

رفتاردرمانی دیالکتیکی و اختلال شخصیت مرزی: مطالعه مروری

Dialectic Behavioral Therapy and Borderline Personality Disorder: A Review Study

Masomeh Sayadi

M.A. in Family Counseling Tehran University
m.sayadi1990@gmail.com

معصومه صیادی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران

Abstract

Borderline personality disorder is a complicated problem in mental health domain which is characterized by intense negative emotions, identity disorder, impulsive behaviors, and instability in interpersonal relationships. Various therapeutic actions have been used based on the etiology of this disorder. Dialectic behavioral therapy is one of such actions, which has been developed by Marsha Linhan (1993). Dialectic behavioral therapy is a cognitive-behavioral therapy, targets emotional impulsivity and has caused considerable improvements in patients. The present paper is a review study which has considered practical research and studies on the effect of dialectic behavioral therapy on borderline personality disorder. Based on theoretical and research basics, it can be said that dialectic behavioral therapy is a promising intervention for borderline personality disorder. However, to increase efficiency, using this therapeutic approach in bigger populations with borderline personality disorder and other personality disorders with longer follow-up periods is recommended.

Keywords: Dialectical Behavioral Therapy, Borderline Personality Disorder, Review Study

چکیده

اختلال شخصیت مرزی یکی از مشکلات پیچیده مربوط به حیطه سلامت روان است که با مشخصه‌هایی چون هیجانات منفی شدید، اختلال هویت، رفتارهای تکانش‌گرانه و ناپایداری در روابط بین‌فردی شناخته می‌شود. اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته و از بین این درمان‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی که توسط مارشا لینهان در سال ۱۹۹۳ مطرح شده است باعث بهبودی زیادی شده است. این درمان جزو درمان‌های شناختی‌رفتاری بوده و بی‌ثباتی عاطفی و تکانشگری را هدف قرار داده است. روش پژوهش حاضر از نوع مروری است و دربرگیرنده مقالات و مطالعات کاربردی در زمینه رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی است. بر اساس مبانی نظری و پژوهشی می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی یک مداخله امیدبخش برای درمان اختلال شخصیت مرزی است؛ با این حال برای کارایی بیشتر، به‌کارگیری این روش درمان بر روی جمعیت بزرگ‌تر دارای اختلال شخصیت مرزی و سایر اختلالات شخصیت، با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، اختلال شخصیت مرزی، مطالعه

مروری

ویرایش نهایی: دی ۹۸

پذیرش: دی ۹۸

دریافت: تیر ۹۷

نوع مقاله: مروری

مقدمه

از اواسط قرن بیستم، روان‌درمانی دچار سه تحول اساسی شد: ابداع رفتاردرمانی^۱ در دهه ۱۹۵۰؛ ابداع شناخت درمانی^۲ توسط آرون بک^۳ در دهه ۱۹۷۰؛ ادغام این دو روش در رفتاردرمانی شناختی^۴ که درمان مشهور و پرکاربرد معاصر است (اوست^۵، ۲۰۰۸). بین ده تا پانزده سال گذشته، شاهد ظهور موج سوم رفتاردرمانی و شناخت درمانی بودیم که فنون ذهن آگاهی و پذیرش را در برمی‌گیرند (هیز^۶، ۲۰۱۶). رفتاردرمانی دیالکتیکی^۷، یکی از درمان‌های موج سوم است. تحقیقات نشان می‌دهد که این روش، در درمان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی^۸ که در تنظیم هیجانات خود مشکل دارند، بسیار مؤثر است (ون دایک^۹، ۲۰۱۳؛ ترجمه نجم آبادی زاده و پیرامن، ۱۳۹۶).

