فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۱، شماره ۱۵ ، زمستان سال ۱۴۰۰

# تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش تکانش‌گری زنان مبتلا به همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف شیشه در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان

مژده معصومی[۱]، مهدی نوبخت[۲]

**چکیده**

هدف اصلی پژوهش حاضر، تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک برکاهش تکانش‌گری زنان مبتلا به همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف شیشه در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان می‌باشد. این پژوهش طرح نیمه‌تجربی از نوع پیش آزمون– پس آزمون با گروه گواه است و جامعه آماری آن کلیه زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف شیشه می‌باشد که در مرکز اوژانس اجتماعی بهزیستی شهر همدان نگه‌داری می‌شوند که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به صورت مساوی و کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس تنها گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت رفتار درمانی دیالکتیک به صورت گروهی قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها برای متغیر شخصیت مرزی از آزمون بالینی چندمحوری میلون ۳ (۱۹۷۷) و متغیر تکانشگری از مقیاس تکانشگری بارات (۱۹۵۹) استفاده شد که در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کووا ریانس استفاده شد. نتایج فرضیه اصلی نشان می‌دهد متغیر مستقل رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر معناداری بر متغیرهای وابسته تکانشگری زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (F= ۱۹۸۵/۶۵ و P<0/001) و تکانشگری زنان مبتلا به سوءمصرف مواد (F= ۲۹۱/۵۸ و P<0/001) داشته است؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانشگری و سوءمصرف شیشه تأثیر داشته است. نتایج فرضیه فرعی اول نشان می‌دهد متغیر مستقل رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر معناداری بر متغیر کاهش تکانش‌گری در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته است (F= ۲۰۱۶/۲۶ و P<0/001)؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانش‌گری زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان تأثیر داشته است. نتایج جدول فرضیه فرعی دوم نشان داد متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته (کاهش تکانشگری) زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه داشته است (F= ۲۹۹/۵۲ و P<0/001)؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانشگری زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان تأثیر داشته است.

**واژگان کلیدی:** سوءمصرف شیشه، اختلال شخصیت مرزی، تکانش‌گری، رفتار درمانی دیالکتیک

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران (نویسنده مسئول) masumimozhdeh@gmail.com
[۲] روانپزشک و استادیار روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

