

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی

دکتر محمدعلی مظاهری *

دکتر احمد برجعلی **

دکتر حسن احدی ***

دکتر فاطمه گلشانی ****

چکیده

در پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی در قالب یک طرح نیمه آزمایشی 23 آزمودنی با تشخیص اختلال شخصیت مرزی، از میان افرادی که در شهر تهران به مراکز درمانی خصوصی، بیمارستان لقمان، انستیتو روانپزشکی تهران مراجعه کرده بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از جمعیت نمونه 8 نفر در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی و 8 نفر در گروه گواه (لیست انتظار) قرار گرفتند. به دلیل رعایت اصول اخلاقی مربوط به پژوهش، هر دو گروه از دارو درمانی نیز استفاده کرده و در چهار مرحله پیش از شروع درمان، پس از درمان انفرادی و مهارت آموزی گروهی و پیگیری مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار اندازه گیری شامل مصاحبه بالینی ساخت دار برای اختلال های محور یک و دو و شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی بود. داده ها با استفاده از نمودار، تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می دهد رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی به جز در تکانشگری، احساس خشم و عقاید پارانوییدی شده است. در پژوهش حاضر، شدیدترین نشانه بی ثباتی هیجانی و بیشترین تغییرات مربوط به احساس ترک شدن، رفتار خودکشی و مشکلات هویتی بود.

واژه های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، اختلال شخصیت مرزی و درمان.

* دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

** استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی

*** استاد گروه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی

**** دانش آموخته واحد علوم و تحقیقات تهران دانشگاه آزاد اسلامی

Email:fa_golshani@yahoo.com

مقدمه

بر اساس آمارهای موجود 10٪ افراد جامعه از اختلالات شخصیت رنج می‌برند. چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی¹، ده طبقه اختلالات شخصیت را مشخص کرده است که از میان آنها اختلال شخصیت مرزی² از سخت‌ترین و جدی‌ترین اختلالات روانپزشکی است (پاریز،³ 2006). در آمریکا یک تا دو درصد از جمعیت عادی (کلارکین و دیگران⁴، 2007؛ الدهام⁵، 2006)، 11٪ افرادی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، 20٪ بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی، 30٪ افرادی که به دلیل اختلالات شخصیت در بیمارستان‌ها بستری هستند و 40٪ استفاده‌کنندگان خدمات روانپزشکی از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند (بوهاس و دیگران⁶، 2004).

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیوسته در بحران هستند. مهمترین سیمایه آنها نوسانات خلقی و رفتاری است، این نوسانات به صورت احساس افسردگی که به راحتی به احساس اضطراب و سپس به خشم تغییر می‌کند، در افراد نمایان می‌شود. از ویژگی‌های دیگر بیماران مذکور روابط بین فردی آشفته است؛ آن‌ها به دیگران بسیار وابسته‌اند، برای حفظ تعادل فکری و رفتاری نه تنها به حمایت، امنیت و تشویق دیگران نیاز دارند، بلکه نسبت به جدایی از منابع حمایتی بسیار آسیب‌پذیرند. همیشه از این که رها شوند، می‌ترسند و از نشانه‌های فقدان وحشت دارند. بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از آن است که ترس از رها شدن و تنها ماندن مهمترین مشکل این افراد است (میلون و گراسمن⁷، 2007). هر بیمار مرزی حداقل با سه نفر در ارتباط است (همسر، فرزندان، والدین، دوستان و همکاران). نگرش این افراد نسبت به اطرافیان به دلیل دوسوگرایی، از تأیید تا خشم شدید در نوسان است. آنها به طور معمول با اطرافیان خود مشکل دارند و روابطشان بین قهر و آشتی تغییر می‌کند. همین امر موجب فرسودگی اطرافیان آنها نیز می‌شود و گاه ممکن است موجب بروز انواع مشکلات روانشناختی در خانواده گردد (وایس و دیگران⁸، 1996).

تکانشگری یکی دیگر از سیمایه‌های بیماران مرزی است. ولخرجی‌های زیاد، برقراری روابط جنسی ناپایمن، پرخوری، سوء مصرف مواد و دارو، نمونه‌ای از رفتارهای تکانه‌ای آنان است. 22٪ آنها دچار الکلیسم و سوء مصرف آن هستند. از میان افرادی که به دلیل سوء مصرف مواد بستری شده‌اند 58٪ تا 60٪ آنها اختلال شخصیت مرزی دارند. 23٪ از زندانیان مرد و 20٪ از زندانیان زن نیز به اختلال شخصیت مرزی دچارند (کراویتز، واتسون⁹، 1999). خودکشی و رفتارهای خود آسیب‌رسان در میان این بیماران امری رایج و معمول است. 80٪ آنها در طی زندگی خود تاریخچه‌ای از اقدام به خودکشی دارند، 30٪ از افرادی که به دلیل خودکشی می‌میرند و 50٪ از

1 -Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder- Fourth Edition- Text Revision(DSM-IV-TR)

2- Borderline personality Disorder (BPD)

3- paris

4- Clarkin & et al.

5-Oldham

6- Bohus & et al.

7- Milon & Grossman.

8 -Weiss & et al.

9 -Kerawits & Watson

بیماران روانپزشکی که به دلیل خودکشی می‌میرند، جزء بیماران مرزی هستند (الدھام، 2006). 70٪ تا 75٪ از آنها تاریخچه‌ای از رفتارهای آسیب‌رسان مانند بریدن و سوزاندن خود دارند، میانگین روزهای بستری شدن این افراد در بیمارستان‌ها سالانه به 65 تا 80 روز می‌رسد (بوهاس و دیگران، 2004). 75٪ این بیماران زن هستند. به طور معمول نشانه‌های اختلال در دوران جوانی شروع می‌شود که گاه یک دهه یا بیشتر تداوم می‌یابد. با توجه به این که این سن، سن ازدواج و مادر شدن است، بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند مادرانی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند در پرورش فرزندان خود با مشکل جدی روبرو هستند. مهارت‌های والدینی افرادی که بی‌ثباتی خلقی، تحریک‌پذیری، تکانشگری و تحریف واقعیت دارند به گونه‌ای جدی صدمه می‌خورد. از سوی دیگر، بر اساس پاره‌ای از مطالعات اختلالات مرتبط با تکانشگری، خصوصیات نوسانات خلقی، هیجانی و رفتاری در فرزندان چنین مادرانی بیشتر دیده می‌شود، بنابراین، کودکان این افراد در خطر ابتلا به اشکال مختلف اختلالات روانی از جمله اختلالات مرتبط با سبک دلبستگی قرار دارند (وایس و دیگران، 1996). یکی دیگر از مشکلات بیماران مرزی بی‌ثباتی واضح در خودآنگاره است. آنها هویتی نابالغ یا سردرگمی هویت دارند. خود بازنمایی‌های متناقض انعکاسی از فقدان انسجام درونی و دویارگی شخصیت آنهاست. بی‌ثباتی مخرب در خودآنگاره فرد، به صورت تغییرات ناگهانی در اهداف، ارزش‌ها و شغل نمایان می‌شود، این تغییرات می‌تواند انتخاب نوع دوستان، هویت جنسی و برنامه‌ریزی فرد را نیز تحت الشعاع قرار دهد (میلون و گراسمن، 2007).

درمان اختلال شخصیت مرزی با مشکلات چندی روبروست، به طوری که گاهی در روند درمان، درمانگر و مراجع دچار درماندگی و ناامیدی می‌شوند. بسیاری از درمانگران این اختلال را "غیر قابل درمان" می‌دانند. از نظر بسیاری از روان‌درمانگران این تشخیص معادل با مرگ است و گویی به مراجع گفته می‌شود وی دچار سرطان یا اسکیزوفرنی است (سیلک^۱، 2008).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در روابط درمانی اغلب سرسخت و غیرقابل پیش‌بینی بوده و دچار سردرگمی هستند، گاهی تصمیم می‌گیرند جلسات خود را ادامه دهند و ناگهان به طور کامل درمان را قطع می‌کنند. پژوهش‌های متعدد نرخ افت درمانی در مورد این بیماران را بین 43٪ تا 67٪ برآورد کرده‌اند، حتی روان‌درمانگران ماهر در نگهداشت بیماران برای ادامه‌ی درمان با مشکل روبرو هستند. در یکی از مطالعات 54٪ از بیماران کمتر از 6 ماه به درمان ادامه دادند و تنها 33٪ درمان خود را کامل کردند (گاندرسون و والدینگر^۳ 2000). این افراد نسبت به درمانگر خود احساس و نگرشی دو سویه دارند، به این معنا که درمانگر از نظر آنان گاه بسیار مهربان و قابل اعتماد و گاه طرد کننده است و یا میان این دو در نوسانند، در پاره‌ای از موارد انتقال متقابل نسبت به درمانگر عاملی است که روند درمان را مختل می‌سازد، بنابراین، پاسخ آنها به درمان اغلب مطلوب نیست (سوالز و هیرد^۴، 2009) از سوی دیگر، وقتی مراجع به طور مکرر خودکشی کرده و کمک‌های درمانی را رد می‌کند و یا این که خواستار کمک‌های غیرواقع‌بینانه از درمانگر است ممکن است واکنش‌های هیجانی در درمانگر ایجاد کند. به این ترتیب آنها

1- untreatable
2- Silke
3-Gunderson & Walldinger
4-Swales & Heard

اغلب درمانگران را در بن‌بست‌های درمانی قرار می‌دهند، به گونه‌ای که درمان‌گر را مستأصل ساخته و در آن‌ها این احساس را به وجود می‌آورد که شیوه‌ی درمانی آنها ناکارآمد است، هم‌هی این عوامل ضریب خطاهای درمانی را افزایش داده و به این فرض قوت می‌بخشد که اختلال شخصیت مرزی غیرقابل درمان است (لینهان^۱، 1993).

