

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

موسی قادرنژاد^۱، مهین اعتمادنیا^۲، فرناز فرشایف مانی صفت^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۳/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۸/۱۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال شخصیت مرزی شایع‌ترین اختلال در بین اختلال‌های شخصیت در محیط‌های روان‌پزشکی محسوب می‌شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

مواد و روش کار: این مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۴۵ نفر از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر ارومیه در سال ۱۴۰۰ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص داده شدند. برای گروه آزمایش اول ۱۲ جلسه ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی و برای گروه آزمایش دوم ۱۲ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیک اجرا شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. از مقیاس شخصیت مرزی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آمارهای توصیفی و آمار استنباطی آنکوا تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات شخصیت مرزی در مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش اول به ترتیب ۳۶/۰۴ و ۲۸/۱۳، در گروه آزمایش دوم به ترتیب ۳۵/۵۶ و ۳۲/۲۰ و در گروه کنترل به ترتیب ۳۶/۷۳ و ۳۶/۰۴ بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین شخصیت مرزی در گروه مداخله ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مقایسه با گروه رفتاردرمانی دیالکتیک به‌تنهایی به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حکایت از آن دارد ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی به‌عنوان رویکردی مؤثر و کارآمد در زمینه کار با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان مبتنی بر ذهنی سازی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره چهارم، پی‌درپی ۱۵۳، تیر ۱۴۰۱، ص ۳۲۳-۳۱۲

آدرس مکاتبه: گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۴۳۳۸۷۲۶۱۳

Email: Etemadi.mahin@gmail.com

مقدمه

زندگی (۶) را از خود نشان می‌دهند و پیامدهای مختلف سلامت روان یا اختلالات روان‌پزشکی مانند استرس درک شده، افسردگی و سوءمصرف مواد را تجربه می‌کنند (۷-۸). همچنین مشخص شده است که میزان خودکشی در میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ممکن است تا ۱۰ درصد باشد که تقریباً ۵۰ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (۹). میانگین شیوع این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۱٫۶ درصد، در مراکز مراقبت‌های اولیه ۶ درصد، در

اختلال شخصیت مرزی شایع‌ترین اختلال در بین اختلال‌های شخصیت در محیط‌های روان‌پزشکی محسوب می‌شود (۱). علائم این اختلال شامل احساسات و روابط بین فردی ناپایدار، مشکلات هویتی، تکانش‌گری، احساس پوچی و بی‌حوصلگی، و همچنین آسیب به خود است (۲-۳). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی معمولاً عزت‌نفس پایین (۴)، تاب‌آوری محدود (۵) و فقدان معنای

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

4. Borderline Personality Disorder

کلینیک‌های سلامت روان سرپایی ۱۰ درصد و در میان بیماران بستری روان‌پزشکی تا ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود (۱۰).

شواهد نظری در ارتباط با اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن، رویکردهای درمانی متفاوتی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال را ارائه می‌دهد؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ (۱۱)، طرح‌واره درمانی^۲ (۱۲)، آگاهی بخشی مبتنی بر شناخت درمانی^۳ (۱۳)، نظام روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل رفتاری شناختی^۴ (۱۴) از جمله این روش‌های درمانی می‌باشند. اما در سال‌های اخیر رفتاردرمانی دیالکتیک بیشترین فراوانی بررسی مداخلات روانی - اجتماعی را برای اختلال شخصیت مرزی داشت و خط مقدم درمان برای اختلال شخصیت مرزی محسوب می‌شد (۱۱). رفتاردرمانی دیالکتیک نوعی روان‌درمانی شناختی رفتاری است. هدف اصلی آن کاهش اعمال غیر مؤثر در ارتباط با هیجانات تنظیم‌نشده و افزایش رفتارهای انطباقی است. بخش زیادی از رفتاردرمانی دیالکتیک صرف آموزش مهارت‌هایی می‌شود که اثربخشی میان‌فردی مراجع را در اختلافات بالا می‌برند و به او در تحمل ناراحتی کمک می‌کنند (۱۵). این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن^۵ که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر (۱۶). در راستای اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک، نتایج نیکسیو و همکاران نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش اجتناب از بیان احساسات و بیان خشم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثربخش است (۱۷). مطالعه دیگری نیز حاکی از اثربخشی این درمان بر کاهش نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای خودکشی‌گرایانه در اختلال شخصیت مرزی بود (۱۸).