**مقدمه**

افزایش روزافزون مشکلات روان‌شناختی و نقشی که این مشکلات در مختل کردن حوزه‌های مختلف زندگی افراد ایفا می‌کند، توجه بسیاری از روانشناسان و متخصصان سلامت روان را به خود معطوف داشته است. تاکنون حجم وسیعی از پژوهش‌ها به منظور بررسی این مشکلات و عوامل ایجادکننده یا نگه‌دارنده آن‌ها انجام شده است (شارپ، ون وردن و وال[۱]، ۲۰۱۸). در این بین شخصیت افراد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شخصیت یعنی «مجموعه‌ای از رفتار و شیوه‌های تفکر شخص در زندگی روزمره که با ویژگی‌های بی‌همتا بودن، ثبات و قابلیت پیش‌بینی» مشخص می‌شود (سرابی و صادقی، ۱۳۹۷). اختلال شخصیت، اختلالی شایع و مزمن است. میزان شیوع آن در جمعیت عمومی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده شده است و علائم آن طی چند دهه نمایان می‌شود (عینی[۲]، ۲۰۱۹؛ جوهانسن[۳]، ۲۰۲۰). اختلالات شخصیت، دسته نامتجانسی از اختلالات هستند که با الگوهای دیرینه، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر مغایرت دارند، تعریف می‌شوند. این الگوهای مساله دار دست‌کم در دو مورد از زمینه‌های زیر آشکار می‌شوند: شناخت‌ها و هیجان‌ها، روابط و کنترل (اسکودول، موری، بندر و اولدهام[۴]، ۲۰۱۵). بر اساس DSM-5، اختلال شخصیت عبارت است از تجارب درونی ذهنی و رفتاری بادوامی که با ملاک‌های فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهای وی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[۵]، ۲۰۱۳). به گفته بارلو و دیورند[۶] (۲۰۱۴)، مردانی که مبتلا به یک اختلال شخصیت تشخیص داده می‌شوند به‌طورمعمول پرخاشگرترند، زیاد هیجانی نیستند، اعتمادبه‌نفس دارند و حرفشان را به کرسی می‌نشانند، بی‌رحم و بی‌عاطفه هستند. زنان معمولاً مطیع‌تر، هیجانی‌تر، و بدون اعتمادبه‌نفس تر هستند. بنابراین، جای تعجبی ندارد که اختلال شخصیت ضداجتماعی در مردان، و اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت مرزی در زنان بیشتر شناسایی شده‌اند؛ اما طبق جدیدترین پژوهش‌ها درباره شیوع آن‌ها در جمعیت غیر بالینی (مردم عادی جامعه)، تعداد زنان و مردانی که به اختلال شخصیت نمایشی و مرزی مبتلا هستند مساوی است. نتایج برخی از پژوهش‌ها از جمله اتون و گرین[۷] (۲۰۱۸) حاکی از این است که تقریباً از هر یک نفر از هفت نفر در جمعیت غیر بالینی حداقل یک اختلال شخصیت را تجربه می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش تیرر، رید و کراوفورد[۸] (۲۰۱۵)، نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت در روابط بین فردی مشکلات زیادی دارند. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال شخصیت در عمل بالینی نادیده گرفته می‌شوند و ممکن است به درمان‌هایی که به عنوان یک نتیجه نامطلوب یا مضر هستند ارائه شود. همچنین نتایج نشان داد که اختلالات شخصیتی با مرگ‌ومیر زودرس و خودکشی همبستگی بالایی دارند (کلی[۹]، ۲۰۱۹).

سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی[۱۰] توجه درمانگران و پژوهشگران بسیار زیادی را در طول ۳۵ سال گذشته به خود جلب کرده است. اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیتی شدیدی است که با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می‌شود (پروتا[۱۱]، ۲۰۲۰). این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین شخصی و همچنین برانگیختگی شدید، متمایز می‌شود (رودا[۱۲]، ۲۰۲۰). شیوع تقریبی اختلال شخصیت مرزی ۱ تا ۳ درصد در طول عمر و ۵٪ تا ۱/۴ درصد در

[1] - Sharp, Vanwoerden & Wall
[2] - Einy
[3] - Johansen
[4] - Skodol, Morey, Bender & Oldham
[5] - American Psychiatric Association
[6] - Barlow & Durand
[7] - Eaton & Greene
[8] - Tyrer, Reed & Crawford
[9] - Kelly
[10] - borderline personality disorder
[11] - Perrotta
[12] - Rouda