تاریخچه درمان‌ناپذیری اختلال شخصیت مرزی به زمانی برمی‌گردد که اولین بار روان‌تحلیل‌گران متوجه شدند این بیماران به درمان‌های روان‌تحلیلی پاسخ نمی‌دهند و گاهی نیز بدتر می‌شوند. با توجه به دانش آن زمان، آنان را افرادی تلقی می‌کردند که برای روان‌درمانی مناسب نیستند. رفتاردرمانی شناختی نیز از درمان ویژه‌ای برای این گروه برخوردار نبود و بیشتر پروتکل‌های درمانی آن جهت درمان اختلالات محور یک ابداع شده بود، به همین دلیل درمانگران در درمان اختلال شخصیت مرزی با شکست مواجه شدند. در واقع باید گفت علت اساسی ناکامی درمانگران آن بود که شیوه‌های درمانی معمول آنها راهکار مناسبی برای چنین اختلالی به نظر نمی‌رسید و بر اساس شناختی کامل از اختلال و علل آن طراحی نشده و خاص این جمعیت نبود (بتمن و فونانگی^۲، 1999؛ لینهان، 1993).

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد اختلال شخصیت مرزی قابل درمان بوده و حتی پیش‌آگهی آن بهتر از اختلالات دیگری چون اختلالات خلقی و دوقطبی است. در حال حاضر، رویکردهای درمانی متفاوتی وجود دارد که در کاهش رفتار خودکشی، رفتارهای آسیب‌رسان، افسردگی و اضطراب مؤثرند. در میان آنها می‌توان به رویکردهای روان‌تحلیلی از جمله روان‌درمانی مبتنی بر انتقال^۳ (کرنبرگ و کلارک^۴، 1999)، طرح‌واره درمانی (یانگ^۵، 1990) و رفتاردرمانی دیالکتیکی^۶ (لینهان، 1993) اشاره کرد (دایمف و کوثرنر^۷، 2007)، اما علیرغم کثرت این رویکردها، پژوهش‌هایی که اثر بخشی این رویکردها را با طرح کنترل تصادفی بررسی کرده باشد صورت نگرفته یا بسیار محدودند (گاندرسون و دیگران، 2006؛ به نقل از چاپمن و گراتز^۸، 2007).

رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی درمانی است که توسط مارشا لینهان (1993) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به طور مکرر خودکشی می‌کنند، ابداع شده است. این روش بر سه پایه، رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین‌دین استوار است. این رویکرد تعامل عوامل زیستی - اجتماعی را علت اختلال شخصیت مرزی می‌داند. به این معنا که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی افرادی هستند که از نظر زیست‌شناختی آسیب‌پذیری هیجانی دارند و در محیط‌هایی که به طور مکرر تجربیات درونی و رفتارهای فرد را نامعتبر می‌سازند، پرورش یافته‌اند. آسیب‌پذیری هیجانی به همراه پرورش در محیط نامعتبرساز^۹ موجب می‌شود فرد با نقایصی در توانایی، انگیزش و تنظیم هیجان‌ها و مشکلات زندگی خود روبرو شود (هایزو فلوئت^{۱۰}، 2004).

1 -Linehan

2-Bateman & Fonagy

3- transference- focused psychotherapy

4- Kerenberg & Clarac

5 -Young

6 -Dialectical Behavior Therapy(DBT)

7- Dimeff & Koerner

8- Chapman & Gratz

9- invalidating environment

10- Hayes & Follette

رفتاردرمانی دیالکتیکی یک شیوهی درمانی یکپارچه‌نگر است. یکپارچگی میان تضادها برای رسیدن به نتیجه و رشد. در این رویکرد به بیمار آموخته می‌شود تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آنها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد. یکپارچه‌سازی را می‌توان به چند شکل در این رویکرد مشاهده کرد. یکپارچه‌سازی مدل‌های زیست‌شناختی و مدل‌های محیطی، به این معنا که هم عوامل زیست‌شناختی هم عوامل محیطی در پیدایش و تداوم اختلال شخصیت مرزی مورد توجه قرار می‌گیرد (سوالز و هیرد 2009).

یکپارچه‌سازی میان رویکرد هایی که بر "تغییر" و رویکردهایی که بر پذیرش بی‌قید و شرط واقعیت تأکید دارند. بنا بر نظر لینهان یکی از ایرادهای اصلی رویکردهای شناختی آن است که بین تزه‌ای درمانگر و بیمار یکپارچگی برقرار نمی‌کند زیرا در این رویکردها اغلب تأکید اصلی بر ایجاد تغییر در هیجان‌ها، شناخت‌ها و رفتارهای مراجع است. در این شرایط مراجع احساس می‌کند فرایند درمان نه تنها رفتارهای او را نامعتبر می‌سازد بلکه باعث می‌شود او خود را فردی نامعتبر بداند. نامعتبرسازی ادراک شده مشکلاتی را در جلسه درمان ایجاد می‌کند... بنا بر نظریه زیستی - اجتماعی بیماران مرزی به نشانه‌های نامعتبرسازی بسیار حساس‌اند (سوان¹ و دیگران، 1992؛ به نقل از لینهان، 1993).

لینهان مشکل درمانی فوق را با به کارگیری اصول آیین ذن به ویژه استفاده از تمرین‌های ذهن آگاهی² حل می‌کند. آیین ذن مبتنی بر پذیرش محض واقعیت است. از سوی دیگر، پذیرش بدون قید و شرط و معتبرسازی بیش از اندازه رفتارهای مراجع نیز مشکلاتی به همراه دارد، از جمله آن که مراجع تلقی می‌کند مشکلات او جدی گرفته نشده است. بدون توجه به تغییر و حل مسئله، رفتارهای مداخله‌گر در درمان دوباره رخ خواهد داد. بنابراین، از نظر لینهان تلفیق دو شیوه با یکدیگر - برقراری تعادل میان ایجاد تغییر و پذیرش واقعیت - راهکاری مناسب به نظر می‌رسد. وی در رویکرد درمانی خود سعی می‌کند اصول رفتارگرایی و اصول ذن را که به نظر می‌رسد دیدگاه‌های متفاوتی هستند با یکدیگر یکپارچه سازد؛ این مطلب یکپارچه‌سازی روانشناسی غرب و روان‌شناسی شرق است (سوالز و هیرد، 2009).

سومین یکپارچه‌سازی ترکیب مدل‌های مختلف درمان است. در مدل جامع رفتاردرمانی دیالکتیکی مجموعه‌ای از راهکارهای درمانی همسو با یکدیگر به کار گرفته می‌شوند، مانند، روان‌درمانی فردی، مهارت‌آموزی گروهی، مشاوره تلفنی مراجعان، بهره‌گیری درمانگر از کمک‌های گروه‌های متخصص و ناظر بر روند درمان. آخرین نوع یکپارچه‌سازی آن است که علاوه بر شیوه‌ها و راهبردهای درمانی در حوزه بالینی، از سایر زمینه‌های روانشناسی مانند روانشناسی اجتماعی نیز بهره گرفته می‌شود. به عنوان مثال، برای ایجاد توافق تعهد به ادامه‌ی درمان، از شیوه "قدم به آستان"³ کمک می‌گیرد. به این معنا که افراد در موقعیت‌ها و شرایطی تعهد خود را نسبت به امری حفظ می‌کند که در آغاز با آن موافقت کرده باشند (سوالز و هیرد، 2009).

با توجه به نکات فوق به نظر می‌رسد اختلال شخصیت مرزی بسیار رنج‌آور و نیازمند درمان است. متأسفانه برای

1- Swann & et al.
2- mindfulness
3- foot in the door

چنین افرادی شیوه درمانی کارآمدی به ویژه در ایران به کار گرفته نشده است. مداخلات درمانی بیشتر هنگام بروز خودکشی و آن هم به صورت مداخله در بحران انجام می‌گیرد، به طور معمول آنها تحت درمان‌های معمولی و یا درمان‌های کوتاه مدت قرار می‌گیرند. دارو درمانی نیز کمک چندانی به این افراد نمی‌کند، زیرا اکثر آنها بعد از مدتی، استفاده از دارو را قطع می‌کنند. بنابراین، این گروه خاص از بیماران به شیوه درمانی تخصصی نیاز دارند که به طور مستقیم مشکلات و نشانه‌های اختلال را هدف درمان قرار دهد.

کاهش میزان اعتیاد، طلاق، هزینه‌های درمانی، خودکشی و فراخودکشی از دیگر مزایای درمان اختلال شخصیت مرزی است و اهمیت بررسی و درمان این اختلال را ضروری‌تر می‌سازد. پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اهداف جزئی تعیین اثربخشی این روش در کاهش احساس ترک شدن، مشکلات بین فردی، مشکلات هویت، مشکلات تکانشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان، بی‌ثباتی هیجانی، احساس کسالت، احساس خشم، احساس تجزیه‌ای و عقاید پارانوییدی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی طراحی شد.

روش

طرح کلی این پژوهش، طرح نیمه آزمایشی از نوع طرح گروه‌های کنترل نابرابر است. جامعه آماری مشتمل بر بیمارانی بود که در سال 1385 تا 1386 به مراکز درمانی خصوصی، بیمارستان لقمان، انستیتو روانپزشکی تهران مراجعه کرده‌اند. نمونه پژوهش شامل 23 بیمار زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که ملاک‌های ورود (شمول) به پژوهش را برآورده می‌کردند. این ملاک‌ها عبارت بود از: 1) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس DSM-IV-TR و مصاحبه بالینی ساختاریافته چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور دو¹ و تشخیص روانپزشکی؛ 2) حداقل تحصیلات دیپلم؛ 3) دامنه سنی بین 17 تا 45؛ 4) عدم دریافت درمان روانشناختی در گذشته با هدف درمان اختلال شخصیت مرزی؛ 5) حداقل یک بار اقدام به خودکشی در گذشته.

