Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 22, Issue 1

Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Analytic Therapy in Reducing Psychological Symptoms in Individuals with Borderline Personality Disorder

Zahra Hafezian[1], Mina Mojtabaei[2], Rosa Alikhani[3]

1. Ph.D Student in clinical psychology, Department of Psychology, Rudhen Branch, Islamic Azad University, Rudhen, Iran

2. (Corresponding author) Associate Professor, Department of Psychology, Rudhen Branch, Islamic Azad University, Rudhen, Iran.*

3. Assistant Professor, Psychosis Research Center, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: *This research aimed to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive analytical therapy in reducing the psychological symptoms of people with borderline personality disorder.*

Methods and Materials: *This research is applied research based on the goal. Based on the collection and type of data, it was quantitative and cross-sectional in terms of time. In addition, it was a semi-experimental research design in the form of pre-test-post-test with a control group. The statistical sample of the research was 45 people in a non-random way. They were chosen voluntarily. Multivariate covariance analysis was used in quantitative data and SPSS version 26 statistical program was used.*

Findings: *The research findings indicated that the scores for Borderline Personality Inventory (BPI) and Self-Harm Thoughts and Behaviors (STB) were higher for individuals who underwent Cognitive Analytic Therapy (CAT) compared to those who underwent Dialectical Behavior Therapy (DBT).*

Conclusions: *The results of the present study suggest that the Cognitive Analytic approach is more effective than Dialectical Behavior Therapy. Overall, it can be concluded that Cognitive Analytic Psychotherapy, by improving interpersonal relationships, emotional regulation, and self-concept in individuals with Borderline Personality Disorder, helps in reducing impulsive, unplanned, and thoughtless behaviors through a proper patient-therapist relationship, thereby improving the social functioning of these patients.*

Keywords: *Dialectical Behavior Therapy, Psychological Symptoms, Borderline Personality Disorder, Cognitive Analytical Psychotherapy.*

Citation: *Hafezian Z, Mojtabaei M, Alikhani R.* ***Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Analytic Therapy in Reducing Psychological Symptoms in Individuals with Borderline Personality Disorder****. Res Behav Sci 2024; 22(1): 47-55.*

* ***Mina Mojtabaei,***
Email: Mojtabaie_in@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.47]

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی شناختی تحلیلی در کاهش علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

زهرا حافظیان[۱]، مینا مجتبایی[۲]، رزا علی‌خانی[۳]

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳- استادیار، مرکز تحقیقات سایکوز، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی شناختی تحلیلی در کاهش علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

مواد و روش‌ها: این تحقیق براساس هدف، تحقیقی کاربردی است. براساس گردآوری و نوع داده‌ها کمی و از لحاظ زمان مقطعی بود. علاوه براین طرح پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه آماری پژوهش ۴۵ نفر به صورت غیرتصادفی انتخاب شدند. از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد و از برنامه آماری *SPSS* نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که نمرات علائم شخصیت مرزی *BPI* و *STB* برای افرادی که تحت درمان روان درمانی شناختی تحلیلی قرار گرفتند بیشتر از افرادی بود که تحت رفتار درمانی دیالکتیک بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده موثرتر بودن روش شناختی تحلیلی از رفتاردرمانی دیالکتیک بوده است. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانگری شناختی تحلیلی با بهبود روابط بین شخصی، هیجانی وخودپنداره افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از انجام رفتارهای تکانه‌ای، بدون تفکر و برنامه‌ریزی نشده با ارتباط مناسب بین بیمار و درمانگر به بهبود عملکرد اجتماعی این بیماران کمک کند.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، علائم روان‌شناختی، اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی شناختی تحلیلی

ارجاع: حافظیان زهرا، مجتبایی مینا، علی‌خانی رزا. **مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی شناختی تحلیلی در کاهش علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۱): ۴۷-۵۵.

