

سنجش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر کاهش میزان رفتار تکانشی در آشفتگی شخصیت مرزی

دکتر لادن محمدی زاده (PhD)^{۱*} - دکتر بهنام مکوندی (PhD)^۲ - دکتر رضا پاشا (PhD)^۲ - دکتر سعید بختیارپور (PhD)^۲ - دکتر فریبا حافظی (PhD)^۲

* نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

پست الکترونیک: Makvandi_b@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۲/۱۷ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۶/۰۷/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۱۲

چکیده

مقدمه: اختلال شخصیت مرزی شایع‌ترین اختلال شخصیت در روانپزشکی است. میزان اقدام به خودکشی در افراد دچار این اختلال نزدیک ۱۰٪ است.

هدف: مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی بیمارستان بوعلی شهر قزوین.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نظر هدف کاربردی و شیوه گردآوری داده‌های پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده همه بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی بود که به دلیل رفتار خودکشی گرایانه به بیمارستان بوعلی شهر قزوین مراجعه کرده بودند. نمونه‌های پژوهش شامل ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این تعداد ۲۴ نفر به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی هر گروه ۱۲ نفر و یک گروه گواه نیز ۱۲ نفر جایگزین شدند. در این پژوهش از مصاحبه بالینی ساخت‌دار، پرسشنامه میلون و پرسشنامه‌ی رفتارهای تکانشی بارت استفاده شد. بیماران اختلال شخصیت مرزی گروه‌های آزمایش در ۱۶ نشست ۴۵ دقیقه‌ای به صورت جداگانه در ۱۶ هفته پیاپی زیر مداخله قرار گرفتند. داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری، یک متغیری و آزمون تعقیبی توکی و نرم‌افزار SPSS22 تحلیل شد.

نتایج: تفاوت معنی‌دار بین رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر رفتار تکانشی در سطح $(P < 0.05)$ وجود داشت. همچنین، تفاوت معنی‌دار بین رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در متغیر نامبرده در سطح $P < 0.01$ وجود نداشت. نتایج بدست آمده از دوره یک‌ماهه پی‌گیری در راستای یافته‌های پیشین بود.

نتیجه‌گیری: رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی در کاهش رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی / رفتار تکانشی / رفتار درمانی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و هفت، شماره ۱۰۶، صفحات: ۴۴-۵۳

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، یکی از اختلال‌های شخصیت و شایع‌ترین آن در روانپزشکی است. همواره مرزی نیز یک واژه روان‌تحلیل‌گرایانه است که نخستین بار برای توصیف گروهی از بیماران بکار رفت که در مرز گروه‌های روان‌گسسته و روان‌آزرده قرار داشتند. (۱-۳) انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۴)، این اختلال را به این صورت توصیف کرد که الگویی فراگیر، با بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره و خلق و خوی تکانشگرانه شخص است که در اوایل دوره بزرگسالی آغاز شده و در محیط‌ها و جایگاه‌های مختلف ظهور می‌کند. برپایه پژوهش‌های انجام شده، شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۱ تا ۲ درصد و میزان خودکشی در افراد مبتلا نزدیک ۱۰٪ است. تعداد زنان دچار اختلال شخصیت مرزی ۲ برابر مردان و میزان رها کردن درمان در آنها بسیار بالا و میزان بهبودی‌شان متغیر بوده و تعداد خیلی کمی از آنها به

درمان‌های دارویی روان‌پزشکی پاسخ می‌دهند. (۵) مشخصه اصلی شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی است. (۶) بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی، کمابیش در تمامی زندگی‌شان با مشکل روبرو بوده و دچار مشکلاتی مانند نوسان خلق پیوسته، روابط غیررضایت‌بخش با دیگران، هویت مبهم و رفتارهای تکانشی هستند. طغیان‌های خشم و دوره‌های بحرانی در آنها فراوان دیده می‌شود. (۷) خطر آسیب به خود در این افراد به واسطه‌ی خودزنی یا سوء‌مصرف مواد بالاست و ۶۹ تا ۷۵ درصد آنها، رفتار آسیب‌رسانی به خود نیز دارند. آنها در معرض خطر بالا برای خودکشی قرار دارند و تقریباً ۱۰٪ مرگ و میر این افراد در نتیجه دست زدن به خودکشی است. (۸)

برپایه شواهد نظری پیرامون اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای این اختلال، اقدام درمانی متعدد با توجه به سبب شناسی

اختلال شخصیت مرزی، یکی از اختلال‌های شخصیت و شایع‌ترین آن در روانپزشکی است. همواره مرزی نیز یک واژه روان‌تحلیل‌گرایانه است که نخستین بار برای توصیف گروهی از بیماران بکار رفت که در مرز گروه‌های روان‌گسسته و روان‌آزرده قرار داشتند. (۱-۳) انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۴)، این اختلال را به این صورت توصیف کرد که الگویی فراگیر، با بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره و خلق و خوی تکانشگرانه شخص است که در اوایل دوره بزرگسالی آغاز شده و در محیط‌ها و جایگاه‌های مختلف ظهور می‌کند. برپایه پژوهش‌های انجام شده، شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۱ تا ۲ درصد و میزان خودکشی در افراد مبتلا نزدیک ۱۰٪ است. تعداد زنان دچار اختلال شخصیت مرزی ۲ برابر مردان و میزان رها کردن درمان در آنها بسیار بالا و میزان بهبودی‌شان متغیر بوده و تعداد خیلی کمی از آنها به

پیش‌بینی کرد که اجرای مداخلات درمانی به ویژه طرحواره درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و درمان آن نقش داشته باشد.

