

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی

فرح لطفی کاشانی^۱ و شهرام وزیری^۲

نزدیک به نصف بیماران مبتلا به اختلالهای روانی، دارای اختلال شخصیت هستند. در میان جمعیت دارای اختلالهای شخصیت بالینی، اختلال شخصیت مرزی، شیوع بیشتری دارد. تخریب های پیوسته ای که این اختلال ایجاد می کند، تمام گستره ی زندگی فرد شامل شغل، تحصیل و ازدواج او را تحت تاثیر قرار می دهد. هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی بود. بدین منظور، طی یک طرح نیمه تجربی با سری زمانی سه بیمار با تشخیص ابتلا به اختلال شخصیت مرزی، طی ۲۵ جلسه رفتار درمانی دیالکتیک، از نظر نشانه های اختلال شخصیت مرزی مورد ارزیابی قرار گرفتند سپس ۲ ماه بعد از اتمام جلسات برای پیگیری نتایج مداخله، از نظر نشانه های اختلال شخصیت مرزی، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل واریانس یکراره با اندازه گیری های مکرر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی موثر است و این تاثیر، از پایداری لازم تا زمان پیگیری برخوردار است. به نظر می رسد با مداخلات مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک، بتوان از تخریب های پیوسته ای که این اختلال در تمام گستره ی زندگی فرد از شغل، تحصیل و ازدواج و روابط بین فردی ایجاد می کند، کاست. این یافته ها بر نیاز به مشارکت فعال بیماران در روند تغییر دادن خودشان نقش اصلی روان درمانی و نیاز به یک روان شناس بالینی برای مراقبتهای اولیه به منظور هماهنگ کردن مراقبت از بیمار تاکید دارد.

واژه های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، رفتار درمانی دیالکتیک، اختلالهای شخصیت

مقدمه

اختلالهایی شخصیت، شیوه هایی ناسازگار و پایدار برای ادراک، برقراری رابطه و تفکر در مورد خود و جهان است که در زندگی روزمره، شغل و تحصیل فرد تداخل می کند. اختلال شخصیت یک اختلال شایع و مزمن است که شیوع آن بین ۱۵-۱۰ درصد جمعیت عمومی تخمین زده می شود (ساراکیک، دراگانیک، بایون، پرزیبیک، و کلونینگر، ۲۰۰۲). سه خوشه ی کلی از اختلالهای شخصیت، بر اساس ویژگی های مشترک یا بارز این اختلالها معرفی شده است. ویژگی

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن. ایران (نویسنده مسول) lotfi.kashani@riau.ac.ir

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن. ایران

خوشه ی «آ»، ایده ها و رفتارهای عجیب و نامتعارف، ویژگی اختلالهای خوشه ی «ب»، رفتارهای نمایشی هیجانی یا نامنظم و ویژگی خوشه ی «پ»، گرایشات رفتاری پر اضطراب یا ترس آور است. رفتارهای تکانشی و پرخاشگری از ویژگی های مشترک اختلالهای شخصیت خوشه ی «ب» است (فوساتی، بارت، بارون، ویلا، گرازیولی و همکاران، ۲۰۰۷؛ نارود، میکله تون و دال، ۲۰۰۵). نزدیک به نصف بیماران مبتلا به اختلالهای روانی، دارای اختلال شخصیت هستند و در میان جمعیت بالینی دارای اختلالهای شخصیت، اختلال شخصیت مرزی^۱، در ۳۰٪ تا ۶۰٪ موارد مشاهده می شود. شیوع این اختلال، بیش از سایر اختلالهای شخصیت است (کازدین، ۲۰۰۰؛ ساراکیک و کلونینگر، ۲۰۰۵). این اختلال از نوجوانی آغاز می شود، در اوایل بزرگسالی به اوج می رسد و در میانسالی کاهش می یابد (پاریس، ۲۰۰۸). این اختلال، پنج برابر در میان خویشاوندان بیولوژیکی درجه ی اول نسبت به جمعیت عمومی شایع تر است (اولدهام، گابارد، قوین، گانرسون، سولاف و همکاران، ۲۰۰۱).