¹ behavior therapy

² cognitive therapy

³ Aron Beck

⁴ cognitive behavioral therapy

⁵ Ost

⁶ Hayes

⁷ dialectic behavioral therapy

⁸ borderline personality disorder

⁹ Van Dijk

نظریه زیستی اجتماعی اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودپنداره، عواطف و تکانشگری بارز است و به‌وسیله حداقل پنج مورد از مواردی که در ادامه می‌آیند مشخص می‌شود: (۱) انجام تلاش‌های سراسیمه برای اجتناب از ترک شدن، (۲) روابط بین‌فردی ناپایدار، (۳) اختلال و آشفتگی در هویت، (۴) تکانشگری خودآسیب‌رسان، (۵) رفتارهای خودکشی و شبه‌خودکشی، (۶) بی‌ثباتی در حالت عاطفی، (۷) احساس پوچی مزمن، (۸) خشم و (۹) بروز افکار پارانویید یا حالت‌های تجزیه‌ی گذرا (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، ۲۰۱۳). این اختلال شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روان‌پزشکی است (بارلو و دوراند^۲، ۲۰۱۱). طبق گزارش مطالعات انجام‌شده، شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۱ تا ۲ درصد و میزان خودکشی در افراد مبتلا به آن حدود ۱۰ درصد است (استون^۳، ۱۹۹۳). اکثر افراد مبتلا به این اختلال در دوره سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، به این اختلال تشخیص داده می‌شوند؛ هم‌چنین دوسوم کل جمعیت بیماران اختلال شخصیت مرزی را زنان تشکیل می‌دهند (گاندerson^۴، ۲۰۰۹).

لینهان^۵ در سال ۱۹۹۳ نظریه زیستی اجتماعی خود را برای کمک به شناخت و درمان اختلال شخصیت مرزی عرضه کرد. بر اساس نظریه زیستی اجتماعی لینهان (۱۹۹۳ الف)، بد تنظیمی هیجانی از آمادگی زیستی و تعامل فرد با محیط ریشه می‌گیرد (میلر، راتوس و لینهان^۶، ۲۰۰۸). تحقیقات بسیاری نشان می‌دهد برخی افراد از بدو تولد، حساس‌تر از دیگران هستند؛ اما بدان معنا نیست که همه افرادی که با ویژگی حساسیت هیجانی به دنیا می‌آیند، بی‌تردید دچار اختلال شخصیت مرزی می‌شوند. این فقط یک بخش از معادله است؛ بخش دیگر محیطی است که فرد در آن بزرگ می‌شود. مشکلات زمانی آغاز می‌شود که فردی با آسیب‌پذیری زیستی، به محیطی کاملاً نامعتبر ساز^۷ نیز وارد می‌شود (لینهان، ۱۹۹۳ الف).

مفهوم دیالکتیک

لینهان معتقد است که فهم فلسفه و تئوری زیربنایی رفتاردرمانی دیالکتیکی حائز اهمیت است چراکه تعیین‌کننده نگرش درمانگر به رنج بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. لینهان معتقد است که اصطلاح دیالکتیک به این عقیده اشاره دارد که حقیقت، نتیجه تنش دائمی بین اهداف با موضوعات مختلف است. هر اتفاقی که تزا^۸ نامیده می‌شود گرایشی به تولید یک نیروی مخالف خود دارد (که آنتی‌تزا^۹ نامیده می‌شود) و تضاد میان اهداف و اندیشه‌ها از طریق خلق یک اتفاق جدید (که سنتز^{۱۰} نامیده می‌شود)، برطرف خواهد شد. لینهان از این اصطلاح برای اشاره به واقعیت بیمار شخصیت مرزی استفاده می‌کند تا بگوید که لازم نیست جهان و حقیقت جهان را به دو بخش کاملاً سیاه‌وسفید دو تکه کند، بلکه می‌تواند به سنتزی از اهداف و موضوعات متضاد برسد؛ یعنی به‌جای اینکه دوست، معشوق یا همسر کاملاً بد (تزا)، یا کاملاً خوب (آنتی‌تزا) فرض یا تصور شود، می‌تواند انسانی با مجموعه‌ای از ویژگی‌های مثبت و منفی در نظر گرفته شود (سنتز). (هارند^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۸).

مفهوم دیالکتیک دارای سه اصل اساسی است. اصل اول می‌گوید همه چیزها هم‌بسته و به‌هم‌پیوسته هستند. این عقیده به ما کمک می‌کند که به اهمیت رویکرد سیستمی کامل برای شناسایی و مدیریت تغییر پی ببریم. هم‌چنین به ما یادآوری می‌کند که کنش‌ها و واکنش‌های مراجع، بر درمانگر تأثیر می‌گذارد، درمانگر نیز بر مراجع تأثیر می‌گذارد و الی‌آخر (فینبام^{۱۲}، ۲۰۰۷)، اصل دوم می‌گوید واقعیت ایستا نیست، بلکه در فرایند تغییر مستمر قرار دارد (هرد و سوالز^{۱۳}، ۲۰۱۶). اصل سوم می‌گوید حقیقت (که همیشه در تحول است) را می‌توان با تلفیق یا ترکیب دیدگاه‌های متفاوت (و احتمالاً مخالف) به دست آورد. البته این عقیده با تفکر سیاه‌وسفید که در مبتلایان به بدتنظیمی هیجانی عمومیت دارد، در تضاد است (لینهان، ۱۹۹۳ الف).