ملاک‌های حذفی عبارت بودند از: 1) بیماران روان‌پریش؛ 2) بیماران مبتلا به اختلالات خلقی؛ 3) افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد؛ 4) بیمارانی که در هنگام انتخاب تحت روان درمانی بودند؛ 5) بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به دلایل مختلف از دارودرمانی اجتناب می‌کردند.

نمونه‌گیری بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. بدین ترتیب که افراد واجد ملاک‌های لازم انتخاب شده و پژوهشگر با استفاده از ابزار مصاحبه بالینی ساختاریافته چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور یک² و تشخیص روانپزشک مرکز ملاک‌های حذفی را مورد بررسی قرار داد. سپس افرادی که واجد ملاک‌های شمول بودند در جریان پژوهش قرار گرفته و در صورت موافقت، فرم رضایت را امضا و به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. از نمونه فوق 11 نفر به منظور بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به

1-Structured Clinical Interview for DSM-IV-axis II personality disorder(SCID-II)

2-Structured Clinical Interview for DSM-IV-axis I disorder(SCID-I)

عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند. این گروه علاوه بر رفتاردرمانی دیالکتیکی باید از دارودرمانی نیز استفاده می-کردند. 12 نفر دیگر که مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند فقط از دارو درمانی استفاده می کردند و گروه لیست انتظار رفتاردرمانی دیالکتیکی را تشکیل دادند.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: 1) مصاحبه بالینی ساخت دار برای DSM (SCID)؛ 2) شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی¹.

SCID یک مصاحبه بالینی ساخت دار برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور I و II است. این مصاحبه تشخیصی برای اولین بار در دهه 90 برای ارزیابی تشخیصی بر اساس DSM-III-R گسترش یافت و نسخه فعلی آن بر اساس DSM-IV به روز شده و شامل دو نسخه SCID-I برای اختلالات محور I و SCID-II برای اختلال محور II است. SCID-I هفت گروه تشخیصی اختلالات محور I شامل اختلالات خلقی، روانپریشی، وابستگی به مواد، اضطراب و اختلالات جسمانی شکل، خوردن و سازگاری را مورد ارزیابی قرار داده و SCID-II نیز شامل تمامی ده اختلال شخصیت DSM-IV به اضافه دو مورد پیشنهادی در پیوست "ب" است. بررسی ویژگی های روانسنجی این ابزار حاکی از آن است که پایایی آن برای اختلالات شدیدتر بهتر از اختلالات خفیف بوده و اعتبار آن در دامنه ای از 0/81 تا 0/84 گزارش شده است. در هر حال SCID به دلیل جامعیت و انطباق دقیق با ملاک های DSM معتبرتر از سایر مقیاس های بالینی بوده و یک ارزیابی تشخیصی استاندارد و جامع در زمینه های پژوهشی، قانونی و بالینی است که به طور گسترده مورد استفاده قرار می گیرد (سادوک و سادوک²، 2005). در ایران، شریفی و دیگران (1383) پایایی و قابلیت اجرای آن را برای جمعیت ایرانی بررسی کردند. یافته ها نشان داد توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص ها، متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از 0/6) و اکثر مصاحبه کنندگان، قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را خوب ارزیابی کردند. بختیاری (1379) از این ابزار در جمعیت ایرانی استفاده کرد و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته را برای SCID-I 0/95 و برای SCID-II 0/87 گزارش داده است.

شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی یک مصاحبه ی نیمه ساختاریافته ی درمانگر - گزارشی است که بر اساس DSM-IV طراحی شده و به منظور ارزیابی فراوانی و شدت نشانه های خاص اختلال شخصیت مرزی در طول 3 ماه گذشته مورد استفاده قرار می گیرد. از این ابزار اندازه گیری به عنوان وسیله ای برای اندازه گیری نتیجه ی درمان نیز استفاده می شود. این شاخص دارای 70 سؤال است که 9 معیار اختلال شخصیت مرزی را براساس DSM-IV مورد بررسی قرار می دهد. این مصاحبه در پژوهش هایی که در آن از روش پژوهش اندازه گیری های مکرر استفاده می کنند، ابزار مناسبی است. تمامی سؤالات توسط مراجع بر اساس یک مقیاس 10 نمره ای نمره گذاری می گردد. سپس میانگین هر فرد در هر مقیاس محاسبه و نمره کل برابر است مجموع میانگین 9 حیطه است. در جدول 1 سؤالاها و حیطه های مورد بررسی آمده است.

1 -Borderline personality disorder severity index
2 -Sadock & Sadock

جدول 1: سؤال‌ها و حیطه‌های مورد بررسی در BPDSI (به نقل از آرنتز¹، 2003)

سؤال‌ها	حیطه مورد بررسی
1-1 الی 7-1	ترک شدن
2-1 الی 8-2	روابط بین فردی
3-1 الی 8-3	هویت
4-1 الی 11-4	تکانش‌گری
5-1 الی 8-5	رفتارهای خودآسیب رسان
5-9 الی 13-5	خودکشی (فکر / طرح / اقدام)
6-1 الی 5-6	بی‌ثباتی هیجانی
7-1 الی 4-7	احساس تهی بودن و کسالت
8-1 الی 6-8	خشم انفجاری
9-1 الی 8-9	عقاید پارانوئیدی و تجزیه

این مقیاس ابتدا توسط ویور و کلاس² (1993) تهیه شد. آرنتز و دیگران (2003) با اعمال تغییر جزئی در آن ویژگی‌های فنی این مقیاس را بررسی و ضریب اعتبار 82٪ را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به دست آوردند. این مقیاس همبستگی معنا داری با میزان شدت سایر اختلالات محور دو به جز اختلال شخصیت مرزی ندارد. جیسن بلو³ و دیگران (2005) ضریب هماهنگی درونی 0/96 و ضریب آلفای کرونباخ 0/85 را گزارش کردند. همچنین، روایی همزمان و روایی سازه قابل قبولی برای BPDSI به دست آوردند. درایران صلواتی (1386) پس از ترجمه و ترجمه مجدد، به منظور بررسی اعتبار، از روش دونیمه سازی برای هر خرده مقیاس و کل مقیاس بهره گرفته و ضریب اعتبار 0/85 را گزارش داد.

پس از انتخاب نمونه بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و اخذ موافقت رسمی آنها برای شرکت در پژوهش حاضر مراحل زیر انجام شد.

1- مرحله سنجش اولیه: در این مرحله با هر آزمودنی با استفاده از BPDSI اولین مصاحبه انجام شد و به این ترتیب اولین نمره‌ها به عنوان نمره‌های پیش آزمون به دست آمد. این اندازه گیری قبل از انجام هر گونه اقدامی از جمله دارو درمانی صورت گرفت.

2- مرحله مداخله درمانی: رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل چهار شیوه درمانی است که عبارتند از: الف) جلسات انفرادی؛ ب) مهارت آموزی گروهی؛ ج) تماس تلفنی با درمانگر در خارج از جلسات درمانی؛ 4) مشاوره درمانگر با تیم متخصص.

1 -Arntez
2-Weaver & Clus
3-Gisen Bloo

الف-جلسات انفرادی: این جلسات به صورت هفتگی و مدت 45 تا 60 دقیقه بود. این مرحله از درمان 3 ماه به طول انجامید. توضیح منطق درمان، اجرای شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی، توضیح اختلال شخصیت مرزی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تعهدات مراجع و درمانگر، مشخص کردن اهداف درمانی در یک سلسله مراتب به صورت 1) کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی مانند خودکشی و رفتارهای آسیب رسان؛ 2) کاهش رفتارهای مداخله گر در درمان؛ 3) کاهش رفتارهایی که از کیفیت یک زندگی سالم می‌کاهد یا آن را به خطر می‌اندازد. بررسی کارت روزانه ثبت رفتارهای خودآسیب‌رسان، فکر، طرح و یا اقدام به خودکشی. در این جلسات تأکید اصلی بر چهار راهبرد اعتبار بخشی هیجانی، اعتبار بخشی رفتاری، اعتبار بخشی شناختی، اعتبار بخشی از طریق عبارات تأییدکننده و تشویقی بود. در کنار آن در مواجهه با مشکلات هفتگی مراجع از راهبردهای دیالکتیکی مانند توجه به تضادها، استفاده از استعاره‌ها، تکنیک دفاع شیطانی و... نیز استفاده شد.

در پایان این مرحله از درمان نیز با هر یک از آزمودنی‌های گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه لیست با استفاده از BPDSI مصاحبه انجام شد و دومین نمره به دست آمد.

ب- مهارت‌آموزی گروهی: جلسات مهارت‌آموزی هفته‌ای یک بار به مدت 2 تا 2/5 ساعت تشکیل شد. هدف این مرحله از درمان، افزایش و ارتقاء مهارت‌های رفتاری بود. چهار مهارت آموزشی مشتمل بر 1) مهارت ذهن آگاهی؛ 2) مهارت کارایی بین فردی؛ 3) مهارت تنظیم هیجان و 4) مهارت تحمل درد و ناراحتی بود.

ج- تماس تلفنی مراجعان گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمانگر: این شیوه از ابتدای درمان تا پایان جلسات گروهی ادامه داشت. مراجعین می‌توانستند در موقع بروز بحران با درمانگر تماس بگیرند، در این تماس‌ها درمانگر مراجع را به استفاده از مهارت‌ها هدایت می‌کرد. زمان مکالمه کوتاه و حداکثر بین 5 تا 10 دقیقه بود و بیشتر در جهت کمک به مراجع در اجتناب از رفتارهای خودآسیب‌رسان، فکر، طرح و یا اقدام به خودکشی انجام می‌گرفت.