اختلال شخصیت مرزی (BPD)، در ۶۸ تا ۴۲ درصد موارد با عوامل ژنتیکی همراه است و معمولاً تمام اجزای مهم این اختلال در خانواده های آنها قابل ردیابی است. شواهد، نشان می دهد هورمون های عصبی مانند اکسی توسین اپیویدها، ترس های اغراق آمیز از طرد و ترک شدن را که مشخصه ی BPD است، میانجیگری می کند. به نظر می رسد که تاثیرات محیطی نیز در بیماری زایی این اختلال حایز اهمیت باشد. عدم امنیت ارتباطی، دوره های هذیان گویی، رفتار خودآسیب رسان همراه با پرخوری یا بی اشتهاهی عصبی و اختلال افسردگی عمده در این بیماران بیشتر دیده می شود (گانرسون، ۲۰۱۱).

این اختلال شخصیتی، برخی از بیشترین مشکلات و مسایل آشفته را در تمام زمینه های روانپزشکی به نمایش می گذارد (پاریس، ۲۰۰۵). تخریب های پیوسته ای که این اختلال ایجاد می کند، تمام گستره ی زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد (جود و مک کلاشان، ۲۰۰۳). شواهدی وجود دارد که عموماً روان درمانی، یک درمان موثر برای این اختلال است. پژوهش های مختلف بر تحریک پذیری (لینگ و هلسگرا، ۲۰۰۰)، خشم (جکوب، کانزله، زیمرمن، اسکیل و همکاران، ۲۰۰۸)، شرم (گراتس، روزنتال، تال، لیجیز و همکاران، ۲۰۱۰)، تنش و اضطراب (استیگلمایر، گراتول، لینهان، ایهورت و همکاران، ۲۰۰۵)، ترس (آرتس، کلاکمن و سیزوردا، ۲۰۰۵) و مجموع

1. Bipolar Personality Disorder

هیجان های منفی (والتر، ۲۰۰۶) تاکید دارند اما، تحقیقات نشان می دهد که نتایج ممکن است برای اشکال مختلف روان درمانی متفاوت باشد (لایسنزینگ و لایبینگ، ۲۰۰۳). بر اساس راهنمای عملی انجمن روان پزشکی آمریکا، راه مداخله در اختلال شخصیت مرزی، روان درمانی است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۱). روش های روان درمانی مختلفی برای این اختلال معرفی شده است که یکی از مداخلات سودمند در این حیطه، رفتار درمانی دیالکتیک است. این روش توسط لینهان معرفی شده است (لینهان و چن، ۲۰۰۴) و تنها شکل درمان سرپایی اختلال شخصیت مرزی است (رایبیز و کونز، ۲۰۰۴).

رفتار درمانی دیالکتیکی، بر افزایش توانمندی های مراجع از طریق آموزش مهارتهای جدید یا مهارتهایی که به طور موثر استفاده نمی شود، افزایش انگیزش مراجع از طریق کمک به کاهش عواملی که در پیشرفت درمان تداخل کرده و یا همانند هیجانانگ، شناخت ها، رفتار آشکار و محیط، از آن جلوگیری می کنند، اطمینان یافتن از تعمیم درمان به محیط های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت ها در محیط های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه های حرفه ای و اجتماعی که رشد و استفاده از مهارت های جدید را تایید و تقویت می کند همچنین افزایش توانمندی ها و انگیزش درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت ها و انگیزش خود درمانگر برای ادامه ی کار با مراجع به شکلی موثر و سالم با رشد دایمی مهارت ها کنترل استرس و خستگی و شناسایی تلاش های مراجع برای شکل دهی یا تعدیل رفتار تاکید می کند (فینگنهام، ۲۰۰۷). پژوهش ها نشان داده است که رفتار درمانی دیالکتیک با کاهش افسردگی و ناامیدی (باتمن و فوناقی، ۲۰۰۰) و کاهش خشم و بهبودی نمره های ارزیابی کلی مراجعین همراه است (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی در طول زمان بود.

