

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه های اختلال شخصیت مرزی زندانیان

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۲۸

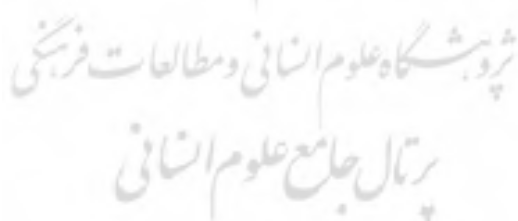
جوادوکیلی*، سیدعلی کیمیایی**، جوادصالحی فدردی***

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر علائم اختلال شخصیت مرزی زندانیان مرد شهرستان چناران بود. **روش:** پژوهش حاضر شبه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زندانیان شهرستان چناران بودند که ۳۰ نفر از زندانیان داوطلب که واجد معیارهای شمول و عدم شمول بودند به عنوان نمونه انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش جلسات فردی و مهارت آموزی گروهی را دریافت نمود. ارزیابی در ۴ مرحله پیش آزمون، ۳ ماه بعد درمان، پس آزمون و پیگیری اجرا شد. ابزارهای اندازه گیری شامل مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته (SCID-II) و شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی (BPDSI) بود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنی داری را در علائم اختلال شخصیت مرزی به خصوص در بی ثباتی هیجانی نشان داد؛ هرچند نشانه های ترک شدن، روابط بین فردی و عقابید پارانویید تغییری نشان ندادند.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان می داد رفتاردرمانی دیالکتیک می تواند در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد و این تأثیر از پایداری لازم تا زمان پیگیری برخوردار است.

واژه های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، اختلال شخصیت مرزی



مقدمه

در متن بازنگری شده پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-5) اختلالات شخصیت را بر اساس شباهت‌های توصیفی به سه دسته کلی تقسیم می‌کند. دسته A که غالباً عجیب و غریب به نظر می‌رسند، دسته B به علایمی چون دراماتیسم، هیجانی یا غیر قابل پیش بینی به نظر می‌رسند، دسته C که ترس و اضطراب وجه اشتراک این دسته است [۱]. اختلال شخصیت مرزی (BPD) در دسته B قرار می‌گیرد و در بین اختلالات شخصیت شایعترین اختلال در محیط‌های روان پزشکی است [۲]. بطوری که DSM-5 نرخ شیوع این اختلال را در جامعه حدود ۱/۶٪ تخمین زده است و گفته شده است که می‌تواند تا ۵/۹٪ نیز افزایش یابد. نرخ شیوع این اختلال در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اولیه حدود ۶٪، در افرادی که به کلینیک‌های بهداشت روانی سرپایی مراجعه می‌کنند حدود ۱۰٪ و در بیماران بستری در بیمارستان‌های روانی حدود ۲۰٪ است [۱].

اختلال شخصیت مرزی^۲ (BPD) یک اختلال روانی ناهمگن است [۳]. و بیماران مبتلا به این اختلال در اکثر جنبه‌های زندگی شان مشکل دارند [۴]. بطوری که تخریب‌های پیوسته‌ای که این اختلال ایجاد می‌کند، تمام گستره‌ی زندگی فرد شامل روابط زناشویی، شغل و تحصیل را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵]. ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی^۳ است که شامل خلق دیسفوریک و نوسانات شدید خلقی است و به نوعی الگوی رفتاری ویژه‌ای اشاره دارد که در بین افراد اختلال شخصیت مرزی دیده می‌شود. پاسخ‌دهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی، از ویژگی این الگوی رفتاری است و این آسیب‌پذیری هیجانی، باعث می‌شود تا بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، در اغلب اوقات به لحاظ هیجانی، برانگیخته باشد و نتیجه‌ی این برانگیختگی بالا، بی‌ثباتی رفتاری و کنترل ضعیف بر هیجان، برانگیختگی فیزیولوژیکی، تظاهرات چهره‌ای، زبان بدن و ارتباط بین فردی است [۶] از ویژگی‌های دیگر این بیماران

تکانشگری است. ولخرجی‌های زیاد، برقراری روابط جنسی نالایمن، پرخوری، سوء مصرف مواد و دارو نمونه‌ای از رفتارهای تکانه‌ای آنان می‌باشد. ۲۲٪ آنها دچار الکلیسم و سوء مصرف آن هستند و از میان افرادی که به دلیل سوء مصرف مواد بستری شده‌اند ۵۸٪ تا ۶۰٪ آنها اختلال شخصیت مرزی دارند [۷].

