم کاران (۲۰۰۴) و ملانی، هاریند، کورس لاند و فوآ^۱ (۲۰۱۲) نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک می تواند تکانشگری، رفتارهای شبه خودکشی و خودآسیبی و خودکشی را در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی درمان کند. آندرادا، نیسو، ریزوی و لینهان^۲ (۲۰۱۰) و کروگر، هاریبک، آرمبراست و کلیم^۳ (۲۰۱۳) در پژوهش خود رفتاردرمانی دیالکتیک را برای درمان اختلال شخصیت مرزی به کار گرفتند؛ نتایج نشان داد که این درمان باعث کاهش اقدام به خودکشی و افزایش کنترل خشم در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می شود. گوودمن، کارپینتر، تانگ و گلدستین^۴ (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که این روش درمانی می تواند باعث تنظیم هیجانی و ثبات خلق در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شود.

با توجه به موارد ذکر شده، ارتباط اختلال شخصیت مرزی با تلاش و اقدام به خودکشی، مداخلات روانی-اجتماعی را به طور جدی می طلبد و از آن جا که رفتاردرمانی دیالکتیکی جزء درمان های نوین به شمار می آید، در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودآسیبی و نوسان خلق در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی پرداخته شده است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری این پژوهش

شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اردبیل در سال

^۱ - Melanie, Harned, Korslund, Foa

^۲ - Andrada, Neacsiu, Rizvi, Linehan

^۳ - Kröger, Harbeck, Armbrust, Kliem

^۴ - Goodman, Carpenter, Tang, Goldstein

۱۳۹۲ بود. نمونه آماری این تحقیق، به شیوه نمونه گیری در دسترس از جامعه آماری در دو مرحله انتخاب شدند: الف. شناسایی؛ در این مرحله با استفاده از پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی افراد مشکوک به اختلال شخصیت مرزی شناسایی و سپس با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته افرادی که اختلال شخصیت مرزی همراه با سابقه خودآسیبی داشتند، شناسایی شدند. ب. در مرحله دوم تعداد ۳۰ نفر از افرادی که اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ابزار:

مقیاس شخصیتی مرزی^۱ (STB): مقیاس شخصیتی مرزی بخشی از پرسشنامه صفات اسکیزوتایپی (STQ) است و شامل دو مقیاس شخصیت اسکیزوتایپال (STA) و مقیاس شخصیت مرزی (STB) است. این پرسشنامه توسط کلاریج و بروکس در دانشگاه آکسفورد ساخته شده و توسط راولینگز، کلاریج و فریمن در آن تجدید نظر شد. محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۸۴) با استفاده از نسخه ویرایش شده این آزمون با انطباق آن با ملاک‌های DSM-IV-TR علاوه بر ۱۸ ماده اولیه، شش ماده دیگر نیز برای پوشش دادن ملاک‌های تشخیصی این اختلال به آن افزودند. بنابراین مقیاس STP دارای ۲۴ ماده است که به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود. پاسخ بلی نمره یک و پاسخ خیر نمره صفر می‌گیرد. در ایران محمدزاده و هم‌کاران (۱۳۸۴) ضریب اعتبار باز آزمایی کل مقیاس STB را ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند. همچنین STB از روایی (عاملی و افتراقی) مطلوبی در ایران برخوردار است (محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، از این آزمون برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی کمک گرفته شد.

¹ - Borderline Personality Scale

خودآسیبی با مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته و با استفاده از پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شد.

مقیاس عاطفه مثبت-منفی^۱: این مقیاس ۲۰ سؤالی، توسط واتسون و همکاران^۲ (۱۹۸۸) ساخت و اعتباریابی شده است و دو زیر مقیاس ده سؤالی عاطفه مثبت و عاطفه منفی را می‌سنجد. نمرات هر مقیاس آن در دامنه ۱۰ تا ۵۰ قرار می‌گیرد. هم عاطفه منفی و هم عاطفه مثبت از پایایی درونی مناسبی برخوردارند و ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس عاطفه مثبت در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) با استفاده از تحلیل عاملی نشان دادند که الگوی دو عاملی عاطفه مثبت و منفی بهترین الگو برای این مقیاس است و ضریب اعتبار دو خرده مقیاس آن ۰/۸۷ بوده است.

