

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای خودکشی‌گرایانه در اختلال شخصیت مرزی

شهلا جبرئیلی^۱
 جلیل باباپور خیرالدین^۲
 مجید محمودعلیلو^۳

چکیده

رفتار درمانی دیالکتیکی یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری، مبتنی بر مهارت‌آموزی است که در پژوهش حاضر سعی شده است تا اثر بخشی این نوع درمان در بهبود بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گیرد.

این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک‌موردی با استفاده از طرح خطوط چندگانه پلکانی طی ۲۰ جلسه بر روی دو بیمار و با دوره پیگیری یک ماهه صورت گرفت. داده‌ها از طریق آزمون بالینی میلون^۳، پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی‌ماخ جمع‌آوری شد.

تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله به عمل آمده تغییرات معنادار و قابل توجهی در نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای خودکشی‌گرایانه بیماران مرزی ایجاد کرده است. نتایج این پژوهش نشان داد، رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند 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 دوره پیگیری ادامه یافتند.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، نوسان خلقی، خودکشی، رفتار درمانی دیالکتیکی.

Email:shjabraeilpsy.jav@gmail.com

۱- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

۲- استاد گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه تبریز

۳- استاد گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه تبریز

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف به همراه تکانشگری بارز است، که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. زمینه‌های بروز این اختلال متفاوت و با ویژگی‌های آشفتگی در حالت‌های هیجانی، اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناک مانند آسیب رساندن به خود و سوء‌مصرف دارو، همراهی دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰). این اختلال شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است (بارلو و دوراند^۳، ۲۰۰۲). طبق گزارش مطالعات انجام شده، شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۱ تا ۲٪ و میزان خودکشی در افراد مبتلا به آن حدود ۱۰٪ است (استون^۴، ۱۹۹۲). تعداد زنان مبتلا ۲ برابر مردان مبتلا به این اختلال بوده و میزان رها کردن درمان در آنها بسیار بالا و میزان بهبودی‌شان متغیر است و تعداد خیلی کمی از آنها به درمان دارویی روانپزشکی پاسخ می‌دهند (سولوف^۵، ۲۰۰۰). مشخصه اصلی اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی^۶ است (لینهان^۷، ۱۹۹۳) که شامل خلق دیسفوریک و نوسانات شدید خلقی است و پاسخدهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی از ویژگی 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، کنترل ضعیف بر هیجان، برانگیختگی شدید فیزیولوژیکی، تظاهرات چهره‌ای، زبان بدن و ارتباطات بین فردی است (محمودعلیلو، ۱۳۹۰). همگام با ناستواری خلق و عاطفه، افراد مرزی به رفتارهای تکانشی آسیب به خویشتن، از جمله جرح خویشتن و رفتار خودکشی گرایش دارند (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۶). تنها اختلال شخصیت مرزی است که رفتار خودکشی یک رفتار ملاکی برای آن است. بیش از ۷۵٪ افراد مرزی حداقل یک اقدام به خودکشی قبلی را گزارش کرده‌اند (فریدمن^۸، ۱۹۸۳)، تاکر و بایر^۹