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

جمعیت عادی است (دونگ، وانگ، ژنگ، ژانگ و دونگ[1]، ۲۰۲۱). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال شخصیت مرزی با مواردی نظیر اجتناب از طرد یا رهاشدگی واقعی یا خیالی، روابط بین فردی بی‌ثبات، آشفتگی هویت، رفتارهای خودکشی یا خود آسیب زنی، بی‌ثباتی عاطفی، احساس‌های مزمن پوچی، خشم نامناسب و شدید یا اشکال در کنترل خشم و اندیشه پردازی‌های پارانویایی گذرا یا نشانه‌های شدید تجزیه مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا[2]، ۲۰۱۳). برطبق DSM-5 افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در همه جوانب زندگی، در روابط بین فردی، خودپنداره و احساسات و هیجان عدم ثبات نشان می دهد و بسیار تکانشگرهستند این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع می شود و در شرایط مختلف حضور دارد و این حالت را پنج مورد یا بیشتر از موارد زیر نشان می دهند: ۱- فرد، برای اینکه دیگران او را واقعا یا به خیال خودش ترک نکنند، مستاصلانه تلاش می کند. ۲- در زندگی خود به طور دایم و مکرر روابط میان فردی بی ثبات و پرتنش دارد که فردی را بسیار خوب می داند یا او را بی اندازه بی ارزش می پندارد .۳- اختلال هویت دارد و خودپنداره یا خود انگاره وی به شدت و به طور دایم بی ثبات است. ۴- حداقل در دو زمینه که در انها احتمال اسیب رسانی به خود وجود دارد، رفتارهای تکانشگردارد ۵- به طور مکرر رفتارهای انتحاری در پیش می گیرد، ژست و حالت خودکشی به خود می گیرد یا تهدید به خودکشی می کند، یا رفتارهای خود زنی نشان می دهد .۶- از لحاظ احساسی یا هیجانی ثبات ندارد زیرا خلق او به شدت واکنشی است .۷- همیشه احساس خلاء می کند .۸- به شدت و نامتناسب با محرک خشمگین کننده عصبانی می شود و نمی تواند خشم خود را کنترل کند. ۹- افکار پارانوئیدی موقت و مرتبط با استرس دارد یا سمپتوم های شدید گسستگی نشان می‌دهد. آمارها گزارش می دهد حدود ۱/۶ درصد از جمعیت عمومی مبتلا به این اختلال هستند که ممکن است تا ۵/۶ افزایش یابد. ۱۰ درصد از بیماران روانپزشکی سرپایی و ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های شخصیت، از این بیماری رنج می‌برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آن‌ها گزارش شده است (ارنست، موهر، اسکات، ریک مایر، فیچمن[3]، ۲۰۱۸).

[1] - Dong, Wang, Zheng, Zhang & Dong
[2] - American Psychiatric Association
[3] - Ernst, Mohr, Schött, Rickmeyer, Fischmann



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

از ویژگی‌های دیگر این بیماران تکانش‌گری[1] است. ولخرجی‌های زیاد، برقراری روابط جنسی ناایمن، پرخوری، سوءمصرف مواد و دارو نمونه‌ای از رفتارهای تکانه‌ای آنان می باشد. ۲۲ درصد آنها دچار الکلیسم و سوءمصرف آن هستند و از این میان افرادی که به دلیل سوءمصرف مواد بستری شده‌اند ۵۸ درصد تا ۶۰ درصد آنها اختلال شخصیت مرزی دارند (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۹۲). تکانش‌گری اصطلاحی است برای توصیف فرآیندهای روان‌شناختی مختلف که بر تصمیم‌گیری و رفتار مؤثر است و در ساخت شخصیت انسانی دخیل می‌باشد. بروز و شیوع رو به رشد این خصوصیت در رفتارهای مخاطره‌جویانه با اثرات بالقوه آسیب‌رسان طولانی‌مدت آن باعث افزایش توجه روان‌شناسان به این موضوع شده است؛ چرا که کاهش عواقب و اثرات آسیب‌رسان تکانش‌گری و رفتارهای مخاطره‌جویانه و مخاطره‌آمیز و موارد مرتبط با آن‌ها، یکی از جنبه‌های مهم ارتقا سلامت روانی فرد و جامعه می‌باشد (برجعلی، کوله مرز، یزدان‌پناه و رجبی، ۱۳۹۴). تکانش‌گری یکی از حالات شخصیتی انسان است. تکانش‌گری در نشان‌دادن خشم، به‌خوبی نشان می‌دهد که چیزی باعث ناراحتی مزمن این زنان و بالاتررفتن سطح دل‌سردی و نومیدی آن‌ها شده است. به بیان دیگر می‌توان گفت: اصطلاح تکانش‌گری به رفتارهایی از جمله عجله و شتاب، بی‌اختیاری، بی‌صبری و فقدان توجه به پیامدهای یک عمل گفته می‌شود (استریکلند و جوهانسون[2]، ۲۰۲۱) بر اساس تحقیقات، چهار بعد شخصیتی را در ارتباط با ابعاد متفاوت رفتارهای تکانش‌گرانه معرفی کردند که شامل فقدان برنامه‌ریزی، فوریت، هیجان‌طلبی و فقدان پایداری می‌باشد. این افراد به‌طور گسترده در رفتارهای هدف‌مند و خودتنظیمی دچار مشکل هستند (بیکل، جارمولوویز، مولر، گاتچالین و مک کلور[3]، ۲۰۱۲). از سوی دیگر به‌نظر میرسد که جنبه‌های متفاوت تکانش‌گری با جنبه‌های مختلف رفتارهای پرخطر (کاسونپینار، دیر و سیدرز[4]، ۲۰۱۳)، و پیامدهای درمانی ضعیف در افراد سوءمصرف‌کننده مواد رابطه دارد (گرانت، لاست و چامبرلاین[5]، ۲۰۱۹)