DSM-5 اختلالات شخصیت را این‌گونه تعریف می‌نماید: مجموعه‌ای پایدار از تجارب درونی و رفتارها که با آنچه از جامعه و فرهنگ فرد مد نظر است تفاوت دارد، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع شده، در طول زمان ثابت هستند و به پریشانی یا آسیب منجر می‌گردد [۱]. با توجه به کلماتی چون پایداری، انعطاف‌ناپذیر و ثابت در طول زمان در تعریفی که از اختلال شخصیت در DSM-5 ذکر شد، می‌توان این‌گونه استنباط کرد که بیماران اختلال شخصیت مرزی که به علت مشکلات قانونی زندانی می‌شوند، اغلب جزء زندانیان سابقه‌دار هستند [۹]. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته از ۹ میلیون نفری که در جهان زندانی هستند نزدیک به نیمی از آن‌ها مبتلا به اختلال شخصیت، بویژه اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی اند. کراویتز و واتسون^۴ (۱۹۹۹) ۲۳٪ از زندانیان مرد و ۲۰٪ از زندانیان زن را دچار اختلال شخصیت مرزی می‌دانند و طی مطالعات مختلف انجام شده در ایران، شیوع این اختلال در زندان‌ها ۱۳/۵ درصد [۹] و البته ۳۳٪ [۱۰]. نیز ذکر شده است. شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن، رویکرد‌های درمانی متفاوتی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال را می‌طلبد که در این میان می‌توان به رفتار درمانی دیالکتیکی^۵ (لینهان^۶، ۱۹۹۳)، طرحواره درمانی^۷ (یانگ، ۱۹۹۰)، آگاهی بخشی مبتنی بر شناخت درمانی^۸ (MBCT)، نظام روان درمانی مبتنی بر تحلیل رفتاری شناختی^۹ (CBASP) (مک کالوف^{۱۰}، ۲۰۰۸) اشاره کرد [۱۱]. انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۱ درمان

4- Kerawits and watson

5- Dialectical Behavior therapy (DBT)

6- Marsha linhan

7- Scematherapy

8- Mind Fullness-Based Cognitive Therapy

9- Cognitive behavior analysis system of psychotherapy

1 - Mccullough

1- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)

2- Personality disorder borderline

3- Mood instability

های انتخابی اختلال شخصیت مرزی را در دو مورد ۱- درمان روانپویشی ۲- رفتاردرمانی دیالکتیک معرفی نمود [۱۱]. به طوری که رفتار درمانی دیالکتیکی اخیراً بیشترین فراوانی بررسی مداخلات روانی - اجتماعی را برای اختلال شخصیت مرزی ها دارد [۱۲] و در حال حاضر خط اول درمان برای اختلال شخصیت مرزی، رفتار درمانی دیالکتیکی است [۱۳]. لینهان (۱۹۹۳) مبدع رفتار درمانی دیالکتیکی است و جهت گیری نظری این رویکرد بر اساس سه اصل اساسی: رفتار گرایی، ذن و دیالکتیک است [۱۴]. در واقع این رویکرد، همدلی و پذیرش مراجع محور را با حل مساله و آموزش مهارت های اجتماعی دیدگاه شناختی و رفتاری درهم می آمیزد بطوری که رفتار درمانی دیالکتیکی از چهار نوع مداخله تشکیل می شود که شامل: الف) جلسات انفرادی که به مدت یک ساعت در هفته است و با هدف ایجاد انگیزه در مراجع و اداره ی بحران های مراجع به کار می رود ب) جلسات مهارت آموزی گروهی (هر جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعت) ج) مشاوره تلفنی با درمانگر برای کاهش رفتار های خودکشی گریانه و هدایت مراجع در استفاده از مهارت ها د) جلسه های تیم متخصصان به منظور حمایت و جلوگیری از فرسودگی شغلی درمانگر رفتار درمانی دیالکتیک بکار می رود [۱۵]. هر چند که داده های تجربی فراوانی (همچون لینهان و همکاران، ۱۹۹۱؛ لینهان و همکاران، ۱۹۹۴؛ ورهول و همکاران، ۲۰۰۳) از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و بازدهی آن در شرایط بالینی حمایت می کنند اما به نظر می رسد پژوهش تجربی بیشتری در این زمینه لازم است، چون روی هم رفته یافته ها نشان می دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک (همانطور که اهداف اولیه ی آن اشاره می کند) بایستی فقط درمان انتخابی آن دسته از بیماران مرزی باشد که به طور مزمن خودکشی گرا هستند. همچنین شاید بهتر باشد زمانی که رفتارهای پرخطر رو به کاهش می گذاشتند، از یک روش درمانی دیگر برای آماج قراردادن سایر مؤلفه های اختلال شخصیت مرزی استفاده شود [۱۶]. باتوجه به نکات فوق به نظر می رسد اختلال شخصیت مرزی بسیار رنج آور و نیازمند درمان است. متأسفانه برای چنین افرادی شیوه درمانی کارآمدی به ویژه در ایران به کار گرفته نشده است و مداخلات درمانی بیشتر هنگام بروز خودکشی و آن هم به

صورت مداخله در بحران انجام می گیرد، به طور معمول آنها تحت درمان های معمولی و یا درمان های کوتاه مدت قرار می گیرند. دارو درمانی نیز کمک چندانی به این افراد نمی کند، زیرا اکثر آنها بعد از مدتی، استفاده از دارو را قطع می کنند. بنابراین، این گروه خاص از بیماران به شیوه درمانی تخصصی نیاز دارند که به طورمستقیم مشکلات و نشانه های اختلال را هدف درمان قرار دهد [۷]. کاهش میزان اعتیاد، طلاق، هزینه های درمانی، خودکشی و فرا خودکشی از دیگر مزایای درمان اختلال شخصیت مرزی است و اهمیت بررسی و درمان این اختلال را ضروری تر می سازد. پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان زندانیان مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اهداف جزئی تعیین اثربخشی این روش در کاهش احساس ترک شدن، مشکلات بین فردی، مشکلات هویت، مشکلات تکانشگری، رفتارهای خودآسیب رسان، بی ثباتی هیجانی، احساس کسالت، احساس خشم، احساس تجزیه ای و عقاید پارانوئیدی در زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت پذیرفت و این پژوهش از این حیث که اغلب کارهای پژوهشی چاپ شده در کشورمان ۴نوع مداخله را همزمان اجرا نکرده اند و بویژه کاربرد این درمان در رابطه با زندانیان در کشور ما انجام نشده است نوعی نوآوری محسوب می شود.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از حیث هدف در حیطه پژوهش های کاربردی قرار می گیرد، روش پژوهشی شبه آزمایشی بود که با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. ارزیابی در ۴مرحله پیش آزمون، ۳ماه بعد درمان، پس آزمون و پیگیری صورت گرفت و دو گروه آزمایش و کنترل در این مراحل با یکدیگر مقایسه شدند، سپس به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهشی همین درمان در پایان و پس از جمع آوری داده ها در رابطه با گروه کنترل اجرا گردید.