برپایه این گواهان نظری چنین به نظر می‌رسد که اختلال شخصیت مرزی می‌تواند تهدیدی برای خود فرد و هم برای جامعه باشد همچنین، با توجه به شیوع بالای این اختلال در جامعه زنان و لزوم تربیت سالم کودکان جامعه توسط آنان که پشتیبانی برای داشتن جامعه سالم و نیز زندگی سالم و آسوده برای این بیماران و کاهش رفتار مخاطره‌آمیز آنهاست، پیدا کردن روش‌ها و درمان مؤثر در بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بسیار بایسته است. همچنین، با توجه به مطالبی که عنوان شد، موج سوم، درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه بوده و کاربرد آن در فوریت‌ها و مداخله در چالش‌ها و درمان بیماران آشفتگی و اختلال‌های پیچیده است. این پژوهش همچنین می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای بررسی و مقایسه تأثیر این درمان بر افراد اقدام‌کننده به خودکشی فراهم آورد. درمانگران بالینی و متخصصان مداخله در بحران می‌توانند به صورت گسترده‌ای از نتایج این پژوهش استفاده کنند. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال این است که دریابد هر یک از این روش‌های درمانی طرحواره درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک تا چه میزان می‌تواند در بهبود رفتارهای تکانشی اختلال شخصیت مرزی نقش داشته باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی و طرح گروه‌های کنترل نابرابر بود. پژوهشگر پس از گرفتن پروانه کمیته اخلاق از مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران به شماره ثبت (IRCT 20170529034200N3) اقدام به انتخاب نمونه کرد. جامعه آماری دربرگیرنده بیمارانی بود که در سال ۱۳۹۴ به بیمارستان بوعلی قزوین مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۶ بیمار دچار اختلال شخصیت مرزی بود که ملاک‌های ورود به پژوهش را برآورده می‌کردند. این ملاک‌ها عبارت بود از: ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی براساس DSM-V و مصاحبه بالینی ساختاریافته چهارمین

آن بکار رفته و شواهد پژوهشی نیز تأثیرپذیری آنها را استوانش کرده، از این دست پژوهش‌ها، تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که در کاهش بیش‌کل‌گرایی، در بیماران افسرده مؤثر بوده است (۹). از درمان‌های به کار رفته، رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) (Dialectical Behavioral Therapy)، که جز درمان‌های شناختی‌رفتاری است، بهبود زیادی را نشان داده است. DBT پیچیده‌تر از دیگر روش‌هاست و پیروزی آن در درمان اختلال شخصیت بویژه BPD (Borderline Personality Disorder) و صفات ناشی از آن سراسر ثابت شده است (۱۰ و ۱۱). این روش در سال ۱۹۹۳ توسط مارشال لینهان نوآفریده شد. الگویی که رفتار درمانی دیالکتیک برای اختلال شخصیت مرزی را در میان می‌گذارد برای افراد دچار اختلال شخصیت مرزی با بدهمانگی هیجانی در روابط بین‌فردی است یعنی مهارت‌تاب آوردن در برابر استرس و نیز رفتار سازگارانه که افراد بیشتر برای پیشگیری و بروز ندادن رفتار ناسازگارانه بکار می‌برند در این افراد ضعیف است. رفتارهای ناسازگارانه (که تعداد زیادی از نشانه‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی را دربر می‌گیرد) مانند رفتارهای تکانشی نیروبخشی شده در این افراد وجود دارد. طبق تحقیقات انجام شده، رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش تلاش خودکشی، افسردگی، افزایش کنترل خشم پیش از رخداد و کاهش خودآسیبی بکار رفته و نقش داشته است (۱۲ و ۱۳).

از دیگر درمان‌های روان‌شناختی که می‌تواند بر علائم اختلال شخصیت مرزی تأثیر مثبت داشته باشد، طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی مزمنی فراهم شده که به اندازه کافی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند. این درمان برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال محور ۱ و ۲ که مشکل منش‌شناختی دیرپا دارند، گزینه مناسبی به شمار می‌رود. برپایه این الگو طرحواره‌ها در هسته مرکزی اختلالات شخصیت قرار می‌گیرند و الگوهای رفتاری ارائه شده در DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)، عمدتاً پاسخی به طرحواره‌های مرکزی هستند. هدف اصلی درمان در کار با بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی، بهبود طرحواره‌هاست (۱۴). از این رو می‌توان

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 جسمی شکل، خوردن و سازگاری را ارزیابی می‌کند و SCID-II نیز شامل تمامی ده اختلال شخصیت DSM-IV افزون بر دو مورد پیشنهادی در پیوست "ب" است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار حاکی است که پایایی آن برای اختلال شدیدتر بهتر از اختلال خفیف بوده و اعتبار آن در دامنه‌ای از ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. در هر حال SCID به دلیل جامع بودن و سازش تیزنگر با ملاک‌های DSM معتبرتر از دیگر مقیاس‌های بالینی بوده و یک ارزیابی تشخیصی استاندارد و جامع در زمینه‌های پژوهشی، قانونی و بالینی است که به طور گسترده استفاده می‌شود (۱۵). میزان پایایی این مقیاس در پژوهش ما با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد.

