

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی (BPD)

شهلا جبرئیلی¹، جلیل باباپور خیرالدین²، مجید محمود علیلو³

تاریخ وصول: 1391/12/19 تاریخ پذیرش: 1392/4/25

چکیده

مقدمه: رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر مهارت‌آموزی است که در پژوهش حاضر سعی شده تا اثربخشی این نوع درمان در بهبود بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گیرد. روش: این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط چندگانه‌ی پلکانی طی 20 جلسه بر روی دو بیمار و با دوره‌ی پیگیری یک ماهه صورت گرفت. داده‌ها از طریق آزمون بالینی میلون 3 (MCMI-III)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و مقیاس تکانشوری بارات (BIS) و مقیاس امیدواری شنایدر (SAHS) جمع‌آوری شد. یافته‌ها: درمان تغییرات معنادار و قابل توجهی در کاهش نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای تکانشی و احساس پوچی بیماران مرزی ایجاد کرد.

1. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. shjabraeilipsy.jav@gmail.com
2. دانشیار گروه روان‌شناسی سلامت، عضو هیئت علمی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. babapourj@yahoo.com
3. استاد گروه روان‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. m_aliloo@tabrizu.ac.ir

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان می دهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی می تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر باشد. به طوری که درمان موجب تغییرات معنادار در نشانه‌های دو بیمار شد و بهره‌های درمانی تا دوره‌ی پیگیری یک ماهه ادامه یافتند.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، نوسان خلقی، رفتار تکانشی، احساس پوچی، رفتار درمانی دیالکتیکی.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی¹ (BPD)، دارای یک الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف به همراه تکانشگری بارز است، که از اوایل بزرگسالی شروع می شود. زمینه‌های بروز این اختلال متفاوت و با ویژگی‌های آشفتگی در حالت‌های هیجانی، اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناک مانند آسیب رساندن به خود و سوء مصرف دارو، همراهی دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا 2000). این اختلال شایعترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است (بارلو² 2002، ص 201).

طبق گزارش مطالعات انجام شده، شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت 1 تا 2% و میزان خودکشی در افراد مبتلا به آن حدود 10 درصد است (استون³ 1992، ص 178). تعداد زنان مبتلا به BPD، 2 برابر مردان مبتلا به این اختلال و میزان رها کردن درمان در آنها بسیار بالا و میزان بهبودی شان متغیر است و تعداد خیلی کمی از آنها به درمان‌های دارویی روان پزشکی پاسخ می دهند (سولوف⁴ 2000، ص 169-192).

مشخصه اصلی اختلال شخصیت مرزی، بی ثباتی هیجانی⁵ است (لینهان¹ 1993، ص 153) که شامل خلق دیسفوریک و نوسانات شدید خلقی است و به نوعی الگوی رفتاری ویژه اشاره

-
1. Borderline Personality Disorder
 2. Barlow
 3. Stone
 4. Sollof
 5. mood instability

دارد که در بین افراد BPD دیده می‌شود. پاسخدهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی، از ویژگی‌های این الگوی رفتاری است. این آسیب‌پذیری هیجانی، باعث می‌شود تا بیمار مبتلا به BPD، در اغلب اوقات به لحاظ هیجانی، برانگیخته باشد. نتیجه‌ی این برانگیختگی بالا، بی‌ثباتی رفتاری و کنترل ضعیف بر هیجان، برانگیختگی فیزیولوژیکی، تظاهرات چهره‌ای، زبان بدن و ارتباطات بین فردی است (محمود علیلو 1390، ص 5-53).

همگام با نااستواری خلق و عاطفه و بی‌ثباتی در روابط بین فردی، افراد مرزی به رفتارهای تکانشی آسیب‌به‌خویشتن، گرایش دارند، از جمله جرح‌خویشتن و رفتار خودکشی (اتکینسون² و همکاران، ترجمه براهنی 1385، ص 550-551).

خشم شدید اشخاص دچار BPD، معمولاً به روابط آن‌ها لطمه می‌زند، رفتار پیش‌بینی‌ناپذیر، تکانشی، و به‌طور بالقوه خودآسیب‌رسان آن‌ها، می‌تواند شامل قمار، خرج کردن بی‌مهابا، فعالیت جنسی بی‌قید و شرط، سوء مصرف مواد، و خوش‌گذرانی و غذا خوردن بیش از حد باشد (کرینگ³ و همکاران، ترجمه شمسی پور، 1388، ص 494-498).