*- **مینا مجتبایی،**

رایانامه: Mojtabaie_in@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.47]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های شخصیت در محیط‌های روان‌پزشکی است که با بدتنظیمی هیجانی، سردرگمی هویت، تکانشگری و مشکلات بین‌فردی مشخص می‌شود (۱). روابط بین‌فردی مختل، مشکلات هویتی، مشکلات تحصیلی و شغلی و نیز درگیری قانونی از مشکلاتی است که کارکردهای روزانه مبتلایان به این اختلال را با مشکل مواجه می‌کند (۲, ۳). شیوع اختلال شخصیت مرزی، دو درصد در جمعیت کلی، ۱۰ درصد در میان بیماران سرپایی کلینیک‌های بهداشت روانی و تقریباً ۲۰ درصد در میان بیماران روانی بستری برآورد شده است (۴). این اختلال معمولاً با سایر اختلالات روانی ازجمله افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال خوردن، مشکلات هویتی و اختلالات مصرف مواد همبودی دارد و با سطح بالایی از رفتارهای خودآسیبی و خودکشی مرتبط است که این مسئله به هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اقتصادی و شخصی زیادی منجر می‌شود (۵)

رویکردهای متفاوت روان‌شناختی به بررسی علل اختلال شخصیت مرزی از ابتدای تولد و چگونگی تأثیرگذاری روابط والدین بر این اختلال پرداخته‌اند، ولی عمیق‌ترین آن‌ها رویکرد روان‌تحلیلی بوده است. بر اساس این رویکرد، شخصیت متشکل از سه پایگاه اید، ایگو و سوپرایگوست. از آنجایی‌که ایگو وظیفه مدیریت سیستم روانی را بر عهده دارد، تمام مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شوند که ایگو نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند (۶). قدرت ایگو توانایی حفظ هویت خود، بدون توجه به استرس‌های روانی، رنج و تعارض بین نیازهای درونی و تقاضاهای بیرونی است (۷).

همچنین مطالعات پژوهشی مؤید این نکته هستند که اختلال شخصیت مرزی با کاربرد بیشتر مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و تحریف‌کننده (مثل دوپاره‌سازی)، و کاربرد کمتر دفاع‌های کارآمد از دیگر اختلال‌ها متمایز می‌شود (۸)

پری و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند اختلال شخصیت مرزی با دفاع‌های اساسی تصویر تحریف‌شده و عمدتاً دوپاره‌سازی تصویر خود و دیگران و نیز دفاع‌های سطح هیستریک ازجمله گسستگی و سرکوبی، رابطه مثبت معناداری دارد (۹).

رفتار درمانی دیالکتیکی، یکی از رویکردهای رفتاری- شناختی است که توسط مارشا لینهان با هدف درمان افرادی که مکررا خودکشی می‌کنند و مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند، طراحی شد. رفتاردرمانی دیالکتیکی، بیش‌تر تحت تأثیر نظریه رفتارگرایی است، یعنی از نظریه‌های یادگیری از ترکیب با ذهن آگاهی و موضوع پذیرش رنج استفاده می‌کند (۱۰). یافته‌ها حاکی از تاثیرات پایدار و مستمر این درمان در حوزه کاهش رفتارهای خودجرحی، ناامیدی و خشم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

برای تغییر رفتارهای مسأله‌مند، رفتاردرمانی دیالکتیکی کاربست هر دو مد رفتارگرایی اجتماعی و شیوه‌های سنتی رفتاردرمانی بالینی را آغاز کرد، که به تحول درمان‌های مؤثر برای بسیاری از اختلالات دیگر منجر شده بودند. همچنین استراتژی‌های سنتی، حل مسأله هم‌چون آموزش مهارت‌های اجتماعی، مواجهه و مدیریت بحران در درون این چهارچوب جا داده شده بودند (۱۱).

به هنگام شکل‌گیری پایه‌های عملی این درمان، فورا آشکار شد که درمانی که منحصرا متمرکز بر تغییر باشد نمی‌تواند مؤثر واقع شود. در بسیاری از افراد که برانگیختگی هیجانی بالا دارند. تلاش برای تغییر، امری طاقت‌فرسا است و منجر به سرکوبی هیجان و ناامیدی و قطع درمان می شود (۱۲)

بر همین اساس رفتاردرمانی دیالکتیک یک رویکرد درمانی است که توانسته به شکلی تعادلی استراتژی‌های پذیرش فرد را با استراتژی‌های تغییر شناختی و رفتاری همسو کند و در یک درمان واحد به کار گیرد (۱۳). به شکل مشخص‌تر می‌توان گفت که جهت‌گیری نظری رویکرد *DBT* آمیزه‌ای از سه دیدگاه نظری است: علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیک، و اعمال ذن (۱۳).