آزمودنی ها: جامعه آماری شامل کلیه زندانیان شهرستان چناران در سال ۱۳۹۲ را شامل می شود و با توجه به اینکه در مطالعات آزمایشی و شبه آزمایشی حجم نمونه برابر با ۳۰ نفر پیشنهاد شده است، پژوهشگر ابتدا با استفاده از اطلاعیه ای این طرح را به سمع نظر مددجویان ندامتگاه

زمینه های پژوهشی، قانونی و بالینی است که به طور گسترده مورد استفاده قرار می گیرد [۷]. در ایران شریفی و همکاران (۱۳۸۳) پایایی و قابلیت اجرایی آن را برای جمعیت ایرانی بررسی کردند. یافته ها نشان داد توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص ها، متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶) و اکثر مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را خوب ارزیابی کردند. بختیاری (۱۳۷۹) از این ابزار در جمعیت ایرانی استفاده کرد و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته را برای SCID-I، ۰/۹۵ و برای SCID-II، ۰/۸۷ گزارش کرده است [۷].

۳- شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی (BPDSI): این شاخص یک مصاحبه ی نیمه ساختار یافته ی درمانگر گزارشی است که بر اساس DSM-IV طراحی شده است و به منظور ارزیابی فراوانی و شدت نشانه های خاص اختلال شخصیت مرزی در طول ۳ ماه گذشته مورد استفاده قرار می گیرد. از این ابزار اندازه گیری به عنوان وسیله ای برای اندازه گیری نتیجه ی درمان استفاده می شود. این پرسشنامه دارای ۷۰ آیتم است که ۹ معیار DSM-IV برای اختلال شخصیت و شدت علائم را بر اساس یک مقیاس II نقطه ای درجه بندی می کند. هدف استفاده از این شاخص در پژوهش حاضر، تعیین اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش خشم، روابط بین فردی بی ثبات، رفتارهای خود تخریبی و خودکشی، بی ثباتی هیجانی، احساس ترک شدن، احساس تهی بودن، عقاید پارانوییدی، بی هویتی و تکانش گری است. این مقیاس ابتدا توسط ویورو کلاس^۳ (۱۹۹۳) تهیه شد. آرنتر و همکاران (۲۰۰۳) با اعمال تغییر جزئی در آن ویژگی های فنی این مقیاس را بررسی و ضریب اعتبار ۰/۸۲ را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بدست آوردند. این مقیاس همبستگی معناداری با میزان شدت سایر اختلالات محور و به جز اختلال شخصیت مرزی ندارد. جیسن بلو و دیگران^۴ (۲۰۰۵) ضریب همابستگی درونی ۰/۹۶ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ را گزارش کردند. همچنین روایی همزمان و روایی سازه قابل قبولی برای BPDSI بدست آوردند [۱۹]. در ایران صلواتی (۱۳۸۶) پس از ترجمه و ترجمه مجدد، به منظور

رساند که تعداد زیادی داوطلب شدند و سپس با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته^۱ (SCID-II) افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند و سپس نمونه ای به حجم ۳۰ نفر را با توجه به معیارهای شمول (محدوده ی سنی ۱۸-۳۲ سال، حداقل ۲ بار سابقه ی خودکشی داشته باشد، تحصیلات در سطح راهنمایی و بالاتر باشد، عدم دریافت درمان روانشناختی در گذشته با هدف درمان اختلال شخصیت مرزی) از بین ۶۲ نفر عضو نمونه اولیه که معیارهای اختلال شخصیت مرزی را داشتند انتخاب شدند. اعضای نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشتند. دلیل انتخاب این حجم برای هر گروه آن بود که اصولاً در گروه های هفتگی حدود دوازده عضو به همراه یک رهبر می تواند مناسب باشد و به منظور حذف اثر ریزش احتمالی اعضا می توان ۳ تا ۴ نفر دیگر نیز به این تعداد اضافه کرد [۱۷]. از این تعداد در نهایت ۹ نفر در گروه آزمایش و ۸ نفر در گروه کنترل باقی ماندند و تجزیه و تحلیل بر روی داده های حاصله از سنجش این افراد انجام شد.

ابزار

۱- پرسشنامه مشخصات جمعیت شناسی: پرسشنامه ای محقق ساخته و شامل اطلاعات جمعیت شناختی پایه (مانند سن، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، سابقه مراجعه به روان شناس یا روان پزشک، محکومیت، حبس و مصرف متادون) است.