خودآسیبی به‌طور نوعی در حدود 61% تا 75% افراد مرزی، مشخص شده است و پیش‌بینی‌کننده مهمی برای خودکشی است (کلارکین⁴ و همکاران 1983، ص 263-275) (کاودری⁵ و همکاران 1985، ص 201-211). به طوری که 30% تا 47% خودکشی‌های کامل، تاریخیچه‌ای از حداقل یک بار خودآسیبی را داشته‌اند (گانل⁶ و فرانکل⁷ 1999، ص 1227-1233).

افراد مرزی دوره‌های شدید بی‌لذتی، تحریک‌پذیری یا اضطراب که برای ساعات کم و بندرت برای بیشتر از چند روز دوام می‌یابد را دارند. این بیماران تنهایی را تحمل نکرده و

-
1. Linehan
 2. Etkinson
 3. Kring
 4. Clarkin
 5. Cowdery
 6. Gunell
 7. Frankel

جستجوی همنشین را که مهم نیست چقدر نامطلوب باشد، به تنها نشستن و احساس پوچی و بی کس بودن، ترجیح می دهند. اغلب از احساس تنهایی و پوچی و نیز از فقدان احساس هویت ثابت، ناله می کنند (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، 1376، ص 178-179).

مبتهی بر شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته و از بین این درمان‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی¹ است که توسط مارشا لینهان در سال 1993 مطرح شده است و جزو درمان‌های شناختی- رفتاری بوده و بی‌ثباتی عاطفی و تکانشگری را هدف قرار داده و بهبودی زیادی را باعث شده است. 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 (اسونسون² و همکاران 2002، ص 171-178). در واقع این رویکرد، همدلی و پذیرش مراجع محور را با حل مساله و آموزش مهارت‌های اجتماعی دیدگاه شناختی- رفتاری درهم می آمیزد (کرینگ و همکاران، ترجمه شمسی پور، 1388، ص 494-498).

در رفتار درمانی دیالکتیکی جهت‌گیری درمان در ابتدا، تحت کنترل درآوردن فعالیت‌های درمان‌جو، آموزش مهارت‌های رفتاری (قلب درمان) و سپس کمک به وی برای احساس بهتر و حل مشکلات در زندگی و در نهایت کمک به درمان‌جو برای جستجوی لذت و حس برتری است که برای دستیابی به این اهداف از راهبردهای درمانی خاص که مخصوص این درمان است، استفاده می شود (میلر³ و راتوس⁴ 2006، ص 477-515). رفتار درمانی دیالکتیکی پیچیده‌تر از سایر روشهاست و موفقیت آن در درمان اختلالات شخصیت، مخصوصاً اختلال شخصیت مرزی (کی ان⁵ و اسوالیس¹ 2002، ص 113-116) و صفات ناشی از آن (استپ² و

1. Dialectical Behavior Therapy

2. Swenson

3. Miller

4. Rathus

5. Kiehn

و همکاران (2009، ص 63-549) کاملاً ثابت شده است. براساس پژوهشی که توسط نیکسو³، ریزوی⁴ و لینهان در سال 2010 تحت عنوان کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت، نشان داد که مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش افسردگی و افزایش کنترل خشم دخیل بوده و همچنین به طور خاص در کاهش خودآسیبی و خودزنی موثر بوده است (نیکسو و ریزوی 2010، ص 832-839). سولر⁵ و همکاران در سال 2009 در مطالعه‌ای که بر روی افراد مرزی انجام گرفت نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود شدت خلق و هیجانات از قبیل، افسردگی، اضطراب و بی‌ثباتی هیجانی موثر می‌باشد. همچنین در این مطالعه درمان باعث بهبودی بالینی بالایی شده و میزان افت و کناره‌گیری از درمان کم بود (سولر و همکاران 2009، ص 353-358).

همچنین بر اساس پژوهشی که توسط کونز⁶ و همکاران (2010) انجام گرفت نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش احساس پوچی افراد موثر می‌باشد (کونز و همکاران 2001، ص 11-14).

با توجه به موارد ذکر شده و از آن جا که بیان شیوه‌های کارآمد و موثر از جمله ضروریات پژوهش در حوزه‌ی درمان است و با توجه به این که رفتاردرمانی دیالکتیکی جزو درمان‌های نوین به شمار می‌آید، در پژوهش حاضر سعی شده است تا کارآمدی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان افراد مرزی در قالب یک طرح مداخله‌ای موردی با دوره‌ی پیگیری یک ماهه مورد بررسی قرار گیرد.