در واقع *DBT* رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مساله رفتاری- شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند. همچنین برخی از اجزای *DBT* از دیدگاه نظری درمان با تجربه هیجانی اصلاحی فرانتس الکساندر و برخی از مکاتب فلسفی مشرقی گرفته شده‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیک به افراد آموزش می‌دهد تا "پذیرش رادیکال" (پذیرش واقعیت بدون قضاوت کردن خوب و بد و عدم مقاومت در برابر واقعیت و عدم اجتناب از آن) را رشد دهند. این مفهوم نشان می‌دهد که نیروهای به ظاهر متضاد می‌توانند بدون تعارض در کنار هم حضور داشته باشند. به عنوان مثال افراد در حالی که می‌توانند خود را به همان صورت که هستند بپذیرند می‌توانند تغییرات لازم را اعمال کنند (۱۴).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.47]

رویکرد درمانی جدید دیگری که با نتایج نویدبخشی در درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی ظهور کرده است، درمان شناختی‌تحلیلی است. درمان شناختی‌تحلیلی درمانی فعال است که براساس فرمول‌بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روان‌پویشی، روابط موضوعی و روان‌شناسی شناختی، به‌خصوص نظریه سازه‌های فردی کلاین استوار است و با همکاری درمانگر و بیمار، مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد (۱۵).

در درمان اختلال شخصیت مرزی، این درمان بر شیوه و سبک حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش‌های مطیعانه نسبت به دیگران تمرکز دارد که این نگرش‌ها درنهایت به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد منجر می‌شود (۱۶).

اثربخشی درمان شناختی تحلیلی تا کنون برای گستره وسیعی از اختلالات روانی همچون افسردگی مزمن همبود با درد، اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای خودکشی‌گرا، مصرف مواد و رفتارهای اعتیادآور، الکل و اختلال استرس پس از سانحه مشکلات رفتاری کودکان، تعارضات زوج‌ها و اختلالات اضطرابی تأیید شده است (۱۷). حال هدف این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی شناختی تحلیلی در کاهش علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می باشد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق براساس هدف، کاربردی است. براساس گردآوری و نوع داده‌ها کمی و از لحاظ زمان مقطعی بود. علاوه براین طرح پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

با توجه به جامعه آماری و عدم دسترسی به کل جامعه، روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری در دسترس بوده است. بدین صورت از زنان و مردانی که به بیمارستان روان‌پزشکی رازی در شهر تهران مراجعه کردند و معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، با فرض نرمال بودن داده‌ها ۴۵ نفر انتخاب و به طور غیرتصادفی و داوطلبانه در دو گروه آزمایش۱ (افرادی که درمان روان‌درمانی دیالکتیک را دریافت کردند)، گروه آزمایش ۲ (افرادی که تحت درمان شناختی تحلیلی قرار گرفتند) و گروه کنترل (افرادی که هیچ درمانی دریافت نکردند) جایگزین شدند (هرگروه ۱۵ نفر).

معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از:

- ✓ دارا بودن ملاک تشخیصی *BPD* براساس *DSM-V* در ارزیابی توسط روان‌پزشک
- ✓ نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده

معیارهای خروج از تحقیق عبارت بود از:

- ✓ عدم تمایل برای ادامه درمان
- ✓ مصرف مواد در طول دوره درمان

روش گردآوری داده‌ها در مطالعات نظری به صورت کتابخانه‌ای و میدانی است. در مطالعه کتابخانه‌ای از کتاب‌ها و مقالات؛ و در مطالعه میدانی از پرسش‌نامه استاندارد با سوالات بسته استفاده می‌شود.

مقیاس شخصیت مرزی (*BPI*): مقیاس شخصیت مرزی (*BPI*) براساس نظریه کرنبرگ از سازمان‌بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی *DSM-V* ساخته شده است، این پرسش‌نامه شامل مقیاس‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده و ترس ازصمیمیت می‌باشد. این پرسش‌نامه توسط اکبر رضایی و علی محمدزاده (دانشجویان دانشگاه پیام‌نور استان آذربایجان شرقی) در جامعه ایران اعتباریابی شده است.