یکی دیگر از روش‌های درمانی مؤثر برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی که اخیراً پژوهشگران زیادی به آن توجه کرده‌اند، درمان مبتنی بر ذهنی سازی است (۱۹). این درمان نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فونانگی (۲۰) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ابداع کرده‌اند. این الگوی درمانی، مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: (۱) نظریه دل‌بستگی بالبی و (۲) ذهنی‌سازی (۲۱). فرض اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی این است که کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به بروز علائم اختلال شخصیت مرزی می‌شود

(۲۲). تفاوت این روش نسبت به دیگر درمان‌ها در این است که افراد در این درمان بودن در زمان حال را تجربه خواهند نمود که به آن‌ها این اجازه را می‌دهد جنبه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود را به‌طور بی‌طرفانه قضاوت نمایند (۲۳). کانون اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، کمک به درمان‌جو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند؛ هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۲۴). در همین راستا نتایج کانیداس^۶ و همکاران (۲۵) و ادل^۷ و همکاران (۲۶) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی اثربخش است.

بنابراین با توجه به پیامدهای منفی اختلال شخصیت مرزی بر زندگی شخصی و اجتماعی افراد مبتلا و همین‌طور موفقیت نسبی و نه کامل روان‌درمانی از جمله رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان اختلال شخصیت مرزی و تظاهرات آن، جستجوی گزینه‌های جدیدتر در درمان و همین‌طور مکمل در بهبود نشانه‌های این اختلال، حائز اهمیت است. علاوه بر این، اتخاذ رویکردهای تلفیقی و ترکیبی از رویکردهای تک عاملی کارآمدتر است که می‌تواند هم فرایند درمان را تسریع کند و هم از بازگشت و عود بیماری جلوگیری نماید. از سویی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی از جمله درمان‌های نوین در این حیطه است که مطالعات بیشتری در باب اثربخشی آن و مقایسه نتایج حاصل از درمان با درمان‌های دیگر لازم است و به نظر می‌رسد تلفیق این رویکرد با رویکردهای شناختی در درمان علائم اختلال شخصیت مرزی به دلایلی نظیر اینکه رویکرد تلفیقی به‌صورت همه‌جانبه به درمان می‌پردازد، از اثربخشی بیشتری نسبت به رویکردهای تک‌بعدی برخوردار باشد؛ بنابراین مطالعه حاضر باهدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت.

مواد و روش کار

این مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۴۵ نفر از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر ارومیه در سال ۱۴۰۰ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل (۳۰ نفر) تخصیص

۵Zen
6Mentalization based treatment (MBT)
7Kounidas
8Edel

1Dialectical Behavior therapy (DBT)
2Schema Therapy
3MindFullness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
4Cognitive behavior analysis system of psychotherapy

سؤالی که محمدزاده و رضایی در ایران روایی‌بایی کردند، استفاده شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این ۴ بعد به ترتیب عبارت‌اند از ۰/۷۴/۶۳، ۰/۶۶/۰، ۰/۶۲/۰ و ۰/۰/۰ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۹).

بعد از هماهنگی‌های لازم با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی مسئولین مراکز مشاوره از اهداف پژوهش، رضایت افراد نمونه برای شرکت در این پژوهش جلب شد. ضمن توجیه افراد نمونه پژوهش و بیان اهداف پژوهش، از آن‌ها درخواست شد تا در طول دوره درمان این اختلال شرکت کنند. این پژوهش با کد IR.URMIA.REC.1399.048 در کمیته مورد تأیید قرار گرفته است. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سؤالی را بدون جواب نگذارند. برای گروه آزمایش اول ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک لینگ و همکاران (۳۰) به استناد پژوهش وکیلی، کیمیایی و فدردی (۳۱) و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بتمن و فونانگی (۳۲) به استناد پژوهش حاج حسینی، میرزاحسینی و زرغام حاجبی (۳۳) و برای گروه آزمایش دوم ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیک اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکور، آزمون دقیق فیشر، آزمون تی زوجی، آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین، آزمون بونفرونی و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) بررسی شد.

داده شدند. افراد انتخاب‌شده با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج بر اساس یک تولیدکننده اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جای‌دهی شدند (هر گروه ۱۵ نفر).

با در نظر گرفتن $d=1.2$ که یک اندازه اثر بالا می‌باشد و با استفاده از محاسبات، حجم نمونه برابر با ۱۵ نمونه در هر گروه محاسبه گردید. که با احتساب ۳ گروه، در کل ۴۵ نمونه در این مطالعه در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن اختلال شخصیت مرزی (بر اساس پرسشنامه شخصیت مرزی و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بر اساس معیارهای DSM-5)، امکان حضور مداوم در دوره‌های درمانی، قطع داروهای مصرفی زیر نظر پزشک متخصص، نداشتن بیماری هم‌زمان، نداشتن هیچ مشکل خاص دیگر مثل سابقه بستری در بیمارستان و ملاک‌های خروج شامل مصرف دارو، بیش از دو جلسه غیبت از دوره‌های درمان بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شخصیت مرزی استفاده شد.