روش

این پژوهش، یک پژوهش نیمه تجربی از نوع سریهای زمانی است. برای انجام این پژوهش سه نفر (۱ زن و ۲ مرد) با تشخیص اختلال شخصیت مرزی به شرط تایید ملاکهای DSM IV از مراجعین مرکز خدمات روان شناختی یاریگر انتخاب و پس از اخذ رضایت کتبی برای ورود به درمان وارد کاربندی پژوهش شدند. بیمار اول، خانم مجرد ۲۳ ساله کارشناس کامپیوتر، با سابقه ی دو بار اقدام به خودکشی، فرزند آخر یک خانواده پنج فرزندی بود. بیمار دوم، یک مرد مجرد ۲۰ ساله با

سه بار اقدام به خودکشی، دیپلم هنرستان و فرزند اول یک خانواده تک فرزندی بود که نشانه ای از اختلال در خانواده گزارش نشد و بیمار سوم، مرد مجرد ۲۳ ساله با یک بار اقدام به خودکشی و دانشجوی رشته ی ادبیات بود. این بیماران به مدت ۲۵ جلسه تحت درمان رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند و هر دو جلسه یکبار با مقیاس شخصیت مرزی^۱ (STB) آزمون شدند.

لیشنرینگ (۱۹۹۹) مقیاسی ۵۳ ماده ای به نام مقیاس شخصیت مرزی^۲ (BPI) معرفی کرد که شامل مقیاس هایی برای سنجش آشفتگی هویتی،^۳ مکانیزم های دفاعی اولیه^۴، واقعیت آزمایی آسیب دیده^۵ و ترس از صمیمیت^۶ بود. مقیاس BPI همه ی ملاک های نه گانه ی اختلال شخصیت مرزی را در راهنمای تشخیصی آماری اختلالهای روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) دربرمی گیرد (کلاریج و بروکس، ۲۰۰۳؛ رولینگ، کلاریج و فریمن (۲۰۰۱)). این پرسشنامه دو مقیاس دارد، شخصیت اسکیزوتایپی^۷ (STA) و شخصیت مرزی (STB). به این ترتیب این پرسشنامه دو نوع از وضعیت های رایج مرزی را توصیف می کند (اسپیتزر، اندیکوت و گیون، ۱۹۷۹). مقیاس شخصیت مرزی (STB) به منظور سنجش الگوهای شخصیت مرزی ساخته شده است و شامل ۱۸ ماده است که به صورت بلی / خیر جواب داده می شود، جواب بلی نمره ی یک و جواب خیر نمره ی صفر می گیرد. این مقیاس سه عامل تکانشگری، تجزیه ای و پارانویدی وابسته به تنیدگی دارد. جکسون و کلاریج (جکسون و کلاریج، ۱۹۹۱) ضریب پایایی باز آزمایی را برای STB، ۰/۶۱ گزارش کرده اند. همچنین راولینگز، کلاریج و فریمن (۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده اند. در ایران، محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۲۰۰۵) ضریب پایایی وابسته به تنیدگی را به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۷۲، و ۰/۵۰ گزارش کرده اند.

شیوه ی اجرا

رفتاردرمانی دیالکتیکی به دنبال اعتبار بخشی^۸، ذهن آگاهی بنیادین^۹، تحمل پریشانی^{۱۰}، تنظیم هیجانی^{۱۱}، و کارآمدی بین فردی مراجع است (فینگنهام، ۲۰۰۷). ذهن آگاهی فراگیر به عنوان آگاهی بدون قضاوت، زیربنای مهارت های مطرح در رفتاردرمانی دیالکتیکی است. در این شیوه

1. Schizotypal Trait questionnaire-B form
2. Borderline Personality Inventory
3. Identity diffusion
4. Primitive defense mechanisms
5. Impaired reality testing
6. Fear of closeness

7. Schizotypal Trait questionnaire-A form
8. validating
9. Core mindfulness
10. Distress tolerance
11. Emotional mind

ابتدا به بیماران آموزش داده شد تا بتوانند بر توجه ی خود کنترل داشته و فکر کردن بیهوده درباره ی گذشته و آینده و مشکلات ناتوان ساز را متوقف کنند. هدف این آموزش، خردورزی، توانایی دیدن واقعیات، عملکرد عاقلانه و مشارکت کامل و بدون قضاوت در تجارب زندگی، به منظور تسهیل رفتار موثر و ماهرانه است. در این بخش، بیماران سه حالت ذهنی تحت عنوان ذهن دلیل گرا^۱، ذهن هیجانی^۲ و ذهن خردگرا^۳ را فرا گرفته و دوگروه مهارت دست یابی به ذهن خردگرا را تحت عنوان مهارتهای چه چیز^۴ و چگونه^۵ آموخته و تمرین کردند. همچنین به بیماران آموخته شد که مهارت های گروه اول بر مشاهده^۶، توصیف^۷ و شرکت^۸ و مهارت های گروه دوم بر غیرقضاوتی بودن^۹، ذهن آگاهی بنیادین^{۱۰} و عملکرد کارآمد^{۱۱} استوار است.