¹ Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

² Barlow & Durand

³ Stone

⁴ Gunderson

⁵ Linhan

⁶ Miller, Rathus & Linehan

⁷ invalidating environment

⁸ thesis

⁹ antithesis

¹⁰ synthesis

¹¹ Harned

¹² Feigenbaum

¹³ Heard & Swales

بتمن و فوناگی^۱ (۲۰۰۵)، معتقدند که جنبه‌های دیالکتیکی رفتاردرمانی دیالکتیکی، همپوشی فراوانی با برخی از ایده‌های روان‌پویشی^۲ درباره اختلال شخصیت مرزی دارد؛ چراکه مفهوم دیالکتیک با مدل‌های روابط شیء^۳ دارای مشترکاتی است. برای مثال ری^۴ (۱۹۷۹)، معتقد است بیماران مرزی بین مرحله ادیپال^۵ و پیش ادیپال^۶، حالات سایکوتیک^۷ و نوروتیک^۸، بین زن و مرد، بین موضع پارانویید - اسکیزوئید^۹ و موضع افسرده‌وار، بین ترس از شیء و نیاز به شیء، بین درون و برون، و بین ذهن و بدن، گیر افتاده‌اند. در واقع هسته اصلی مشکل در اختلال شخصیت مرزی، تعارض بین نیاز به ارتباطات نزدیک (که با ترس از رهاشدگی همراه می‌شود) از یک‌سو و کناره‌گیری از صمیمیت، از سوی دیگر است. در رفتاردرمانی دیالکتیکی، تداوم تعارض‌های این‌چنینی، یک شکست دیالکتیکی تلقی می‌شود؛ زیرا دیدگاه‌ها، آرزوها و امیال متضاد، هنوز به مرحله سنتز نرسیده‌اند (به نقل از بتمن و فوناگی، ۲۰۰۵).

اهداف درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی

اهداف درمانی در رفتاردرمانی دیالکتیکی به شرح زیر است:

۱: کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی

هدف اول در رفتاردرمانی دیالکتیکی، کنترل رفتارهای خودکشی‌گرایانه است که مستقیماً بر اساس مؤلفه‌های جدی اندیشه‌پردازی خودکشی و رفتارهای شبه‌خودکشی^{۱۰} منطبق با DSM به کار برده می‌شود؛ مانند اعمال آسیب‌رسانی عمدی شامل اقدام به خودکشی و رفتار جرح خویشتن. توجه اولیه به رفتارهای خودکشی‌گرا، به دلیل ارتباط آن‌ها با خودکشی‌های بعدی ضروری است. ۱۲ ماه پس از یک اپیزود خودزنی، احتمال خودکشی بین ۵۰ تا ۱۰۰ برابر بیشتر می‌شود. همچنین ۵۰٪ کسانی که با خودکشی مرده‌اند، سابقه خودزنی داشته‌اند که این عدد در مورد نوجوانان حدود ۷۵٪ است (میلر و همکاران، ۲۰۰۸)؛ بنابراین، جرح خویشتن، ممکن است خیلی جدی و فوری به نظر نیاید، اما ارتباط آن با خودکشی و آسیب تصادفی یا مرگ، موجب می‌شود که قسمتی از هدف اولیه درمان قرار بگیرد (میلر و همکاران، ۲۰۰۸).

۲: کاهش رفتارهای مخل درمان

پس از کم شدن رفتارهای خودکشی‌گرایانه، درمانگر با هدف دوم مواجه می‌شود؛ یعنی رفتارهایی که با روند درمان تداخل می‌کنند. چنین رفتاری به هرگونه پاسخ از سوی درمانگر یا بیمار اطلاق می‌شود که هدایت و مسیر ادامه درمان را مورد تهدید قرار می‌دهد. اندیشه بنیادی، از این قرار است که چنانچه بیمار به‌طور منظم برای درمان مراجعه نکند، درمان مؤثر واقع نخواهد شد. لینهان معتقد است که رفتارهای مخل درمان اغلب انعکاسی از الگوهای رفتاری تعمیم‌یافته بیمار و درمانگر است (میلر و همکاران، ۲۰۰۸).