3- دوره پیگیری: در این مرحله یک ماه پس از پایان درمان، با هر یک از آزمودنی‌ها گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه لیست با استفاده از BPDSI مصاحبه‌ای توسط درمان‌گر انجام شد و چهارمین نمره به دست آمد.

از آن جایی که هر آزمودنی در هر یک از نشانه‌های اختلال (9 نشانه مطابق با DSM-TR) در چهار مرحله (پیش از درمان، پس از درمان انفرادی، پس از مهارت‌آموزی گروهی و پس از یک ماه پیگیری) نمره دارند و نمرات گروه آزمایش با گروه گواه مقایسه می‌شدند، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده به عمل آمد.

یافته‌ها

به منظور بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های نمرات نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در دو گروه آزمایش و گروه گواه (گروه لیست انتظار) در چهار مرحله درمان از روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر چند متغیری (دو عامل درون آزمودنی و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد. نشانه‌های مرزی با 9 نشانه و مجموع نشانه‌ها به عنوان متغیرهای وابسته درون آزمودنی و چهار مرحله درمانی (پیش‌آزمون، قبل از گروه درمانی، بعد از درمان گروهی و پیگیری) به عنوان یک عامل درون آزمودنی و گروه آزمایش و کنترل به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. نتایج حاصل از آزمونهای چند متغیری در جدول 2 ارائه شده است.

جدول 2: نتایج آزمون‌های چند متغیری در چهار مرحله درمان

اثر	آزمون	ارزش	df	F	سطح معناداری	η^2
گروه	پیلایسی	- بارتلت	0/999	10	851/56	0/001
	لامبـدای ویلکـز		0/001	10	851/56	0/001
	هتلینگ لالی		1703/11	10	851/56	0/001
	روی		1703/11	10	851/56	0/001
نشانه‌های مرزی	پیلایسی	- بارتلت	1/143	30	2/156	0/002
	لامبـدای ویلکـز		0/126	30	3/328	0/001
	هتلینگ لالی		4/90	30	5/173	0/001
	روی		4/48	10	15/69	0/001
تعامل گروه در نشانه‌های مرزی	پیلایسی	- بارتلت	1/158	30	2/20	0/002
	لامبـدای ویلکـز		0/183	30	2/54	0/001
	هتلینگ لالی		2/72	30	2/87	0/001
	روی		1/91	10	6/69	0/001

همان طور که در جدول 2 مشاهده می‌شود، آزمونهای معناداری چند متغیری در رابطه با عامل گروه ($P = 0/001$), $F(10/5) = 851/56$, $Wilk' = 0/001$) و در رابطه با عامل نشانه‌های مرزی ($P = 0/001$, $F(30/97) = 2/54$, $Wilk' = 0/126$) و در رابطه با تعامل نشانه‌های مرزی در گروه ($P = 0/001$, $F(30/97) = 2/54$, $Wilk' = 0/126$) و در رابطه با تعامل نشانه‌های مرزی در نشانه‌های مرزی ($P = 0/001$, $F(30/97) = 2/54$, $Wilk' = 0/126$) و در رابطه با تعامل نشانه‌های مرزی در نشانه‌های مرزی ($P = 0/001$, $F(30/97) = 2/54$, $Wilk' = 0/126$) معنادار هستند. بنابراین، نتایج تحلیل واریانس یک متغیری ANOVA برای تحلیل هر یک از

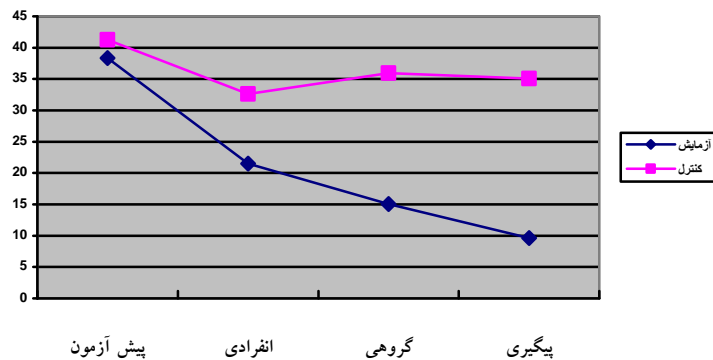
نشانه‌های مرزی و تعامل آنها با گروه به طور جداگانه در جدول 3 ارائه شده است. به منظور بررسی تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش شدت علائم بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی کل اختلال شخصیت مرزی بر اساس مجموع نمره‌های 9 نشانه در دو گروه آزمایش و گروه گواه (گروه لیست انتظار) محاسبه شد و با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌های مکرر در جدول 3 نشان می‌دهد بین دو گروه تفاوت معنادار است ($F=10/89$, $P=0/001$). بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش شدت علائم زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید می‌شود.

جدول 3: خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک متغیری ANOVA برای هر یک از نشانه‌های مرزی به طور جداگانه

منبع پراش	خرده مقیاس	SS	Ms	F	سطح معناداری
	تـــرک شـــدن		38/89	12/96	13/74
	0/001				
	روابـــط بـــین فـــردی		56/02	18/67	30/01
	0/001				
	هویـــت		66/78	22/26	31/156
	0/001				
	تکانشـــگری		3/148	1/05	2/95
	0/043				
	رفتـــار خودکـــشی		9/10	3/03	7/58
	0/001				
نشانه‌های مرزی	بـــی ثبـــاتی هیجـــانی		82/21	27/40	12/13
	0/001				
	احســـاس پـــوچی		76/62	25/54	14/45
	0/001				
	خـــشـــم		11/16	3/72	2/27
	0/094				
	عقاییـــد پارانوئییـــدی		25/81	8/60	5/04
	0/004				
	کـــل		2825/51	941/84	25/12
	0/001				

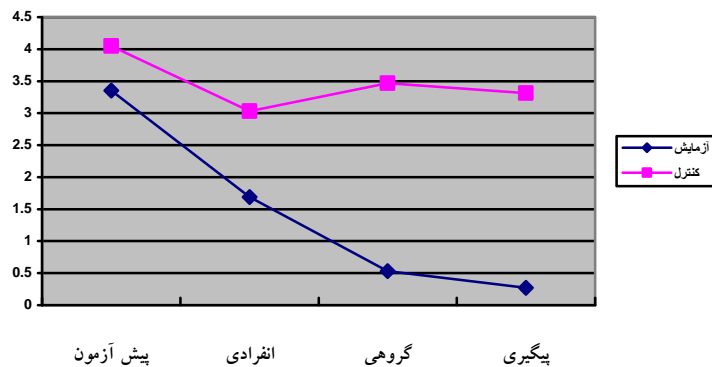
6/49	6/13	18/39	تـــرک شـــدن	0/001	
3/38	3/97	11/92	روابـــط بـــین فـــردی	0/001	
14/18	10/13	30/39	هویـــت	0/001	
0/590	0/210	0/629	تکانشـــگری	0/625	
4/10	1/64	4/93	رفتـــار خودکشی	0/012	
5/71	12/89	38/69	بـــی ثبـــاتی هیجـــانی	0/002	تعامل نشانه‌های مرزی با گروه
7/28	12/86	38/58	احســـاس پـــوچی	0/001	
2/59	4/25	12/75	خشـــم	0/065	
2/43	4/25	12/42	عقاییـــد پارانوئییـــدی	0/079	
10/89	408/32	1224/96	کـــل	0/001	

D f = 3



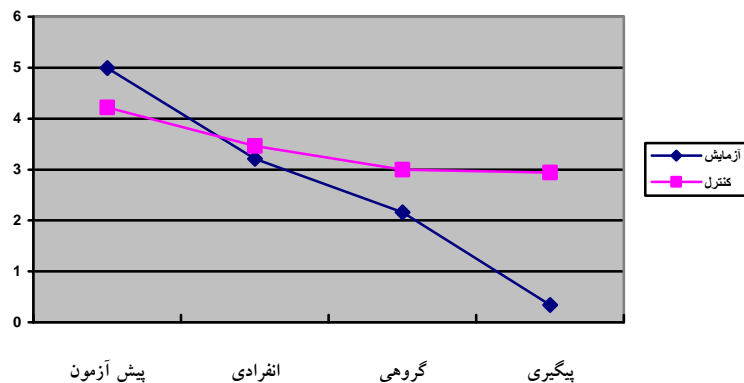
شکل 1: نمودار میانگین نمره‌ی اختلال شخصیت مرزی بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

به منظور بررسی این که در مقایسه با گروه لیست انتظار، شدت احساس ترک شدن در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار می‌گیرند به میزان بیشتری کاهش می‌یابد نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌های مکرر در جدول 3 نشان می‌دهد بین دو گروه تفاوت معنادار است ($F= 6/49, P=0/001$). بنابراین، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش احساس ترک شدن زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید می‌شود.