-
1. Swales
 2. Stepp
 3. Neacsiu
 4. Rizvi
 5. Soler
 6. Koons

لذا پژوهش حاضر با سه هدف: تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش (1) نشانه‌های نوسان خلقی (2) رفتارهای تکانه‌ی (3) احساس پوچی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، صورت گرفته است. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوالات است:

1- آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش نشانه‌های نوسان خلقی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود؟

2- آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش رفتارهای تکانه‌ی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود؟

3- آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش احساس پوچی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود؟

روش پژوهش

این طرح در چارچوب طرح تجربی تک موردی¹ با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی، مورد بررسی قرار گرفت.

آزمودنی‌ها

دو نفر از مراجعان به مطب‌های روانپزشکی، پس از ارجاع از طرف روانپزشک با تشخیص اختلال شخصیت مرزی به محقق و پس از اعلام رضایت خود، در پژوهش شرکت کردند و همچنین در ابتدای پژوهش از آزمون بالینی میلون 3 جهت ورود بیمار در پژوهش استفاده شد. علاوه بر این آزمودنی‌ها نباید حین رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان دیگری را دریافت می‌کردند. درمان در قالب 20 جلسه در مرکز نظام روان‌شناسی تبریز اجرا گردید. بیمار اول خانمی 24 ساله، فوق دیپلم ریاضی و فرزند آخر خانواده است و سابقه 4 بار خودکشی را داشته و در خانواده وی سابقه اختلال روانشناختی وجود نداشته است و بیمار دوم پسری 19

1. experimental single case design

ساله، دیپلم برق و سابقه 2 بار خودکشی را داشته و مادر بیمار به اختلال وسواس عملی مبتلا است و در پژوهش شرکت کردند.

ابزارهای اندازه‌گیری

1- آزمون بالینی میلون 3 (MCMII-III): آزمون بالینی میلون 3، یک مقیاس خودسنجی با 175 گویه‌ی بله/خیر است که 14 الگوی بالینی شخصیت و 10 نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان 18 سال به بالا، استفاده می‌شود این آزمون بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی میلون (1983/1996 ب) ساخته شده است و دو بار از زمان انتشار آن، تجدید نظر شده است. ام.سی.ام.آی، یکی از پر کاربردترین آزمون‌های روانی است که به چندین زبان دنیا ترجمه شده و در تحقیقات بین فرهنگی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است، از جمله در ایران، دو بار هنجاریابی شده است. خواجه موگهی (1372) در تهران، نسخه دوم این و شریفی (1381) نسخه سوم آن را در اصفهان هنجاریابی کرده است. ام.سی.ام.آی-3 که نسخه تجدیدنظر شده ام.سی.ام.آی-2 است در آگوست 1994 در گردهمایی انجمن روان‌شناسی آمریکا معرفی شده، بیش از 50 درصد از گویه‌های ام.سی.ام.آی-3 تغییر کرده است، طول مقیاس‌ها کاهش یافته است و در مقیاس جدید (مقیاس اختلال شخصیت افسرده و مقیاس استرس پس از ضربه) به مقیاس‌های آزمون اضافه گردیده است. همچنین سیستم نمره‌گذاری آزمون تغییر کرده است و وزن دهی به گویه‌ها از مقیاس 3 نقطه‌ای به 2 نقطه‌ای تغییر کرده است. برای هنجاریابی پرسشنامه ام.سی.ام.آی، از نمره‌های نرخ پایه به جای نمره استاندارد استفاده شده است (شریفی و کرمی 1386، ص 15-17).

در مورد پایایی ام.سی.ام.آی-3، پنج مجموعه داده وجود دارد که فاصله بازآزمایی در این مطالعات از 5 رز تا 6 ماه است. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت، همبستگی‌های متوسطی از

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory- III

58 درصد تا 93 درصد (افسرده) یا متوسط 90 درصد برای تمام مقیاس‌ها گزارش شده است (شریفی و کرمی 1386، ص 15-17).