۲- مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته (SCID-II): برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور I و II است. SCID-II مصاحبه ی نیمه ساختار یافته برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیت محور II و DSM IV است [۱۸].

بررسی ویژگی های روانسنجی این ابزار حاکی از آن است که پایایی آن برای اختلالات شدیدتر بهتر از اختلالات خفیف بوده و اعتبار آن در دامنه ای از ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. در هر حال SCID به دلیل جامعیت و انطباق دقیق با ملاک های DSM معتبرتر از سایر مقیاس های بالینی بوده و یک ارزیابی تشخیص استاندارد و جامع در

2- Borderline Personality disorder severity index

3- Weaver and Clus

4- Gisen Bloo

1- Structural Clinical Interview for Assessing Axis

II

ابتدای درمان باشد). زمانی که مشاوره خارج از ندامتگاه بود مددجویان گروه آزمایش در مواقع ضروری تحت فشار می توانستند با مشاور تماس تلفنی برقرار نمایند که البته به مرور زمان جهت جلوگیری از وابستگی به مشاور این تماس ها کاسته شد. در فرایند درمان مشاور با متخصصین امر ارتباط لازم را حفظ می کرد تا دچار فرسودگی شغلی نشود. چهار نوع آزمون اجرا شد که عبارتند از: پیش آزمون قبل از اجرای درمان، آزمون پس از سه ماه اولیه درمان، پس آزمون پایان درمان و نهایتاً پس از گذشت یک ماه از درمان آزمون پیگیری اجرا گردید. خلاصه ساختار و محتوای جلسات مهارت آموزی گروهی در جدول ۱ آمده است:

بررسی اعتبار، از روش دو نیمه سازی برای هر خرده مقیاس و کل مقیاس بهره گرفته و ضریب اعتبار ۰/۸۵ را گزارش داد [۱۹].

روند اجرای پژوهش: به منظور رعایت ضوابط اخلاقی پژوهشی، اطلاعات کافی در مورد هدف، نحوه اجرا و نیز استفاده از یافته های پژوهش در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد. از بین افراد داوطلب که آمادگی لازم جهت شرکت در طرح مداخله را دارا و واجد معیار های شمول بودند، دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند. برای گروه آزمایش جلسات مهارت آموزی گروهی اجرا گردید (هر هفته یک جلسه گروهی) و با اعضای این گروه جلسات مشاوره فردی نیز به صورت هفتگی بر گزار گردید (در صورت ضرورت می توانست بیش از یک جلسه در هفته در

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات مداخله

جلسه	مهارت	محتوی هر جلسه
اول	-----	آشنایی اعضا با اهداف و قوانین، توضیح درمانگر در مورد اثرگذاری گروه، آموزش فن آرمیدگی، آشنایی با مفاهیم پایه رفتاردرمانی دیالکتیک، توضیح درمانگر در مورد محیط بی اعتبارساز گذشته
دوم	توجه آگاهی	مرور جلسه قبل، آشنایی اعضا با مهارت های بنیادین توجه آگاهی، اهمیت و دلیل کاربرد مهارت ها شرح داده شود. روش: تمرین تمرکز به مدت یک دقیقه، تمرین تمرکز بر یک شی و آموزش تمرین دسته نورد جهت انجام آن در خارج از فرایند گروه
سوم	توجه آگاهی	پیگیری تمرین های جلسه قبل، در این جلسه افراد هیجانات، افکار و احساسات بدنی خود را شناساند. روش: تمرین تجربه درونی - بیرونی در گروه.
چهارم	توجه آگاهی	اهداف این جلسه منطبق با جلسه قبل می باشد، افراد در انتخاب افکاری که به ذهنشان خطور می کند مهارت یابند. روش: تمرین ثبت سه دقیقه ای افکار، تمرین ناهمجوشی فکر.
پنجم	توجه آگاهی	در این جلسه نیز افراد بر هیجانات، افکار و احساسات بدنی خود متمرکز شوند. روش: تمرین توصیف هیجان، فرم برکه توصیف هیجان را کامل نمایند.
ششم	توجه آگاهی	افراد یادگیرند که در جریان لحظه به لحظه آگاهی هر آنچه را که در حال تمرکز بر روی آن هستند شناسایی نمایند. - افراد به طور آگاهانه توجه شان را جابه جا نمایند. روش: تمرین جایگشت توجه
هفتم	تحمل آشنایی	درمانگر در رابطه با مهارت های تحمل آشنایی توضیح دهد و افراد به اهمیت این مهارت ها پی ببرند. کسب نگاهی جدید به زندگی. روش: مهارت ونگرش پذیرش بنیادین را کسب نمایند.
هشتم	تحمل آشنایی	توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب رسانی روش: تمرین توجه برگردانی از طریق فعالیت های مختلف (مانند تمرین یخ، فعالیت های لذت بخش و...)
نهم	تحمل آشنایی	خودآرامش بخشی روش: تمرین خودآرام بخشی با استفاده از هریک از حواس پنج گانه.
دهم	توجه آگاهی	افراد یاد بگیرند که افکار را از هیجانات و احساسات بدنی جدانمایند. - افراد یادگیرند هنگامی که حواسشان پرت می شوند، چگونه بر تنفس خود متمرکز و به آرامش برسند. روش: تمرین تنفس آگاهانه
یازدهم	تنظیم هیجان	آشنایی با مهارت های تنظیم هیجان، افراد به شناسایی دقیق تر هیجانات بپردازند. روش: تمرین شناسایی هیجانات، تمرین ثبت هیجانی
دوازدهم	تنظیم هیجان	افراد رفتارهای خود آسیب رسانی خود را شناسایی نمایند، به مشاهده ی خویش (بدون قضاوت) بپردازند. روش: تمرین شناسایی رفتارهای خود آسیب رسانی.
سیزدهم	تنظیم هیجان	افراد افکار و هیجان هایشان را در قالب تصاویر (کلمات) تجسم نمایند بدون اینکه دچار احساسات شدید شوند، نظم بخشید به هیجانات. روش: تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان
چهاردهم	توجه آگاهی	هدف این مهارت رهایی قضاوت ها و افکار و سواسی روش: تمرین ناهمجوشی قضاوت
پانزدهم	ارتباط موثر	آشنایی با مهارت های ارتباط موثر، معطوف کردن توجه به راهبردهای بین فردی و درمان حال و اکنون روش: توضیح درمانگر در مورد این مهارت ها، تمرین توجه آگاهانه به رابطه بین فردی
شانزدهم	ارتباط موثر	افراد سبک ارتباطی خود را شناسایی نمایند، شناسایی خواسته خود و خواسته های دیگران روش: تمرین شناسایی سبک ارتباطی، تمرین تناسب بین من می خواهم با دیگران می خواهند (خواسته های ان ها).
هفدهم	ارتباط موثر	برقراری تعادل در ارتباط موثر، حفظ اعتماد به نفس در برقراری ارتباط موثر، ابراز قاطعانه خواسته ها روش: تمرین بایداندیشی، تمرین نه گفتن.
هجدهم	تنظیم هیجان	در این جلسه مراجعین آماده می شوند تا یادگیرند چگونه با هیجانات آشفته رویاروشوند. تمرین ثبت هیجانات، تمرین رویارویی با هیجان.
نوزدهم	تقویت مهارت ها	در این جلسه افراد بصورت داوطلبانه مهارت هایی که بصورت مشاوره فردی و گروهی آموخته اند در گروه تمرین می نمایند. روش: افراد می توانند از بین هریک از مهارت های چهارگانه یکی را انتخاب نمایند.
بیستم	تقویت مهارت ها	تقویت چهار مهارت بنیادین رفتاردرمانی دیالکتیک. روش: انجام تمرین های نظام مند حفظ سلامت هیجانی، طرح ریزی برنامه روزانه (برای پس از اتمام درمان)