مهارت تحمل پریشانی، شامل راهبردهای بقا در بحران و تحمل پریشانی است. در این راهبرد به بیماران آموزش داده شد تا تفاوت بحران و غیر بحران را بیاموزند و چهار راهبرد مقابله تحت عنوان پرت کردن حواس به منظور کاهش تماس با محرک هیجانی، خود آرام سازی به منظور تسلی دادن به خود، بهسازی لحظات به منظور تغییر دادن پاسخ های بدن به یک رویداد منفی یا جانشین ساختن آن با یک رویداد مثبت و استفاده از تکنیک سود و زیان به منظور تعیین فواید و هزینه های تحمل پریشانی را یاد بگیرند. مهارت تحمل پریشانی، رهنمودهایی برای پذیرش واقعیت است. در این قسمت به بیمار یاد داده شد که هرچه را که نمی تواند تغییر دهند، بپذیرند این پذیرش از طریق سه راهبرد تحت عنوان پذیرش محض واقعیات زندگی، برگرداندن ذهن و تمرین مکرر پذیرش محض، رضایتمندی از طریق ایجاد یک نگرش رضایتمندانه نسبت به جهان و مشارکت فعالانه در آن بدون توجه به چیستی این واقعیت ها انجام گرفت.

تنظیم هیجانی نیز، شامل شناسایی هیجانان و درک آنها، نحوه ی ساختن تجارب مثبت، داشتن ذهن آگاهی نسبت به این تجارب، رها کردن هیجانان دردناک از طریق تجربه، مشاهده، توصیف و پذیرش هیجان و نحوه ی اداره و مدیریت آن آموزش داده شد. در کارآمدی بین فردی، اهمیت توجه کردن به روابط، متعادل کردن اولویت ها با مطالبات، متعادل کردن خواسته ها با بایدها و احساس تسلط و احترام به نفس آموخته شد. در این فرایند، به بیمار یاد داده می شد که ایجاد تسلط و احترام به نفس، از طریق تعامل با شیوه هایی پدید می آید که به جای ایجاد درماندگی، در

1. Reasonable mind
2. Emotional mind
3. Wise mind

4. What skills
5. How skills
6. observing

7. describing
8. participating
9. nonjudgmentally

10. effectively
11. One- mindfully

فرد احساس شایستگی و کارآمدی کند. همچنین به بیماران مهارت‌هایی آموزش داده شد که آنها را قادر می‌ساخت جسورانه و با اعتماد به نفس به تعامل بپردازند، روابط خود را با دیگران بهبود بخشند و حرمت نفس خود را حفظ کنند.

جلسات درمان انفرادی در رفتاردرمانی دیالکتیکی، به منظور افزایش توانمندی و انگیزش مراجع انجام می‌شد. این جلسات به طور استاندارد، هفته‌ای یک بار و در یک جلسه‌ی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. رفتاردرمانی دیالکتیکی، براساس معیارهای انجمن روان‌پزشکان آمریکا (۲۰۰۱) پنج حوزه‌ی ناکارآمد تحت عنوان بدتنظیمی خود^۱، بدتنظیمی هیجانی^۲، بدتنظیمی بین‌فردی^۳، بدتنظیمی شناختی^۴ و بدتنظیمی رفتاری^۵ را در جلسات درمان، مرکز توجه خود قرار می‌دهد (رایبیز و کونز، ۲۰۰۴). در این راستا بر مبنای اهداف هر جلسه، تحلیل زنجیره‌ی رفتاری (شناسایی موقعیت‌ها، هیجان‌ها، باورها و پیامدهایی که منجر به شکل‌گیری رفتار و نگهداری آنها می‌شود) و تحلیل راه‌حلها (بررسی مهارت‌هایی که باعث می‌شود بیمار بحرانش را به گونه‌ی موثری مدیریت کند) به کار گرفته می‌شد. در این جلسات مهارت‌های مناسب، معلوم شده و طی تحلیل راه‌حل در جلسات تمرین می‌شد. رایزنی کوتاه تلفنی (۵ دقیقه‌ای)، به عنوان وسیله‌ای برای تعمیم آموخته‌ها به کار گرفته شد. در این تماسها، هدف، کمک به بیمار برای تعیین مهارت مناسب در یک موقعیت خاص و غلبه بر موانع استفاده از مهارت‌ها به شکل موثر بود. به همراه این رایزنی، جزوه‌هایی در اختیار بیماران قرار گرفت و مهارت‌های لازم به خانواده‌ها آموخته شد. دادن ساختار به محیط با هدف ایجاد فرصت‌هایی برای استفاده از مهارت‌های آموخته شده و حتی پدید آوردن محیط‌هایی که بیماران بتوانند در آن امکان استفاده از مهارت‌های آموخته شده‌ی خود را تسهیل و کاربرد آن را تقویت کنند، ایجاد شد. این اقدامات در مورد بیماران شرکت‌کننده در پژوهش به صورت ملاقات با اعضای خانواده و تعلیم مراجع در محیط طبیعی انجام گرفت.