شواهد تجربی در این زمینه نشان می دهد یکی از روش های موثر جهت کاهش مشکلات روانشناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، درمان های غیردارویی نظیر گروه درمانی، تن آرامی و غیره است. اعتقاد بر این است که درمان های گروهی در بیشتر اختلال های روانی موثر است زیرا فرد در گروه، نحوه برخورد خود را با اجتماع بازبینی می کند و گروه درمانی فرایندی است که باعث رشد بینش و بصیرت او می شود. بیماران، در گروه احساس قدرت می کنند و اعتماد به نفسشان بالا می رود (رامان[6] و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از این روش های درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی است. رفتاردرمانی دیالکتیک، برای درمان طیف وسیعی از اختلالات روان شناختی استفاده می شود که از آن جمله به درمان اختلالات شخصیت (بارنیکوت[7] و همکاران، ۲۰۱۶)، سومصرف مواد (پلگرینی[8] و همکاران، ۲۰۲۱) و چاقی (رابینسون[9] و همکاران، ۲۰۲۱) می توان اشاره کرد. اثربخشی این روش در مورد اختلالات خلقی و هیجانی نیز محرز شده است (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۸). در این روش، سعی بر آن است که ابتدا فعالیت های فرد تحت کنترل درآید، سپس مهارت های رفتاری به وی آموزش داده شود تا احساس بهتر بودن در او ایجاد شود و بتواند بر مشکلات زندگی خویش غلبه کند و در نهایت به او کمک شود به دنبال کسب لذت و موفقیت باشد. این روش درمانی، مبتنی بر سه رویکرد نظری علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و تمرین های ذن است. این روش درمانی چهار ویژگی ذهن آگاهی فراگیر، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و تاثیرگذاری بین فردی را برای ایجاد تغییر در فرد پیشنهاد می کند (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهشی از جلسات آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برای کاهش رفتارهای تکانشگری استفاده شد و نتایج نشان داد که

[1] - Impalsivity
[2] - Strickland & Johnson
[3] - Bickel, Jarmolowicz, Mueller, Gatchalian, Mcclure
[4] - Coskunpinar, Dir, Cyders
[5] - Grant, Lust & Chamberlain
[6] - Raman
[7] - Barnicot
[8] - Pellegrini
[9] - Robinson