یافته‌ها

دامنه ی سنی افراد هریک از گروه ها بین ۱۸ تا ۳۲ سال بود. سطح تحصیلات هردو گروه از زیر دیپلم تا دیپلم متغیر بود و هر یک از اعضا حداقل دوبرار سابقه خودکشی داشتند و مدت حبس در ندامتگاه هریک از افراد بیش از یک سال بوده است.

مقیاس سنجش شخصیتی افراد مبتلا به اختلال مرزی نیز اجرا شد، با توجه به اینکه این مقیاس در ۴ دوره بر روی آزمودنی ها اجرا شد، بنابراین برای بررسی اثربخشی مداخلات انجام شده بر ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا، از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. نتایج آزمون مویلی برای بررسی پیش فرض مربوط به اجرای آزمون تحلیل واریانس مختلط در جدول زیر ارائه شده است. با توجه به نتایج بدست آمده مشاهده می شود که نمره بدست آمده برای این آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار شده است ($Mauchly's W = 0.211, df = 5, P < 0.05$) و این به معنای رعایت نشدن این پیشفرض می باشد. همچنین با اجرای آزمون باکس مشخص شد که F بدست آمده برای این آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار شده که این به معنای رعایت نشدن پیشفرض مربوط همگنی ماتریکس ها می- باشد ($F = 3.73, Box's M = 53.17, P < 0.05$). بنابراین از آزمون تصحیحی Wilks' Lambda برای گزارش اثربخشی مداخلات انجام شده در دو بعد زمان و گروه استفاده شد.

جدول ۲) نتیجه آزمون مویلی برای بررسی پیش فرض آزمون تحلیل واریانس مختلط

متغیر	مویلی	خی دو	درجه آزادی	معناداری
زمان	۰/۲۱۱	۲۱/۳۵۷	۵	۰/۰۰۱

نتیجه اجرای آزمون تحلیل واریانس برای ویژگی های شخصیتی در جدول ۲ ارائه شده است. در این بخش زمان به عنوان متغیر اصلی اول و تعامل زمان و گروه به عنوان متغیر اصلی دوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از اجرای تحلیل برای متغیر زمان نشان دهنده معنادار بودن F بدست آمده در سطح ۰/۰۵ می باشد ($F = 3.26, P = 0.05, \eta^2 = 0.42$). همچنین با وارد کردن تعامل زمان و گروه به تحلیل مشخص شد که اثربخشی

مداخلات انجام شده بر گروه آزمایش معنادار شده اند ($F = 4.29, P < 0.05, \eta^2 = 0.49$).