افزایش انگیزش و مهارت درمانگر با هدف افزایش انگیزش درمانگر و راهنمایی وی در اداره کردن فرایند درمان، طی بحث در مورد هر یک از بیماران توسط همکار پژوهشی و گسترش دادن به مهارت‌های درمانگری انجام گرفت. در این اقدام، فرصتی فراهم می‌شد تا موضع دیالکتیکی

1. self dysregulation

2. Emotion dysregulation

3. Interpersonal dysregulation

4. Cognitive dysregulation

5. Behavior dysregulation

اتخاذ شده نسبت به مسایل مطرح شده توسط مراجع تایید شود و درمانگر با بازبینی اقدامات خود وفاداری خود را به رفتاردرمانی دیالکتیکی بررسی کند. با توجه به نوع پژوهش، از روش اندازه گیری مکرر برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد و یافته ها با ویرایش هجدهم نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات اختلال شخصیت مرزی بیماران در ۱۳ بار مشاهده (سیزدهمین بار نمرات پیگیری است) ارایه شده است.

جدول ۱: مولفه های توصیفی نمرات اختلال شخصیت مرزی بیماران در طول درمان

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
M	۱۵/۷	۱۷/۳	۱۷	۱۷/۷	۱۷/۳	۱۷/۳	۱۶/۷	۱۶/۳	۱۶	۱۵/۳	۱۳/۷	۱۱	۹/۳
sd	۰/۵۸	۰/۵۸	۱	۰/۵۸	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۵۷	۱	۰/۵۷	۷/۵۳	۱/۷۳	۰/۵۷

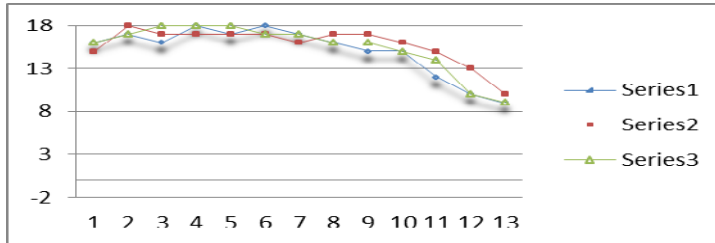
برای مقایسه ی معناداری تفاوت نمرات اختلال شخصیت مرزی در طی ۱۲ جلسه اندازه گیری های مکرر، این نمرات را با هم مقایسه کرده ایم (جدول ۲). این جدول، برون داد حاصل از تحلیل واریانس است. با توجه به یافته های این جدول می توان گفت که بین دوازده مرحله ی اندازه گیری تفاوت معناداری وجود داشت ($F = 14/109$ و $p < 0/001$ $\eta^2 = 0/88$).

جدول ۲: خلاصه ی تحلیل واریانس نمرات آزمودنی ها

منبع	SS	df	MS	F	Sig.	Eta
مشاهدات	۱۲۱/۸۸۹	۱۱	۱۱/۰۸۱	۱۴/۱۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶
خطای باقیمانده	۱۷/۲۷۸	۲۲	۰/۷۸۵			

در نمودار ۱، نتایج مشاهده ی روند خطی را نشان داده ایم. همانگونه که مشاهده می شود، نمرات اختلال شخصیت مرزی بیماران طی زمان کاهش یافته است. در ادامه، برای اینکه پایداری نمرات اختلال شخصیت مرزی در مرحله ی پیگیری معلوم شود، نمرات اختلال شخصیت مرزی بیماران را در مرحله ی دوازدهم و پیگیری در جدول ۳ با یکدیگر مقایسه کرده ایم. همانگونه که مشاهده می شود، مقدار F محاسبه شده از مقدار متناظر در سطح ۰/۰۵ بزرگتر است و می توان گفت که

نمرات اختلال شخصیت مرزی در جلسه ی دوازدهم و جلسه ی پیگیری تغییر معناداری نکرده است.