۲- مقیاس چندمحوری بالینی میلون-۲: اختلال شخصیت

مرزی در این پژوهش بر پایه نمره‌های خرده مقیاس اختلال شخصیت مرزی در مقیاس نامبرده تعیین شد. این مقیاس که در سال ۱۹۷۷ به وسیله میلون ساخته شد و در سال ۱۹۹۰ بازنگری شد، سیزده اختلال شخصیت را اندازه‌گیری می‌کند که بر حسب ۱۷۵ ماده به صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شوند. مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس چندمحوری بالینی میلون ۲ شامل پایایی بازآزمایی، همسانی درونی و اعتبار در پژوهش‌های خارجی بررسی و پذیرفته شده است (۱۶ و ۱۷). برپایه نتایج اعتباریابی آغازین مقیاس چندمحوری میلون ۲ در ایران، ضریب پایایی مقیاس به روش کودر- ریچاردسون ۰/۸۵ و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۸). در پژوهش ما، میانگین اعتبار پرسشنامه برای مقیاس‌های شخصیت ۰/۸۲ و برای مقیاس‌های بالینی ۰/۸۵ بدست آمد که حاکی از روایی دلخواه پرسشنامه است.

۳- پرسشنامه رفتارهای تکانشی بارات: این پرسشنامه،

ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی است. رونوشت یازدهم این پرسشنامه توسط پروفیسور ارنست بارات ساخته شده است (۱۹). این پرسشنامه ۳۰ پرسش چهارگزینه‌ای

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی برای محور دو SCID-2 و تشخیص روانپزشکی، ۲- دست کم تحصیلات دیپلم، ۳- میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۸ تا ۳۳ سال، ۴- نداشتن پیشینه درمان روانشناختی در گذشته با هدف درمان اختلال شخصیت مرزی، ۵- دست کم یک بار اقدام به خودکشی در گذشته.

ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- بیماران روان‌پریش، ۲- بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، ۳- افراد مبتلا به اختلال سوء‌مصرف مواد، ۴- بیمارانی که در هنگام انتخاب زیر روان درمانی بودند، ۵- بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به دلایل مختلف از دارو درمانی پرهیز می‌کردند.

نمونه‌گیری براساس 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 دو و تشخیص روانپزشک مرکز ملاک‌های حذفی را بررسی کرد. سپس، افرادی که ملاک‌های ورود را داشتند در جریان پژوهش قرار گرفته و در صورت پذیرش، فرم رضایت را دست نوشته و به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. از نمونه‌های بالا ۱۲ نفر برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان گروه آزمایش اول و ۱۲ نفر به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی به عنوان گروه آزمایش دوم انتخاب شدند. این گروه‌ها افزون بر رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی باید از دارو درمانی نیز استفاده می‌کردند. ۱۲ نفر دیگر که مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند تنها از دارو درمانی استفاده می‌کردند و گروه گواه را تشکیل دادند.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: ۱- گفتگوی بالینی ساختار برای DSM(SCID) ۲- پرسشنامه میلون ۳- پرسشنامه رفتارهای تکانشی بارات

۱- مصاحبه بالینی ساختار برای DSM (SCID):

SCID یک مصاحبه بالینی ساختار برای ارزیابی انواع اختلالات محور I و II است. این مصاحبه تشخیصی برای نخستین بار در دهه ۹۰ برای ارزیابی تشخیصی براساس DSM-III-R گسترش یافت و نسخه فعلی آن براساس DSM-IV به روز شده و شامل دو نسخه SCID-I برای

دارد، که سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشان‌دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب‌زده و نداشتن دوراندیشی بوده (۱۹) و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارات که توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفت، از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است. میزان پایایی در این بررسی (۰/۸۳) است که از یافته‌های گزارش شده توسط بارات و همکاران در سال ۲۰۰۴ در نسخه انگلیسی حدود ۰/۸۱ و نسخه‌های دیگر مانند نسخه ایتالیایی ۰/۷۹ بهتر بوده و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۴ تا ۰/۸۳ برآورده شده است (۲۰ و ۲۱). در پژوهش ما نیز ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ۰/۸۳ بدست آمد و حاکی از روایی مطلوب پرسشنامه است.

روش اجرای پژوهش: پس از گزینش، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به سه گروه ۱۲ نفری، دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بخش شده و مورد سنجش آزمون رفتارهای تکانشی بارات، به عنوان پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس، ۲ گروه آزمایش، توسط روان‌شناس آموزش‌دیده، زیر رفتار درمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی در ۱۶ نشست ۴۵ دقیقه‌ای برای