طی پژوهشی در یک بررسی زمینه‌یابی مقطعی انجام گرفته است. نمونه‌ای به حجم ۴۱۱ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها به پرسش‌نامه شخصیت مرزی و مقیاس شخصیت مرزی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی تحلیل شدند. تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش پروماکس چهار عامل پیشنهاد نمود که به ترتیب عامل‌های آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده و ترس از صمیمیت نام گرفتند.

علاوه بر این، روایی همزمان با ضریب ۰/۷ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، تنصیفی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵) به‌دست آمد. براساس نتایج حاصله، پرسش‌نامه شخصیت مرزی در جامعه ایرانی روایی و اعتبار مناسبی دارد و در تحقیقات مربوط به شخصیت مرزی به عنوان یک ابزار معتبر قابل کاربرد می‌باشد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.47]

در مرحله بعد پرسش‌نامه‌های اختلال شخصیت مرزی *STB* بر روی تمامی زنان و مردان معرفی شده از سوی بیمارستان که تعداد آن‌ها ۵۰ نفر بود، اجرا شد. پس از آن، ضمن محاسبه نمرات به دست آمده از اجرای اولیه پرسش‌نامه‌های تحقیق، تعداد ۴۵ نفر که واجد معیارهای ورود به پژوهش نیز بودند، به صورت دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه آزمایش۱، آزمایش۲ و گروه کنترل جایگزین شدند (هرگروه ۱۵ نفر).

در ادامه درمان‌های رفتاردرمانی دیالکتیک طی ۱۷ جلسه و روان‌درمانی شناختی تحلیلی طی ۱۶ جلسه بر روی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش با اقتباس از پروتکل درمان شناختی رفتاری ریلی (۲۰) انجام شد. در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. درنهایت و پس از اتمام جلسات درمان، مجدداً از شرکت‌کنندگان هر سه گروه خواسته شد تا به عنوان پس‌آزمون به سوالات پرسش‌نامه‌های اختلال شخصیت مرزی *STB* پاسخ دهند. همچنین سه ماه پس از اتمام درمان مجدداً از شرکت‌کنندگان هر سه گروه خواسته شد تا به عنوان پیگیری به سوالات پرسش‌نامه‌های اختلال شخصیت مرزی *STB* پاسخ دهند.

داده‌های به‌دست آمده از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر سه گروه، در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد محاسبه قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده از طریق نرم‌افزار *SPSS27* مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این تحقیق ۲ متغیر مستقل (رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان شناختی تحلیلی)، متغیر وابسته (علائم روان‌شناختی اختلال شخصیت مرزی) و ۳ گروه مورد بررسی (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) وجود دارد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که ۴/۴ درصد از افراد شرکت‌کننده دارای سن کم‌تر از ۲۰ سال، ۳۱/۱ درصد دارای سن ۲۰ تا ۲۵ سال، ۳۷/۸ درصد دارای سن ۲۵ تا ۳۰ سال، ۲۰ درصد دارای سن ۳۰ تا ۳۵ سال و ۶/۷ درصد از افراد شرکت‌کننده دارای سن بیش‌تر از ۳۵ سال را دارا می‌باشند. ۶۴/۵ درصد از شرکت‌کنندگان زن و ۳۵/۵ درصد از افراد شرکت‌کننده مرد هستند. ۲۰ درصد از افراد شرکت‌کننده دارای میزان تحصیلات دیپلم، ۴۴/۴ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، ۳۱/۱ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۲ نفر دارای تحصیلات دکتری هستند. ۴۰ درصد از افراد حاضر متاهل و ۶۰ درصد مجرد (یا مطلقه) هستند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه را در سه گروه مستقل و سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد اختلالات شخصیت مرزی آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آماره‌ها	گروه‌ها								
		کنترل			تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک			تحت درمان روان‌درمانی شناختی تحلیلی		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	**پیگیری**
BPI	میانگین	۱۵/۲۰	۱۵/۰۷	۱۵/۰۷	۱۵/۹۳	۹/۷۳	۹/۴۰	۱۵/۱۳	۹/۵۳	**۹/۳۳**
	انحراف معیار	۳/۸۹	۳/۹۵	۸/۸۱	۵/۴۱	۵/۵۷	۵/۳۸	۴/۲۷	۵/۸۴	**۵/۸۵**
STB	میانگین	۹/۹۳	۹/۶۷	۹/۸۷	۹/۹۳	۶/۳۳	۶/۴۰	۹/۸۰	۵/۸۰	**۵/۶۰**
	انحراف معیار	۶/۰۷	۶/۰۷	۵/۷۱	۶/۵۹	۴/۵۷	۴/۷۰	۷/۰۹	۴/۳۷	**۴/۳۷**

