



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

Zahra Hafezian¹, Mina Mojtabaei², Rosa Alikhani³

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

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

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

زهرا حافظیان^۱، مینا مجتبابی^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 در 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 روان‌درمانی شناختی تحلیلی قرار گرفتند بیشتر از افرادی بود که تحت درمان رفتاری 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 و خودپنداره 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، مجتبابی 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 مجتبابی،

رایانامه: Mojtabaie_in@yahoo.com

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 از جمله 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 آنجایی که 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 از جمله 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

مکرراً 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 تأثیرات پایدار و مستمر این درمان در حوزه کاهش رفتارهای خودجرعی، ناامیدی و خشم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

برای تغییر رفتارهای مسأله‌مند، رفتاردرمانی دیالکتیکی کاربست هر دو مدل رفتارگرایی اجتماعی و شیوه‌های سنتی رفتاردرمانی بالینی را آغاز کرد، که به تحول درمان‌های مؤثر برای بسیاری از اختلالات دیگر منجر شده بودند. در میان 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، فوراً آشکار شد که درمانی که منحصراً 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 می‌شود (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 مسأله رفتار-شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند. همچنین برخی از اجزای DBT از دیدگاه نظری درمان با تجربه هیجانی اصالحی 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).

شناختی تحلیلی قرار گرفتند) و گروه کنترل (افرادی که هیچ درمانی دریافت نکردند) جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر).

معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از:

✓ دارا بودن ملاک تشخیصی BPD براساس

DSM-IV 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-IV ساخته شده است، این پرسش‌نامه شامل مقیاس‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده و ترس از صمیمیت 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.

رویکرد درمانی جدید دیگری که با نتایج نویدبخشی در درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی ظهور کرده است، درمان شناختی-تحلیلی است. درمان شناختی-تحلیلی 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 در نهایت 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 می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق براساس هدف، کاربردی است. براساس گردآوری و نوع داده‌ها کمی و از لحاظ زمان مقطعی بود. علاوه بر این 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 آزمایش ۱ (افرادی که درمان روان‌درمانی دیالکتیک را دریافت کردند)، گروه آزمایش ۲ (افرادی که تحت درمان

استاندارد، کجی و کشیدگی و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده از طریق نرم افزار 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 متأهل 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.

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 آزمایشی ۱، آزمایشی ۲ 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

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

متغیر	آماره‌ها	گروه‌ها								
		تحت درمان روان‌درمانی شناختی تحلیلی			تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک			کنترل		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	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

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 ($P > 0/05$). همچنین ماتریس کوواریانس در گروه‌ها با هم برابر هستند ($P < 0/05$); لذا پیش‌فرض تساوی ماتریس کوواریانس رعایت شده است.

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.

ها با هم برابر می‌باشد ($P < 0.05$). لذا پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است.

همچنین آزمون لوین نشان داد که بین واریانس گروه‌ها در همه متغیرهای پژوهش، تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه

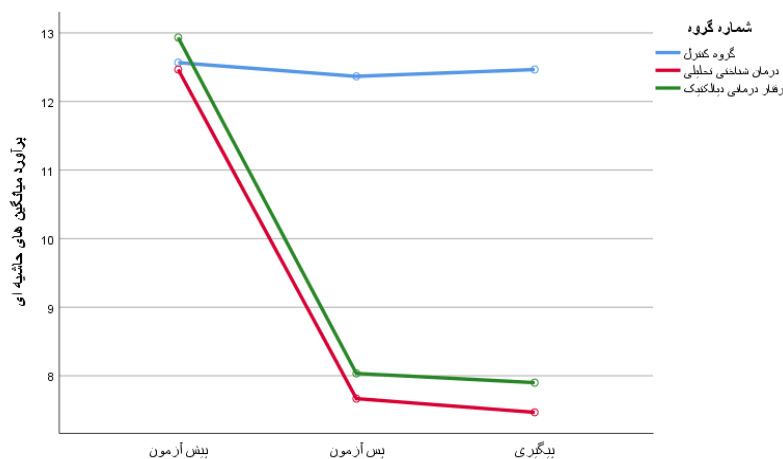
جدول ۱. نتایج آزمون اثرات درون گروهی و بین گروهی

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

شناختی تحلیلی توجیه می‌شود. همچنین با توجه به سطح معناداری گزارش شده برای آزمون‌ها که < 0.001 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 شخصیت 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.

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص می‌باشد با توجه به میزان سطح معناداری گزارش شده برای رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی شناختی تحلیلی که < 0.001 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 با توجه به میزان آماره مجذور اتا (برای تخمین اندازه اثر) گزارش شده در این جدول برای رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی شناختی تحلیلی که 0.864 گزارش شده است می‌توان نتیجه گرفت که اثر عامل نوع درمان در این پژوهش 0.864 است به عبارتی 86.4% درصد از تغییرات متغیر وابسته یعنی علائم شخصیت مرزی BPI و STB به وسیله نوع درمان یعنی درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان روان‌درمانی



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

بحث و نتیجه‌گیری

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 می‌باشد.

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، 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 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.

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 غیرانتطابقی 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 از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و همچنین افزایش توانمندی‌ها و انگیزش درمان‌گر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت‌ها و خود درمان‌گر مسیر جدیدی را انگیزش در درمان اختلال شخصیت 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 فراد 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 خودجرعی 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 منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

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

تقدیر و تشکر

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

ملاحظات اخلاقی

این پایان‌نامه در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.SEMNAN.REC.1402.056 مصوب گردید.

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, Anest 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, Courtney-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.

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.