هریک از دو گروه به صورت جداگانه قرار گرفتند و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از پایان مداخله نیز، از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. در نشست‌های رفتار درمانی دیالکتیک از گفتگوی اولیه، راهبردهای اعتباربخشی، مساله‌گشایی، سبک‌شناختی، راهبردهای دیالکتیک و مهارت‌های ذهن‌آگاهی استفاده شد. در این راستا بر مبنای هر جلسه تحلیل زنجیره‌ای رفتاری (شناسایی موقعیت، هیجان، باورها و پیامدهایی که منجر به شکل‌گیری رفتار و نگاه‌داری آنها می‌شود)، واکاوی راه‌حل‌ها (بررسی مهارت‌هایی که سبب می‌شود بیمار چالش‌ها را به گونه‌ای موثر مدیریت کند)، شناسایی تنش‌های دیالکتیک بیمار و آموزش روانی به او و پافشاری بر تعادل بخشی و تمرین مهارت‌های ذهن‌آگاهی به کار گرفته شد. افزون بر این، در جلسات طرحواره درمانی به مفهوم پردازی مشکل بیمار، تسهیل پیوند بازوالدینی، ترسیم خطوط کلی هدف درمان، نقد و بررسی پرسشنامه‌ها توسط درمانگر و بیمار، مداخله درمانی در ذهنیت‌های طرحواره‌ای، آموزش ذهنیت‌ها به بیمار و استفاده از روش‌های تجربی، شناختی و رفتاری بود. محتوای برنامه جلسات هر دو مداخله شامل موارد زیر بود (جدول شماره ۱) (۲۲ و ۲۳).

جدول ۱. برنامه جلسات رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی

اخذ شرح حال بیمار و فرضیه سازی در خصوص الگوهای مختل تکرار شونده بیمار و بررسی فرضیه‌ها به هدف رد یا تایید فرضیه‌ها	جلسه اول و دوم DBT
چک کردن خلق بیمار و خلاصه سازی تاریخچه قبلی بیمار، مشخص کردن آماج‌های رفتاری بیمار و انتخاب یک مشکل بیمار و تعیین دلایل آن به صورت تجربی (تحلیل عملکردی)	جلسه سوم و چهارم DBT
مفهوم سازی بر اساس رفتار درمانی دیالکتیک و مشخص کردن بدتنظیمی‌های بیمار در حوزه‌های مختلف و تنش‌های دیالکتیک بیمار	جلسه پنجم DBT
تحلیل زنجیره‌ای رفتاری که به رفتار مشکل آفرین ختم می‌شود با جزئیات دقیق و کامل، آموزش انواع بدتنظیمی‌ها	جلسه ششم و هفتم DBT
استفاده از راهبردهای تغییر (مساله گشایی) به همراه راهبردهای اعتباربخشی به هدف کمک به پرورش حل مساله فعال و کارآمد در بیمار	جلسه هشتم DBT
ادامه راهبردهای مساله گشایی با استفاده از تکنیک تحلیل رفتاری با هدف کسب بینش نسبت به الگوهای رفتاری تکراری و دادن اطلاعات آموزشی درباره اصول رفتار و هنجارها به بیمار	جلسه نهم DBT
ادامه راهبردهای مساله گشایی با به کارگیری تحلیل راه حل به دنبال روش‌های تغییر و تاکید بر راه حلی که بیشترین سود را برای بیمار دارد.	جلسه دهم DBT
مشخص کردن تنش‌های دیالکتیک بیمار و متعادل کردن تنش‌های از طریق تعادل برقرار کردن بین راهبردهای پذیرش و تغییر	جلسه یازدهم DBT
استفاده از متافورها جهت ایجاد تعادل در تنش‌های دیالکتیک بیمار	جلسه دوازدهم DBT
آموزش و سرمشق دهی تفکر دیالکتیکی از طریق تکنیک‌های مختلف مانند چالش‌های شناختی، آموزش روانی مفهوم دیالکتیک و مفهوم دنیما سازی در این بیماران	جلسه سیزدهم DBT
راهبردهای سبک شناختی شامل استفاده از راهبردهای آسیب پذیری متقابل شامل خودآشکار سازی، پاسخ‌دهی گرم و همدلانه و راهبردهای ارتباط گستاخانه شامل گوشه و کنایه، بی‌تفاوتی و بی‌اعتنایی درمانگر به منظور ایجاد تفکر دیالکتیک	جلسه چهاردهم DBT
استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند خودآرامی با حس شنوایی، خودآرامی با حس چشایی و لامسه، تنفس آگاهانه و جملات خود تصدیقی	جلسه پانزدهم و شانزدهم DBT
مفهوم پردازی مشکل بیمار شامل اخذ یک مصاحبه تشخیصی کامل و اطلاعات مربوط به مشکلات بیمار و جستجوی رابطه‌ی بیمار با والدین مراقبین و برقراری پیوند بازوالدینی با بیمار	جلسه اول و دوم ST

جدول ۱. برنامه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی (ادامه جدول)