مقیاس کوتاه افسردگی-شادکامی^۳: این مقیاس، توسط جوزف^۴ و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده و دارای شش سؤال است. شیوه پاسخ‌دهی به سؤالات این مقیاس بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت است. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده افکار، احساسات و رفتارهای مثبت و در اصل نشان‌دهنده شادکامی افراد در مقابل نشانه‌های افسردگی است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۴۶ به دست آمده است و روایی آن از طریق همبستگی بالای آن با پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد ۰/۵۴ و مقیاس افسردگی بک ۰/۶۱ مورد تأیید قرار گرفته است (نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۱).

روش مداخله: رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل چهار شیوه درمانی است که عبارتند از: الف. جلسات انفرادی؛ ب. مهارت‌آموزی گروهی؛ ج. تماس تلفنی با درمانگر در خارج از جلسات درمانی؛ د. مشاوره درمانگر با تیم متخصص. در پژوهش حاضر،

^۱ - Positive and Negative Affect Scale

^۲ - Watson et al

^۳ - Depression-Happiness Scale Short

^۴ - Joseph

رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت گروهی به اجرا درآمد و در طول نه جلسه اجرا شد (حمیدپور، جمعه‌پور و اندوز، ۱۳۹۱). خلاصه‌ای از عنوان جلسات و اهداف هر یک در جدول شماره یک ذکر شده است:

جدول ۱. خلاصه اطلاعات مربوط به جلسات اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی

| اهداف | عنوان | جلسات |
|---|--|------------|
| توجیه بیماران و پاسخ به ابهامات | بیان روش و منطق درمان | جلسه اول |
| افزایش دقت و خودکنترلی، مشاهده خود-ذهن‌آگاهی و غیرقضاوتی بودن | انجام تمرینات ذهن‌آگاهی مثل تمرکز بر رایحه، مکعب یخی، مشاهده موسیقی، متعادل نگاه داشتن تخم‌مرغ، خوردن کشمش با ذهن‌آگاهی و تمرین آب نبات تعویضی | جلسه دوم |
| افزایش انگیزه تغییر و کسب مهارت‌های مربوط | تشریک مساعی در مورد آنچه باید تغییر یابد از زبان خود بیماران مثل تکانش‌وری و سردرگمی | جلسه سوم |
| افزایش احساس ارزشمندی | اعتباربخشی از طریق پذیرش بدون قید و شرط و همدلی | جلسه چهارم |
| افزایش توجه به پیامدهای رفتاری | وارسی رفتار خود در موقعیت‌های مختلف | جلسه پنجم |
| دستیابی به ذهن‌آگاهی | مهارت‌های ذهن‌آگاهی فراگیر مثل مشاهده، توصیف و مشارکت کردن | جلسه ششم |
| افزایش خودکارآمدی بین فردی | آموزش مهارت‌های بین فردی | جلسه هفتم |
| مقاومت در برابر ناکامی و پریشانی | مهارت تحمل پریشانی | جلسه هشتم |
| آشنایی با مفهوم عملی دیالکتیک | توضیحات و تمرین‌های دیالکتیکی | جلسه نهم |

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تحلیل داده‌های این پژوهش از ابزارهای آمارتوصیفی (SPSS) از جمله جداول فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد، برای توصیف داده‌ها همچنین برای بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

۵۰ درصد آزمودنی‌ها مونث و ۵۰ درصد آزمودنی‌ها مذکر بودند. ۴۰ درصد افراد متاهل، ۵۵ درصد افراد مجرد و ۵ درصد از افراد مطلقه بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات خود آسیمی، افسردگی_ شادکامی و عاطفه مثبت و منفی برای گروه کنترل و آزمایش