مقیاس شخصیت مرزی (BPI) توسط لیشنرینگ^۱ (۲۷) و به‌منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده و به‌صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. این پرسشنامه در اصل مقیاسی ۵۳ ماده‌ای است. پرسشنامه شخصیت مرزی، شامل عامل‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیسم‌های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب‌دیده، و ترس از صمیمیت می‌باشد. راولینگز و همکاران (۲۸) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۰ و روایی هم‌زمان آن را با مقیاس‌های روان رنجورخویی و روان‌پریشی گرایبی پرسشنامه شخصیتی آیزنک به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش نسخه ۳۴

جدول (۱). محتوای جلسات درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک DBT

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضا با اهداف و قوانین، آموزش فن آرمیدگی، آشنایی با مفاهیم پایه رفتاردرمانی دیالکتیک، توضیح درمانگر در مورد محیط بی‌اعتبارساز گذشته.
جلسه دوم	مرور جلسه قبل، آشنایی اعضا با مهارت‌های بنیادین توجه آگاهی، اهمیت و دلیل کاربرد مهارت‌ها شرح داده شود. روش: تمرکز به مدت یک دقیقه، تمرین تمرکز بر یکشی و آموزش تمرین دسته نور در جهت انجام آن در خارج از فرآیند درمان.
جلسه سوم	پیگیری تمرین‌های جلسه قبل، در این جلسه افراد هیجانانگیز، افکار و احساسات بدنی خود را بشناسند. روش: تمرین تجربه درونی- بیرونی. اهداف این جلسه منطبق با جلسه قبل می‌باشد، افراد در انتخاب افکاری که به ذهنش خطور می‌کند مهارت بیابد. روش: تمرین ثبت سه‌دقیقه‌ای افکار، تمرین ناهمجوشی فکر.

³. Lynch

⁴. Bateman, Fonagy

¹. Leichsenring

². Rawlings

جلسه چهارم	در این جلسه نیز فرد بر هیجانات، افکار و احساسات بدنی خود متمرکز شوند. روش: تمرین توصیف هیجان، فرم برگه توصیف هیجان را کامل نمایند. فرد یاد می‌گیرد که در جریان لحظه‌به‌لحظه آگاهی هرآنچه را که در حال تمرکز بر روی آن هست، شناسایی کند. و فرد به‌طور آگاهانه توجهشان را جابه‌جا نمایند. روش: تمرکز جایگشت توجه.
جلسه پنجم	درمانگر در رابطه با مهارت‌های تحمل آشفتگی توضیح می‌دهد. و افراد به اهمیت این مهارت‌ها پی می‌برند. کسب نگاهی جدید. مهارت و نگرش پذیرش بنیادین را کسب نمایند. توجه برگردانی از رفتارهای خودآسیب رسانی. روش: تمرین توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های مختلف (مانند تمرین یخ، فعالیت‌های لذت‌بخش).
جلسه ششم	خودآرام بخشی. تمرین خودآرام بخشی با استفاده از حواس پنج‌گانه. افراد یاد می‌گیرند که افکار را از هیجانات و احساسات بدنی جدا کنند. افراد یاد می‌گیرند رمانی که حواسشان پرت می‌شود چگونه بر تنفس خود متمرکز شوند و به آرامش برسند. روش: تمرین تنفس آگاهانه.
جلسه هفتم	آشنایی با مهارت‌های تنظیم هیجان، افراد به شناسایی دقیق‌تر هیجانات می‌پردازند. روش: تمرین شناسایی هیجانات، تمرین ثبت هیجانی. افراد رفتارهای خودآسیب رسان خود را شناسایی می‌کنند، به مشاهده خویشتن (بدون قضاوت) می‌پردازند. روش: تمرین شناسایی رفتارهای خودآسیب رسان.
جلسه هشتم	افراد هیجانات و افکارشان را در قالب تصاویر و کلمات تجسم می‌کنند بدون اینکه دچار احساسات شدید شوند. نظم بخشیدن به هیجانات. روش: تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان. تمرین توجه آگاهی. هدف از این مهارت رهایی از قضاوت‌ها و افکار وسواسی. روش: تمرین ناهمجوشی قضاوت.
جلسه نهم	آشنایی با مهارت‌های ارتباطی مؤثر، معطوف کردن توجه به راهبردهای بین فردی و تمرکز حال و اینجا. روش: توضیح درمانگر در مورد این مهارت‌ها و تمرین توجه آگاهانه به رابطه بین فردی.
جلسه دهم	افراد سبک‌های ارتباطی خود را شناسایی نمایند، شناسایی خواسته خود و خواسته‌های دیگران. روش: تمرین شناسایی سبک ارتباطی، تمرین تناسب بین من می‌خواهم یا دیگران می‌خواهند (خواسته‌های آن‌ها).
جلسه یازدهم	در این جلسه مراجعان یاد می‌گیرند که چگونه با هیجان‌های آشفته روبرو شوند. تمرین ثبت هیجانات، باید اندیشی و تمرین نه گفتن. برقراری تعادل در ارتباط مؤثر و حفظ اعتمادبه‌نفس، ابراز قاطعانه خواسته‌ها.
جلسه دوازدهم	تمرین مهارت‌هایی که در طی جلسات آموخته‌اند. بیستم: تقویت چهار مهارت بنیادین رفتاردرمانی دیالکتیک. روش انجام تمرینات نظام‌مند حفظ سلامت هیجانی، طرح‌ریزی برنامه روزانه (پس از اتمام درمان).