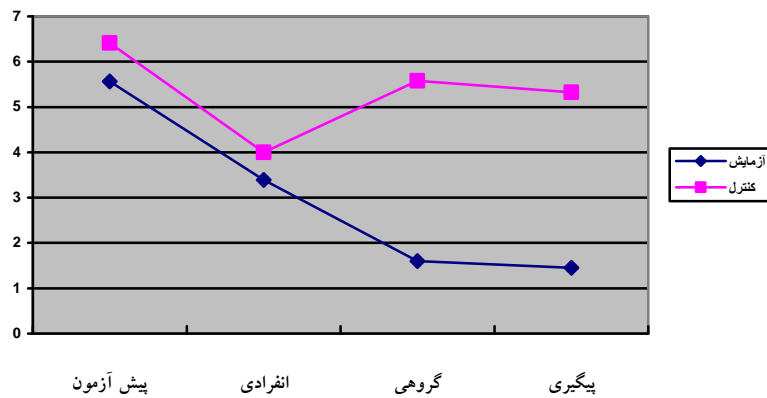
شکل 2: نمودار میانگین احساس ترک شدن بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

برای بررسی این که در مقایسه با گروه لیست انتظار، شدت مشکلات روابط بین فردی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار می‌گیرند به میزان بیشتری کاهش می‌یابد نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌های مکرر در جدول 3 نشان می‌دهد بین دو گروه تفاوت معنادار است ($F= 3/38, P=0/001$). بنابراین، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش شدت مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید می‌شود.



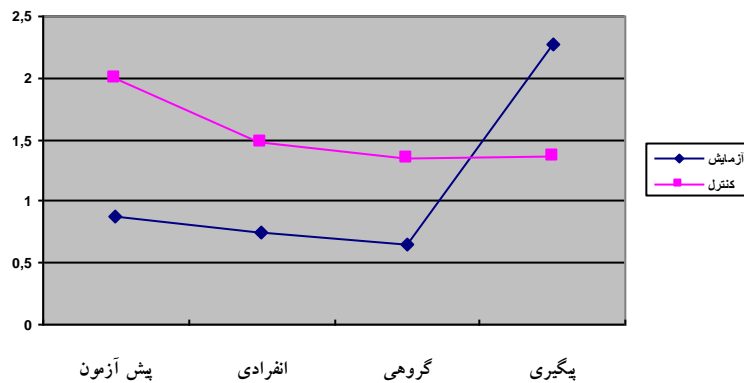
شکل 3: نمودار میانگین نشانه روابط بین فردی بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

به منظور بررسی این که در مقایسه با گروه لیست انتظار، شدت مشکلات هویت در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار می گیرند به میزان بیشتری کاهش می یابد. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه های مکرر در جدول 3 نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معنادار است ($F=14/18, P=0/001$). بنابراین، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش شدت مشکلات هویتی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید می شود.



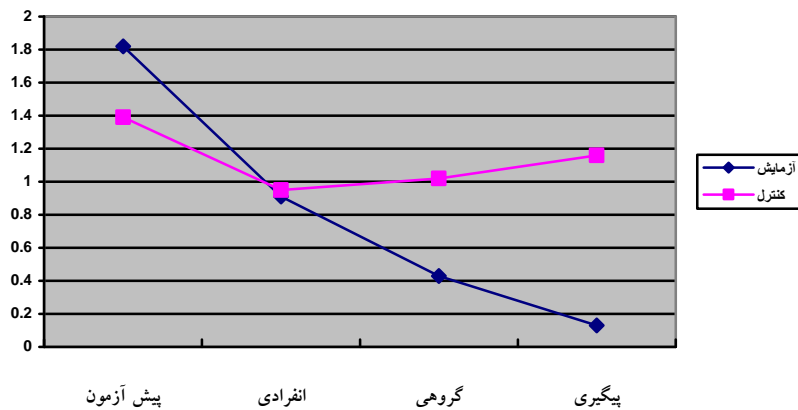
شکل 4: نمودار میانگین نشانه هویت بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

برای بررسی این که در مقایسه با گروه لیست انتظار، شدت تکانشگری در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار می گیرند به میزان بیشتری کاهش می یابد نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه های مکرر در جدول 3 نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معنادار نیست ($F=0/590, P=0/625$). بنابراین، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش شدت مشکلات تکانشگری زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید نمی شود.



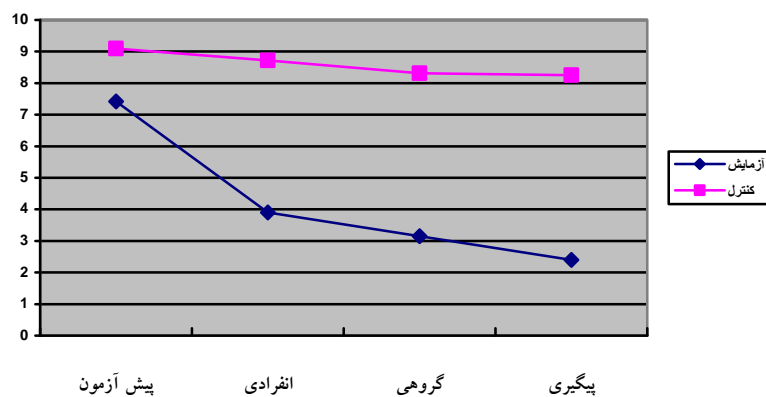
شکل 5: نمودار میانگین نشانه نکانشگری بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

به منظور بررسی این که در مقایسه با گروه لیست انتظار، رفتارهای خودکشی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار می گیرند به میزان بیشتری کاهش می یابد نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه های مکرر در جدول 3 نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معنادار است ($F=4/10$ ، $P=0/012$). بنابراین، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای خودکشی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید می شود.



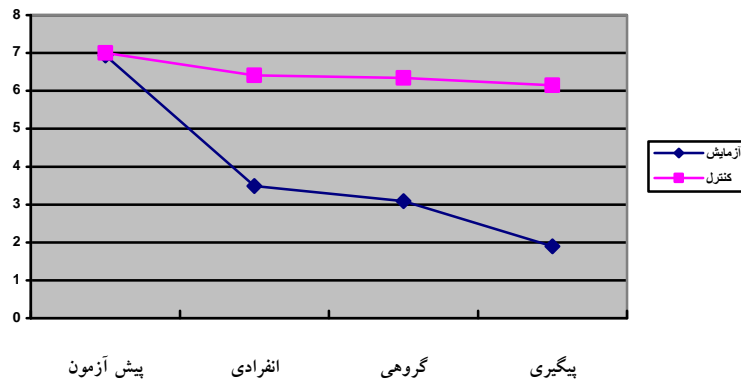
شکل 6: نمودار میانگین نشانه رفتارهای خودکشی بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

برای بررسی این که در مقایسه با گروه لیست انتظار، بی ثباتی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار می گیرند به میزان بیشتری کاهش می یابد نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه های مکرر در جدول 3 نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معنادار است ($F=5/71$ ، $P=0/002$). بنابراین، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش بی ثباتی هیجانی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید می شود.



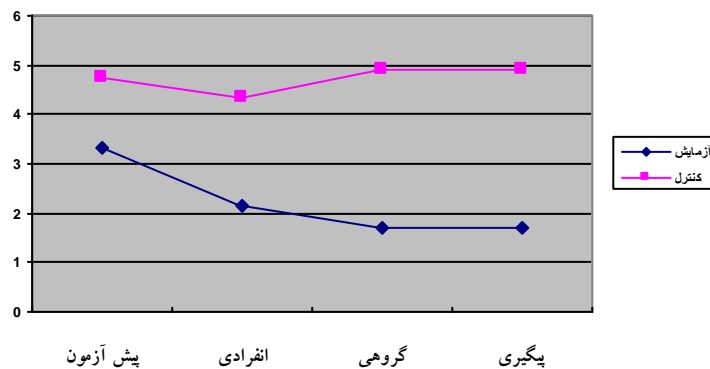
شکل 7: نمودار میانگین نشانه بی ثباتی هیجانی بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

برای بررسی این که در مقایسه با گروه لیست انتظار، احساس کسالت در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار می گیرند به میزان بیشتری کاهش می یابد نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه های مکرر در جدول 3 نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معنادار است ($F=7/28$ ، $P=0/001$). بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش احساس کسالت زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید می شود.



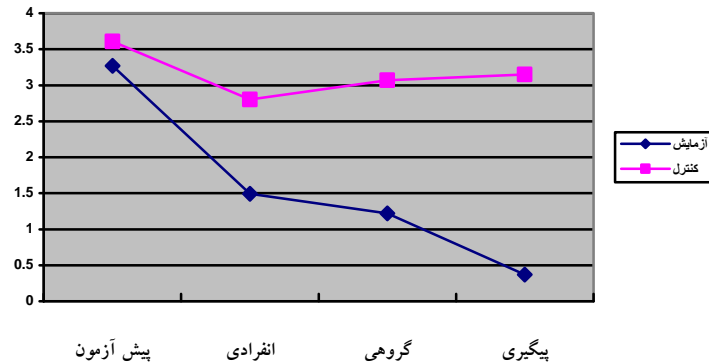
شکل 8: نمودار میانگین نشانه احساس کسالت بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

برای بررسی این که در مقایسه با گروه لیست انتظار، شدت خشم در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار می گیرند به میزان بیشتری کاهش می یابد نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه های مکرر در جدول 3 نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معنادار نیست ($F=2/59$ ، $P=0/065$). بنابراین، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش شدت خشم زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید نمی شود.



شکل 9: نمودار میانگین شدت خشم بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

برای بررسی این که در مقایسه با گروه لیست انتظار، عقاید پارانوئیدی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار می گیرند به میزان بیشتری کاهش می یابد نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه های مکرر در جدول 3 نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معنادار نیست ($F=2/43$, $P=0/079$). بنابراین، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش عقاید پارانوئیدی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تایید نمی شود.



شکل 10: نمودار میانگین نشانه عقاید پارانوئیدی بر اساس BPDSI در دو گروه در چهار مرحله درمانی

همان طور که در شکل 10 ملاحظه می شود شدت علائم اختلال شخصیت مرزی پس از دوره های درمانی کاهش یافته است.

بحث

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش شدت علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر است و این تأثیر تا دوره پیگیری یک ماهه نیز حفظ شده بود. البته میزان این اثر بخشی در مورد هر یک از نشانه ها یکسان نبوده است.