ترسیم خطوط کلی اهداف درمان و هدف‌گزینی درمان براساس گفته‌های بیمار	جلسه سوم ST
ارزیابی چهار عامل زمینه ساز در محیط اولیه دوران کودکی بیمار شامل بدرفتاری و ناامنی، رهاشدگی و محرومیت هیجانی، اطاعت از نیازها و احساسات و تنبیه‌گری یا طردشدن	جلسه چهارم ST
نقد و بررسی پرسشنامه‌های فرزندپروری یانگ و سرگذشت چند وجهی زندگی توسط درمانگر و بیمار، استفاده از پرسشنامه‌ها به عنوان نقطه آغاز بحث پیرامون ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها	جلسه پنجم و ششم ST
آموزش ذهنیت‌ها به بیمار (درمانگر ذهنیت‌های طرحواره‌ای را به بیمار توضیح می‌دهد)	جلسه هفتم ST
درمان ذهنیت کودک رها شده: ایجاد محیط حمایت‌گرانه، تاکید بر رابطه درمانی، استفاده از تصویرسازی ذهنی و مراقبت از کودک رها شده توسط درمانگر، آموزش نیازهای طبیعی انسان و آموزش جراتمندی با استفاده از ایفای نقش و دادن تکلیف خانگی به بیمار	جلسه هشتم و نهم ST
درمان ذهنیت محافظ بی تفاوت: ایجاد فضای امن برای بیمار به منظور تجربه کردن احساسات بیمار، نامگذاری ذهنیت محافظ بی تفاوت و شناسایی عوامل برانگیزاننده‌ی این ذهنیت، تصویرسازی و کنار گذاشتن این ذهنیت، تجربه کردن هیجان‌ها و درددل با افراد نزدیک به عنوان تکلیف خانگی	جلسه دهم و یازدهم ST
درمان ذهنیت والد تنبیه‌گر: جنگیدن با والد تنبیه‌گر با استفاده از تصویرسازی ذهنی و شناسایی والد تنبیه‌گر واقعی، تصویرسازی و محدودیت‌گزینی برای والد تنبیه‌گر، ابراز نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی	جلسه دوازدهم و سیزدهم ST
درمان ذهنیت کودک عصبانی: استفاده از تصویرسازی ذهنی و تخلیه خشم بیمار به افراد آسیب‌رسان، آموزش بیمار درباره ارزش خشم، جایگزینی مهارت‌های جسارت‌مندی به جای حالت‌های پرخاشگرانه، استفاده از تکنیک‌های جسارت‌آموزی و تدبیراندیشی برای خشم به وسیله ایفای نقش و تکلیف خانگی	جلسه چهاردهم و پانزدهم ST
جمع‌بندی درمان و تاکید بر جایگزینی ذهنیت والد بزرگسال بر سایر ذهنیت‌ها	جلسه شانزدهم ST

تعداد ۲۵٪ مرد و ۷۵٪ زن بودند. میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۲۸/۳۳ و سطح تحصیلات آزمودنی‌ها از دبیرستان تا کارشناسی ارشد بود. بیش‌ترین فراوانی در هر دو گروه متعلق به آزمودنی‌های دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی و کم‌ترین فراوانی مربوط به آزمودنی‌های دارای مدرک کارشناسی ارشد بود. میانگین نمره پس‌آزمون آزمودنی‌ها در متغیر رفتار تکانشگری دریافت‌کننده رفتار درمانی دیالکتیکی $81/08 \pm 2/94$ ، طرحواره درمانی $79/33 \pm 2/93$ و گروه کنترل $80/58 \pm 3/63$ بود. برای بررسی تفاوت نمره‌های متغیرهای وابسته از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. پیش از به کار بردن این روش تحلیل، مفروضه‌های بکارگیری آن، شامل نرمال بودن توزیع متغیر، یکسان بودن شیب خط رگرسیون، همسانی واریانس‌ها و کووریت بارتلت بررسی شد که همگی آنها برقرار رعایت شده بودند. بدین منظور آماره ام‌باکس به کار برده شد. مقدار آماره باکس $6/09$ بدست آمد که معنادار نبود، بنابراین مفروضه برقرار است ($F=1/07$, $p>0/05$). همچنین مقدار F و سطح معنی داری بدست آمده برای متغیر وابسته (رفتار تکانشی) در آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که فرض فوق نیز برقرار می‌باشد ($p>0/05$). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در

برای نگهداشتن نگرش اخلاقی رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها و خانواده‌های آنها گرفته شد. همچنین، به آنان اطمینان داده شد که داده‌های مربوط به آن‌ها به صورت نهان باقی خواهد ماند. رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی به عنوان درمانی همیار پدیدار می‌شود که شایسته ارتباط مشترک و نیرومند بین درمانجو و درمانگر است مراجعان می‌توانند هنگام بروز چالش با درمانگر تماس بگیرند که در این تماس‌ها درمانگر مراجع را به استفاده از مهارت‌هایی مانند تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی هدایت می‌کند. زمان مکالمه کوتاه و بیشینه بین ۵ تا ۱۰ دقیقه بود که بیشتر در سوی کمک به مراجع در پرهیز از رفتارهای خود آسیب‌رسان، فکر، طرح یا اقدام به خودکشی انجام می‌شد. پس از گردآوری داده‌ها، برای سنجش و بررسی تفاوت گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) و یک متغیری (آنکوا) و آزمون تعقیبی توکی با نرم‌افزار SPSS22 استفاده شد.

نتایج

روی هم رفته ۳۶ بیمار با اختلال شخصیت مرزی با رفتار تکانشی شامل هر دو جنس زن و مرد بررسی شد. از این

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر کاهش میزان رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی تأثیر معنی دار داشت. همچنین، در متغیر بالا، تفاوت معنی دار بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی وجود نداشت. یافته‌های پژوهش ما با پژوهش‌های زمانی، عطایی، احمدی و میرشکاری (۲۴)، لینچ، شیونز، کوکروویز، تراپ، برونر و بیر (۲۵)، محمدی، دادخواه، مظفری و مولایی (۲۶)، علیزاده و همکاران (۱۲)، ابولقاسمی و جعفر (۲۷)، دیکهاوت و آرنتز (۲۸) همخوانی دارد.