جدول (۲). محتوای جلسات درمانی مبتنی بر ذهنی سازی MBT

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	خوشامدگویی / معرفی درمانگر / بیان اهداف جلسات / بیان اهداف جلسه اول (برنامه درمان چیست؟ ذهنی سازی چیست؟ تأکید بر حضور سرموقع در جلسه/ معرفی مراجع کننده و اینکه چرا به درمان ارجاع شده است؟ / ارائه کاربرگ/ توصیف ساختار جلسه / توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها از سوی درمانگر/ بررسی موارد مطرح‌شده از سوی مراجع کننده/ ارائه تکلیف خانگی.

جلسه دوم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی سازی ضعیف و خوب / مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران / مشکلات تنظیم هیجان و تکانش‌گری / حساسیت بین فردی / ارائه تمرین / شفاف‌سازی تفسیرهای مراجع‌کننده و بحث در مورد آن‌ها / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه سوم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه هیجان‌های اصلی و اجتماعی هیجان‌های اولیه و ثانویه / توصیف انواع هیجان‌ها و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجان‌ها / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (ذهنی سازی هیجان‌ها / ارائه فعالیت در مورد نحوه ثبت هیجان‌ها در رابطه با خود و دیگران / بحث در مورد موارد مطرح‌شده از سوی مراجع‌کننده / تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران / بحث / خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند / احساسات غیر ذهنی سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و چگونه می‌توانیم چنین حالات هیجانی را مدیریت کنیم / ارائه تکنیک‌های آرمیدگی / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه پنجم	درمانگر مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دل‌بستگی / بحث در مورد دل‌بستگی و راهبردهای دل‌بستگی در بزرگسالی / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه ششم	خودآرام‌سازی مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (دل‌بستگی و ذهنی سازی / تعارض‌های دل‌بستگی / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (اختلال شخصیت چیست؟ اختلال شخصیت مرزی چیست؟) / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هشتم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (درمان مبتنی بر ذهنی سازی / بیان مشخصات و اهداف آموزش و تمرین ذهنی سازی / ارائه MBT / اختصاصی تکالیف خانگی.
جلسه نهم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (جنبه دل‌بستگی درمان مبتنی بر ذهنی سازی / اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه دهم	مروری بر بحث جلسه قبلی / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (اضطراب، دل‌بستگی و ذهنی سازی / ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس / بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مؤلفه کلیدی در درمان است / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه یازدهم	مروری بر بحث جلسه قبلی / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (افسردگی، دل‌بستگی و ذهنی سازی / ارائه رویکرد آموزشی در مورد افسردگی / ارائه فعالیت گروهی / بحث / ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی / بحث در مورد تفکر افسرده ساز / ارائه فعالیت گروهی / بحث / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه دوازدهم	تمرین مهارت‌هایی که در طی جلسات آموخته‌اند. مروری بر بحث جلسه قبلی / بررسی تکالیف / خلاصه و نتیجه‌گیری.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۳ نشان داد که بین گروه‌ها از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

جدول (۳): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه ترکیبی تعداد (درصد)	گروه دیالکتیک تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	آزمون آماری
زن	۱۱ (۷۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)	۱۲ (۸۰)	$\chi^2=۰/۶۸۲$
جنسیت مرد	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	۳ (۲۰)	$P=۰/۷۱۱$
وضعیت تأهل مجرد	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۷)	۶ (۴۰)	$\chi^2=۱/۵۱۴$
متأهل	۱۲ (۸۰)	۱۱ (۷۳/۳)	۹ (۶۰)	$P=۰/۴۶۹$

	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۷)	زیر دیپلم	
$x^2=1/070$	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	دیپلم	
$P=0/983$	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	لیسانس	تحصیلات
	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	فوق لیسانس/دکتری	
$F=2/238$	$28/80 \pm 3/38$	$31/86 \pm 4/22$	$29/66 \pm 4/57$		میانگین سن (سال)
$P=0/119$					

در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول (۴): شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه	قبل از مداخله Mean \pm SD	بعد از مداخله Mean \pm SD	P value
	مداخله ترکیبی	$36/00 \pm 1/25$	$28/13 \pm 1/55$	۰/۰۰۱
شخصیت مرزی	رفتاردرمانی دیالکتیک	$35/56 \pm 1/55$	$32/20 \pm 1/20$	۰/۰۰۱
	کنترل	$36/73 \pm 1/03$	$36/04 \pm 0/88$	۰/۰۸۹