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان تکانشگری موثر است (آکورسو[1] و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهشی دیگر در ارتباط با اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت انجام شد، نتایج نشان داد که این روش در کاهش نشخوار فکری و افسردگی این بیماران موثر بوده است (ساسدلی[2] و همکاران، ۲۰۱۸). از طرفی شواهد پژوهشی نشان می دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث افزایش خودتنظیمی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است (موستی[3] و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به آن‌چه مطرح شد، سوءمصرف مواد، یک موضوع بسیار چالش برانگیز و مهم جوامع امروزی است که اثرات مخرب فردی و اجتماعی بسیاری را به‌همراه دارد. لذا پیش‌گیری در این زمینه می‌تواند بسیار حائز اهمیت باشد. در همین راستا تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده سوءمصرف خالی از فایده نیست. از سویی، با توجه به اهمیت موضوع و آثار سوء روانی، اجتماعی، اقتصادی و جسمانی مصرف مواد، تحقیقات زیادی صورت می‌گیرد تا عوامل خطر و عواملی که می‌تواند در بروز اعتیاد سهیم باشند را شناسایی کرده و در نتیجه با انجام اقدامات مناسب، از وقوع آن پیش‌گیری نمایند، زیرا با وجود هزینه‌های بسیاری که برای درمان اعتیاد صرف می‌شود، باز هم احتمال عود و بازگشت و تمایل به مصرف مواد بسیار بالاست، به‌طوری که می‌توان گفت اعتیاد یک بیماری مزمن و موذی است که هیچ‌گاه درمان نمی شود (ندیمی، ۱۳۹۵). این یافته‌ها بر نیاز به مشارکت فعال بیماران در روند تغییر دادن خودشان، نقش اصلی روان‌درمانی و نیاز به یک روان‌شناس بالینی برای مراقبت‌های اولیه به‌منظور هماهنگ‌کردن مراقبت از بیمار تأکید دارد. در این پژوهش به‌دنبال آن هستیم که آیا با مداخلات مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک می‌توان از تخریب‌های پیوسته که اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف شیشه در تمام گستره زندگی فرد از شغل، تحصیل، ازدواج و روابط بین فردی ایجاد می‌کند، کاست؟

## روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش آزمون–پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان در سال ۱۳۹۸ است و با توجه به این که پژوهش از روش نیمه آزمایشی است. حجم نمونه برابر با ۴۰ نفر که با استفاده از آزمون چندمحوری میلون ۳ افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند و سپس نمونه به حجم ۴۰ نفر را با توجه به معیارهای شمول (زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف شیشه) از بین مراجعین اورژانس اجتماعی انتخاب شد. اعضای نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بدین ترتیب در هر گروه ۲۰ نفر حضور داشتند. دلیل انتخاب این حجم از نمونه برای هر گروه حذف اثر ریزش احتمالی اعضا بود که از طریق نرم افزار جی پاور[4] انتخاب شد. در نهایت تجزیه و تحلیل آماری از طریق تحلیل کوواریانس روی داده‌های حاصله از سنجش این افراد انجام گرفت. به منظور رعایت ضوابط اخلاقی پژوهش، اطلاعات کافی در مورد هدف، نحوه اجرا و نیز استفاده از یافته های پژوهش در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد. از بین مراجعین اورژانس اجتماعی افرادی که واجد معیارهای شمول بودند، دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند. برای گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته یکبار به شکل گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی اجرا شد. لازم به ذکر است تعداد ۴۰ نفر از مراجعین واجد شرایط به صورت تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه نام برده تقسیم شد.