در بیان نتیجه پژوهش ما می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تجربه دشواری در هماهنگی هیجان، روابط بین فردی و تاب استرس دارند. بیشتر این افراد برای کاهش هیجان منفی، رفتار خودکشی گرایانه دارند. هیجان منفی شدید و ناتوانی در کاستن آن در رفتارهای خودآسیب‌رسان بی‌پروا اهمیت دارد و تعداد خیلی کمی از آنها به درمان‌های دارویی روانپزشکی پاسخ می‌دهند (۵). رفتارهای تکانشی نشانه حل‌مسأله ناسازگارانه و نتیجه کمبود رفتارهای جایگزین است (۲۹). بنابراین، رفتار درمانی دیالکتیک به آموزش مهارت‌های رفتاری و جایگزین کردن رفتار سازگارانه با رفتار ناسازگارانه می‌پردازد.

رفتارهای تکانشگری بی‌نهایت، رانندگی بی‌محابا، بی‌بندوباری جنسی، ادامه‌ی روابط بین فردی ویرانگر و ناکارآمد (مانند آزار جنسی در داخل خانواده یا تن‌دادن به آزار و بهره‌کشی عاطفی از سوی شریک جنسی یا عاطفی)، رفتارهای پرخطر، سوءمصرف مواد، اختلال خوردن، افسردگی، بی‌خانمانی، دوره‌های بیکاری دراز مدت، مشکلات بین فردی با نداشتن کنترل هیجانی همراه بوده و به رفتار ضداجتماعی مثل درگیری فیزیکی می‌انجامد. درمانگر درباره‌ی آسیب‌زا بودن این رفتارها به بیمار آموزش می‌دهد و روشن می‌کند که چرا رفتار محل درمان می‌بایست بازایستاده شوند. بنابراین، راهبرد نخست در برخورد با چنین رفتارهایی پابندی به دگرگونی است. این که چه رفتارهایی برهم زننده کیفیت زندگی بیمارند، مسأله‌ای است که بین بیمار و درمانگر به جستار گذاشته می‌شود (۳۰).

گروه‌ها نشان داد که دست کم بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های آزمایش و کنترل با $p < 0/001$ تفاوت معنی دار وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت تقریباً ۹۲٪ است، یعنی کمابیش ۹۲٪ از واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است. برپایه نتایج بدست آمده، اثر گروه در سطح ۰/۰۵ با توجه به مقدار F گزارش شده، معنی دار شده است (جدول شماره ۲).

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس یک متغیری برای بررسی

معنی دار تفاوت میانگین‌ها در متغیر وابسته پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره‌ی F	سطح معنی دار	اندازه اثر
رفتار تکانشی	۱۴۶/۳۴۸	۲	۷۳/۱۷۴	۳/۸۵۲	۰/۰۵	۰/۱۷۴

در جدول بعدی چکیده اطلاعات سنجش‌های زوجی پس‌آزمون رفتارهای تکانشی با استفاده از آزمون تعقیبی توکی نشان داده شده است (جدول شماره ۳).

جدول ۳. خلاصه اطلاعات سنجش‌های زوجی پس‌آزمون رفتارهای تکانشی با استفاده از آزمون تعقیبی توکی

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	انحراف استاندارد	سطح معنی دار
طرحواره درمانی	-۰/۳۹	۱/۰۷۲	۰/۹۳۶
گروه کنترل	* -۱/۰۴	۰/۳۴۳	۰/۰۴۶
گروه کنترل	* -۱/۰۹	۰/۲۸۲	۰/۰۵

$p < 0/05$ *

نتایج به دست آمده از آزمون تعقیبی توکی نشانگر آن است که بین میانگین نمرات رفتارهای تکانشی گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود داشته‌است. همچنین، بین میانگین‌های نمرات رفتارهای تکانشی گروه آزمایشی طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود داشت. اما تفاوت معنی‌داری بین نمرات رفتارهای تکانشی بین گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی در متغیر رفتار تکانشی در سطح ($p < 0/01$) وجود نداشت.

هستند. این کار از نظر درمانی سودمند است، چون به بیمار کمک می‌کند تا از ذهنیت‌ها فاصله گرفته و آن‌ها را ببیند. رویکرد کلی درمانگر به درمان دنبال کردن دم به دم ذهنیت‌ها در طول جلسه است و به همین منظور از راهبردهای مناسب هر یک از ذهنیت‌ها استفاده می‌کند. درمانگر در نقش یک والد خوب عمل می‌کند. هدف این است که با مدل سازی از درمانگر، ذهنیت بزرگسال سالم بیمار رشد کند و توانبخشی شود، زیرا این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت می‌کند، به پاسدار بی تفاوت رامش داده و جای آن را می‌گیرد، والد تنبیه‌گر را مغلوب کرده و آن را از میدان به در کرده و به کودک برآشفته شیوه‌های سالم و مناسب بیان هیجان و نیاز را آموزش می‌دهد. کودک رها شده بخشی از وجود بیمار است که طبق فرض نظریه طرحواره درمانی در خاستگاه خانواده اصلی مورد سوءاستفاده، ترک و رها شدن، بی‌بهرگی هیجانی، فرمانبرداری و گوشمالی سخت و بی‌رحمانه قرار گرفته است (۲۸).