| انحراف استاندارد | میانگین | گروه | |
|------------------|---------|--------|---------------------------|
| ۳/۴۶ | ۱۶/۳۰ | آزمایش | پیش‌آزمون خود آسیمی |
| ۳/۰۹ | ۱۵/۸۵ | کنترل | |
| ۴/۳۱ | ۱۱/۸۰ | آزمایش | پس‌آزمون خود آسیمی |
| ۲/۹۳ | ۱۴/۱۰ | کنترل | |
| ۱/۶۹ | ۸/۶۰ | آزمایش | پیش‌آزمون افسردگی شادکامی |
| ۲/۶۴ | ۱۰/۵۰ | کنترل | |
| ۲/۱۸ | ۱۱/۴۰ | آزمایش | پس‌آزمون افسردگی شادکامی |
| ۲/۶۲ | ۹/۸۵ | کنترل | |
| ۱۹/۷۶ | ۴۲/۵۵ | آزمایش | عاطفه مثبت |
| ۱۲/۴۵ | ۴۲/۲۰ | کنترل | |
| ۱۶/۵۲ | ۴۱/۶۶ | آزمایش | عاطفه منفی |
| ۹/۷۵ | ۳۹/۲۴ | کنترل | |
| ۱۵/۷۸ | ۷۳/۴۵ | آزمایش | عاطفه مثبت |
| ۱۱/۰۹ | ۴۶/۴۵ | کنترل | |
| ۱۳/۸۶ | ۲۴/۰۴ | آزمایش | عاطفه منفی |
| ۱۳/۳۷ | ۴۲/۹۶ | کنترل | |

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای نمرات خود آسیبی، عاطفه مثبت و منفی و افسردگی

شادکامی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

| گروه‌ها | F | درجات آزادی ۱ | درجات آزادی ۲ | سطح معنی داری |
|-----------------|-------|---------------|---------------|---------------|
| خودآسیبی | ۰/۰۲۲ | ۱ | ۳۸ | ۰/۸۸ |
| عاطفه مثبت | ۱/۱۹ | ۱ | ۳۸ | ۰/۲۸ |
| عاطفه منفی | ۳/۱۷ | ۱ | ۳۸ | ۰/۰۸۳ |
| افسردگی شادکامی | ۲/۳۷ | ۱ | ۳۸ | ۰/۱۶ |

جدول ۳. نتایج آزمون معنا داری تحلیل واریانس چند متغیری برای نمرات خود آسیبی، عاطفه

مثبت و منفی و افسردگی شادکامی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

| نام آزمون | مقدار | F | درجات آزادی ۱ | درجات آزادی ۲ | سطح معنی داری | مجذور اتا | |
|-----------|----------------------|------|---------------|---------------|---------------|-----------|------|
| مدل | اثر پیلاپی | ۰/۶۵ | ۲۳/۱۷ | ۳ | ۳۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۵ |
| | لامبدا و لکز | ۰/۳۴ | ۲۳/۱۷ | ۳ | ۳۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۵ |
| | اثر هتیلنگ | ۱/۹۳ | ۲۳/۱۷ | ۳ | ۳۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۵ |
| | بزرگترین ریشه | ۱/۹۳ | ۲۳/۱۷ | ۳ | ۳۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۵ |
| گروه | اثر پیلاپی | ۰/۵۰ | ۱۲/۳۵ | ۳ | ۳۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۰ |
| | لامبدا و لکز | ۰/۴۹ | ۱۲/۳۵ | ۳ | ۳۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۰ |
| | اثر هتیلنگ | ۱/۰۲ | ۱۲/۳۵ | ۳ | ۳۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۰ |
| | بزرگترین ریشه خطا | ۱/۰۲ | ۱۲/۳۵ | ۳ | ۳۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۰ |

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره روی نمرات خودآسیبی، افسردگی-شادکامی و عاطفه مثبت و منفی را نشان می‌دهد. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته معنی دار است. و میزان این تفاوت ۵۰٪ درصد می‌باشد. یعنی ۵۰٪ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغییری روی میانگین نمرات خودآسیبی، عاطفه مثبت و منفی و افسردگی شادکامی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