پژوهش های زیادی کارآمدی و اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در درمان اختلال شخصیت مرزی تأیید کرده اند. در اولین مطالعه لینهان (1991) 24 زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را به مدت یکسال تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار داد و آنها را با 23 زن مبتلا به اختلال شخصیت که تحت درمان های رایج بودند مقایسه کرد. نتایج این مطالعه نشان داد در مقایسه با درمان های رایج، در گروهی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفته بودند رفتارهای فرا خودکشی و اقدام به خودکشی کمتر شده بود. در افزایش ماندگاری در درمان، رفتاردرمانی دیالکتیکی از درمان های رایج موفق تر بود (افت درمانی 16/4٪ در مقابل 55-50٪). تعداد روزهای بستری در بیمارستان در مورد افرادی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی بودند کمتر از افرادی بود که تحت درمان های رایج قرار داشتند. (8/46 در مقابل 38/86 روز). در پایان دوره ی درمانی، گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی سازگاری کلی بیشتری نشان دادند. این نتیجه به همراه کاهش در روزهای بستری شدن در حاکی از آن است که این شیوه در کاهش رفتارهایی که زندگی فرد را تهدید می کند مؤثر است. افرادی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی بودند در

تنظیم و کنترل هیجان‌ها، خود را موفق‌تر از قبل ارزیابی، اضطراب و خشم کمتری گزارش کردند، هرچند میزان افسردگی در دو گروه پایین آمده بود اما، تفاوت‌های معنادار بین گروهی در میزان افسردگی، احساس درماندگی و افکار خودکشی مشاهده نشد. در ارتباط با مهارت‌های بین فردی، گروهی که تحت رفتارهای درمانی دیالکتیکی قرار داشتند از نظر کارایی بین فردی و سازگاری اجتماعی خود را موفق‌تر ارزیابی کردند. در پذیرش و تحمل خود و واقعیت، رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر از درمان‌های رایج نبود.

پژوهشگران دیگری چون لینهان و دیگران (2007)، کلارکین و کربنرگ¹ (2007)، اشنل و هرپرترز² (2006)، لینهان و دیگران (2006)، سولر و دیگران³ (2005)، مک کالان و دیگران⁴ (2005)، بردلی و فلینگزتاد⁵ (2003)، ورهال و دیگران⁶ (2003)، لینهان و دیگران (2002)، ورنر و دیگران⁷ (2001) و هاتون⁸ (2000) اثربخشی رفتاری درمانی دیالکتیکی را در درمان اختلال شخصیت مرزی تأیید کرده‌اند.

چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به شیوه‌های درمانی دیگر در درمان اختلال شخصیت مرزی موفق‌تر است؟ لینهان (1993) سه عامل را در موفقیت این شیوه 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 اعتبار بخشی 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. مشاوره درمانگر با یک گروه متخصص رفتاردرمانی دیالکتیکی به منظور حفظ چارچوب‌های درمانی توسط درمانگر و نظارت بر کار درمانگر همکاری می‌کند (بوهاس و دیگران، 2004).

شواهدی از اثر بخشی برخی رویکردهای تحلیلی در درمان اختلالات شخصیت مرزی نیز مشاهده شده‌است. در مطالعه‌ای با کنترل تصادفی، بتمن و فوناگی (1999 و 2000) با استفاده از شیوه درمانی مبتنی بر ذهنی سازی⁹ تغییرات معنادار و پایداری در حالت‌های خلقی، عملکرد بین فردی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشاهده کردند. این تغییرات تا پایان دوره پیگیری 18 ماهه حفظ شده بود. کلارکین و دیگران (2007) در مطالعه‌ای رفتار درمانی دیالکتیکی را با رویکرد روان‌درمانی مبتنی بر انتقال و روان‌درمانی حمایتی در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مقایسه کردند، نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر انتقال در کاهش خودکشی و درمان مبتنی بر انتقال و درمان حمایتی در کاهش خشم مؤثر بودند. از میان این سه روش تنها روان‌درمانی مبتنی بر انتقال در کاهش تکانشگری، تحریک‌پذیری، خشونت کلامی و خشونت مستقیم مؤثر بود. هر سه روش درمانی در

1 -Clarkin & kerenberg

2 -Schnell& Herpertz

3 -Soler & et al

4 -Mcquillon& et al

5 -Bradly& folingtad

6 -Verheul& et al

7 -Verner&et al

8 -Hawton

9 -Mentalization-Based Treatment (MBT)

کاهش افسردگی، اضطراب و سازگاری اجتماعی مؤثر بودند.

علیرغم زمینه‌های نظری متفاوت در رویکردهای به کار گرفته شده ی مطالعه فوناگی، لینهان و کلارکین هر سه شیوه از وجوه مشترکی برخوردارند که عبارتند از: (1) ساختار تعریف شده‌ای دارند؛ (2) به شکایات کنونی و هفتگی و گاه روزانه بیمار توجه دارند؛ (3) از انسجام نظری برخوردارند؛ (4) دوره‌ی درمان طولانی مدت دارند؛ (5) روابط دل‌بستگی مناسبی میان مراجع و درمانگر ایجاد می‌کنند؛ (6) درمانگر به میزان زیادی از حمایت و نظارت برخوردار است؛ (7) هم بر اعتباربخشی هم بر مسئله‌گشایی متمرکزند؛ (8) مراقبت‌های غیرقضاوتی که متناسب با نیازهای خاص بیمار است نه تنها مؤثر است بلکه احتمال موافقت مراجع با این رویکردها را افزایش می‌دهد.

بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش احساس ترک شدن در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیانگر این مطلب است که این شیوه موجب کاهش احساس ترک شدن شده است. به نظر می‌رسد اکتساب مهارت ذهن آگاهی و تحمل استرس در کاهش احساس طرد و ترک شدن مؤثر باشد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به نشانه‌های طرد حساسند. مهارت ذهن آگاهی به فرد می‌آموزد با اتخاذ یک موضع غیر قضاوتی مشاهده‌گر و توصیف‌کننده دقیق رفتارها باشد؛ چیزی به مشاهدات خود نیافزاید یا از آن کم نکند. علاوه بر این افراد در موقعیت‌های که احساس طرد می‌کنند خیلی زود به رفتارهای تکانه‌ای متوسل می‌شوند که این خود به طرد شدن واقعی منجر شده و فرد وارد یک سیکل معیوب می‌کند. در مهارت تحمل استرس فرد می‌آموزد با تحمل ناکامی‌های ایجاد شده از طریق انجام برخی رفتارهای کارآمد موقعیت را بدتر نکرده و از تقویت سیکل معیوب جلوگیری کند (لینهان و دیگران، 1993 ب).

بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات بین فردی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد این رویکرد موجب کاهش مشکلات بین فردی شده است. رویکردهای غالب در درمان اختلال شخصیت مرزی بر اهمیت مهارت‌های بین فردی، احساس کارآمدی و تسلط در زمینه‌های بین فردی تاکید داشته و آنها را مؤلفه‌ی اصلی درمان می‌دانند (بلایرگ¹، 2006؛ به نقل از رایان و شین²، 2006). لینهان (1993) افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را در دو دسته قرار می‌دهد، بیماران شبه پروانه که نمی‌توانند سبک دل‌بستگی مناسبی با درمانگر (و دیگران) ایجاد کنند و بین برقراری ارتباط و عدم ارتباط در نوسانند. گروه دیگر چسبنده هستند این افراد تمایل دارند با دیگران (و درمانگر) روابط بسیار وابسته برقرار کنند، لی هاینر³ (به نقل از رایان و شین، 2006) نیز بر اساس پژوهش خود دو سبک بین فردی وابسته و خود مختار را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشخص کرد. لینهان راهبردهای درمانی خود را بر اساس این دو ویژگی مشخص ابداع کرد. در آموزش مهارت‌های بین فردی فرد می‌آموزد خواسته‌های خود را به موقع ابراز کند و در مقابل انتظارات غیر واقع بینانه‌ی دیگران "نه" بگوید علاوه بر این فرد می‌آموزد یک ارتباط مؤثر سه مؤلفه اساسی دارد که عبارتند از: رسیدن به اهداف فردی، حفظ روابط طولانی مدت و حفظ احترام به خود. با توجه به این عوامل نه فرد به دیگران وابسته می‌شود و نه در روابطش با دیگران به رفتارهای سلطه‌گرایانه متوسل می‌شود. در جلسات انفرادی نیز تفکر

1- Blieberg
2- Ryan & Shean
3- Leihener

دیالکتیکی یا تفکر "هم این هم آن" آموزش داده می‌شود. به نظر می‌رسد این آموزش‌ها در بهبود روابط بین فردی مؤثر بوده است.

بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات هویتی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی
نشان داد این رویکرد موجب کاهش مشکلات هویتی شده است. از آن جا که پژوهشی که نشان دهد رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات هویتی مؤثر است یافت نشد، به نظر می‌رسد این رویکرد با ایجاد پذیرش خود در کاهش مشکلات هویتی مؤثر باشد، به این معنا که محیط نامعتبر ساز به افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی این پیام داده است که احساسات، افکار و رفتارها و تجربیات درونی آنان نادرست است، با تداوم این امر فرد درگیر فرآیند خود نامعتبر سازی می‌شود به همین دلیل برای بررسی درستی احساس و افکار و رفتارهای خود به به محیط متوسل شده، متناسب با محیط و شرایط آن رفتار می‌کند. در این رویکرد به ویژه در جلسات انفرادی درمانگر با اعتبار بخشی به مراجع و رفتارشان مانع از تداوم خودنامعتبر سازی شده، در نتیجه فرد به افکار و احساسات خود اعتماد می‌کند. باید متذکر شد این تبیین در حد یک فرضیه است و به پژوهش‌های دیگر در این زمینه آینده نیاز است.

بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانه‌ای در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد گرچه این رفتارها در هر دو گروه کاهش جزئی یافته است اما تفاوت‌های معنادار بین گروهی مشاهده نشد. پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانه‌ای مؤثر است، از جمله سولر و دیگران (2005)، مک کالان و دیگران (2005)، ازسوی دیگر، صلواتی (1386) در پژوهش خود تحت عنوان "اثر بخشی طرح‌واره درمانی در درمان اختلال شخصیت مرزی" نیز نشان داد این شیوه در کاهش رفتارهای تکانه‌ای مؤثر نبوده است. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر و در پژوهش صلواتی (1386) از BPDSI استفاده شده است. به نظر می‌رسد در این پرسشنامه شاخص‌هایی که این رفتار را می‌سنجد با فرهنگ ایرانی یا زنانی که برای درمان مراجعه کرده‌اند متناسب نیست. به این معنا که در بسیاری از این شاخص‌ها در مورد انجام رفتارهای جنسی ناپایمن، استفاده از مواد مخدر و رانندگی‌های بدون احتیاط سؤال می‌شود و تنها یک شاخص که در مورد ولخرجی سؤال می‌کند. به همین دلیل میانگین این رفتارها نیز بسیار پایین‌تر از سایر نشانه‌ها است. با توجه به نکته فوق می‌توان سه فرضیه را مطرح کرد. 1) BPDSI رفتارهای تکانه‌ای را در ایران نمی‌سنجد (اعتبار پایین) 2) علاوه بر این، شدت اختلال را نیز باید در نظر گرفت احتمال دارد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شدید این شاخص مناسب باشد 3) اثر دارو درمانی در کاهش رفتارهای تکانه‌ای با اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی برابر است.

بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای خودکشی و خودآسیب‌رسان نشان داد این رویکرد در کاهش این رفتارها مؤثر است. بررسی روند تغییرات مشخص کرد در مرحله درمان انفرادی هر دو گروه کاهش یکسانی در رفتارهای خودکشی داشته‌اند. در این مرحله تفاوت بین گروهی مشاهده نشد. این نتیجه ممکن است به اثر دارو درمانی مربوط باشد. در مرحله مهارت آموزی و پیگیری تفاوت‌های بین گروهی معناداری از نظر رفتارهای خودکشی و خودآسیب‌رسان مشاهده شد. اثر بخشی رویکرد در کاهش رفتار خودکشی در بسیاری از پژوهش‌ها از جمله کلارکین و کرنبرگ (2007) لینهان و دیگران (2006)، سولر و دیگران (2005) تایید شده است.

بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش احساس کسالت نشان داد این شیوه در کاهش این

احساس مؤثر است. مک کالان و دیگران (2005) در مطالعه خود دریافتند این شیوه در کاهش احساس درماندگی و افسردگی مؤثر است. فاتحی زاده و دیگران (1385) در پژوهش خود نشان دادند این رویکرد در کاهش افسردگی شدید، مؤثر بوده است. جنبه‌ی معینی از افسردگی به ویژه درماندگی به شدت در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به چشم خورده است. افسردگی با نشانه‌های دیگر اختلال شخصیت مرزی مرتبط است. بیمارانی در خطر خودکشی هستند که افسردگی و درماندگی زیادی احساس می‌کنند. خشم‌های انفجاری به طور معمول در افراد افسرده بالاتر است (ویدیگر¹ و دیگران، 1995؛ به نقل از مک کالان و دیگران، 2005). اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی ممکن است ناشی از بهبود متغیرهای اساسی مانند افسردگی باشد (وستن²، 2000؛ به نقل از مک کالان و دیگران، 2005) بنابراین به نظر می‌رسد مداخلات ویژه‌ی اختلال شخصیت مرزی که در ابتدا نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد باید در اولویت باشد. مک کالان و دیگران (2005) در پژوهش خود رفتاردرمانی دیالکتیکی فشرده را در یک دوره سه ماهه اجرا کرد. اولین نتیجه این پژوهش کاهش در احساس افسردگی و درماندگی بود. این رویکرد سطح بالای مشارکت مراجع را در درمان ضروری می‌داند. وقت زیادی را به آموزش مهارت ذهن-آگاهی اختصاص می‌دهد. ذهن‌آگاهی مهارتی است که موجب افزایش آگاهی می‌شود و متضاد با رفتارهای تکانه‌ای است. مطالعات تیزدال و سگال³ (2000) نشان دادند ذهن‌آگاهی از عود مجدد افسردگی جلوگیری می‌کند. احتمال دارد ذهن‌آگاهی موضوع رنج بردن را به گونه‌ای منحصر به فرد می‌نگرد، علاوه بر این مهارت‌های تحمل درد و ناراحتی به بیمار می‌آموزد رنج را بپذیرد، با آن زندگی کند و همزمان از آن بکاهد.

بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش بی‌ثباتی هیجانی نشان داد این رویکرد در کاهش این رفتار مؤثر است. از نظر لینهان بیشتر رفتارهای مرتبط با اختلال شخصیت مرزی یا کوششی است که فرد از طریق آن عواطف منفی خود را تنظیم می‌کند و یا این رفتارها نتیجه بد تنظیمی هیجانی است. اشنل و هرپرتز (2006) در مطالعه خود زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار دادند و نتایج قبل و بعد از درمان را از طریق FMRI بررسی کردند. این سنجش‌ها نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب تغییرات عصب شناختی در ناحیه هیپوکامپ، سینگولا و منطقه پیش پیشانی شده است. کاهش فعال شدگی در قشر پیش‌پیشانی، پاراهیپوکامپ و سینگولا در پاسخ به محرک‌های ترس‌آور هیجانی منفی از نتایج بکارگیری این رویکرد است. بیشترین تغییر در فعال شدگی سینگولا رخ داده بود. این ساختار نقش مهمی در برجسته کردن محرک‌های هیجانی و در عین حال استفاده از راهبردهای شناختی در کاهش احساس‌های منفی دارد. مواجهه با محرک‌های آزارنده موجب افزایش فعالیت آمیگدال و برانگیختگی ذهنی می‌شود. نتیجه این مطالعه نشان داد رفتاردرمانی شناختی میان برانگیختگی ذهنی و افزایش فعالیت آمیگدال گسستگی ایجاد می‌کند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت این رویکرد بیشتر به تنظیم هیجانی کمک می‌کند تا تغییر در شناخت. در واقع، مهارت اساسی که در جلسات گروهی آموزش داده می‌شود مهارت تنظیم هیجان است.

بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش احساس خشم نشان داد این شیوه در کاهش احساس خشم

1- Widiger
2- Westen
3- Teasdal & Segal

چندان مؤثر نیست. بین میزان خشم در مراحل درمان انفرادی و درمان گروهی و پیگیری، تفاوت های معنادار بین گروهی مشاهده نشد. صلواتی (1386) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که تغییرات در روند خشم در مجموع تغییرات مؤثری نبوده است و به نظر می رسد طرحواره درمانی به تغییر قابل ملاحظه در میزان خشم بیماران منجر نمی شود. ونز و دیگران (2001) در پژوهش خود نشان دادند اگر چه احساس خشم و خشم تجربه شده اما ابراز نشده در گروهی که تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار داشتند کاهش بیشتری یافته بود اما تفاوت ها از نظر آماری معنادار نبود و میزان خشم جزئی یافته بود. جاکوب و دیگران¹ (2007) نیز نشان دادند میزان خشم و شدت آن در گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دیگر اختلالات شخصیت مشابه و یکسان است، اما بیماران مرزی در کاستن خشم ناشی از تجربه هیجانی مشکل دارند، به بیانی دیگر برگشت به خط پایه خشم در این گروه از بیماران کندتر و آهسته تر صورت می گیرد. در این مطالعه نیز نشان داده شد بیماران مرزی در برخورد با تجربه های لذت بخش، احساس لذت کمتری دارند. بنابراین، شاید بتوان تغییر در خشم را انعکاسی از تغییر در لذت دانست.

کلارکین و دیگران (2007) در مطالعه خود نشان دادند روان درمانی مبتنی بر انتقال و درمان حمایتی در کاهش خشم از رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرترند. روان درمانی مبتنی بر انتقال در کاهش تحریک پذیری، خشونت کلامی و خشونت مستقیم مؤثرتر از دو شیوه دیگر بود. این تفاوت ممکن است به مکانیزم های تغییر نسبت داده شود. یک تفاوت اساسی میان درمان مبنی بر انتقال و رفتاردرمانی دیالکتیکی این است از نظر رفتاردرمانی دیالکتیکی، اختلال شخصیت مرزی نقص و کمبود در مهارت ها است که با آموزش مرتفع می گردد، در حالی که درمان مبتنی بر انتقال این اختلال را نتیجه تعارض های درون روانی می داند، که با یکپارچه سازی بازنمایی های خود و دیگران از طریق تفسیر روابط مراجع با درمانگر از بین می رود.

علاوه بر این پژوهش صلواتی (1386) نیز نشان داد بیماران که خشم آنها کاهش نیافته تاریخچه ای از سوء استفاده های جسمی و جنسی دارند و به نظر می رسد یکی از علائم عدم فروکشی خشم در این بیماران وجود رفتارها و احساس های دردناک آنها باشد، البته این مطلب فرضیه ای است که نیاز به پژوهش دارد. با توجه به نکات فوق به نظر می رسد خشمی که بیماران مرزی تجربه می کنند بیشتر نتیجه تعارض های درون روانی است تا کمبود نقص و مهارت.

بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش عقاید پارانوییدی نشان داد گر چه این عقاید در مراحل درمان کاهش یافته است اما تفاوت های معنادار بین گروهی مشاهده نشد. از نظر بوهاس و دیگران (2002) بیماران مرزی اغلب از واقعیت زدودگی و کاهش تجارب حسی رنج می برند. شکست در ادراک محرک های بدنی و حسی موجب می شود آنها کنترلی بر بدن خود نداشته باشند. ذهن آگاهی و تمرکز بر کنترل آگاهی موجب کاهش احساس تجزیه ای می شود. پژوهش های چندی نشان داده که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش عقاید پارانوییدی و احساس تجزیه ای مؤثر بوده است. اما در پژوهش حاضر این اثربخشی مشاهده نشد. بنا بر نظر زانارینی (2002) یکی از اثرات تجربیات آسیب زای کودکی ایجاد حس بدبینی و احساسات تجزیه ای است. 41٪ از بیماران مرزی تاریخچه ای از کودک آزاری های جسمی و 29٪ آزار جنسی را در کودکی و بزرگسالی داشته اند. تجربیات تجزیه ای در افرادی که

1- Jacob & et al

آسیب‌های روانی دوران کودکی را تجربه کرده‌اند رایج است (سیلک، 1995؛ به نقل از زانارینی و دیگران¹، 2002). از طرف دیگر، بین شدت خشمی که افراد احساس می‌کنند و احساس بدبینی و تجزیه‌ای نیز ارتباط وجود دارد. با توجه به این که در پژوهش حاضر احساس خشم به گونه‌ای معنادار کاهش نیافته است به نظر می‌رسد میان احساس خشم و عقاید پارانوئیدی ارتباط وجود دارد و یا این که عامل سومی مانند تجربیات آسیب‌زای کودکی می‌تواند به ایجاد چنین عقاید و احساساتی منجر شود.

عدم اجرای برنامه دارویی یکسان برای همه، دوره کوتاه پیگیری به دلیل محدودیت زمانی، عدم جایگزینی تصادفی و سوگیری انتخاب، آگاهی درمانگر نسبت به سنجش‌های اولیه از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از بیمارانی قابل تعمیم است که درصد درمان برمی‌آیند، همچنین، از آن جایی که این گروه از مراجعان در خطر خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان هستند اصول اخلاقی پژوهش اجازه نداد یک گروه بدون درمان را به عنوان گروه گواه در نظر گرفت. در نهایت، این که گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود. بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که درصد درمان برآمده‌اند قابل تعمیم است. به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران مد نظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز مطالعه گردد و از آنجایی که میان افرادی که خودکشی می‌کنند و به مراکز اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند اغلب مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند پیشنهاد می‌شود، این شیوه در بیمارستان‌ها و مراکز اورژانس خودکشی به صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

1- zanarini& et al

منابع

- بختیاری، مریم. (1379). بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدنی. پایان نامه کارشناسی ارشد. روان شناسی بالینی، انستیتو روان شناسی تهران.
- شریفی، ونداد و همکاران (1383). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته‌ی تشخیصی *DSM-IV (SCID)*. فصل نامه تازه‌های علوم شناختی، شماره اول و دوم، ص 22-10.
- صلواتی، مژگان. (1386). طرح‌واره‌های غالب و اثربخشی طرح‌واره درمانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. رساله‌ی دکتری روان شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- فاتحی زاده، مریم. (1385). مقایسه‌ی اثر بخشی دو شیوه‌ی رفتار درمانی جدالی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم مراجعان زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اصفهان. فصلنامه‌ی مطالعات روان شناختی. دوره‌ی 2، شماره‌ی 3 و 4.

- Teasdal - Arntz, A., (2003). *Reliability and validity of borderline personality disorder severity index*. Journal of Personality Disorder. v.17: 45-59.
- Batman, A. W., Fonagy P. (1999). *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial*. American Journal of Psychiatry. V.158:1563-1569.
- Bohus, M., Peterson, E.W., Stiglmayr, C. Haff, B., Limberger, M. F. (2004). *Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A controlled trial*. Behavior Research and Therapy. V. 42(5): 487-499.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M. (2002). *Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder- a prosoective study*. Behavior Research and therapy, V.38: 875-887.
- Bradley, R. G., & Folingstad, D. R. (2003). *Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: a pilot study*. J Trauma Stress, V. 16(4): 337-340.
- Chapman, A L., Gratz, K. L. (2007). *The borderline personality disorder*, New Harbinger publication, Inc.
- Clarkin, J. F., Leavy, K.N., Kernberg, O. F., Lenzenweger, M.F. (2007). *Evaluating three treatments for borderline personality disorder*. Am J Psychiatry, V.164:922-928.
- Dimeff, L.A., Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York. Guilford press.
- Gisen- Bloo, J. H., Wacheters, L. M., Schouten, E., and Arntz, A. (2005). *Assesment of personality disorders with borderline personality disorder severity index-IV. Psychometric evaluation and dimentional structure*.
- Gunderson, J.G., Waldinger, A. C. (2000). *The rate of droupout in borderline personality disorder*. Am J Psychiatry. V.28: 212-219.
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., et al. (2000). *Psychosocial versus pharmacological treatment for deliberate self harm*. Cochrane Databace Syst Rev (2), CD001764.
- Hayes, S., Follete, V.M., Linehan, M.M. (2004). *Acceptances and mindfulness*. New York: Guilford Press.
- Jacob, G.A., Guenzler, C., Zimmermann, S., Scheel, C.N., Rusch, N., Leonhart, R.,

- Nerb., J. and Lieb, K. (2007). *Time course of anger and other emotion in women with borderline personality disorder: A preliminary study*. Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry.
- Krawitz,R., Watson ,C. (1999). *Borderline personality disorder: patway to effective service delivery and clinical treatment option*. Mental health commission occasional publications: N.2.
 - Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comitois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P., et al. (2002). *Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder*. Drug & Alcohol Dependence,V. 67(1): 13-26.
 - Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder*. New York, USA: the Guilford press.
 - Linehan, M.M. (1993B). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York, USA: The Guilford press.
 - Linehan, M.M., & Heard, H.L. (1999). *Borderline personality disorder- Costs, course, and treatment outcomes*. New York: oxford university press.
 - Linehan, M.M., Bohus, M.& Lynch, T.R. (2006). *Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation- theatrical and practical underpinnings*. Im J.J. Gross, Handbook of emotional regulation (pp. 581-615). New Jersey- The Guilford press.
 - Linehan, M.M., Cochran, B.N., kehrer, C.A. (2002). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. In D.H. Barlow. Clinical handbook of psychological disorders (pp.470-522). New York: USA- The Guilford press.
 - Mcquillan, A., Nicastro, R., Guenot, F. Girard, M., Lissner, C. and Ferrero,F.(2005). *Intensive dialectical behavior therapy for outpatient with borderline personality disorder*. Journal of psychiatric Service..V.56:193-197.
 - Millon, T.,& Grossman, S. (2007). *Moderating severe personality disorders- a personalized psychotherapy approach*. New Jersey , USA- Jhon Wiley & Sons, Inc. Neuropsychologia,V 41: 1668-1682.
 - Oldham, J. M. (2006). *Borderline personality disorder and suicidality*.Am J psychiatry.V.163: 20-25.
 - Paris, J. (2006). *Borderline personality disorder What is it, What is causes it, How can we treat it*. Canda Leading Medical Journal, V.172 (12).
 - Ryan, K., & Shean, G. (2006). *Patterns of interpersonal behaviors and borderline personality characteristics*. Personality and Individual Difference, V.42:193-200.
 - Sadock, B.J.& Sadock, V.A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. York, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
 - Schnell,K., Herpertz, S.C.(2006). *Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder*. Journal of psychiatric research. V.8.
 - Silk, K.R. (2008). *Augmenting psychotherapy for borderline personality disorder: The STEPPS*. Am J Psychiatry. V.165 (4): 413-415.
 - Soler,J., Pascuala, J.C., Barrachina, J., Alvarez, E. and Perez, V.(2005). *Double blind placebo controlled study of dialectical behavior therapy pluse Olanzapin for borderline personality disorder*. Am J psychiatry, V.162: 1221-1224
 - Swales,M.A., Heard, H.L. (2009). *Dialectical behavior therapy*. New York. Rutledge.
 - Teasdal, J.D., Segal,Z.V., et al(2000). *Prevention of relapse in major depressin by mindfulness-based cognitive therapy*.Journal of Consulting and Clinical Psychology.V.68: 615-623.
 - Vens, L.I.,Spitzer, R.L.,et al.(2000). *Treatment of borderline personality disorder with*

- dialectical-behavior therapy:6-month follow-up.American Journal of Psychiatry.V.158:36-42.*
- **Verheul, R., Van Den Bosch, L.M., Koeter, M.W., De Ridder, M.A., Stijnen, T., & Den Brink, W. (2003).** *Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomized clinical trial in the Netherlands.* British Journal of Psychiatry, 182, 135-140.
 - **Vens, L.I.,Spitzer, R.L.,et al.(2000).** Treatment of borderline personality disorder with dialectical-behavior therapy:6-month follow-up.American Journal of Psychiatry.V.158:36-42.
 - **Weiss, M., Zelkowitz, p., Fledman, R.B., Vogel, J., Heyman, M.,& paris, J. (1996).** *Psychopathology off spring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study.* Canadian Journal of Psychiatry.V. 41:285-290.
 - **Zanarini, M.C., Yong,C.L., Frunkenburg, F.R., Hennen, J., and Marino, M.F. (2002).** *Severity of reported dhildhood sextual abuse and relationship to severity of borderline psychopathology and pychosocial impairment in borderline patient.*Journal of Nervous and Mental Disease.V.190:761-763.