به طور کلی، رویکرد طرحواره‌درمانی با آمیزه چهار روش شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی افزون بر زیر پرسش بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تهی‌سازی عواطف و هیجان منفی مدفون شده مانند خشم ناشی از برآورده نشدن نیازهای خودانگیزگی و دلبستگی ایمن به دیگران طی سال‌های کودکی می‌شود.

همچنین، درمان دیالکتیکی در این پژوهش در کاهش نشانه‌های رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی، نسبت به طرحواره درمانی به یک اندازه تأثیرگذار بود. به نظر می‌رسد درمان نامبرده با شناخت ویژگی‌های بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی، ماهیت خود را در راستای کاهش علائم این اختلال شکل داده‌اند. بنابراین، به یک اندازه توانسته‌اند رفتارهای تکانشی و پرخطر را کنترل کرده یا کاهش دهند.

محدودیت‌های پژوهش ما شامل محدود بودن نمونه‌های پژوهش به بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی و انجام آن در بیمارستان بوعلی قزوین و نبودن امکان انجام پژوهشی

برپایه اصل فن رفتاردرمانی دیالکتیک، افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مهارت‌های لازم را برای زندگی ندارند. رفتاردرمانگری دیالکتیک به راستی تغییر و بازسازی درمانگری رفتاری شناختی است و در افرادی استفاده می‌شود که با هیجان بیرون از کنترل و همچنین، مسائل خلقی و هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و برانگیختگی دست و پنجه نرم می‌کنند و از متخصصان بالینی خواسته می‌شود تا به درمانجو در درک رفتارهای مختل‌کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکلات کمک کنند. درمانجو مهارت لازم و بایسته برای واکنش به شیوه‌های آفرینشگری بیشتر را ندارد. این یکی از دلایلی است که در آن رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش رفتار تکانشی کارگر بوده است.

همچنین، رفتار درمانی دیالکتیکی با بکارگیری راهبردهای دیالکتیک، اعتباربخشی، حل‌مساله، سبک‌شناختی و مدیریت بیمار و همچنین با کاهش رفتار مختل زندگی و مداخله‌کننده با درمان و آموزش مهارت‌های رفتاری (مهارت‌های بین‌فردی، مهارت‌های تحمل‌پریشانی، مهارت‌های تنظیم هیجانی) به فرد کمک می‌کند تا آنها را به موقعیت‌های زندگی خویش تعمیم دهد.

از منظر طرحواره درمانی توصیفی یانگ، هر فردی طرحواره‌هایی را در خلال دوران کودکی‌ش شکل می‌دهد. طرحواره یک ساختار شناختی سازمان یافته است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در رفتارها، احساس و افکار ویژه‌ای نمود می‌یابد. بیمار دارای اختلال شخصیت مرزی ممکن است در مدت زمانی بسیار کوتاه از یک حالت خلقی یا هیجانی شدید به حالتی دیگر تغییر وضعیت دهد. براساس الگوی ذهنیت طرحواره‌ای، این امر به سبب تغییر وضعیت پی‌درپی و کنترل نشدن بیمار از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر است (۳۱).

درمانگر، ذهنیت طرحواره‌ای را به بیمار فرامود می‌کند. اگر درمانگر ذهنیت‌ها را به شیوه‌ای شخصی به بیمار ارائه کند، بیشتر بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی خیلی پرشتاب و خوب آنها را درک می‌کنند. نکته مهم این است که ما در عمل طوری از ذهنیت‌ها گفتگو می‌کنیم که انگار یک شخصیت

سیاسداری و سپاسگزاری

از همه افرادی که امکان پژوهش را فراهم کردند به ویژه آزمودنی‌های پژوهش و کارکنان درمانی بیمارستان بوعلی قزوین سپاسگزاری و سپاسداری می‌شود. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

طولی به دلیل سرشت طولانی بودن درون‌سازی متغیرهای مستقل پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های پسین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان دیالکتیکی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر مردان و زنان به طور جداگانه و در دوره‌های درمانی طولانی‌تر انجام شود. همچنین، اثربخشی درمان‌های مذکور در مورد دیگر اختلالات شخصیت به طور جداگانه بررسی شود.