| ضریب اتا | p | F | MS | df | SS | متغیر وابسته | |
|----------|-------|-------|---------|----|---------|-----------------|------|
| ۰/۵۲۷ | ۰/۰۰۰ | ۴۲/۳۲ | ۳۹۰/۶۲ | ۱ | ۳۹۰/۶۲ | خودآسیبی | مدل |
| ۰/۴۱۱ | ۰/۰۰۰ | ۵۷/۰۱ | ۱۰۵۶/۴۰ | ۱ | ۱۰۵۶/۴۰ | عاطفه مثبت | |
| ۰/۵۱۳ | ۰/۰۰۰ | ۶۹/۱۲ | ۵۴۶۸/۰۲ | ۱ | ۵۴۶۸/۰۲ | عاطفه منفی | |
| ۰/۲۲۰ | ۰/۰۰۲ | ۱۰/۷۲ | ۴۶/۲۲ | ۱ | ۴۶/۲۲ | افسردگی شادکامی | |
| ۰/۱۷۷ | ۰/۰۰۷ | ۸/۱۹ | ۷۵/۶۲ | ۱ | ۷۵/۶۲ | خودآسیبی | گروه |
| ۰/۲۰۶ | ۰/۰۰۳ | ۹/۸۸ | ۱۸۲۲/۵۰ | ۱ | ۱۸۲۲/۵۰ | عاطفه مثبت | |
| | | | ۹/۲۳ | ۳۸ | ۳۵۰/۷۵ | خودآسیبی | خطا |
| | | | ۱۸۴/۳۹ | ۳۸ | ۷۰۰۷/۱۰ | عاطفه مثبت | |
| | | | ۸۷/۰۶ | ۳۸ | ۳۳۰۸/۳۵ | عاطفه منفی | |
| | | | ۴/۳۰ | ۳۸ | ۱۶۳/۷۵ | افسردگی شادکامی | |

همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود، نتایج تحلیل واریانس چند متغییری نشان می دهد که میانگین نمرات خودآسیبی ($F= ۸/۱۹$)، عاطفه مثبت و منفی ($F= ۱۳/۴۵$) و افسردگی شادکامی ($F= ۲۷/۶۲$) به طور معنی داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است ($P < ۰/۰۱$).

بحث و نتیجه گیری

بی ثباتی خلق و عاطفه و گرایش به آسیب خویشتن، از جمله جرح خویشتن و خودکشی از خصوصیات عمده اختلال شخصیت مرزی محسوب می شود (شمسی پور، ۱۳۸۸). رفتاردرمانی دیالکتیک جزء درمان های شناختی-رفتاری بوده که بی ثباتی عاطفی و تکانشگری بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی را هدف قرار داده و بهبودی زیادی را باعث شده است (میلر، راتر و لینهان^۱، ۲۰۰۶). دلیل اثربخشی مناسب رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای پرخطر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، وجود پاره ای از ویژگی های متمایز کننده این درمان است: ۱. بازنگری دایمی در خطر

¹ - Miller, Rathus, Linehan

رفتارهایی نظیر خودکشی یا خودزنی در سرتاسر برنامه درمانی؛ ۲. تمرکز آشکار بر اصلاح این رفتارها در اولین مرحله درمان؛ ۳. تشویق بیماران برای مشاوره گرفتن از درمانگرانشان از طریق تلفن به خصوص به هنگام برانگیخته شدن رفتارهای پرخطر (بوهاس، هاف و استیگل مایر^۱، ۲۰۰۰). در اولین مطالعه، لینهان (۱۹۹۱) ۲۴ زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را به مدت یک سال تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار داد و آن‌ها را با ۲۳ زن مبتلا به اختلال شخصیت که تحت درمان‌های رایج بودند مقایسه کرد. نتایج این پژوهش نشان داد در مقایسه با درمان‌های رایج، در گروهی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفته بودند، رفتارهای فراخودکشی و اقدام به خودکشی کم تر شده بود. افرادی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی بودند، در تنظیم و کنترل هیجان‌ها، خود را موفق تر از قبل ارزیابی، اضطراب و خشم کم تری را گزارش کردند (لینهان، بوهاس و لینچ، ۲۰۰۶).

لینهان (۱۹۹۳) سه عامل را در موفقیت این شیوه درمانی مؤثر می‌داند. در رفتاردرمانی دیالکتیکی اکتساب مهارت‌ها و ایجاد انگیزش‌های رفتاری اساس تغییر است؛ به همین دلیل، لینهان راهبردهای درمانی را به درمان اضافه کرد که انعکاسی از پذیرش و اعتباربخشی به ظرفیت‌ها و توانایی‌های رفتاری کنونی مراجع است. برقراری تعادل میان پذیرش و تغییر یکی از اصول دیالکتیکی این رویکرد است. در این رویکرد، درمان مراجع از سه بخش تشکیل می‌شود: الف. مهارت آموزی؛ ب. تأکید بر موضوع‌های انگیزشی و تقویت مهارت‌ها؛ ج. تعمیم مهارت‌ها به زندگی واقعی و خارج از جلسه درمان (سویلز و هیرد^۲، ۲۰۰۹).