۳: کاهش رفتارهای مخل کیفیت زندگی

این رفتارها مستقیماً موجب تهدید زندگی نمی‌شوند، اما کیفیت زندگی را تهدید کرده و مانع شانس و فرصت بیمار برای رسیدن به یک زندگی سطح بالاتر می‌شوند؛ بنابراین، راهبرد اول در برخورد با چنین رفتارهایی، تعهد به تغییر است. اینکه چه رفتارهایی مختل‌کننده کیفیت زندگی بیمار هستند، مسئله‌ای است که میان بیمار و درمانگر به بحث گذاشته می‌شود (میلر و همکاران، ۲۰۰۸).

۴: افزایش مهارت‌های رفتاری

آموزش مهارت‌های بین‌فردی، مهارت‌های تحمل پریشانی (رنج)، مهارت‌های تنظیم هیجان و مهارت‌های ذهن‌آگاهی، از جمله مهارت‌های رفتاری هستند. برای مثال، مهارت‌های ذهن‌آگاهی شامل این موارد است: مشاهده کردن، شرح و توصیف حالات هیجانی، دیدگاه قضاوتی نداشتن و تمرکز بر آنچه در یک موقعیت خاص کارا و مؤثر است. با توجه به اینکه تحریک‌پذیری هیجانی مشخصه عمده

¹ Bateman & Fonagy

² psychoanalytic ideas

³ object relationship models

⁴ Rey

⁵ oedipal stage

⁶ pre-oedipal

⁷ psychosis

⁸ neurotic

⁹ paranoid-schizoid

¹⁰ Para suicidal behavior

اختلال شخصیت مرزی است، لذا آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، نقشی اساسی در درمان این اختلال دارد. مسئله دیگر که نقش مهمی دارد، آموزش تحمل پریشانی است که بیمار را جهت پذیرش و کنار آمدن با محیط و هیجانات دردناک، به صورت هم‌زمان آماده می‌کند. بنابراین، یک عمل دیالکتیکی میان دو گروه از مهارت‌ها صورت می‌گیرد. تحمل پریشانی، مربوط به توانایی دیدن و آگاهی داشتن از هیجانات، افکار و محیط، بدون اقدام به تغییر و یا کنترل هرگونه عامل است. آموزش تحمل پریشانی به بیمار می‌آموزد تا هیجانات و محیط پیرامون فعلی خود را با نگاهی عاری از قضاوت بپذیرد. درمانگر می‌بایست این نکته را برای بیمار روشن سازد که تحمل پریشانی به معنای رها کردن و یا بی‌تفاوت بودن نسبت به موقعیت نیست، بلکه در بسیاری از موقعیت‌ها تحمل ناراحتی و پریشانی، نهایتاً به نتیجه دلخواه منجر خواهد شد. خزانه رفتاری بیمار مرزی، اغلب شامل مهارت‌های اجتماعی ضروری جهت دیدن و صحبت کردن با مردم است، بنابراین بیمار از نظر اجتماعی باکفایت به نظر می‌رسد، اما مهارت‌های مقابله‌ای برای حل تعارض‌های میان‌فردی یا وجود ندارد و یا به‌واسطه ترس، مورد بازداری واقع شده است. آموزش مهارت‌های بین‌فردی و مهارت‌های حل‌مسئله، شرایط ایجاد روابط پایدار را فراهم می‌کنند. مهارت‌های مدیریت خود، گروه‌های جمعی از مهارت‌هاست که بیمار را قادر می‌سازد تا توانایی‌های مخصوصی را کسب کرده و آن‌ها را حفظ نماید. یادگیری تعیین اهداف واقع‌بینانه و تحلیل رفتاری، از جمله این توانایی‌هاست (علیلو و شریفی، ۱۳۹۰).