1- Borderline Personality Disorder

3- Barlow & Durand

5- Soloff

7- Linehan

9- Tucker & Bauer

2- American psychiatric association

4- Stone

6- Mood instability

8- Friedman

۱۹۹۷). رفتار خودکشی نگرانی ویژه‌ای در افراد مرزی است در بین افراد مرزی، ۶۹ تا ۸۰٪ درگیر با رفتار خودکشی هستند (لینهان و هیرد، ۱۹۹۲). بیماران مرزی تقریباً همیشه بنظر می‌رسد که در یک حالت بحرانی قرار دارند. نوسان خلق در آنها شایع است، ممکن است بیماران لحظه‌ای اهل بحث و مجادله بنظر برسند و لحظه‌ای دیگر افسردگی نشان دهند. چون حس وابستگی و پرخاشگری در آنها قوی است؛ روابط اجتماعی بیماران مرزی پر آشوب است (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۶). مبتنی بر شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته و از بین این درمان‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ (DBT) است که توسط مارشا لینهان در سال ۱۹۹۳ 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 (اسونسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). در واقع این رویکرد، همدلی و پذیرش مراجع محور را با حل مساله و آموزش مهارت‌های اجتماعی دیدگاه شناختی- رفتاری درهم می آمیزد (کرینگ^۳، ۱۳۸۶). در رفتاردرمانی 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 می‌شود (میلر^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). رفتاردرمانی دیالکتیکی پیچیده‌تر از سایر روش‌هاست و موفقیت آن در درمان اختلالات شخصیت، مخصوصاً اختلال شخصیت مرزی (کی ان و اسوالیس^۵، ۲۰۰۲) و صفات ناشی از آن (استپ^۶ و همکاران، ۲۰۰۹) کاملاً ثابت شده است. در پژوهشی که توسط

1- Dialectical Behavior Therapy
3- Kring
5- Kiehn & Swales

2- Swenson
4- Miller
6- Stepp

لینهان و همکاران در سال ۲۰۰۶، با عنوان رفتاردرمانی دیالکتیکی برای رفتار خودکشی افراد مرزی انجام گرفت نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی تاثیر زیادی در کاهش تلاش‌های خودکشی دارد. همچنین تحقیقی نشان داد که در کوشش‌های کنترل شده تصادفی با زنان مرزی و کسانی که تاریخچه خودآسیبی شدید شامل تلاش‌های خودکشی گرایانه دارند؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی موثر بوده است (سولوف، ۲۰۰۰). نیکسو^۱، ریزوی^۲ و لینهان در سال ۲۰۱۰، در مطالعه‌ای تحت عنوان کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، نشان دادند که مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش تلاش‌های خودکشی و افسردگی و افزایش کنترل خشم دخیل بوده و همچنین به‌طور خاص در کاهش خودآسیبی و خودزنی موثر بوده است. همچنین در مطالعه‌ای که توسط سولر^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۹ بر روی افراد مرزی انجام گرفت به این نتیجه رسید 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. در پژوهش حاضر سعی شده است تا کارآمدی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در قالب یک طرح مداخله‌ای موردی با پیگیری یک ماهه مورد بررسی قرار گیرد.

روش تحقیق

این طرح در چارچوب طرح تجربی تک-موردی^۴ با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی، مورد بررسی قرار گرفت. ۲ 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 میلیون ۳ جهت ورود بیمار در پژوهش استفاده شد. علاوه بر این آزمودنی‌ها نباید حین رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان دیگری را دریافت می‌کردند. درمان در قالب ۲۰ جلسه در

1- Neacsiu
3- Soler

2- Rizvi
4- Experimental single case design

مرکز نظام روانشناسی تبریز اجرا گردید. بیمار اول خانمی ۲۴ ساله، فوق دیپلم ریاضی و فرزند آخر خانواده است و سابقه ۴ بار خودکشی را داشته و در خانواده وی سابقه اختلال روانشناختی وجود نداشته است و بیمار دوم پسری ۱۹ ساله، دیپلم برق و سابقه ۲ بار خودکشی را داشته و مادر بیمار به اختلال وسواس عملی مبتلا است و در پژوهش شرکت کردند.

ابزارهای اندازه‌گیری

آزمون بالینی میلیون ۳ (MCMI-III): آزمون بالینی میلیون ۳، یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بله/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا، استفاده می‌شود این آزمون بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی میلیون (۱۹۸۳/۱۹۹۶ ب) ساخته شده است و دو بار از زمان انتشار آن، تجدیدنظر 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 (۱۳۷۲) در تهران، نسخه دوم این و شریفی (۱۳۸۱) نسخه سوم آن را در اصفهان هنجاریابی کرده است. ام.سی.ام.آی-۳ که نسخه تجدیدنظر شده ام.سی.ام.آی-۲ است در آگوست ۱۹۹۴ در گردهمایی انجمن روان‌شناسی آمریکا معرفی شده، بیش از ۵۰ درصد از گویه‌های ام.سی.ام.آی-۳ 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 وزن‌دهی به گویه‌ها از مقیاس ۳ نقطه‌ای به ۲ نقطه‌ای تغییر کرده است. برای هنجاریابی پرسشنامه ام.سی.ام.آی، از نمره‌های نرخ پایه به جای نمره استاندارد استفاده شده است. در مورد پایایی ام.سی.ام.آی-۳، پنج مجموعه داده وجود دارد که فاصله بازآزمایی در این مطالعات از ۵ رز تا ۶ ماه است. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت، همبستگی‌های متوسطی از