پیش‌فرض همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد، با توجه به این آزمون پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها برای همه متغیرها رعایت شد ($P > 0/05$). همچنین اثر متقابل غیر معنی‌دار بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون بود ($P > 0/05$)؛ به‌این‌ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس برقرار شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ قابل‌مشاهده است، مقایسه میانگین شخصیت مرزی قبل و بعد از مداخله با آزمون تی زوج نشان داد که در گروه‌های مداخله و کنترل کاهش‌یافته، این کاهش در گروه‌های مداخله معنی‌دار بود. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بکار گرفته شد، لذا ابتدا پیش‌فرض‌های زیربنایی این آزمون مورد ملاحظه قرار گرفت. جهت مطالعه نرمال بودن توزیع نمره‌ها، آزمون شاپیرو-ویلک مورد استفاده قرار گرفت، که بنا به این آزمون، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای تمامی متغیرها در مرحله پس‌آزمون رعایت شد ($P > 0/05$). برای مطالعه

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در متغیر پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
شخصیت	پیش‌آزمون	۹/۷۲۸	۱	۹/۷۲۸	۶/۷۲۲	۰/۰۱۳	۰/۱۴۱
مرزی	عضویت گروهی	۵۳۷/۳۷۹	۲	۲۸۸/۳۰۰	۱۸۵/۶۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱
	خطا	۵۹/۳۳۸	۴۱	۱/۴۴۷			

است. جهت بررسی این نکته که این تأثیر در کدام یک از گروه‌های آزمایشی بیشتر بوده است، نتایج آزمون تعدیل بونفرونی با نمرات تعدیل‌یافته در جدول ۵ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر آن (۰/۹۰) می‌باشد که نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل‌توجه

جدول (۶): بررسی تفاوت‌های دوه‌دو گروه‌های آزمایش در متغیر شخصیت مرزی

متغیر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
	دیالکتیک	-۴/۱۱۸	۰/۰۰۱
شخصیت مرزی	کنترل	-۸/۴۹۸	۰/۰۰۱
	کنترل	-۴/۳۸۱	۰/۰۰۱

که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش احساس پوچی افراد BPD اثربخش می‌باشد. گیبسون^۸ و همکاران (۴۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خودآسیب رسانی در افراد BPD اثربخش می‌باشد و منجر به کاهش علائم نیز می‌شود و همچنین اثرات درمانی تا ۳ ماه دیگر نیز پایدار بوده است.

از سویی، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دلیل رنج عمیقی که از مشکلات میان‌فردی خود و بی‌ثباتی و تزلزل احساساتشان می‌برند. این افراد به دلیل آسیب‌های عمیقی که در طول رشد دیده‌اند، در مواجهه با عوامل اضطراب‌زایی که باعث آشفتگی هیجانی آن‌ها می‌شود، الگوهای رفتاری پرخطر و یا تکانشی از خود نشان می‌دهند. برخی رویکردهای روان‌درمانی همچون رفتاردرمانی دیالکتیک ممکن است تمرکز خود را بر شناسایی این عوامل اضطراب‌زا گذاشته و فرد را به سمت کنترل نشانه‌ها و پیامدهای این عوامل هدایت کند. اما برخی دیگر از رویکردها با نگاه تحلیلی و عمیق‌تری به بررسی آسیب‌ها می‌پردازند و معتقدند برای درمان نشانه‌های بیماری لازم است بینش فرد در مورد پویای‌های درون‌روانی، بین‌فردی و ریشه مشکلاتشان افزایش یابد و در فرآیند ارتباط درمانی با درمانگر (به‌عنوان یک دیگری نسبتاً سالم و ایمن)، مراجع می‌تواند ظرفیت‌هایی که طی دوران اولیه زندگی در او آسیب دیده‌اند را بازسازی کند. یکی از این رویکردها که طبق شواهد پژوهشی اثربخشی بالایی در درمان اختلال شخصیت مرزی دارد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است این درمان بر روی شناخت دنیای درونی خود (نیازها، احساسات و افکار)، اثر این دنیای درونی بر رفتار و تأثیر این رفتار بر دیگری که او نیز نیازها، احساسات و افکار خودش را دارد تمرکز می‌کند (۲۰). دی‌اولیویرا و همکاران (۳۴) گزارش می‌کنند کانون اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، کمک به درمان‌جو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشجاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند. هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۴۰).