منابع

- Darlow DH, Durand VM. Abnormal psychology: An Integrative Approach. California; Wadsworth Publishing, 2011.
- Kröger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behaviour Research and Therapy 2013; 51(41):1e416.
- Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. Comprehensive psychiatry 2010; 51(3):275-85.
- American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006. American Psychiatric Pub; 2006.
- Soloff PH. Psychopharmacology of borderline personality disorder. Psychiatric Clinics of North America 2000; 23(1):169-92.
- Barnicot K, Gonzalez R, McCabe R, Priebe S. Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. Journal of Behavior Therapy and experimental psychiatry 2016;52:147-56.
- Safaryazdi ZA, Nejati V. Comparing impulsivity and risky decision-making in obese and normal individuals. J Qazvin Univ Med Sci 2012;16(1):58-64.[Text in Persian]
- Arntz A, Stupar-Rutenfrans S, Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P. Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. Behaviour Research and Therapy 2015 Nov 30;74:60-71.
- Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T, Reinecker H. Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry 2010; 41(4): 381-8.
- O'Connell B, Dowling M. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. Journal of Psychiatry Mental Health Nursing. 2014 Aug; 21(6): 518-25.
- Stapp SD, Epler AJ, Jahng S, Trull TJ. The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. Journal of personality disorders 2008 Dec;22(6):549-63.
- Alizadeh A, Alizadeh E, Mohamadi A. Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2013 Sep 15;1(2):62-9. [Text in Persian]
- Sheikholeslami H, Fallahzadeh M. Suicide attempted survey in referral to poisoning section of Buali medical educational center. J Qazvin Uni Med sci 1995; 1(3): 12-26. [Text in Persian]
- Moosaviasl SA, Moosavi Sadat Z. The Effectiveness of schema therapy in reduction of Early maladaptive schemas on PTSD Veterans Men. Armaghane Danesh 2014;19(1):89-99. [Text in Persian]
- Sadock BJ S. Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry. 11th Edition. New York: wolters kluwer; 2014: 104-287.
- Millon T, Davis R. Millon clinical multiaxial inventory-III manual. Bloomington: NCS Pearson; 2009: 14-39.
- Millon T, Davis RD. The MCMI-III: present and future directions. Journal of Personality Assessment 1997 ;68(1):69-85.
- Khajeh Mogehehi N. Preparing primary Persian form of clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) in Tehran. M.Sc Theses. psychiatric Institute of Tehran. Tehran; Iran, 1993. [Text in Persian]
- Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Alan F. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biological psychiatry 1997;41(10):1045-61.
- Brunner D, Hen R. Insights into the neurobiology of impulsive behavior from serotonin receptor knockout mice. Annals of the New York Academy of Sciences 1997 Dec 1;836(1):81-105.
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K, Linehan MM. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial.

- Behaviour Research and Therapy 2004 May 31;42(5):487-99.
22. Robins CJ, Ivanoff AM, Linehan MM. Dialectical behavior therapy. Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment. 2th Edition. New York: The Guilford Press; 2001: 56-107.
23. Arntz A, Van Genderen H. Schema therapy for borderline personality disorder. New York; John Wiley & Sons, 2011.
24. Zamani N, Ahmadi V, Ataei Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2014 Oct 15; 22(5):45-54.
25. Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. International Journal of Geriatric psychiatry 2007 Feb 1;22(2):131-43.
26. Adham D, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi M, Mozaffari N, Sattari Z, Dadashian S. The survey of mental health status in ardabil university of medical sciences students in 2007-2008. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2008 Sep 15;8(3):229-34. [Text in Persian]
27. Abolghasemi A, Jafari E. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Body Image and Self-Efficacy in Girls with Bulimia Nervosa. Journal of Clinical Psychology 2012 Jul 15;4(2):29-38.
28. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry 2014 Jun 30;45(2):242-51.
29. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York; Guilford Press, 2006.
30. Zamani N, farhadi M, Jamilian HR. The effectiveness of dialectical behavior group therapy on expulsive anger and impulsive behaviors. J Hamedan Islamic Azad Uni 2012;5:123-7. [Text in Persian]
31. Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MH. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. Clinical psychology review 2013;33(3):426-47.

Comparison of the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on Impulsive Behavior in Patients With Borderline Personality Disorder

Mohamadizadeh L(PhD)^{1,2} - *Makvandi B(PhD)² - Pasha R(PhD)² - BakhtiarPour S(PhD)² - Hafezi F(PhD)²

*Corresponding Address: Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Ahvaz, Iran.

Email: Makvandi_b@yahoo.com

Received: 07/May/2017 Revised: 18/Oct/2017 Accepted: 03/Mar/2018

Abstract

Introduction: Borderline personality disorder is the most common personality disorder in psychiatric settings.

Objective: To compare the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on impulsive behavior in patients with borderline personality disorder in the of Buali hospital Qazvin.

Materials and Methods: the present study was an applied one and the method of data collection was semi-experimental with pre-test and post-test including control group. The study population included all the patients with borderline personality disorder referred to Buali hospital of Qazvin. The study sample included 36 students who were selected by convenience sampling method. Of these, 24 patients were randomly divided into two groups of 12 subjects experimental and a control group of 12 patients. We used clinical interview and Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS). Patients with borderline personality disorder in the experimental groups received intervention for 16 sessions of 45 minutes in 16 consecutive weeks. Research data analysis was done using univariate and multivariate analysis of covariance and Tuky post hoc test.

Results: The results showed a significant difference between the effectiveness of schema therapy and of dialectical behavior therapy on impulsive behavior at the level of $P < 0.05$. Also, there was no significant difference between the schema therapy and of dialectical behavior therapy in patients with borderline personality disorder in mentioned variable at the level of $P < 0.05$.

Conclusion: Schema therapy and of dialectical behavior therapy are effective in reducing impulsive behavior in patients with borderline personality disorder.

Conflict of interest: non declared

Keywords: Behavior Therapy\ Borderline Personality Disorder\ Impulsive Behavior

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 106, Pages: 44-53

Please cite this article as: Mohamadizadeh L, Makvandi B, Pasha R, BakhtiarPour S, Hafezi F. Compare the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on Impulsive Behavior in Patients With Borderline Personality Disorder. J of Guilan Univ of Med Sci 2018; 27(106):44-53. [Text in Persian]