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است، بین سه گروه در میانگین *BPI* و *STB* تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها با توجه به شرایط داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۲ گزارش شده است.

نتایج آزمون کلموگروف–اسمیرنوف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات کلیه متغیرها در مرحله پیش‌آزمون تایید شده است، یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است ($P>۰/۰۵$). همچنین ماتریس کوواریانس در گروه‌ها با هم برابر هستند ($P<۰/۰۵$)؛ لذا پیش‌فرض تساوی ماتریس کوواریانس رعایت شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.47]

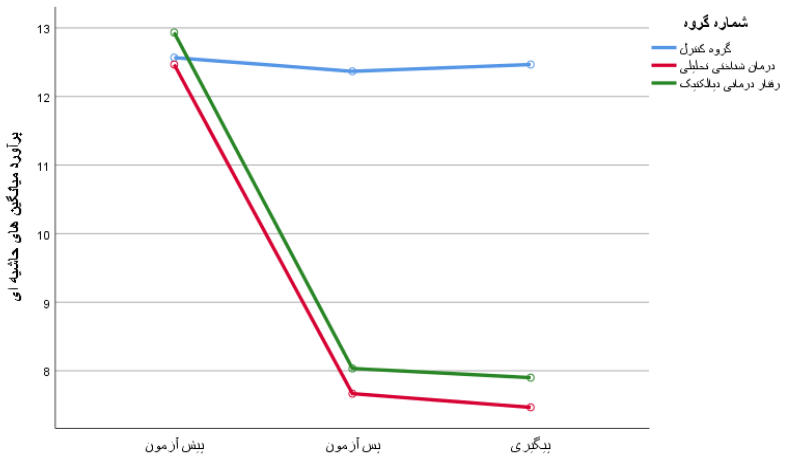
همچنین آزمون لوین نشان داد که بین واریانس گروه‌ها در همه متغیرهای پژوهش، تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه‌ها با هم برابر می‌باشد ($P<۰/۰۵$). لذا پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون اثرات درون گروهی و بین گروهی

منابع تغییرات	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p*
اثرات زمان	۱۴۰۵/۳۹	۱	۱۴۰۵/۳۹	۲۶۵/۹۳	<۰/۰۰۱
اثر تعاملی زمان و گروه	۶۶۹/۱۶	۱/۵۵	۴۳۰/۹۸	۱۱۳/۶۴	<۰/۰۰۱
اثرات گروه	۴۰۶/۱۷	۲	۲۰۳/۰۸	۶/۸۱	<۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص می‌باشد با توجه به میزان سطح معناداری گزارش شده برای رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی شناختی تحلیلی که ۰/۰۰۱> گزارش شده است می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات علائم شخصیت مرزی افرادی که تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و افرادی که تحت درمان روان‌درمانی شناختی تحلیلی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین باتوجه به میزان آماره مجذور اتا (برای تخمین اندازه اثر) گزارش شده در این جدول برای رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی شناختی تحلیلی که ۰/۸۶۴ گزارش شده است می‌توان نتیجه گرفت که اثر عامل نوع درمان در این پژوهش ۰/۸۶۴ است به عبارتی ۸۶/۴ درصد از تغییرات متغیر وابسته یعنی علائم شخصیت مرزی *BPI* و *STB* به وسیله نوع درمان یعنی درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان روان‌درمانی شناختی تحلیلی توجیه می‌شود.همچنین با توجه به سطح معناداری گزارش شده برای آزمون‌ها که ۰/۰۰۱> گزارش شده است، بین نمرات علائم شخصیت مرزی *BPI* و *STB* پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افراد تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۲ فرضیه پژوهش مبنی بر این که «در اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک با روان‌درمانی شناختی تحلیلی در کاهش علائم روان‌شناختی اختلال شخصطت مرزی تفاوت وجود دارد» تأیید می‌گردد. همان‌طور که در نمودار ۱ نشان داده شده است میانگین نمرات علائم شخصیت مرزی *BPI* و *STB* افرادی که تحت درمان روان‌درمانی شناختی تحلیلی قرار گرفتند، کم‌تر از میانگین نمرات افرادی است که تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند، می‌باشد.