نمودار ۱: مقایسه ی روند تغییر نمرات بیماران طی سیزده جلسه

جدول ۳: خلاصه ی تحلیل واریانس نمرات آزمودنی ها

در مرحله ی دوازدهم و پیگیری

Sig.	F	MS	df	SS	منبع
۰/۱۳۰	۶/۲۵۰	۴/۱۶۷	۱	۴/۱۶۷	مشاهدات
		۰/۶۶۷	۲	۱/۳۳۳	خطای باقیمانده

بحث و نتیجه گیری

اختلال شخصیت مرزی یک اختلال متداول و ناامید کننده است که با آشفتگی اساسی و اختلال در کنش مشخص می‌شود. این اختلال، الگوی فراگیر مزمنی از ناتوانی در زمینه‌های عاطفی رفتاری، روابط بین فردی، هویت و شناخت را در بر می‌گیرد. این درحالی است که مطالعات محدودی در مورد درمان این اختلال در دست داریم.

هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی در طول زمان بود، نتایج تحلیل واریانس نمرات اختلال شخصیت مرزی سه بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی طی ۱۲ جلسه نشان داد که بین دوازده مرحله ی اندازه گیری، تفاوت معناداری وجود داشت و نمرات آزمودنی ها در اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بهبود یافته است و این بهبود در مرحله ی پیگیری که ۲ ماه بعد دوباره انجام شد، پایدار مانده است. این پژوهش همسو با پژوهش های کی ان و اسوالیس (۲۰۰۲) استپ، اپلر، جانگ و ترول (۲۰۰۹) نشان می دهد که کاربرد رفتار درمانی دیالکتیک، در درمان اختلال شخصیت مرزی موثر است.

بنظر می رسد این روش ترکیبی که از روش های مربوط به درمان های حمایتی، شناختی و رفتاری مبتنی بر یادگیری است، به دنبال ایجاد ذهن آگاهی بنیادین، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی زمینه ی مناسبی را برای تغییر رفتار این بیماران فراهم می سازد. در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی، با تکیه بر بنیادهای مبتنی بر یادگیری رفتار، لزوم به کارگیری آموخته ها و تعمیم مهارت های خاص، باعث جلوگیری از چرخه ی معیوب رفتاری این بیماران شده و از تجربه های هیجانی و آزارنده آنها می کاهد و با تغییر رفتار این بیماران که حتی بدون ارتباط با میزان غیرانطباقی بودن آنها تقویت شده، باعث می شود تا آنها مهارت های رفتاری جدیدی را برای خود برگزینند، تجارب هیجانی خود را بشناسند، تحمل ناکامی خود را افزایش دهند و آن را در محیط واقعی زندگی به اجرا درآورند. می توان گفت که رفتار درمانی دیالکتیکی، با افزایش توانمندی های مراجع از طریق آموزش مهارتهای جدید یا مهارتهایی که به طور موثر استفاده نمی شود، افزایش انگیزش مراجع، اطمینان از تعمیم درمان به محیط های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت ها در محیط های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه های حرفه ای و اجتماعی و همچنین افزایش توانمندی ها و انگیزش درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت ها و انگیزش خود درمانگر مسیر جدیدی را در درمان اختلال شخصیت مرزی فراهم کرده است.

References

- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36: 226-239.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Claridge, G., & Broks, P. (2003). Schizotypy and hemisphere function: I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.
- Feingengbaum, J. (2007). Dialectical behavior therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16 (1), 51-68.
- Fossati, A., Barratt, E., Borroni, S., Villa, D., Grazioli, F., & Maffei, C. (2007). Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders. *Psychiatr Res*, 149(1-3): 157-67.
- Gratz, K.L., Rosenthal, M.Z., Tull, M.T., Lejuez, C.W., & Gunderson, J.G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. *Comprehensive Psychiatry*, 51: 275-285.
- Gunderson, J.G. (2011). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 364: 2037-41.
- Jackson, M., & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire (STQ). *Brit J Clin Psychol*, 30: 311-23.
- Jacob, G., Guenzler, A.C., Zimmermann, S., Scheel, C.N., Rüsche, N., Leonhart, R., & et al. (2008). Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39:391- 402.