جدول ۳) نتیجه تحلیل واریانس مختلط برای ویژگی های شخصیتی

منح	لامبدا	F	خطای درجه آزادی	معناداری	ضرب اثر
زمان	۰/۴۲	۳/۲۶	۱۳	۰/۰۵	۰/۴۲
زمان*گروه	۰/۴۹	۴/۲۹۷	۱۳	۰/۰۲	۰/۴۹

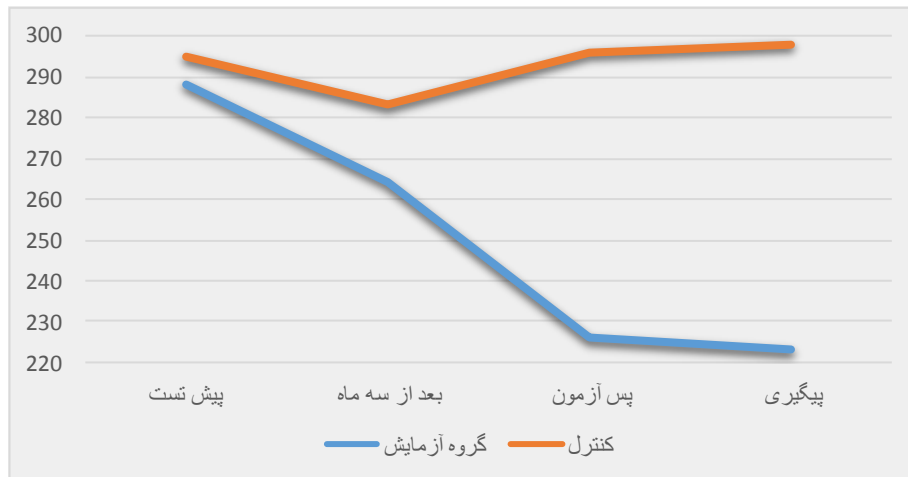
اثرات درون / بین آزمودنی برای ویژگی های شخصیتی نیز مورد تحلیل قرار گرفت که اثر درون آزمودنی برای متغیر زمان در سطح ۰/۰۵ معنادار شده است ($\eta^2 = 0.32$). همچنین اثر درون آزمودنی برای تعامل زمان و گروه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد این اثر نیز معنادار شده است ($\eta^2 = 0.43, P < 0.05$). با بررسی اثرات بین آزمودنی مشاهده شد که F بدست آمده برای گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار شده است ($F = 6.241, P < 0.05, \eta^2 = 0.29$).

برای مقایسه نتایج بدست آمده در دوره های مختلف اجرای آزمون بر روی اعضای گروه آزمایش از آزمون تی مستقل استفاده شد. این به منظور تشخیص دقیق میزان تفاوت نتایج بدست آمده در پیش آزمون با پس آزمون، بازه ۳ ماهه و پیگیری می باشد.

جدول ۴) نتایج مقایسه میانگین ویژگی های شخصیتی در دوره های اجرای آزمون در گروه آزمایش

زمان های مقایسه شده	T	درجه آزادی	معناداری
پیش آزمون / بازه ۳ ماهه	۳/۰۲	۸	۰/۰۱
پیش آزمون / پس آزمون	۳/۶۷۲	۸	۰/۰۰۶
پیش آزمون / پیگیری	۳/۶۲۴	۸	۰/۰۰۷

نمودار ۱) نتایج میانگین گروه آزمایش و کنترل در دوره های اجرای آزمون



نتایج بررسی ها نشان می دهد که تفاوت بین پیش آزمون با میانگین نتایج اجرای آزمون در بازه ۳ ماهه، پس آزمون و پیگیری معنادار شده است ($P < 0.05$) این به معنای تأیید شدن فرضیه پژوهشگر مبنی بر اثربخشی مداخلات انجام شده بر بهبود ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می باشد.

بحث

هدف پژوهش حاضر مطالعه ی بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر نشانه های اختلال شخصیت مرزی زندانیان شهرستان چناران بود. که یافته پژوهش حاکی از اثربخش رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش شدت علائم اختلال شخصیت مرزی و این تأثیر تا دوره پیگیری یک ماهه نیز حفظ شده است و بطور کلی این نتایج با یافته های پژوهشگرانی چون جبرئیلی و همکاران [۶]، لینهان و همکاران (۲۰۰۶) [۲۱]، چریستف و همکاران (۲۰۱۳) [۱۲]، کلارکین و همکاران (۲۰۰۷) [۲۲]، لوریا (۲۰۱۲) [۲۳]، سولر و همکاران (۲۰۰۵) [۲۴]، سولر و همکاران (۲۰۱۶) [۲۶]، جادو (۲۰۱۶) [۲۷]، بارنیکوت و همکاران (۲۰۱۶) [۲۸] همسو می باشد.

رفتاردرمانی دیالکتیک که ترکیبی برگرفته از درمان های حمایتی، شناختی و رفتاری مبتنی بر یادگیری است [۲۹] توانسته است با کاربرد مهارت های توجه آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی در بیماران

مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، زمینه ی مناسبی را برای تغییر این افراد فراهم سازد و در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی با تکیه بر بنیاد های 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 آن ها می کاهد و با تغییر رفتار این بیماران که حتی بدون ارتباط با میزان غیر انطباقی بودن آن ها 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 در آورند. می توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک، با افزایش توانمندی های مراجع از طریق آموزش مهارت های جدید با مهارت هایی که به طور مؤثر 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 فراهم نموده است [۲۰] به عنوان نتیجه گیری می توان گفت که بهترین موضع مداخله در درمان اختلال شخصیت مرزی، رفتار درمانی دیالکتیکی است که به طور موفقیت آمیزی در درمان افراد مرزی مورد استفاده قرار

برای به پایان رساندن درمان برای بسیاری از بیماران مرزی و گفتن خداحافظ مشکل می باشد؛ لذا درجلسات پایانی مهارت های لازم در این زمینه و موضوع فقدان با این بیماران بکار برده شود.