## ابزارهای پژوهش:

[1] - Accurso
[2] - Sasdelli
[3] - Musetti
[4] - G POWER



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

**مقیاس شخصیتی مرزی[1](STB):** مقیاس شخصیتی مرزی بخشی از پرسش نامه صفات اسکیزوتایپی[2] (STQ) می‌باشد و STQشامل دو مقیاس شخصیت اسکیزوتایپال[3] (STA) و مقیاس شخصیت مرزی کلاریج و بروکس STB (۲۰۰۶) (STB)می‌باشد. این پرسشنامه توسط کلاریج و بروکس[4] در دانشگاه آکسفورد ساخته شده و توسط راولینگز، کلاریج و فریمن مورد تجدید نظر قرار گرفت. محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۹۲) با استفاده از نسخه‌ی ویرایش شده‌ی این آزمون با انطباق آن با ملاک‌های DSM-IV-TR علاوه بر ۱۸ ماده‌ی اولیه ۶ ماده‌ی دیگر نیز برای پوشش دادن ملاکهای تشخیصی این اختلال به آن افزودند. بنابراین مقیاس STP دارای ۲۴ ماده است که به صورت بلی /خیر پاسخ داده می‌شود. پاسخ بلی نمره‌ی یک و، پاسخ خیر نمره‌ی صفر می‌گیرد. این مقیاس سه عامل ناامیدی ۶ ناامیدی ۶، تکانش‌گری ۷ و عامل علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس ۸ را اندازه‌گیری می‌نماید. راولینگز[5] ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده‌اند. روایی همزمانSTB با مقیاس‌های روان‌آزردگی و روان‌گسستگی پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ) در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و۰/۴۴ گزارش شده است در ایران محمدزاده ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس STB را ۰/۸۴ و خرده مقیاس‌های ناامیدی، تکانش‌گری و علایم تجزیه‌ای پارانوئیدی وابسته به استرس را به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۷۲، ۰/۵۰ گزارش کرده‌اند پژوهشگران ضریب آلفا کل مقیاس را ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس‌های ناامیدی، تکانش‌گری و علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۵۸ و۰/۵۷ گزارش نموده‌اند. همچنینSTB از روایی (عاملی و افتراقی) مطلوبی در ایران برخوردار است.

**پرسشنامه تکانشگری بارت (۱۹۹۵):** این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی شامل ۳۰ سؤال مدرج چهار نمره‌ای لیکرت بود که از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود سوالات (۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰) معکوس نمره گذاری می شود.. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس عدم برنامه‌ریزی (۱، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹، ۳۰)، تکانشگری حرکتی (۲، ۳، ۴، ۸، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵) و تکانشگری شناختی (۵، ۶، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶، ۲۸) است. این پرسشنامه توسط پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵؛ به نقل از جاوید، محمدی و رحیمی،۱۳۹۱) ساخته شد. در این پژوهش از نسخه فارسی این پژوهش که توسط جاوید و همکاران (۱۳۹۱) ترجمه و اعتباریابی شده، استفاده خواهد شد. پایایی به روش آلفای کرونباخ و آزمون بازآزمایی، به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شد. روایی نیز با روش همبستگی هر عامل با نمره کل مطلوب گزارش شد. همچنین در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شد

**پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون ۳ (MCMI_III):** این آزمون را ابتدا میلون در سال ۱۹۷۷ طراحی کرد، اما تاکنون دو بار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. نسخه سوم، که میلون آن را در سال ۱۹۹۴ مدون کرد، شامل ۱۷۵ ماده است که بر اساس ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه بندی های زیر نمره گذاری می شود: شاخص های تغییر پذیری، الگوهای شخصیت بالینی، الگوهای بالینی شدید شخصیت، نشانگان های بالینی و نشانگان بالینی شدید. مقیاس ها به همراه مواد تشکیل دهنده آنها با نظریه شخصیت میلون و DSM-IV همخوانی دارند. این آزمون یک پرسشنامه خودسنجی است که به دو صورت دستی و کامپیوتری برای افراد بالای ۱۸ سال و سطح سواد تقریبا هشت کلاس قابل اجرا و نمره گذاری است. آزمون شامل یک راهنمای پاسخ به سوال هاست که در اختیار آزمودنی قرار می گیرد. روش نمره گذاری، که برای مرد و زن متفاوت است، در یک راهنمای نمره گذاری دستی توضیح داده شده است (کلینگر، ۲۰۰۵). میلون و همکاران برای اندازه گیری میزان اعتبار چهار آزمون، از روش همسانی استفاده و در مجموع میزان اعتبار آن را ۰/۷۸ برآورده کرده اند. روایی چهار آزمون نیز در مقایسه با آزمون MMPI، با مقایسه عوامل مشترک سنجیده و ارزیابی شد. میزان همبستگی این دو آزمون ۰/۷۵ و بیشتر گزارش شده است (فتحی آشتیانی و

[1] . Borderline Personality Scale
[2] . Skizotaypi
[3] . Skizo taypal
[4] . Kelarig , Broks
[5] . Ravlings