2- پرسشنامه افسردگی بک¹ (BDI): پرسشنامه افسردگی بک شامل 21 گروه سوال است. برای نخستین بار در سال 1961، توسط آرون بک، وارد²، مندلسون³، ماک⁴ و ارباف⁵، تدوین شد و روایی و اعتبار این پرسشنامه در سال‌های 1971، 1979، 1985 و 1986، به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد. 21 ماده این میزان در کل شامل 94 سوال، به صورت عبارات ترتیبی که هر کدام از داده‌ها مربوط به یک علامت خاص افسردگی می باشد، تنظیم شده است (ازخوش 1382، ص 54). که این مقیاس در پژوهش، برای سنجش نوسان خلقی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده شده است.

3- مقیاس تکانشوری بارات⁶ (BIS): افراد بر اساس شیوه‌ی عمل و تفکر در موقعیت‌های مختلف تفاوت دارند. مقیاس تکانشوری بارات شامل 30 ماده است و برای اندازه‌گیری برخی از شیوه‌هایی که افراد بر اساس آن‌ها می‌اندیشند و رفتار می‌کنند، استفاده می‌شود (لوئیس، ترجمه حبیب نژاد، 1388، ص 75). این پرسشنامه (ویرایش یازدهم)، که توسط پروفسور بارات ساخته شده است (بارات، 2004) حاوی 30 سوال می‌باشد و 3 عامل زیر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

الف) تکانشگری شناختی: شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی سریع است.

ب) تکانشگری حرکتی: شامل عمل کردن بدون فکر می‌باشد.

ج) بی‌برنامگی: به صورت یک جهت‌یابی آنی یا فقدان آینده‌نگری مشخص می‌شود.

-
1. Beck Depression Inventory
 2. Vard
 3. Mandelson
 4. Mack
 5. Erbaf
 6. Barat Impulsivity Questionnaire

این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است و به بررسی مولفه‌های شخصیتی و رفتاری تکانشوری، می پردازد. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشان دهنده‌ی، ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است. بر مبنای درجه بندی لیکرت، نمره 1 (هرگز) تا 4 (همیشه) رده بندی می شود. امتیاز و نمره سوالات 1، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 15، 20، 29، 30، معکوس می شوند. نمره خام تکانشگری مجموع نمرات پاسخ های داده شده است (هرچه نمره بالاتر باشد، تکانشگری بیشتر است). پایین ترین نمره 30 و بالاترین 120 است.

پاتون¹ و همکاران (1995) در پژوهشی به تعیین اعتبار و پایایی مقیاس تکانشگری بارات پرداختند و میزان اعتبار و پایایی آن طبق گزارش یافته ها، به ترتیب 0.87 و 0.79 می باشد که حاکی از اعتبار و روایی قابل قبول این پرسشنامه است. در ایران نیز برای نخستین بار اختیاری و همکاران (1387)، با ترجمه نسخه اصلی بارات و بکارگیری در افراد سالم و مصرف کنندگان مواد افیونی به هنجاریابی این پرسشنامه پرداختند که، در پژوهش مذکور به ترتیب 0.83 و 0.75 بدست آمد. که نشان می دهد ترجمه فارسی تکانشگری بارات از نظر اعتبار و پایایی در حد مطلوبی است (حافظی و خاجونی 1390، ص 89-107).

4- مقیاس امیدواری اشنایدر² (SAHS): مقیاس 12 سوالی امید توسط اشنایدر (1991)، به نقل از اشنایدر و پترسون، (2000) برای سنین 15 سال به بالا طراحی شده و شامل گذرگاه و انگیزش می باشد و مدت زمان کوتاهی (2 تا 5 دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می کند. برای پاسخ دادن به هر سوال، پیوستاری از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم در نظر گرفته شده است. سوالات 3، 5، 7 و 11 نمره گذاری نمی شوند و مربوط به حواس پرتی اند. سوالات 1، 4، 6 و 8 مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سوالات 2، 9، 10 و 12 مربوط به خرده مقیاس انگیزش می باشد. نمره امید، حاصل جمع این دو خرده مقیاس است. بنابراین مجموع نمرات می تواند بین 8 تا 32 قرار می گیرد. در پژوهشی که توسط گلزاری (1386)، بر روی 660 دانش آموز

1. Patton

2. Schneider Adult Hope Scale

دختر در استان تهران انجام شده، پایایی مقیاس امید شنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ 0.89 بدست آمد. مقیاس امید با مقیاس‌هایی که فرایندهای روان‌شناختی مشابهی را می‌سنجند، همبستگی بالایی دارد. به عنوان مثال، نمره‌های مقیاس امید به میزان 0.50 تا 0.60 با مقیاس خوش بینی شییر¹ و کارور² همبستگی دارد. بعلاوه، طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش روایی محتوا نیز مورد تأیید قرار گرفته است (بیجاری و قنبری هاشم آبادی 388، ص 172-184). این مقیاس در پژوهش حاضر برای سنجش میزان احساس پوچی استفاده می‌شود به طوری که هر چه میزان امیدواری فرد بالا باشد، میزان احساس پوچی پایین بوده و بالعکس.