در همین راستا ادل و همکاران (۲۶) در یک مطالعه مقدماتی، اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را با رفتاردرمانی دیالکتیک بر روی یک نمونه از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بستری‌شده در بیمارستان مقایسه کردند. نتایج نشان داد که هر دو

با توجه به یافته‌های جدول ۶ بین گروه مداخله ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت معنادار است ($p < 0.05$). در مجموع یافته‌های این فرضیه نشان داد که ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌تنهایی در کاهش شدت علائم اختلال شخصیت مرزی اثربخش‌تر است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌تنهایی در کاهش شدت علائم اختلال شخصیت مرزی اثربخش‌تر است. نتایج به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های ادل و همکاران (۲۶)، بتمن و فونایگی^۱ (۳۲)، دی‌اولیویرا^۲ و همکاران (۳۴)، شارب و فونایگی^۳ (۳۵)، کالکلی و کارترود^۴ (۳۶) همسو می‌باشد. مشخصه اصلی اختلال شخصیت مرزی بی‌ثباتی هیجانی می‌باشد (۲) که شامل خلق دیسفوریک و نوسانات شدید خلقی است و به‌نوعی الگوی رفتاری ویژه اشاره دارد که در بین افراد اختلال شخصیت مرزی دیده می‌شود. پاسخ‌دهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی، از ویژگی این الگو رفتاری است. این آسیب‌پذیری هیجانی باعث می‌شود تا بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در اغلب اوقات به لحاظ هیجانی، برانگیخته باشد و نتیجه این برانگیختگی بالا بی‌ثباتی رفتاری و کنترل ضعیف بر هیجان و تظاهرات چهره‌ای، زبان بدن و ارتباطات فردی است. در پژوهشی نیکسو^۵ و همکاران (۳۷) مطالعه‌ای باهدف اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام دادند و نتایج داده‌ها حاکی از آن بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش افسردگی و بهبود کنترل خشم و همچنین به‌طور خاص در کاهش خودزنی و آسیب رساندن به خود در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. در پژوهش دیگری سولر^۶ و همکاران (۳۸) مطالعه‌ای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام دادند و نتایج گویای آن بود که به‌کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود شدت خلق و هیجانات منفی از قبیل، افسردگی، اضطراب و بی‌ثباتی هیجانی مؤثر می‌باشد. همچنین در این مطالعه درمان باعث بهبودی بالینی بالایی شده و میزان افت و کناره‌گیری از درمان کم بود. کونز^۷ و همکاران (۳۹) نیز به این نتیجه رسیدند

5. Neacsiu

6. Soler

7. Koons

8. Gibson

1. Bateman, Fonagy

2. De Oliveira

3. Sharp, Fonagy

4. Kalleklev, Karterud

مراجع کمک می‌کند تا در هر لحظه به دنیای درونی خود نگاه کند و با بررسی همدلانه ریشه‌های احساسات حال حاضر او در گذشته و نیازهایی که سابقاً در بیمار نادیده گرفته شده، بین الگوهای مخرب امروز او و تجربیات گذشته‌اش پیوندی برقرار کند و با افزایش این بینش به‌مرور مرز بین دنیای درونی فرد و واقعیت موقعیت‌های بیرونی شکل می‌گیرد در این درمان فرد فرصت دارد با شناختن دنیای درونی خویش از فرافکنی این جهان بر دیگران دست بکشد. درمانگر نیز که با دیدن الگوهای مخرب مراجع در رابطه درمانی از او رنجیده نمی‌شود بلکه با شفاف‌سازی آنچه در رابطه درمانی رخ داده و با شفاف کردن ذهن خودش، به مراجع این فرصت را می‌دهد تا سطوح مختلف ذهنی‌سازی را در خود شکل دهد (۳۸). در واقع درمانگر رویکرد ذهنی‌سازی آینه‌ای بیرونی می‌شود تا فرد درگیر اختلال شخصیت مرزی تصویر یکپارچه خود را درون آن ببیند و بتواند به‌مرور این تصویر را درونی کند. هدف نهایی این درمان ایجاد ظرفیت دیدن خود از بیرون و دیگری از درون به شکل هم‌زمان است (۴۲). بنابراین شاید بتوان گفت ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک به‌تنهایی در کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثرتر است.

تشکر و قدردانی

ین مطالعه استخراج شده از رساله دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه در رشته روان‌شناسی است. تاریخ تصویب پروپوزال نیز ۱۳۹۹/۰۴/۳۱ است. ضمن تشکر و قدردانی از اساتید محترم این دانشگاه از سایر همکاران روان‌پزشک و روان‌شناس نیز که در اجرای پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Ripoll LH. Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2013;15(2):213-24.
2. Meaney R, Hasking P, Reupert A. Prevalence of Borderline Personality Disorder in university samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *PLoS One* 2016;11(5):e0155439.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR®).