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

داستانی، ۲۰۱۲). شریفی و همکاران (۲۰۰۸) نسخه سوم آزمون میلون را در اصفهان هنجاریابی کرده است. نسخه سوم این آزمون، بر اساس فرآیند رواسازی یا اعتباریابی سه مرحله ای لئووینگر ساخته و برای پالایش آن از انتخاب گویه تا ساخت مقیاس و برای رواسازی بیرونی با استفاده از نظریه میلون به عنوان ملاک، از این سه مرحله تبعیت شده است. مطالعات مختلف نشان دهنده اعتبار نسبتا خوب نسخه سوم میلون است. برای مقیاس های اختلال شخصیت، همبستگی های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ و برای مقیاس های نشانگان بالینی نیز همبستگی های متوسطی از ۰/۴۴ (اختلال استرس پس از سانحه) تا ۰/۹۵ (افسردگی اساسی) با متوسط ۰/۸۰ به دست آمده است. اعتبار مقیاس ها در مطالعه هنجاریابی آزمون با فاصله زمانی پنج تا ۱۴ روز، از دامنه ۰/۸۲ (مقیاس بدنمایی) تا ۰/۹۶ (اختلال شبه جسمی) با متوسط ۰/۹۰ برای تمام مقیاس ها گزارش شده است. در مطالعه شریفی و همکاران (۲۰۰۸) همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در مطالعه، فرنوش و همکاران (۱۳۹۵) پایایی آزمون از طریق همسانی درونی محاسبه شده و ضریب آلفای مقیاس ها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمده است.

## شرح جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک:

رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مبنای کار لینهان و دیمف[1] (۲۰۰۸) و توسط سالباچ–آندره[2] و همکاران (۲۰۰۸) برای یک دوره سه ماهه (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای) برنامه ریزی شده بود. بیماران هفته ای یک جلسه به صورت گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی را طبق محتوای زیر آموزش دیدند:

**جدول ۱. پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیک مارشا لینهان**

| جلسات | موضوع جلسات |
|---|---|
| اول | آشنایی اولیه، چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟ شروع مراحل خودآگاهی |
| دوم | آموزش مهارتهای شناخت خود؛ آموزش مهارتهای شناخت خود (خودآگاهی هیجانی) |
| سوم | آموزش خودآرامش‌بخشی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب‌ها |
| چهارم | توجه برگردانی از رفتارهای خودجرحی، توجه برگردانی از طریق فعالیتهای لذتبخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر |
| پنجم | توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی درمورد تفاسیر و پاسخ به هیجانات، مشاهده و توصیف آنها (خودمشاهده گری) |
| ششم | آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابلهای خودتشویق‌گرایانه، نقش خودگوییهای مثبت و مهارت‌های حل مساله در مهار هیجان‌ها |
| هفتم | آموزش مهارتهای کاهش آسیب برنامه ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب، کاهش مصرف مواد و پرکردن اوقات فراغت |
| هشتم | آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی، آموزش تصویرسازی از مکان امن، و کشف ارزش‌ها |
| نهم | مسلط شدن بر دنیای خود:آموزش برنامهریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرست فعالیتهای لذتبخش |
| دهم | آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوه مناسب در برابر هیجانهای منفی(خشم، ترس، افسردگی، استرس و احساس گناه) |
| یازدهم | کاربرد مهارتهای حل مسأله و عمل مخالف برای هیجان‌های منفی |
| دوازدهم | مرور جلسات و تمرینات داده شده |

[1] -Linehan & Dextter- maze
[2] -Salbach-Andrae



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار Spss-V24 انجام شد. همچنین به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