۵: کاهش فشار روانی پس از سانحه

تحقیقات زیادی شیوع فشار روانی پس از سانحه و تظاهرات آن را در جمعیت مرزی مورد کاوش قرار داده‌اند. در بسیاری از مطالعات، بر روی سوءاستفاده‌های جنسی، چه در کودکی و چه در بزرگسالی، به‌عنوان یک واقعه تروماتیک اولیه تمرکز می‌شود. به یک دلیل کاملاً ساده، کاهش فشار روانی پس از حادثه، پنجمین هدف درمان انتخاب شده است: اگر قرار است درمان علامتی فشار روانی پس از حادثه با موفقیت همراه باشد، بیمار اول باید زنده بماند، امنیت داشته باشد و توانایی ادامه درمان در او تقویت شود. از طریق تمرکز بر رفتارهای مخرب زندگی و محل درمان، بیمار مهارت‌هایی را کسب می‌کند که وی را جهت مقابله مؤثر با فرایند حل‌وفصل گذشته تروماتیک، کمک می‌کند (بوهاس^۱ و همکاران، ۲۰۱۳؛ ویت‌هافت، براگمن، وایت و دایر^۲، ۲۰۱۵).

۶: افزایش احترام به خویشتن

احترام به خویشتن، شامل پرورش جنبه‌های گوناگون مثبت خود، مثل احترام به خود، اعتماد به خود و آرام کردن یا تسکین خود می‌شود. این هدف بر روی توانایی بیمار جهت دوست داشتن، اعتماد به حس خود^۳ و اعتماد به هیجان‌ها و رفتارها متمرکز می‌شود. احترام به خود، عزت‌نفس و توجه به خویشتن خویش، تحت تأثیر عواملی چون اعتباربخشی، هویت و حس کنترل قرار می‌گیرد. اگرچه موفقیت در تحقق اهداف قبلی، حداقل به سطوح متوسطی از خوداعتباردهی و کنترل خویشتن منجر می‌شود، باین حال، بسیاری از بیماران، زمانی که درمی‌یابند هیچ لزومی ندارد هویت خودشان را برحسب حالات هیجانی، رفتارها یا برجسب‌های تشخیصی تعریف کنند، درباره مسائل مربوط به هویت، همچنان گیج و آشفته باقی می‌مانند. «اعتماد به خویشتن» به‌گونه‌ای کاملاً معنادار در تعامل با «احترام به خویشتن» قرار می‌گیرد. مهارت‌آموزی و اعتباربخشی توسط درمانگر، حس اعتماد به خود بیمار را به‌واسطه کسب این احساس که وی (درمانگر) دقیقاً محیط اطرافش را درک می‌کند، افزایش می‌دهد. علاوه بر این، نائل آمدن به اهداف فردی، حل‌وفصل احساس‌های بی‌کفایتی و دستیابی به احساس‌های رهایی و شادکامی، از دیگر آماج درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی هستند (لینهان، ۱۹۹۳ الف).

آموزش مهارت‌ها در رفتاردرمانی دیالکتیکی

۱: مهارت‌های ذهن‌آگاهی

از آنجا که مهارت‌های ذهن‌آگاهی قلب رفتاردرمانی دیالکتیکی را تشکیل می‌دهند، گاهی اوقات تحت عنوان مهارت‌های مرکزی (اصلی) از آن‌ها یاد می‌شود. لینهان، ذهن‌آگاهی را به قسمت‌های کوچک‌تر تقسیم می‌کند تا مراجعین بتوانند به‌آسانی مفهوم آن را درک کنند و در زندگی خود بگنجانند. هدف آگاهی در درمان اختلال شخصیت مرزی، کاهش سردرگمی درباره خود است؛ اما ذهن‌آگاهی به شیوه‌های دیگری هم می‌تواند کمک کند. افزایش خودآگاهی، به مراجعین کمک می‌کند که از افکار، هیجانات و تکانه‌های خودآگاه شوند و به‌تدریج بیاموزند که آن‌ها را مؤثرتر مدیریت کنند (لینهان، ۱۹۹۳ ب).

¹ Bohus

² Witthöft, Borgmann, White & Dyer

³ sense of self

کنند که در برابرشان ناتوان‌اند و می‌آموزند که آن دسته از تجربه‌های درونی را درک کنند که نباید بر اساس آن‌ها عمل کنند؛ اما می‌توانند آن‌ها را بپذیرند و به تدریج برطرف کنند (لینچ و برونر^۱، ۲۰۰۶).