نمودار ۱. میانگین نمرات علائم شخصیت مرزی گروه کنترل، افراد تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و افراد تحت درمان روان‌شناختی تحلیل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.47]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی شناختی تحلیلی در کاهش علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود، نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان داد بین میانگین نمرات علائم شخصیت مرزی افرادی که تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و افرادی که تحت درمان روان‌درمانی شناختی تحلیلی قرار گرفتند، تفاوت معناداری وجود دارد، نمرات آزمودنی‌ها در اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی و روان‌درمانی شناختی تحلیلی بهبود یافته است و این بهبود در مرحله پیگیری که ۳ ماه بعد دوباره انجام شد، پایدار مانده است.

پژوهشی که به‌طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد یافت نشده است، اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آنها استنتاج کرد؛ نتایج حاصل از این فرضیه در زمینه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اختلال شخصیت مرزی با یافته‌های قادرنژاد و همکاران (۲۱)، جهانگیری و فانی (۲۲) و ویلیامز و همکاران (۲۳) همسو می باشد.

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.

رفتاردرمانی دیالکتیک که ترکیبی برگرفته از درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری مبتنی بر یادگیری است توانسته است با کاربرد مهارت‌های توجه آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، زمینه مناسبی را برای تغییر این افراد فراهم سازد و در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی با تکیه بر بنیادهای مبتنی بر یادگیری رفتار، لزوم به کارگیری آموخته‌ها و تعمیم مهارت‌های خاص باعث جلوگیری از چرخه معیوب رفتاری این بیماران شده و از تجربه‌های هیجانی و آزارنده آن‌ها می‌کاهد و با تغییر رفتار این بیماران که حتی بدون ارتباط با میزان غیرانطباقی بودن آن‌ها تقویت شده، باعث می‌شود تا آن‌ها مهارت‌های 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 در آورند.

می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک، با افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید با مهارت‌هایی که به طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش مراجع، اطمینان از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط ازطریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و همچنین افزایش توانمندی‌ها و انگیزش درمان‌گر ازطریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت‌ها و خود درمان‌گر مسیر جدیدی را در درمان اختلال شخصیت مرزی فراهم نموده است درمان شناختی تحلیلی درمانی فعال، یکپارچه و متمرکز است. در این روش درمان دامنه گسترده‌ای از روش‌های درمانی ممکن است ترکیب شوند، ولی ویژگی‌های این درمان، تاکید بر فرمول‌بندی و مشارکت با بیمار از شرح متراکم پروسیجرهایی که این مشکلات را حفظ و مشخص می‌کنند، است. از آنجا که روان‌درمانگری شناختی تحلیلی افراد را به فکر کردن وامی‌دارد و با تعمیم مهارت‌های اجتماعی به طرز فعال‌تری بیماران دارای بی‌ثباتی هیجانی و رفتاری را به آموختن مهارت‌های جدید تشویق می‌کند (۲۴).

همچنین در رویکرد شناختی تحلیلی به جای آموزش جداگانه مهارت‌ها به افراد، تلاش می‌شود که با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، مهارت‌های حل مسأله نیز آموزش داده شود و این مهارت‌ها (حل مسأله و تصمیم‌گیری) به گونه‌ای در آن‌ها تقویت می‌شود که بتوانند شرایط مختلف اجتماعی را با موفقیت پشت سر بگذارند (۲۵).

اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، رفتارهای خودجرحی و زیانبار، تکانشوری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد (۲۶). چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد (۲۵).