۵۸ درصد تا ۹۳ درصد (افسرده) یا متوسط ۹۰ درصد برای تمام مقیاس‌ها گزارش شده است (شریفی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI): پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گروه سوال است. برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱، توسط آرون بک، وارد^۲، مندلسون^۳، ماک^۴ و ارباف^۵، تدوین شد و روایی و اعتبار این پرسشنامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶، به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد. ۲۱ ماده این میزان در کل شامل ۹۴ سوال، به صورت عبارات ترتیبی که هر کدام از داده‌ها مربوط به یک علامت خاص افسردگی می‌باشد، تنظیم شده است (ازخوش، ۱۳۸۲). که این مقیاس در پژوهش، برای سنجش نوسان خلقی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده شده است.

مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی ماخ^۶ (SSI): این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط بک و همکاران طراحی شد. پرسشنامه حاوی ۱۹ پرسش است. هر پرسش دارای سه گزینه است که به ترتیب نمره صفر، یک و دو به آن‌ها تعلق می‌گیرد، در مجموع نمرات از صفر تا ۳۸ (بسته به وجود یا عدم وجود و نیز مراحل مختلف از فکر تا عمل خودکشی) در نوسان خواهد بود. نحوه تقسیم‌بندی بیماران بر اساس نمرات حاصل از ماخ به قرار زیر است:

۱- نمرات ۰-۳، فاقد افکار خودکشی

۲- نمرات ۴-۱۱، دارای افکار خودکشی کم خطر

۳- نمرات ۱۲-۳۸، دارای افکار خودکشی پر خطر

کار ترجمه، انطباق و مطالعات مقدماتی بر روی ماخ در مرکز مطالعات شناخت و رفتار، بیمارستان روزبه انجام گرفته است. مطالعات، تأییدکننده روایی محتوا و اعتبار نسبی نسخه فارسی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است (کاویانی و همکاران، ۱۳۸۰).

1- Beck Depression Inventory
3- Mandelson
5- Erba

2- Vard
4- Mack
6- Suicidal ideation Scale

یافته‌ها

در پرسشنامه افسردگی بک، نمره آزمودنی اول از ۲۷ و آزمودنی دوم از ۴۳ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به ۸ و ۱۵ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. همچنین در پرسشنامه انگاره‌پردازی خودکشی، نمره آزمودنی اول از ۲۰ و آزمودنی دوم از ۱۴ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به صفر و صفر در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. 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 دو بیمار در مراحل قبل و بعد از درمان و پیگیری برای افسردگی و خودکشی در جدول ۱ آمده است. در هر مورد نمره‌های بعد از درمان و پیگیری کاهش قابل توجهی نسبت به قبل از درمان نشان می‌دهند.

جدول (۱) میانگین نمرات دو بیمار در مراحل قبل از درمان، بعد از درمان و دوره پیگیری یک ماهه (N=2)