۲: مهارت‌های کارآمدی بین فردی

هدف این مهارت‌ها، کمک به کاهش آشفتگی‌های بین فردی است که اغلب در زندگی بیماران وجود دارد. این آشفتگی‌ها اغلب درباره چگونگی جسور بودن است. به بیماران آموزش داده می‌شود که به این فکر کنند که می‌خواهند از تعامل بین فردی چه چیزی به دست آورند و سپس آن‌ها مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند که احتمال رسیدن به این اهداف را برایشان بیشتر می‌کند (علیلو و شریفی، ۱۳۹۰).

۳: مهارت تحمل پریشانی (رنج)

این مهارت، ترکیبی از مهارت‌های استاندارد رفتاردرمانی شناختی و اعمال ذن^۲ به‌ویژه، پذیرش رادیکال است. گام‌های اصلی مهارت تحمل پریشانی در سرواژه ACCEPTS خلاصه شده است: فعالیت‌ها^۳، مشارکت^۴، مقایسه^۵، هیجان‌ها^۶، فرونشانی^۷، افکار^۸ و حس‌ها^۹. درواقع، این تکنیک به درمان‌جو کمک می‌کند تا به انجام برخی از فعالیت‌ها (مثل، تلفن زدن به یک دوست صمیمی، یا حتی مرتب کردن اتاق)، مشارکت در برخی از کارها (مثل، کوک کردن به دیگری، غافلگیر کردن یک دوست از طریق خرید هدیه)، مقایسه خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند، ایجاد تعمدی هیجان‌های مثبت (مثل، دیدن فیلم)، فرونشانی موقتی شرایط دردناک (مثل، کشیدن یک دیوار خیالی بین خود و مشکلات)، جایگزین کردن افکار و تقویت سایر حس‌ها (مثل، فشردن قطعه‌های یخ یا شنیدن موسیقی با صدای بلند) حواس برگردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد (مک‌کی، وود و برنتلی^{۱۰}، ۲۰۱۰؛ ترجمه حمیدپور و جمعه‌پور، ۱۳۹۱).

۴: مهارت تنظیم هیجانی

می‌توان از موسیقی یا کلیپ‌های تصویری برای تحریک واکنش‌های هیجانی، حالات خلقی، احساس‌های بدنی و مواردی از این دست استفاده کرد. سپس از اعضای گروه خواسته می‌شود تا به‌صورت غیر قضاوتی، کلیپ را تماشا کنند یا موسیقی را بشنوند و در واکنش به کلیپ یا موسیقی، توجه خودشان را مستقیماً به تجربه‌های درونی معطوف کنند. سپس همین تمرین با کلیپ یا موسیقی بسیار متفاوت دیگری تکرار می‌شود و بازهم از اعضای گروه خواسته می‌شود تا مشاهدات غیر قضاوتی خود و همچنین توصیفاتشان را از هیجان‌هایی که تجربه کردند، به اشتراک بگذارند. در واقع، باید افکار، اعمال، احساس‌های بدنی و امیالی را که می‌آیند و می‌روند، به اشتراک بگذارند (لینهان، ۲۰۱۴).

رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی

برخلاف پژوهش‌های وسیعی که پیرامون ماهیت اختلال شخصیت مرزی انجام شده، مطالعات محدودی درباره روش‌های درمانی این اختلال صورت گرفته است (بارلو و دوراند، ۲۰۱۱). رفتاردرمانی دیالکتیکی، اولین نوع روان‌درمانی برای اختلال شخصیت مرزی بود که در آزمایش‌های بالینی محک زده شد. آزمایش اولیه، یک سال طول کشید و در آن، رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان رایج مقایسه شد. نتیجه این بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی روش مناسب‌تری به‌ویژه برای کاهش آسیب زدن به خود، مصرف بیش از اندازه مواد و بستری شدن در بیمارستان روانی است (لینهان، سوارز و آلمن^{۱۱}، ۱۹۹۱). پس از آزمایش اول، مطالعات دیگری انجام شد و یافته‌های مشابه به دست آمد (کانز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۱؛ ورهیل^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۳). به‌علاوه، در سال ۲۰۰۶ لینهان و همکارانش، مطالعه دیگری انجام دادند و این بار، رفتاردرمانی دیالکتیکی برای شخصیت مرزی را با روش درمانی جامعه متخصصان مقایسه کردند. این درمانگران به درمان اختلال شخصیت مرزی علاقه‌مند بودند و از روشی استفاده می‌کردند که غیررفتاری و بیش‌تر، روان‌پویشی بود. این مطالعه نیز نشان داد که