خانواده درمانی و آموزش مهارت ها به خانواده ها (بویره درندامتگاه ها) می تواند به شدت مفید واقع باشد و جهت نتیجه گیری قطعی نمونه های گسترده تر و پیگیری بلند مدت تر استفاده و اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر روی سایر اختلالات نیز مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- 1- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM5, 5th ed. Arlington: American psychiatric. 2013.
- 2- American psychiatric Association, Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM4, 4th ed. Arlington: American psychiatric. 2000.
- 3- Shoja S. treatment of Borderline Personality Disorder with olanzapine. Arch of iran. Med. 2006, 4: 403-5.
- 4- Arntz A and Hnnie V . Schema therapy for Borderline personality Disorder. wiley- blackwell. A John Wiley and Sonns, Ltd, Publication. 2009.
- 5- Judd P & Glashan T. A developmental Model of Borderline personality disorder: understanding variations in course and outcome. Washington, DC: American Psychiatric publishing Inc. 2003.
- 6- jebreily sh, babapoor j; Mahmud Aliluo M. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Borderline Personality Disorder Symptoms. j clin. psychol. 2013; 3(11): 121-37. [Persian].
- 7- Mazaheri M; Borjali A; Ahadi H; Golshani F. 2008; [Persian]. www.sid.ir.
- 8- Oldham J, Gabbard M, Goin M, Gunderson j, Soloff P, Spiegel D, et al. 2001. practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder, practice section of the ApA cited 2009; Available from : <http://www.psych.org> .
- 9- Araste M, Sharifee B. The prevalence rate of psychiatric disorders among prisoners of the central prison in sanandaj city; fundam. Ment Health. 2008; 4(40): 311-16. [Persian].
- 10- shakeri J, Hosini m, sadeghi kh, rashidi A, ahannavard M . Epidemiology of personality disorders in drug-related prisoners in Kermanshah central prison. sc forensic med. 2007; 13(3): 158-63. [Persian].

۳- در کار با بیماران مرزی خانواده درمانی و یا درگیر کردن همسر بیمار می تواند در کاهش در هم تنیدگی، احترام به مرزها و تسهیل فردیت مفید واقع شود.

گرفته، هرچند نتیجه گیری قطعی خصوصا در ایران با توجه به تفاوت های فرهنگی به مطالعات بیشتری نیاز دارد. همان گونه که مشخص گردید پژوهش های زیادی به بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک در درمان ابعاد مختلف اختلال شخصیت مرزی پرداخت اند، اما در رابطه با محیط ندامتگاه و درمان اختلال شخصیت مرزی در این محیط ها کمتر پژوهش به چشم می خورد و باید متذکر گردید که نوع خدمات درمانی که در ندامتگاه ارائه می گردد از دو حیث بسیار باید مورد توجه قرار گیرد؛ این که پروتکل درمانی به گونه ای باشد که با شرایط ندامتگاه و مددجویان قابل انطباق باشد و همچنین ضرورت دارد که افرادی که به هر نحوی در ارائه خدمات با مددجویان ارتباط دارند از لزوم چنین برنامه هایی آگاه شوند.

مهمترین محدودیت های این پژوهش عبارتند از این که یافته های این پژوهش بر پایه ی تعداد مراجعان اندکی قرار داشته و باید در تعمیم این داده ها احتیاط کرد، فراهم نبودن شرایط، زمان و تسهیلات لازم باعث شد نتوان در این طرح خانواده درمانی را گنجاند، زمان پیگیری کوتاه مدت، ارائه ی اطلاعات ناقص و یا عدم تمایل برخی از مددجویان ندامتگاه جهت شرکت در طرح؛ حجم زیاد پرسش نامه ها و مصاحبه ها باعث می شود پاسخ دهنده رغبت چندانی نشان ندهد و در نهایت عدم مقایسه اثربخشی این روش درمانی را با سایر رویکردهای درمانی.

در نهایت پیشنهاد می شود که در کار با بیماران مرزی، بر اساس اصول رفتار درمانی دیالکتیک درمان همزمان به صورت فردی و گروهی انجام شود و حتی الامکان در کاربرد DBT درمانگر فردی با درمانگر گروهی متفاوت باشد^۲ و

- ۱- چون توافق عمومی بر آن است که گروه درمانی مزایایی نسبت به درمان فردی دارد. به ویژه این که گروه می تواند انتقال های شدیدی که ممکن است متوجه درمانگر فردی باشد را تضعیف نماید و از طرف دیگر، عواطفی مثل خشم، تضعیف شده و به سوی سایر اعضای گروه معطوف می شوند. برای بیماران مرزی، پذیرش پس خوردن و رویارویی از طرف سایر اعضای گروه راحت تر از فرد درمانگر است و علاوه بر این گروه فرصت هایی برای شناخت و تسلط بر دفاع های مرزی مثل دونیم سازی و همانندسازی فرافکنانه فراهم می آورد [۲۵]. آنچه که پژوهشگر در مطالعات صورت گرفته در ایران ملاحظه نمود کاربرد رفتار درمانی دیالکتیک بصورت فردی در بیماران مرزی است که چندان مطابق اصول رفتار درمانی دیالکتیکی نیست.
- ۲- آموزش مهارت ها معمولا در یک زمینه گروهی فراهم می شود و ایدآل این است که توسط فردی غیر از درمانگر فردی انجام گیرد [۲۵].