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.47]

حمایت مالی

این پژوه بدون حمایت مالی هیچ نهاد خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

این پایان‌نامه در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن بررسی و با شناسه اخلاق *IR.IAU.TNB.REC.1400.023* مصوب گردید.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

References

1. *Ahmadi s, Mirzaiyan B, Maddah mT. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Worry and Cognitive Avoidance in Anxious Students of Universities. journal of Psychology new Ideas. 2017;1(1):1-10.*
2. *Salzer S, Streeck U, Jaeger U, Masuhr O, Warwas J, Leichsenring F, et al. Patterns of interpersonal problems in borderline personality disorder. The Journal of nervous and mental disease. 2013;201(2):94-8.*
3. *Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. The Lancet. 2021;398(10310):1528-40.*
4. *Najarpour S, Khalatbari J. The effectiveness of group cognitive therapy and dialectical behavior therapy on students' general health. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2016;10(38):17-26.*
5. *Akbari M, Mohamadkhani S, Zarghami F. The Mediating Role of Cognitive Fusion in Explaining the Relationship between Emotional Dysregulation with Anxiety and Depression: A Transdiagnostic Factor. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2016;22(1):17-29.*
6. *Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British journal of clinical psychology. 2014;53(1):6-41.*
7. *Sullivan EM, Annest JL, Simon TR, Luo F, Dahlberg LL, Control CfD, et al. Suicide trends among persons aged 10–24 years—United States, 1994–2012. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015;64(8):201-5.*
8. *Pourmohseni-Koluri F, Eslami F. The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on mental health and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. Health Psychology. 2017;5(20):48-67.*
9. *Jafari A. Comparing Cognitive Flexibility, Psychological Capital and Coping Strategies with Pain between Individuals with COVID-19 Responding and Non-Responding to Home Treatment. Journal of counseling research. 2020;19(74):4-35.*
10. *Swales MA, Heard HL. Dialectical behaviour therapy: distinctive features: Routledge; 2016.*
11. *Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? Behavior therapy. 2004;35(1):35-54.*
12. *Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. American Journal on Addictions. 1999;8(4):279-92.*
13. *Dexter-Mazza ET, Mazza JJ, Miller AL, Graling K, Courtrtney-Seidler E, Catucci D. Application of DBT in a school-based setting. Dialectical behavior therapy in a clinical practice: Applications across disorders and settings. 2020:121-37.*
14. *Linehan MM. Dialectical behavior therapy in clinical practice: Guilford Publications; 2020.*
15. *Arabzadeh A, Sodani M, Shoa Kazemi M, Shahbazi M. The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Resilience and Psychological Well-Being of Couples Referred to Counseling Centers. Journal of counseling research. 2020;19(73):99-121.*

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.47]

16. *Azizi A, Mohamadi J. Effectiveness of Dialectical Group Behavior Therapy on Perceived Stress and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2016;16(1):95-104.*

17. *Gottlieb AL, Klinger CL, Sampaio D. Introduction to dialectical behavior therapy for psychiatrists and psychiatry residents. Advances in Psychiatry and Behavioral Health. 2022;2(1):241-51.*

18. *Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). Personality and Individual Differences. 2001;31(3):409-19.*

19. *Mohammadzadeh a, goodarzi. a, Taghavi r, Mollazadeh j. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz University Students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2005;7(28):75-89.*

20. *Ryle A, Leighton T, Pollock P. Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method. (No Title). 1997.*

21. *Qadernejad M, Etemadnia M, Farshbaf Mani Sefat F. The Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with borderline personality disorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2023;11(12):153-62.*

22. *Jahangiri N, Fani M. Effectiveness of dialectical behavior therapy on health anxiety in adolescents with borderline personality disorder in Isfahan city. The second national conference of child and adolescent clinical psychology; Tehran: Tehran; 2022.*

23. *Williams SE, Hartstone MD, Denson LA. Dialectical behavioural therapy and borderline personality disorder: Effects on service utilisation and self-reported symptoms. Behaviour Change. 2010;27(4):251-64.*

24. *Rizvi SL, Steffel LM, Carson-Wong A. An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. Professional Psychology: Research and Practice. 2013;44(2):73.*

25. *Oldham JM. Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Focus. 2005;3(3):396-400.*

26. *Ryle A, Kerr IB. Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice of a relational approach to mental health: John Wiley & Sons; 2020.*

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.47]