- Judd, P. H., & McGlashan, T. H. (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder: Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington, DC; American Psychiatric Publishing Inc.
- Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of psychology*. Volume Set. USA: Oxford University Press.
- Kiehn, B., & Swales, M. (2002). *An overview of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder* [Electronic version] from linehan M. Books.google.com.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1): 45-63.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Linhan, M. M. & Chen, E. Y. (2004). Dialectical behavior therapy in eating disorders. In Freeman, A., (Ed). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp ivi). New York: Springer.
- Links, P.S., & Heslegrave, R.J. (2000). Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23:137- 50.
- Mohammadzadeh, A., Goodarzi M.A., Taghavi, M.R., & Mollazadeh, M. (2005). The Study of Factor structure, Validity, reliability and Standardization of borderline personality scale in Shiraz university students. *J Fund Ment Heal*, 27-28(7): 75-89.
- Narud, K., Mykletun, A., & Dahl, A.A. (2005). Therapists' handling of patients with cluster B personality disorders in individual psychotherapy. *Compr Psychiatry*, 46(3): 186-91.
- Oldham, J. M., Gabbard, G., Goin, M. K., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M., & Phillips, K. A. (2001). *Paractic guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*, Practice section of the APA, web site at www.psych.org
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Paris, P. (2005). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal Psychiatry*, 50 (8), 735-447.
- Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J.L. (2005). *Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB)*. *Pers Ind Dif*, 31: 409-19.
- Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J.L. (2001). Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale(STA) and the Borderline Personality Scale(STB). *Personality and Individual Differences*, 31: 409-419.
- Robins, C.J., & Koons, C. R. (2004). Dialectical behavior therapy for severe personality disorder. In J.J. Magnavita (Ed.). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. New York: Wiley.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36: 17-24.
- Stepp, S.D., Epler, A.J., Jahng, S., Trul, T.J. (2009). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *J per disor*, 22(6), 549-563.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline ersonality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111: 372-379.
- Svrakic, D. M., & Cloninger, C. R. (2005). Personality disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock, (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.
- Svrakic, D.M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T.R., & Cloninger, C.R. (2002). Temperament, character and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand*, 106: 189-95.
- Walters, K. N. (2006). *Emotional responses to social rejection and failure among persons with borderline personality features*. [Dissertation]. University of Alberta.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 8 (No. 28), pp. 27-36, 2013

The Effect of Dialectical Behavioral Therapy in Decreasing the Symptoms of Borderline Personality Disorder

Lotfi Kashani, Farah

Islamic Azad University, Roudehan Branch, Roudehen, Iran

Vaziri, Shahram

Islamic Azad University, Roudehan Branch, Roudehen, Iran

Nearly half of patients with mental disorders suffer from personality disorders. Borderline personality disorder is more prevalent among the individuals with clinical personality disorder. Continuous damages that are brought about by this disorder affect the entire range of life, including the employment, education and marriage. Therefore, the purpose of the present research is to assess the effect of dialectical behavioral therapy in decreasing the symptoms of borderline personality disorder. Therefore, with employing a semi-experimental method, three patients diagnosed with borderline personality disorder were assessed during 25 sessions of dialectic behavioral therapy and in terms of the symptoms of borderline personality disorder. Moreover, patients were reassessed subsequent to end of sessions and for following up the results of the intervention. One-way variance analysis with repeated measure indicated that dialectic behavioral therapy is effective in the decrease of the symptoms of borderline personality disorder and the results proved to be stable over time. It appears that, dialectic behavior therapy can decrease the continuous damages of this disorder throughout life and the educational, academic, marital and interpersonal realms. These findings emphasize the need of patients' active participation in the process of changing themselves, the main role of psychotherapy and the intervention of a clinical psychologist for primary cares and coordinating the patients' care.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Dialectic Behavior Therapy, Personality Disorders.

Electronic mail may be sent to: lotfikashani@riau.ac.ir