- 25- Afkham A, bahrami F, fatehizade M . To investigate the relationship between absolution and marital conflict in family .j fam Res. 2007; (9): 431-42. [Persian].
- 26- soler j, Elices M, pascual j, blanco A, soler A. carmona c, and portella . Effect of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder. borderline personality disorder and Emotion dysregulation . 2016; (3): 1-10.
- 27- Gado A . the Efectiveness of dialectical behavior therapy on reducing symptoms of borderline personality disorder. J soc Sci. Hum. 2016; (6): 47-51.
- 28- Barnicot K, Gonzalez R, Mccabe R, priebe S. Skill use and common treatment processes in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. j Behav Exp. 2016; (52): 147-56.
- 29- Rizvi SL and Thomas Ms. dialectical behavior therapy. Rutgers university,Piscataway. Nj ,usa. 2016; (2): 41-5.
- 11- Mahmud aliluo M;Sharifi M ;borderline personality disorder ;Arjomand publication. 2012; [Persian].
- 12- Christoph .k, Susanne.H, Michael.A, Soren.k . Effectiveness, response, and dropout of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. j behave res. thrapy. 2013; 51: 411-16.
- 13- zargarani N.Compare the effectiveness of the training process model based on emotion regulation gross clinical symptom and functioning regulation strategies to prevent adolescent girls with BPD in adolescents with ADHD; A Thesis Submitted for the B.A Degree .Ferdowsi university of Mashhad Faculty of Education and Psychology. 2011; [Persian].
- 14- Lynch.T, William .T.T, Nicholas.S, and Linehan.M.M . Dialectical Behavior therapy for borderline Personality Disorder. Annu. Rev. Psychol. 2007; 3: 181-205.
- 15- Michaela A.Swales and Hedi L.heard . dialectical Beahviour therapy. London and NewYourk. 2009.
- 16- Mahmud aliluo M,Sharifi M,Dialectical Behaviour Therapy.Tehran university publication. 2011. [Persian].
- 17- Yalom D, Leszcz I .The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York, Basic Books ion. 2012.
- 18- Mohamadkhani p, jokar a, tamanaifar sh . Tehran :Danje publication. 2010. [Persian].
- 19- Salavaty M. Most schemas and schema therapy efficacy in patients with borderline personality disorder.psychology doctoral dissratation ;Tehran univ. of Med. Sci. 2007. [Persian].
- 20- Lotfi kashani F;vaziree sh. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Borderline Personality Disorder Symptoms.Thought behav clin Psychol. 2013; 7(28): 27-36. [Persian].
- 21- Linehan ,MM, Lomtois ,KA, Murray , AM, Brown ,MZ, Gallop ,Rj, Heard ,HH. etal. tow-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs.therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder . Arch Gen. psychiatry . 2006 ; (63): 757-66.
- 22- Clarkin j, Levy F, Lenzeweger K and Kernaberg f . Evaluating three treatments for borderline personality disorder:A multiwave study,American. j psychiatry .2007 ;(164):922
- 23- Loriea R, Jennifer Sc, Juliet N. Dialectical Behaviour therapy in an intensive out patient program with a mixed-Diagnostic sample. j clin psychol . 2012; (3): 221-35.
- 24- Soler J, Pascula JC, Barrachina J, Alvaraez ,E and perez V. Double blind placebo controlled study of dialectical behaviour therapy pluse olanzapine for borderline personality disorder. am j psychiatry. 2005; (162):1221-4.



پرویشگاه علوم انسانی ومطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Borderline Personality Disorder Symptoms of prisoners

Vakili, J. M.A., Kimiaee, S.A. *Ph.D., Salehi-Fadardi, J. Ph.D.

Abstract

Introduction: The purpose of this research was to examine the effectiveness of dialectical behavior therapy on Borderline Personality Disorder (BPD) symptoms on male prisoners of Chenaran prison.

Method: This study was quasi-experimental design with pre-test and post-test and control group. The study population consisted of all prisoners of Chenaran prison that 30 prisoners were chosen who were volunteers and meet the inclusion and exclusion criteria then were assigned randomly into control and experimental groups. The experimental group received individual sessions and group training. Assessment measures were administered at 4 stages; pretest, 3 months after treatment, posttest and follow up. Tools includes semi-structured clinical interview (SCID-2) and BPD severity Index. Data were analyzed by using mixed analysis of variance.

Results: The results of mixed analysis of variance indicated that control group in compared with experimental group showed significant reductions in BPD symptoms, especially in excitement instability; however, except for avoidant symptoms abandonment, problems with inter-personality relation & paranoid ideation showed no change.

Conclusion: The present research showed that dialectical behavior therapy can be effective on reducing of borderline personality disorder and this impact is persistent until follow-up.

Keywords: dialectic behavior therapy, borderline personality disorder.



*Correspondence E-mail:
Kimiaee@um.ac.ir