یافته‌ها

در پرسشنامه افسردگی بک، نمره آزمودنی اول از 27 و آزمودنی دوم از 43 در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به 8 و 15 در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. در مقیاس تکانشوری بارات، نمره آزمودنی اول از 75 و آزمودنی دوم از 45 در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به 49 و 39 در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. و همچنین در مقیاس امیدواری شنایدر نمره آزمودنی اول از 18 و آزمودنی دوم از 32 در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به 34 و 37 در مرحله پس از مداخله افزایش یافت و متعاقب آن در این مقیاس می‌توان به این نتیجه رسید که میزان احساس پوچی کاهش یافته چون میزان امیدواری افزایش پیدا کرده است. از آزمودنی اول سه آزمون خط پایه و از آزمودنی دوم چهار آزمون خط پایه گرفته شد. همچنین چهار بار بین جلسات و یک بار در انتهای جلسات، آزمون اجرا گردید. میانگین نمرات هر دو بیمار در مراحل قبل و بعد از درمان و دوره پیگیری برای افسردگی، رفتارهای تکانشی و احساس پوچی در جدول 1 آمده است.

1. Sheier
2. Karver

جدول 1. میانگین برای دو بیمار در مراحل قبل از درمان، بعد از درمان و دوره پیگیری یک ماهه

(N = ۲)

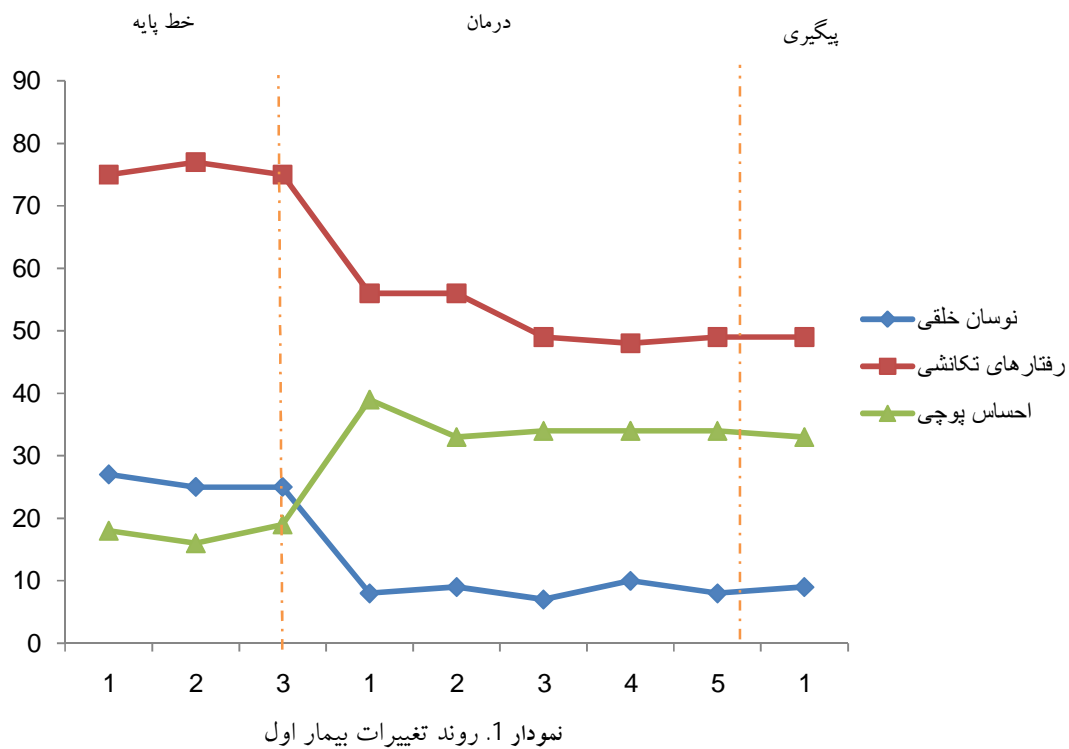
میانگین	قبل از درمان	پس از درمان	یک ماه پیگیری
نوسان خلقی	35/28	14/6	12/5
رفتارهای تکانشی	58/28	46/5	44/5
احساس پوچی	25/57	36/3	35