در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودآسیبی و نوسان خلق در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی پرداخته شده است. در کاهش رفتارهای خودآسیبی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند موجب

¹ - Bohus, Haaf, Stiglmayr

² - Swales, Heard

کاهش خودآسیبی افراد دچار اختلال شخصیت مرزی شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج بررسی‌های نیکسو، ریزوی و لینهان (۲۰۱۰) که نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور خاص در کاهش رفتارهای خودآسیبی و خودزنی بیماران مؤثر بوده است، هماهنگ و هم‌سو است. هم‌چنین، با نتایج بررسی باهسو و هم‌کاران (۲۰۰۴)، و بررسی جبرئیلی و هم‌کاران (۱۳۹۲) و کلارکین و کرنبرگ (۲۰۰۷)، ملانی و هم‌کاران (۲۰۱۲)، و گیسون و هم‌کاران (۲۰۱۴)، هم‌سو است. از جمله تبیین‌های احتمالی که می‌توان برای این یافته در نظر گرفت این است که بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حساس و شکننده است. فریمن، استون و مارتین^۱ (۲۰۰۵) آسیب‌پذیری و شکنندگی بیمار مرزی را به «یک لنگه پا ایستادن بر نوک کوه» تشبیه کرده‌اند. مقصود از چنین استعاره‌ای این است که سراسیمگی‌ها، تکانش‌وری‌ها، نوسان‌های خلقی و واکنش‌های رفتاری تند و تیز بیمار مرزی، از سر لجاجت، خودخواهی، کنترل و بازی‌دادن اطرافیان نیست. بلکه همه این‌ها، تلاش‌هایی لجام‌گسیخته از سوی انسانی است که از ترس تنهایی و رهاشدگی، هر آن، بیم‌غزیدن و فرو افتادنش می‌رود و تمام سعی خود را می‌کند تا تعادلش را بر نوک قلّه حفظ کند (علوی، صالحی فدردی، امین یزدی و مدرس غروی، ۱۳۸۹).

در کاهش نشانه‌های نوسان خلقی، پژوهش حاضر نشان داد که تمرین‌های جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش نشانه‌های نوسان خلقی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود. سولر، پاسکیول، تیانا، سبیریا و باراچینا^۲ (۲۰۰۹) نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود در شدت خلق و هیجانات از قبیل اضطراب، افسردگی و بی‌ثباتی هیجانی بیماران شخصیت مرزی می‌شود. پاسیزنی و کانر^۳ (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان دادند که این درمان می‌تواند باعث ثبات خلق در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شود. یافته‌های بررسی جبرئیلی، باباپور و علیلو (۱۳۹۲) نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای تکانشی بیماران

^۱-Freeman, Stone, Martine

^۲ - Soler, Pascual, Tiana, Cebria, Barrachina

^۳ - Pasiezny & Connor

شخصیت مرزی می‌شود. یافته‌های به‌دست آمده در پژوهش حاضر با یافته‌های این پژوهش‌ها هم‌سو است و با نتایج پژوهش گیسون و هم‌کاران (۲۰۱۴)، و گوودمن و هم‌کاران (۲۰۱۴)، نیز هم‌سو و هماهنگ می‌نماید. از نظر لینهان (۲۰۰۳) بیشتر رفتارهای مرتبط با اختلال شخصیت مرزی یا کوششی است که فرد از طریق آن عواطف منفی خود را تنظیم می‌کند، یا این رفتارها نتیجه بدتنظیمی هیجانی است. اشنل و هرپرتز^۱ (۲۰۰۶) در مطالعه خود، زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار دادند و نتایج قبل و بعد از درمان را بررسی کردند. این سنجش‌ها نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب تغییرات عصب‌شناختی در ناحیه هیپوکامپ، سینگولا و منطقه پیش‌پیشانی شده است. کاهش فعال‌شدگی در قشر پیش‌پیشانی، پاراهیپوکامپ و سینگولا در پاسخ به محرک‌های ترس‌آور هیجانی منفی، از نتایج به‌کارگیری این رویکرد است. رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک به تنظیم هیجانی کمک می‌کند. در واقع، مهارت اساسی که در جلسات گروهی آموزش داده می‌شود، مهارت تنظیم هیجان است.