¹ Lynch & Bronner

² Zen

³ activities

⁴ contributing

⁵ comparison

⁶ emotions

⁷ pushing away

⁸ thoughts

⁹ sensations

¹⁰ McKay, Wood & Brantley

¹¹ Linehan, Suarez & Allmon

¹² Koons

¹³ Verheul

رفتاردرمانی دیالکتیکی، روش درمانی مناسب‌تری است و میزان خودکشی و بستری شدن در بیمارستان را کاهش می‌دهد. در پژوهش دیگری، نیکشیو، لینگو، هارند، رزوی و لینهان^۱ (۲۰۱۴)، به مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان اجتماعی توسط متخصصان، بر تغییر تجربه‌های هیجانی، بیان تجارب منفی و پذیرش این تجارب (رنج) در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی پرداختند. ۱۰۱ نفر از افرادی که گرایش‌های خودکشی و یا خود آسیب زنی داشتند به صورت تصادفی در این دو گروه درمانی تقسیم شدند و یک سال تحت درمان قرار گرفتند و یک سال هم مطالعات پیگیری این تحقیقات به طول انجامید. نتایج حاصل از تحلیل‌های آماری نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش اجتناب از بیان احساسات و بیان خشم به‌گونه‌ای کارآمد، مؤثرتر از درمان اجتماعی توسط متخصصان بوده است. در تعدیل احساس گناه، شرم و اضطراب، تفاوتی بین دو گروه، مشاهده نشد. نتایج این پژوهش‌ها با پژوهش وندن بوش، سیناوی، هاگارت ونروجن و ونفورت^۲ (۲۰۱۴)، سولز، هیبز، براینک و هاستینگز^۳ (۲۰۱۶) و بیرنه و اگان^۴ (۲۰۱۸) همسو هستند. در ایران نیز در پژوهشی که جبرئیلی، باباپور خیرالدین و علیلو (۱۳۹۲)، انجام دادند، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بررسی شد. این پژوهش از نوع تک‌موردی بود و با استفاده از طرح خطوط چندگانه پلکانی طی ۲۰ جلسه بر روی دو بیمار و با دوره پیگیری یک‌ماهه صورت گرفت. یافته‌ها حاکی از تغییرات معنادار و قابل توجه در کاهش نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای تکانشی و احساس پوچی بیماران مرزی است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های گلشنی، نظری، برجعلی و احدی (۱۳۸۹)، لطفی کاشانی و وزیری (۱۳۹۲)، آقاییوسفی، ترخان و قربانی (۱۳۹۴)، آقاییوسفی، اورکی، قربانی و مهدیه (۱۳۹۵)، وکیلی، کیمیایی، صالحی (۱۳۹۵)، شیخ سجادیه و آتش‌پور (۱۳۹۶)، ملک‌زاده، حقیقی و موحد زاده (۱۳۹۷) و مک‌وند حسینی، آذرفر و صباحی (۱۳۹۸) هم‌خوانی دارد.

بحث و نتیجه گیری

رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان پیچیده‌ای است؛ اما این نوع درمان برای بسیاری از اختلالات مؤثر است و به درمان اختلالات دشواری مانند اختلال شخصیت مرزی (شامل بد تنظیمی هیجانی) کمک می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است که بر روی تغییرات رفتاری تمرکز داشته و با پذیرش، دلسوزی و اعتباربخشی درمان‌جویان متعادل شده است. در واقع این رویکرد، همدلی و پذیرش مراجع‌محور را با حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی دیدگاه شناختی رفتاری درهم می‌آمیزد. با توجه به پیشینه قوی نظری و پژوهشی، می‌توان رفتاردرمانی دیالکتیکی را به مشاوران و درمانگران حوزه اختلال شخصیت جهت انجام مداخله‌های درمانی پیشنهاد نمود. متأسفانه در کشور ما پژوهش‌های اندکی بر روی جمعیت اختلال شخصیت مرزی انجام شده است. با توجه به شیوع این اختلال در جمعیت بزرگسال پیشنهاد می‌شود اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک که پژوهش‌های زیادی کاربردی آن را بر روی جمعیت مذکور تأیید کرده‌اند بر روی این جمعیت در کشورمان اجرا گردد.