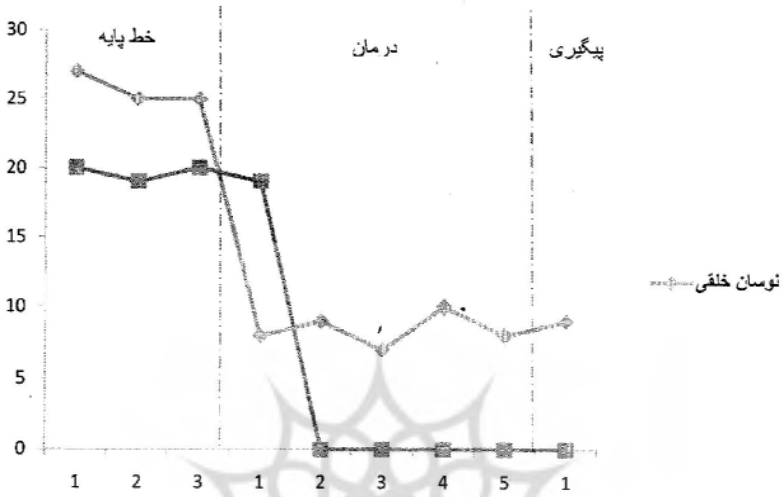
میانگین	قبل از درمان	بعد از درمان	یک ماه پیگیری
نوسان خلقی	۳۵/۲۸	۱۴/۶	۱۲/۵
رفتارهای خودکشی‌گرایانه	۱۶/۵۷	۳/۴	۰

همچنین در جدول ۲، درصد بهبودی هر دو آزمودنی ارائه شده است، هر دو بیمار در مقیاس افسردگی و خودکشی درصد قابل قبولی را نشان دادند.

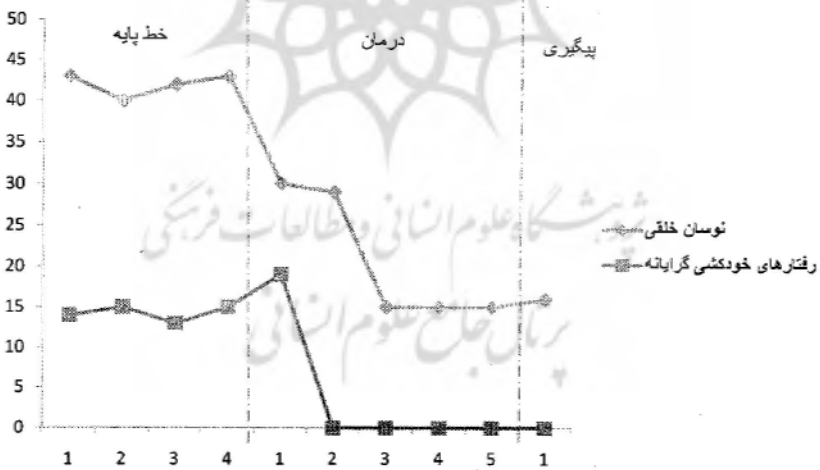
جدول (۲) درصد بهبودی

درصد بهبودی	بیمار اول	بیمار دوم
نوسان خلقی	٪۶۷	٪۵
رفتارهای خودکشی‌گرایانه	٪۸	٪۷۸

همانطور که در نمودارهای ۱ و ۲ مشاهده می‌شود، نمرات هر دو بیمار در مقیاس‌های افسردگی و خودکشی در مرحله خط پایه، درمان و پیگیری نشان داده شده است. هر دو بیمار بهبود معناداری در نشانه‌های نوسان خلقی (افسردگی) و خودکشی به محض ارائه درمان نشان می‌دهند و تأثیرات درمانی در دوره‌ی پیگیری باقی مانده‌اند.



نمودار (۱) روند تغییرات بیمار اول



نمودار (۲) روند تغییرات بیمار دوم

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال شخصیت مرزی، اختلال شدید و فراگیر شخصیتی است. شیوع بالای اختلال به اضافه نتایج درمانی پایین در درمان‌های سنتی، مقبولیت کم درمان، میزان بالای بستری شدن، خطر جدی خودکشی و تمایل به رفتارهای خصومت‌آمیز، که استرس درمانگر را افزایش داده، پیشنهاد می‌کند که هر درمان جدیدی حتی با داده‌های کم، به وسیله جامعه بالینی، با جدیت تمام پیگیری شود (لینهان، ۲۰۰۰). صرفنظر از نوع درمانی که به کار می‌رود، کمتر اختلالی پیدا می‌شود که افراد مبتلا به آن، بیش از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، درمان را با چالش مواجه کنند. درمان چنین بیماران، بقدری تنش‌زاست که، درمانگر به‌طور منظم با درمانگری دیگر، مشورت کند تا در مقابله با هیجان‌های خود، در هنگام کنار آمدن با چالش‌های غیرمعمول کمک به این بیماران، از او توصیه و حمایت، دریافت کند (کرینگ و همکاران، ۱۳۸۸). مبتنی بر شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای این اختلال، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته و شواهد پژوهشی نیز تأثیرپذیری آنها را به اثبات رسانده است. از بین این درمان‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی بهبودی زیادی را باعث شده است. و طبق تحقیقات انجام شده در کاهش تلاش‌های خودکشی، افسردگی، افزایش کنترل خشم پیش از وقوع و کاهش خودآسیبی مورد استفاده قرار گرفته و نقش داشته است.