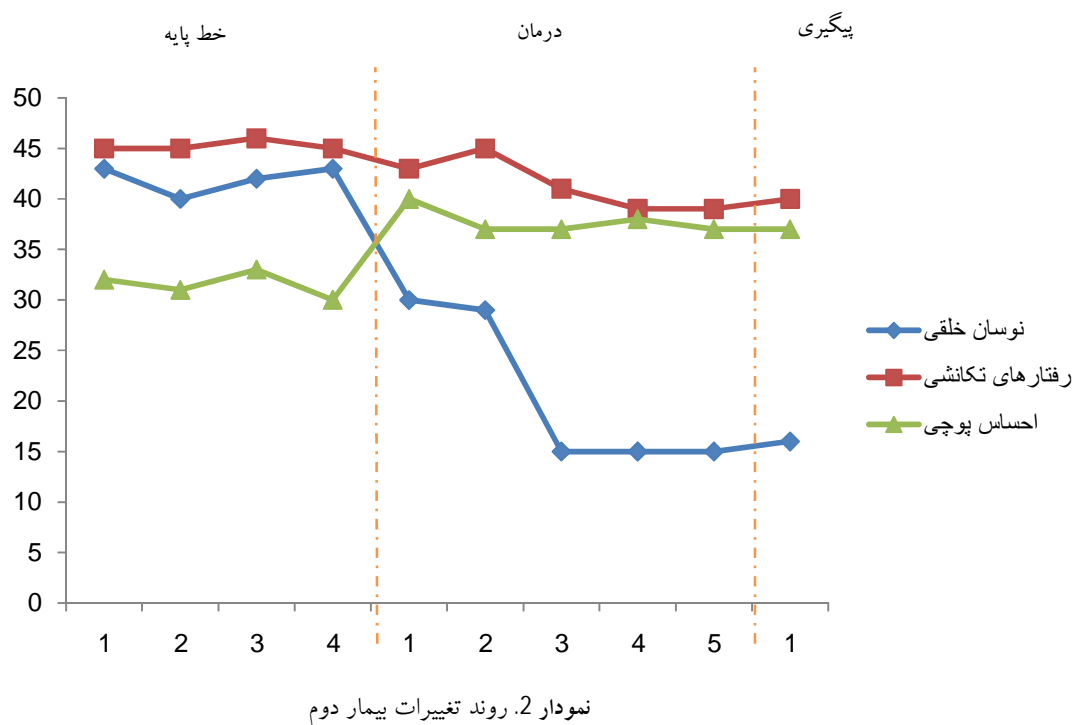
در مورد نمره‌های بعد از درمان و پیگیری کاهش قابل توجهی نسبت به قبل از درمان نشان می‌دهند. همچنین در جدول 2، درصد بهبودی هر دو آزمودنی ارائه شده است، هر دو بیمار در مقیاس‌های افسردگی، تکانشگری و احساس پوچی درصد بهبودی قابل قبولی را نشان دادند.

جدول 2. درصد بهبودی

درصد بهبودی	بیمار اول	بیمار دوم
نوسان خلقی	%67	%50
رفتار تکانشی	%32	%8
احساس پوچی	%97	%20

همانطور که در نمودارهای 1 و 2 مشاهده می‌شود، نمرات هر دو بیمار در مقیاس‌های افسردگی و تکانشگری و احساس پوچی در مرحله‌ی خط پایه، درمان و پیگیری نشان داده شده است. هر دو بیمار بهبود معناداری در نشانه‌های نوسان خلقی (افسردگی)، رفتارهای تکانشی و احساس پوچی به محض ارائه درمان نشان می‌دهند و تاثیرات درمانی در دوره پیگیری باقی مانده‌اند.





بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد، رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش نشانه‌های نوسان خلقی، کاهش رفتارهای تکانشی و کاهش احساس پوچی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می شود.