منابع

- آقاییوسفی، علیرضا؛ اورکی، محمد؛ قربانی، طاهره و مهدیه، ملیحه (۱۳۹۵). تعیین میزان رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش تمایز یافتگی خویشتن در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲۳(۲)، ۶۱-۸۰.
- آقاییوسفی، علیرضا؛ ترخان، مرتضی و قربانی، طاهره (۱۳۹۴). تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۳۴(۱)، ۷۹-۹۷.
- جبرئیلی، شهلا؛ باباپور خیرالدین، جلیل و علیلو، مجید محمود (۱۳۹۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۱)، ۱۲۱-۱۳۸.
- شیخ سجادیه، مرجان و آتش‌پور، سید حمید (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر پریشانی روان شناختی زنان نابارور در شهر اصفهان، *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۶۷)، ۲۹-۲۳.
- علیلو، مجید محمود و شریفی، محمدامین (۱۳۹۰). *رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی*. تهران، انتشارات دانشگاه تهران.

¹ Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi & Linehan

² van den Bosch, Sinnavee, Hakkaart-van Roijen & van Furt

³ Swales, Hibbs, Bryning & Hastings

⁴ Byrne & Egan

- گلشنی، فاطمه؛ نظری، محمدعلی؛ برجعلی، احمد و احدی، حسن (۱۳۸۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی. *مجله تحقیقات روانشناسی*، ۵(۲)، ۱-۲۵.
- لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام (۱۳۹۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۲۸(۷)، ۳۷-۲۷.
- مکوند حسینی، شاهرخ؛ آذرفر، فاطمه و صباحی، پرویز (۱۳۹۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک کوتاه مدت گروهی بر کیفیت زندگی دختران نوجوان با علایم اختلال شخصیت مرزی، *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۳(۲)، ۹۲-۷۹.
- ملکزاده، محمد؛ حقیقی، صادق و موحد زاده، بهرام (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی، در افراد مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۲(۳)، ۳۵-۲۸.
- مک کی، متیو؛ وود، جفری و برنتلی، جفری (۱۳۹۱). *تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی*. ترجمه حسن حمیدپور و حمید جمعه‌پور. تهران، انتشارات جیحون. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۰).
- وکیلی، جواد؛ کیمیایی، سیدعلی و صالحی‌فرددی، جواد. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی زندانیان. *روانشناسی بالینی*، ۳۱(۸)، ۹۷-۱۰۶.
- ون دایک، شری (۱۳۹۶). *رفتار درمانی دیالکتیکی راهنمای گام به گام*. ترجمه جواد نجم آبادی زاده و محمدجواد پیرامن. تهران، انتشارات ارسباران. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۳).

- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Nelson Education.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). *Psychotherapy for borderline personality disorder*: Oxford University Press Oxford.
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Kruger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(4), 221-233.
- Byrne, G., & Egan, J. (2018). A review of the effectiveness and mechanisms of change for three psychological interventions for borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 174-186.
- DSM-5 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16(1), 51-68.
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1068.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 869-885.
- Heard, H. L., & Swales, M. A. (2016). *Dialectical behaviour therapy: distinctive features*. Routledge.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 32(2), 371-390.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® skills training manual*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Linehan, M. M., Suarez, A., & Allmon, D. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Lynch, T. R., & Bronner, L. L. (2006). *Mindfulness and Dialectical Behavior Therapy (DBT): Application with Depressed Older Adults with Personality Disorders*. John Wiley & Sons.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2008). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*: Guilford Press.
- Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 53, 47-54.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behavior research and therapy*, 46(3), 296-321.
- Stone, M. H. (1993). *Abnormalities of personality: Within and beyond the realm of treatment*. WW Norton & Co.
- Swales, M., Hibbs, R. A. B., Bryning, L., & Hastings, R. P. (2016). Health related quality of life for young people receiving dialectical behaviour therapy (DBT): a routine outcome-monitoring pilot. *SpringerPlus*, 5(1), 1137.

Dialectic Behavioral Therapy and Borderline Personality Disorder: A Review Study

- Van den Bosch, L. M., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 152.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140.
- Withöft, M., Borgmann, E., White, A., & Dyer, A. (2015). Body-related attentional biases in patients with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse with and without co-occurring borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 46, 72-77.