از این‌رو با توجه به اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی عمدتاً روانی-آموزشی است و بیشتر بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید می‌کند (محمودعلیلو، ۱۳۸۹) و برتری آن به اثبات رسیده است.

همانطور که در بخش یافته‌های این پژوهش مشاهده گشت، رفتاردرمانی دیالکتیکی که بر روی ۲ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در چارچوب یک طرح تجربی تک‌موردی به مرحله اجرا درآمد و طی آن نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای خودکشی‌گرایانه مورد چالش قرار گرفت و در هر دو آزمودنی بهبودی در متغیر نوسان خلقی ایجاد کرد که

این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های دیگر از جمله، چو^۱ (۲۰۰۷)، سولر^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، پاسیزنی و کانر^۳ (۲۰۱۰)، دیمف^۴ و لینهان (۲۰۰۱) و لینهان و همکاران (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. همچنین در هر دو آزمودنی بهبودی در متغیر رفتارهای خودکشی‌گرایانه نیز ایجاد شد که این یافته‌ها همسو با مطالعات دیگر از جمله: لینهان و همکاران (۲۰۰۸)، کریجر^۵ (۲۰۰۸)، لینهان (۱۹۹۴)، سولر و همکاران (۲۰۰۹)، پاسیزنی و کانر (۲۰۱۱)، کامتویس^۶ و همکاران (۲۰۰۷)، لینهان، براون^۷ و همکاران (۲۰۰۶) و پاریس^۸ (۲۰۰۵) می‌باشد. همچنین نمرات هر دو بیمار در نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای خودکشی‌گرایانه بعد از ارائه درمان، کاهش چشمگیری نسبت به خط پایه داشت و درصد بهبودی قابل قبولی در هر دو بیمار ایجاد شد.

به‌عنوان نتیجه‌گیری می‌توان بیان نمود که نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته‌های لینهان و همکاران (۲۰۰۶)، نیکسو، ریزوی و لینهان (۲۰۱۰) و پاسیزنی و کانر (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که بهترین موضع مداخله در درمان اختلال شخصیت مرزی، رفتاردرمانی دیالکتیکی است که به‌طور موفقیت‌آمیزی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و رفتار شبه خودکشی، مورد استفاده قرار گرفته است. مانند سایر رویکردهای رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پایه این فرض استوار است که کل رفتار (شامل افکار و احساسات) آموخته می‌شود و این که بیماران مرزی به‌گونه‌ای رفتار می‌کنند که رفتار آن‌ها را، بدون ارتباط با میزان غیرانطباقی بودن آن، تقویت کرده و یا حتی پاداش می‌دهد. لینهان این درمان را بر اساس این نظریه که بیماران مرزی قادر به شناخت تجارب هیجانی خود نبوده و طرد شدن و ناکامی را تحمل نمی‌کنند، ابداع کرد (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۶). بنابراین این درمان با افزایش اعتماد به نفس، عزت‌نفس، احترام به خود و افزایش خود ارزشی در آزمودنی‌ها و همچنین با افزایش توانایی و قدرت تحمل ناکامی‌ها، کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی، افزایش مهارت‌های رفتاری و به‌دست