در کاهش نشانه‌های نوسان خلقی، پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش نشانه‌های نوسان خلقی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می شود. این

یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های دیگر از جمله چو¹ (چو 2006، ص 116)، سولر و همکاران (سولر و همکاران 2009، ص 353-358)، پاسیزنی² و کانر³ (پاسیزنی و کانر 2011، ص 4-10)، دیمف⁴ و لینهان (دیمف و لینهان 2011، ص 10-13) و لینهان و مک دیوید⁵ (لینهان و همکاران 2008، ص 999-1005) همسو می‌باشد.

همچنین در هر دو آزمودنی بهبودی در متغیر رفتارهای تکانشی ایجاد شده که این یافته‌ها همسو با مطالعات دیگر از جمله نیکسو و ریزوی (نیکسو و همکاران 2010، ص 832-839)، لینهان (لینهان 2000، ص 113-115) و زانارینی⁶ (زانارینی و همکاران 2003، ص 274-283) می‌باشد.

همچنین در مورد احساس پوچی پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش احساس پوچی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود. نتایج بدست آمده با مطالعه کونز، رابینز⁷ و همکاران (لینهان و همکاران 2006، ص 757-766) همسو می‌باشد که تاثیرات این درمان را بر روی زنان جنگ ویتنام مبتلا به BPD مورد ارزیابی قرار دادند.

به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت که نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته‌های لینهان و همکاران (لینهان و همکاران 2008، ص 999-1005)، زانارینی (زانارینی و همکاران 2003، ص 274-283)، سولر و همکاران (سولر و همکاران 2009، ص 353-358) و نیکسو و ریزوی (نیکسو و همکاران 2010، ص 832-839) بوده که نشان می‌دهد بهترین موضع مداخله در درمان اختلال شخصیت مرزی، رفتار درمانی دیالکتیکی است که بطور موفقیت آمیزی در درمان افراد مرزی مورد استفاده قرار گرفته و مانند سایر رویکردهای رفتاری، بر پایه‌ی این

-
1. Chew
 2. Pasieczny
 3. Connor
 4. Dimeff
 5. McDavid
 6. Zanarini
 7. Robins

فرض استوار است که کل رفتار (شامل افکار و احساسات) آموخته می‌شود و این که بیماران مرزی به گونه‌ای رفتار می‌کنند که رفتار آن‌ها را بدون ارتباط با میزان غیر انطباقی بودن آن، تقویت کرده و یا حتی پاداش می‌دهد (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، 1376، ص 178-179). از این رو در رفتاردرمانی دیالکتیکی جهت گیری درمان تحت کنترل درآوردن فعالیت‌های درمانجو، آموزش مهارت‌های رفتاری (قلب درمان) و سپس کمک به وی برای احساس بهتر و حل مشکلات در زندگی و در نهایت کمک به درمانجو جهت جستجوی لذت و حس برتری است که برای دستیابی به این اهداف از راهبردهای درمانی خاص که مخصوص این درمان است، استفاده می‌شود (میلر و راتوس 2006، ص 477-515). بنابراین لینهان این درمان را بر این اساس که بیماران مرزی قادر به شناخت تجارب هیجانی خود نبوده و طرد شدن و ناکامی را تحمل نمی‌کنند، ابداع نمود (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، 1376، ص 178-179).

همچنین رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق استفاده از راهبردهای دیالکتیکی، اعتبار بخشی، حل مسئله، سبک شناختی و مدیریت بیمار و همچنین به واسطه کاهش رفتارهای مخل زندگی و مداخله کننده با درمان و آموزش مهارت‌های رفتاری (مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های تحمل پریشانی، مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های ذهن آگاهی یا هشیاری فراگیر)، به فرد کمک می‌کند تا آن‌ها را به موقعیت‌های زندگی خویش تعمیم دهد (میلر و راتوس 2006، ص 477-515).

در هر حال برای نتیجه‌گیری قطعی تر، نیاز به مطالعات بیشتری است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که، یافته‌های این پژوهش بر پایه‌ی تعداد مراجعان اندکی قرار داشته و باید در تفسیر و تعمیم این داده‌ها احتیاط کرد و همچنین زمان پیگیری کوتاه مدت را نیز می‌توان نام برد. بنابراین در این راستا پیشنهاد می‌شود برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، تکرار مطالعات موردی یا انجام پژوهش‌های آزمایشی با گروه‌های کنترل، نمونه‌های گسترده‌تر و پیگیری بلندمدت تر، استفاده شود. و همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی

DBT را بر روی سایر اختلالات مورد بررسی قرار داده یا در پژوهشی با طرح آزمایشی، این درمان با سایر درمان‌ها مقایسه شود.