¹. Hayden

روش درمانی در کاهش شدت علائم بسیار مؤثر بودند. یک مطالعه طولی، که توسط گراتز^۱ و همکاران (۴۱) انجام شد، پیگیری هشت‌ساله بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی تحت درمان مبتنی بر ذهنیت در مقایسه با درمان معمول را ارزیابی کرد. حاصل این پژوهش این بود که میزان بستری شدن در افراد تحت درمان ذهنی کمتر بود. همچنین بایرن و اگن^۲ (۴۲) پژوهشی با عنوان "مروری بر اثربخشی و مکانیسم‌های تغییر در سه نوع مداخله روان‌شناختی (رفتاردرمانی دیالکتیک، طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر ذهنی سازی) برای اختلال شخصیت مرزی" پرداختند. در این پژوهش شباهت‌های بین روش‌های مختلف و همچنین ویژگی‌هایی که این رویکردها را متمایز می‌کند، نشان داده شده است. نتایج یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که افزایش مهارت‌های ذهنی سازی می‌تواند یک عامل اساسی در انواع درمان‌ها برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باشد. ذهنی سازی، یک هدف درمانی مهم می‌باشد که بر علائم اختلال شخصیت مرزی و عملکرد بین فردی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر معنی‌داری دارد (۲۵). نتایج پژوهش هایدن^۱ و همکاران (۴۳) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی به‌طور قابل‌توجهی قادر به افزایش سطح ذهنی سازی می‌باشد و سطح مشکلات بین فردی و شدت علائم را کاهش می‌دهد. به عبارتی بهبود ذهنی سازی، کاهش استرس بین فردی را پیش‌بینی می‌کند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش رفتارهای تکانشی، پرخاشگری و همچنین کنترل هیجان می‌شود و به‌نوبه خود منجر به کاهش رفتارهای خودآسیب رسان می‌شود. از طرفی درمان مبتنی بر ذهنی سازی، درمانگر به

4. Jia N, Sakulsriprasert C, Wongpakaran N, Suradom C, O' Donnell R. Borderline Personality Disorder symptoms and its clinical correlates among Chinese university students: A cross-sectional study. *Healthcare (Basel)* 2022;10(9):1751.
5. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2017;4(1):9.

^۱. Gratz

^۲. Byrne, Egan

6. Marco, J. H., Cañabate, M., Llorca, G., & Pérez, S. Meaning in life moderates hopelessness, suicide ideation, and borderline psychopathology in participants with eating disorders: A longitudinal study. *Clin Psychol Psychother* 2020, 27(2),146-58.
7. Lohanan T, Leesawat T, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Karawekpanyawong N, Oon-Arom A, et al. Development and validation of a screening instrument for borderline personality disorder (SI-Bord) for use among university students. *BMC Psychiatry* 2020;20(1):479.
8. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T, Ekelund J, Isometsä ET. Borderline personality disorder with depression confers significant risk of suicidal behavior in mood disorder patients—a comparative study. *Front Psychiatry* 2020;11:290.
9. Bourvis N, Aouidad A, Spodenkiewicz M, Palestra G, Aigrain J, Baptista A, Benoliel JJ, Chetouani M, Cohen D. Adolescents with borderline personality disorder show a higher response to stress but a lack of self-perception: Evidence through affective computing. *Prog Neuropsychopharmacol Biol* 2021; 111:110095.
10. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, Bellino S. Borderline personality disorder: Risk factors and early detection. *Diagnostics (Basel)* 2021;11(11):2142.
11. Panepinto AR, Uschold CC, Olandese M, Linn BK. Beyond borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy in a college counseling center. *J College Stud Psychother* 2015;29(3):211-26.
12. Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, Lavender A, Lockwood G, Malogiannis IA, Ruths FA, Schweiger U. Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2022; 79(4):287-99.
13. Kounidas G, Kastora S. Mindfulness training for borderline personality disorder: A systematic review of contemporary literature. *Pers Ment Health* 2022 (3):180-9.
14. Klein JP, Dale R, Glanert S, Grave U, Surig S, Zurowski B, Borgwardt S, Schweiger U, Fassbinder E, Probst T. Does childhood emotional abuse moderate the effect of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus meta-cognitive therapy in depression? A propensity score analysis on an observational study. *J Affect Dis* 2022;300:71-5.
15. Barnicot K, Gonzalez R, McCabe R, Priebe S. Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016; 52:147-56.
16. Haft SL, O'Grady SM, Shaller EAL, Liu NH. Cultural adaptations of dialectical behavior therapy: A systematic review. *J Consult Clin Psychol* 2022;
17. Neacsiu AD, Lungu A, Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM. Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2014;53:47-54.
18. Chang TH, Liu SI, Korslund K, Lin CJ, Lin Y, Huang HC, et al. Adapting dialectical behavior therapy in Mandarin-speaking Chinese patients with borderline personality disorder: An open pilot trial in Taiwan. *Asia Pac Psychiatry* 2022;14(1):e12451.
19. Petersen R, Brakoulias V, Langdon R. An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2016;64:12-21.
20. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord* 2004;18(1):36.
21. Smits ML, Feenstra DJ, Bales DL, Blankers M, Dekker JJ, Lucas Z, Kamphuis JH, Busschbach JJ, Verheul R, Luyten P. Day hospital versus intensive outpatient mentalization-based treatment: 3-year