1- Chew

3- Pasiezny & Conner

5- Kreger

7- Brown

2- Soler

4- Dimeff

6- Comtois

8- Paris

آوردن احساس آزادی و لذت در آن‌ها در کاهش نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای خودکشی‌گرایانه افراد مرزی مفید واقع شد. در هر حال برای نتیجه‌گیری منطقی‌تر، نیاز به مطالعات بیشتری است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که، یافته‌های این پژوهش بر پایه 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 استفاده شود، و همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر روی سایر اختلالات مورد بررسی قرار داده یا در پژوهشی با طرح آزمایشی، این درمان با سایر درمان‌ها مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی همکارانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌گردد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۹۱/۰۱/۱۸
 تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۹۱/۰۴/۲۵
 تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۰۹/۰۸

References

منابع

- ازخوش، منوچهر (۱۳۸۲). کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی، چاپ دوم، تهران- نشر روان.
- اتکینسون، ریتا ال؛ اتکینسون، ریچارد سی؛ اسمیت، ادوارد ای؛ بم، داریل ج؛ هوکسما، سوزان نولن (۱۳۸۶). *زمینه روانشناسی هیلگارد*، ترجمه پراهنی، محمد نقی و همکاران، انتشارات رشد.
- شریفی، علی اکبر، کرمی، ابوالفضل (۱۳۸۶). *راهنمای ام. سی. ام. آی (میلون ۳)*، تهران، روانسنجی.
- محمود علیلو، مجید، شریفی، محمدمبین (۱۳۹۰). *رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی*، انتشارات نیوند.
- کرینگ، آن م؛ دیویسون، جرالده سی؛ نیل، جان م؛ جانسون، شری ل (۱۳۸۸). *آسیب‌شناسی روانی (روانشناسی ناپهنجاری)*، ترجمه شمسی‌پور، حمید، انتشارات ارجمند.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۷۶). *چکیده روانپزشکی بالینی*، ترجمه پورافکاری، نصرت ا...، انتشارات آزاده.
- کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف‌سادات؛ محیط، احمد (۱۳۸۰). *مصاحبه و آزمون‌های روانی*، تهران- انتشارات سنا.
- 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*, Canada Wadsworth Group.
- Comtois, K.A., Elwood, L., Holdcraft, L.C., Simpson, T.L. (2007). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Center, 406-414.
- Chew, C.H.E. (2006). The Effects of Dialectical Behavior Therapy on Moderately Depressed Adults. 116.
- Dimeff, L., Linehan, M.M. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell, *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Friedman, R. (1983). History of Suicidal Behavior in Depressed Patients, *American Journal of Psychiatry*, 140: 1023-1026.

- Kiehn & Swales (2002). An Overview of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder [Electronic Version] from *M .Books.google.com, 1993-linehan*.
- Kreger, R. (2008). *Dialectical Behavior Therapy*. New York, Academic Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder*, New York: Guilford.
- Linehan, M.M., Brown, M.Z., Tutek, D.A. (2006). Two-year Randomized Controlled Trial an Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder, Orginal Article, *American Medical Association*.
- Linehan, M.M., Heard, H.L. (1992). *Dialectical Abehavior Therapy for Borderline Personality Disorder*, In clarkin, J., Marzial, E., Munroe-Blum, H: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1994). *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Theoretical and Emperical Foundations*: 89 (supl. 379): 61-68.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.I., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., Lindenboim, N. (2006). Two Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Vehavior Therapy vs Therapy by Exprts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder, *American Medical Association*, 63, 757-766.
- Linehan, M. M. (2000). The Emprical Basis of Dialectical Behavior Therapy: Developmental of New Treatments Versus Evaluation of Exciting Treatments, *American Psychological Association*, 113-115.
- 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 Eriteria for Borderline Personality Disorder: Adouble-blindT Placebo-controlled Pilot Study, *J Clin Psychiatry*, 69: 999-1005.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M. (2006). *Dialectical Behavior Therapy with Sucidal Adolescents*, NewYork: Guilford Press.
- Neacsiu, A.D., Rizvi, SH.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.

Paris, J. (2005). Borderline Personality Disorder, Review Article, *Synthese*, 172(12).

Soloff, P.H. (2000). Psychopharmacology of Borderline Personality Disorder, *Psychiatric Clinics of North American*, 23, 169-192.