این یافته‌ها، نشان‌دهنده اهمیت و تأثیر این روش درمانی در بهبود درمان علائم اختلال شخصیت مرزی از جمله رفتارهای خودآسیبی و نوسان خلقی است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، پیگیری کوتاه‌مدت نتایج بوده است. در این راستا، پیشنهاد می‌شود برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، مطالعات آزمایشی دیگر با گروه کنترل و با پیگیری بلندمدت‌تر انجام گیرد. هم‌چنین، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این شیوه درمانی در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی با دیگر درمان‌ها مقایسه شود. از آن‌جا که در میان افرادی که خودکشی می‌کنند و به مراکز اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند، اغلب افرادی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دیده می‌شوند، پیشنهاد می‌شود این شیوه در بیمارستان‌ها و مراکز اورژانس خودکشی به صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

¹ -Schnell, Herpertz

منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5. یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۳). چاپ دوم. تهران. نشر روان. ص ۱۰۰۵.
- بخشی پور، عباس؛ دژکام، محمود. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله روانشناسی، ۹(۳)، ۳۶۵-۳۵۱.
- جبرئیلی شهلا، باباپور جلیل، علیلو مجید محمود. (۱۳۹۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه روان شناسی بالینی، ۱۱(۳)، ۱۳۸-۱۱۰.
- علوی، خدیجه؛ صالحی فدردی، جواد؛ امین یزدی، سیدامیر و مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۸۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی. فصلنامه تازه‌های روان درمانی، ۷۵ و ۸۵، ۴۶-۴۳.
- علیلو، محمود؛ شریفی، محمد امین. (۱۳۹۲). اختلال شخصیت مرزی. چاپ اول. تهران. انتشارات ارجمند.
- کرینگ آن م، دیویسون جرالده سی، نیل جان م، جانسون شری ل. (۲۰۰۷). آسیب شناسی روانی. حمید شمسی پور (۱۳۸۸). چاپ اول. تهران. انتشارات ارجمند.
- مظاهری، محمدعلی؛ برجعلی، احمد؛ احدی، حسن و گلشنی، فاطمه. (۱۳۸۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی. مجله تحقیقات روانشناختی، ۲(۵)، ۲۵-۱.
- متیو مک کی؛ جفری وود؛ جفری برنتلی. (۲۰۰۷). تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک. دکتر حسن حمید پور، حمید جمعه پور و دکتر زهرا اندوز (۱۳۹۱). چاپ دوم. تهران. چاپ ارجمند.
- محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی، تقوی، محمدرضا، ملازاده، جواد. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. اصول بهداشت روانی، ۷(۲۸)، ۸۹-۷۵.
- نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول. (۱۳۹۱). اثربخشی روش‌های آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق جانبازان شیمیایی. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۵(۲)، ۱۱۸-۱۰۷.

- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th edition*. Washington, D.C;
- Andrada. D., Neacsiu, Sh.L., Rizvi, M. and Linehan. M.(2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Journal of Original Research Article Behaviour Research and Therapy*, 48 (9), 832-839.
- Bohus M, Haaf B, and Stiglmayr, C.(2000). Evaluation of inpatient Dialectical- Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder- a prospective study. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C. and Unckel, C.(2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Journal of Behaviour Research & Therapy*. 42(5), 487-499.
- Clarkin, J. F., Leavy, K.N., Kernberg, O. F., Lenzenweger, M.F.(2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder. *Am Journal of Psychiatry*. 164, 922-928.
- Dimeff, L. A., Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavioral Therapy in Clinical Practice*. New York, Guilford.
- Goodman M, Carpenter D, Tang Ch, Goldstein K.(2014). dialectical behavior therapy alter emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 57, 108-116.
- Gibson j, Booth R, Davenport J, Keogh K, Owens S. T.(2014). dialectical behavior therapy – informed skills training for deliberate self – harm: a controlled trial with 3- month follow- updata. *Behaviour research and therapy*, 60, 8-14.
- Kröger, Ch, Harbeck, S, Armbrust, M. and Kliem, S.(2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting . *journal of Behaviour Research and Therapy*. (51), 411-416.
- Linehan , M. M.(2003). Effectiveness of inpatient dialectical behavioraltherapy for borderline Personality disorder: a Controlled trial. *Journal of Behavior Research and Therapy*. 42,487-499.
- Linehan, M.M., Bohus, M., Lynch T.R.(2006). *Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation-theoretical and practical underpinnings*. Im j.j. Gross, Handbook of emotional regulation (pp. 581-615). New jersey- the Guilford press.
- Miller AL, Rathus JH, Linehan M. M.(2006). *dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford press و 14, 477-515.