- follow-up of patients treated for borderline personality disorder in a multicentre randomized clinical trial. *Psychol Med* 2022;52(3):485-95.
22. Sprung M, Burghardt J, Mazza M, Riffer F. Misunderstanding others: Theory of mind in psychological disorders. *Front Psychol* 2022;13.
23. Stancliffe RJ, Wiese MY, Read S, Jeltres G, Clayton JM. Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ?. *Res Dev Disabil* 2016;49:47-59.
24. Volkert J, Hauschild S, Taubner S. Mentalization-based treatment for personality disorders: Efficacy, effectiveness, and new developments. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(4):1-2.
25. Kounidas G, Kastora S. Mindfulness training for borderline personality disorder: A systematic review of contemporary literature. *Pers Ment Health* 2022;16(3):180-9.
26. Edel MA, Raaff V, Dimaggio G, Buchheim A, Brüne M. Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder—A pilot study. *Br J Clin Psychol* 2017;56(1):1-5.
27. Leichsenring F. Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *J Pers Assess* 1999;73(1):45-63.
28. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Pers Individ Differ* 2001; 31(3):409-19.
29. Mohammadzadeh, A., Najafi, M., Rezaei, A. Comparing the Explanatory Role of Perfectionism in Obsessive Compulsive Features and Pathological Eating Attitudes. *J Clin Psychol* 2013; 5(1):69-79. (Persian)
30. Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:181-205.
31. Vakili J, Kimiaee S, Salehi-Fadardi J. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Borderline Personality Disorder Symptoms of prisoners. *J Clin Psychol* 2016 Sep 22;8(3):97-106. (Persian)
32. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press; 2016.
33. Hajmohamad hosini, T., Mirzahoseini, H., Zarghamhajebi, M. A Comparison of the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Affect Phobia Therapy (APT) in Reducing Depressive Symptoms in Women with Borderline Personality Disorder. *J App Family Therap* 2022;3(1):21-36. (Persian)
34. De Oliveira C, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'encephale* 2016;43(4):340-5.
35. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Child Psychol Psychiatry* 2015;56(12):1266-88.
36. Kalleklev J, Karterud S. A comparative study of a mentalization-based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis* 2018;51(1):44-60.
37. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2010;48(9):832-9.
38. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, Gich I, Alvarez E, Pérez V. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther* 2009;47(5):353-8.

39. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, Bishop GK, Butterfield MI, Bastian LA. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2001;32(2):371-90.
40. Gibson J, Booth R, Davenport J, Keogh K, Owens T. Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: A controlled trial with 3-month follow-up data. *Behav Res Ther* 2014;60:8-14.
41. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2006; 115(4):850.
42. Byrne G, Egan J. A review of the effectiveness and mechanisms of change for three psychological interventions for borderline personality disorder. *Clin Soc Work J* 2018;46(3):174-86.
43. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *J Clin Psychol* 2018; 74(12):2276-86.

COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY AND THE COMBINATION OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY AND MENTALIZATION-BASED THERAPY IN IMPROVING THE SYMPTOMS OF PEOPLE WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Musa Qadernejad¹, Mahin Etemadnia², Farnaz Farshbaf Mani Sefat³

Received: 18 June, 2022; Accepted: 06 November, 2022

Abstract

Background & Aims: Borderline personality disorder is the most common personality disorder in psychiatric settings. The aim of this study was to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and the combination of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with borderline personality disorder.

Materials & Methods: This semi-experimental study was a pre-test/post-test type with a control group. 45 people with borderline personality disorder referred to psychological clinics in Urmia city, Iran in 2021 were selected by available sampling method and then randomly assigned to two intervention and control groups (15 people in each group). For the first experimental group, 12 sessions of combination of dialectical behavior therapy and metallization-based therapy were performed, and for the second experimental group, 12 sessions of dialectical behavioral therapy were implemented. The control group did not receive any intervention. The control group did not receive any intervention. The borderline personality scale was used to collect data. The data were analyzed using SPSS version 24 software and descriptive statistics and inferential ANCOVA statistics.

Results: The average scores of borderline personality in the stages before and after the intervention in the first experiment group were 36.00 and 28.13, in the second experiment group were 35.56 and 32.20, and in the control group were 36.73 and 36.04, respectively. The results of covariance analysis showed that the mean of borderline personality in the intervention group which took combination of dialectical behavior therapy and metallization-based therapy had decreased significantly in comparison with the group of dialectical behavior therapy alone ($P < 0.01$).

Conclusion: The results indicate that the combination of dialectical behavior therapy and metallization-based therapy is an effective and efficient approach in working with the patients with borderline personality disorder.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Dialectical Behavior Therapy, Mentalization Based Therapy

Address: Department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad university, Urmia, Iran.

Tel: +984433872613

Email: Etemadi.mahin@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ PhD student of psychology, Department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad university, Urmia, Iran

² Assistant professor, Department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad university, Urmia, Iran
(Corresponding Author)

³ Assistant professor, Department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad university, Urmia, Iran