منابع فارسی

- اتکینسون، ریتا ال، اتکینسون، ریچارد سی، اسمیت، ادوارد ای، بم، داریل ج، هوکسما، سوزان نولن (2000) زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه براهنی، محمد تقی و همکاران، انتشارات رشد.
- ازخوش، منوچهر (1382). کاربرد آزمونهای روانی و تشخیص بالینی. چاپ دوم، تهران- نشر روان.
- بیجاری، هانیه، قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، آقا محمدیان شعرباف، حمید رضا (1388). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روانشناسی. دوره 10، شماره 1، 172-184.
- حافظی، فریبا؛ خاجونی، ابراهیم (1390). تاثیر آموزش مهارت کنترل خشم بر کاهش رفتارهای تکانشورانه و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه روانی. یافته‌های نو در روانشناسی، سال پنجم، شماره 20، 89-107.
- شریفی، علی اکبر، کرمی، ابوالفضل (1386). راهنمای ام سی ام آی (میلون 3). تهران- روانسنجی.
- کرینگ، آن م، دیویسون، جerald سی، نیل، جان م، جانسون، شری ل (2007). آسیب شناسی روانی، روان شناسی نابهنجار، ترجمه شمسی پور، حمید، انتشارات ارجمند.
- کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین (1997). چکیده روانپزشکی بالینی، ترجمه پورافکاری، نصرت ا...، انتشارات آزاده.
- لوئیس، ژندا (2009). آزمونهای شخصیت. ترجمه بشارت و حبیب نژاد، انتشارات آئین.

محمود علیلو، مجید، شریفی، محمد امین (1390). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی، انتشارات نیوند.

منابع انگلیسی

- American psychiatric association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed., text revision) (DSM-IV-TR). Washington DC. APA.
- Barlow, D.H., Durand, V.M. (2002). Abnormal psychology, An Integrative Approach. Canada: Wadsworth Group.
- Clarkin, J.F., Widiger, T., Frances, A., Hurt, S.W., & Gilmore. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275.
- Cowdery, R.W., Pickar, D., & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG finding in the borderline syndrome. *International journal of Psychiatry in Medicine*, 15: 201-211.
- Chew, C.H.E. (2006). The effects of dialectical behavior therapy on moderately depressed adults. *University of Denver*. 116.
- Dimeff, L., Linehan, M.M. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California psychologist*, 34, 10-13.
- Gunnell, D., & Francel, S. (1999). Prevention of suicide: A spirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez A.M. G.K., Morse, J. Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., & Bastian, L.A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 42, 11-14.
- Kiehn, & Swales. (2002). An overview of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder [Electronic version] from linehan M. *Books.google.com*. 1993-linehan.
- Linehan, M.M., McDavid, J.D., Brown, M.Z., Sayrs, J.H.R., & Gallop, R.J. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: A double-blind Placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*, 69, 999-1005.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive – behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M.M. (2000). The Empirical Basis of Dialectical Behavior Therapy: Developmental of new treatments versus evaluation of exciting treatments. *American Psychological Association*, 113-115.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.I., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynold, S.K., Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs

- therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *American Medical Association*, 63, 757-766.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M. *Dialectical Behavior Therapy With Suicidal Adolescents*. New York: Guilford Press, 14, 477-515.
- Neacsu, A.D, Rizvi, S.H.L., Linehan, M.M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48, 832-839.
- Pasieczny, N., Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health setting. An Australian controlled trial. *Behaviour Research and therapy*, 49, 4-10.
- Stone, M.H. (1992). *Abnormalities of personality*. Within and beyond the realm of treatment. New York: Norton.
- Soloff, P.H. (2000). psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatric clinics of North American*, 23, 169-192.
- Swenson, C.R., Torrey, W.C., Koerner, K. (2002). Implementing Dialectical Behavior Therapy. *Psychiatric Services*, 53, 171-178.
- Stepp, S.D., Epler, A.J., Jahng, S., Trull, T.J. (2009). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *J per disor*, 22(6), 549- 63.
- Soler, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M.J., Gich, I., Alvarez, E., & Perez, V. (2009). Dialectical Behavior Therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Bradford Rich, D., Silk, K. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.