- Melanie, S., Harned, E., Korslund, E.B., Foa, M. and Linehan, M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, (50), 381-386.
- Magerl W, Burkart D, Fernandez A, Schmidt L, Treede R.(2012). persistent antinociception through repeated self- injury in patients with borderline personality disorder. *Pain*, 153, 575-584.
- Mehlum L, Ramberg M, Tormoen A, Haga E, Diep L, Laberg S.(2014). dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 53, 1082-1091.
- Neacsiu A. D, Rizvi SH. L, Linehan M.M.(2010). dialectical behavior use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behavior research and therap*, 48, 832-839.
- Paris, J, Gunderson. J. and Weinberg, I.(2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry*, 48, 145-54.
- Pasieczny N, Connor J.(2011). the effect tiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health setting. *An Australian controlled behavior research and therapy*, 49, 4-10.
- Schnell K, Herpertz S.C.(2007). Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research* , 41, 837-847.
- Silk, K. R.(2008). Augmenting psychotherapy for borderline personality disorder: The STEPPS. *Am Journal of Psychiatry*, 4, 413-415.
- Swales MA, Heard HL. (2009). Dialectical behavior therapy the CBT distinctive features series routh ledge: published in the USA and Canada.
- Soler J, Pascual J C, Tiana T, Cebria A, Barrachina J.(2009). dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *behavior research and therapy*, 47, 353-358.
- Swales, M.A., Heard, H.L.(2009). *Dialectical behavior therapy*. New York. Rutledge.
- Shila E. Crowell, Theodore P. Beauchaine, and Marsha M. Linehan.(2009). A biosocial developmental model of borderline personality:elaborating and extending Linehans theory. *University of Washington Psychological bulletin*, 3(135), 495-510.

Sawsan A, Denman C, Dudas R.(2014). self- relevant disgust and self- harm urges in patients with borderline personality disorder and depression: a pilot study with a newly designed psychological challenge. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 42,1-9.

Efficacy of dialectical behavior therapy on self injury and mood swings in persons with borderline personality disorder

Ghamai Kivi, H., Senobar, L., & Ahadi, S.

Abstract

Self-injury and mood swings are important symptoms in patients with borderline personality disorder. The aim of the present study was to evaluate the efficacy of dialectical behavior therapy on self-injury and mood swings in patients with borderline personality disorder. Research method of this study was semi experimental. Among all patients with borderline personality disorder in Ardabil city at 1392, using accessible method 30 patients were selected and randomly were placed in experimental and control groups. The experimental group received 9 sessions of dialectical behavior therapy intervention and the control group spent their daily routine. For gathering data, the participants were asked to complete Borderline Personality Inventory (mohammadzadeh, godarzi, taghavi and molazadeh,1384), Positive –negative Affect Scale (bakhshipoor and dejkam,1384), and Depression- Happiness Scale (joseph et.al 2004). The data were analyzed by Multiple analysis of variance (MANOVA). results showed that dialectical behavior therapy have significant effect on self-injury and mood swings in borderline personality disorder ($p < 0/01$). The findings also showed that dialectical behavior therapy reduces self-damage and increases positive affect and happiness in people with borderline personality disorder. The dialectical behavior therapy techniques could reduce self-injury and mood swings in persons with borderline personality disorder.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, self-injury, mood swings, borderline personality disorder