## یافته ها

بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی وضعیت تأهل در نمونه آماری را نشان می‌دهد تعداد ۹ نفر از اعضای نمونه بین سنین کمتر از ۳۰ سال، ۲۱ نفر از آنان بین سنین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۱۰ نفر از آنان بین سنین ۴۱ سال به بالا می باشند، تعداد ۱۱ نفر از اعضای نمونه مجرد و ۲۹ نفر از آنان متأهل می‌باشند، ۱۷ نفر از اعضای نمونه دارای مدرک دیپلم و پائین‌تر، ۱۱ نفر دارای مدرک فوق دیپلم، ۹ نفر دارای مدرک لیسانس و ۳ نفر دارای مدرک فوق‌لیسانس و بالاتر می‌باشند. در این پژوهش، ۴۰ آزمودنی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) شرکت داشتند که در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته، به تفکیک گروه های آزمایشی و کنترل ارائه شده اند.

**جدول ۲. شاخص‌های توصیفی در متغیرهای پژوهش**

| گروه | آزمون | میانگین | انحراف استاندارد | کجی | کشیدگی | حداقل | حداکثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تکانشگری زنان مبتلا | پیش آزمون | ۴۱/۸۲ | ۲/۳۵ | -۰/۰۱۶ | -۱/۴۲۴ | ۱۵ | ۴۳ |
| به سوءمصرف شیشه | پس آزمون | ۱۷/۹۷ | ۰/۹۴۶ | ۰/۰۵۲ | -۰/۱۵۸ | ۱۳ | ۱۸ |
| تکانش‌گری زنان مبتلا | پیش آزمون | ۳۹/۸۰ | ۱۱/۸۵ | ۰/۰۲۲ | -۲/۰۳۲ | ۱۴ | ۴۲ |
| به اختلال شخصیت | پس آزمون | ۱۶/۹۵ | ۱/۳۵ | /۰۳۰ | -۰/۸۲۱ | ۱۴ | ۱۹ |

در جدول ۲، شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی در متغیرهای پژوهش ملاحظه می‌شود. همانطور که ملاحظه می شود میانگین و انحراف استاندارد متغیر تکانشگری در بین زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه در مرحله پیش‌آزمون ۴۱/۸۲ و ۲/۳۵ می باشد که این مقدار در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۷/۹۷ و ۰/۹۴۶ گزارش شده است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیر تکانشگری در بین زنان مبتلا به اختلال شخصیت در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۳۹/۸۰ و ۱۱/۸۵ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب به میزان ۱۶/۹۵ و ۱/۳۵ گزارش شده است.

**جدول ۳. تحلیل کوواریانس تکانشگری در دو گروه**

| منبع تغییرات | متغیرهای وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | مقدار معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| مدل اصلاح شده | پس آزمون زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه | ۱۹۲/۱۳ | ۳ | ۶۴/۰۴۵ | ۹۷/۵۳ | /۰۰۰ |
| | پس‌آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی | ۵۳۸۷/۲۹ | ۳ | ۱۷۹۵/۷۶ | ۶۷۹/۷۶ | /۰۰۰ |
| عرض از مبدا | پس آزمون زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه | ۵/۰۱۳ | ۱ | ۵/۰۱۳ | ۷/۶۳ | /۰۰۹ |
| | پس‌آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی | ۱۸۶/۶۲ | ۱ | ۱۸۶/۶۲ | ۷۰/۶۴ | /۰۰۰ |
| پیش آزمون تکانشگری زنان مبتلا به اختلال شخصیت | پس آزمون زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه | ۱۱/۵۰ | ۱ | ۱۱/۵۰ | ۱۷/۵۲ | /۰۰۰ |
| | پس‌آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی | ۳/۶۶ | ۱ | ۳/۶۶ | ۱/۳۸۸ | ۰/۲۴۶ |
| پیش آزمون تکانشگری زنان مبتلا به سوءمصرف مواد | پس آزمون زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه | ۰/۰۱۱ | ۱ | ۰/۰۱۱ | ۰/۰۱۷ | /۸۹۶ |
| | پس‌آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی | ۱/۳۱۲ | ۱ | ۱/۳۱۲ | ۰/۴۹۷ | ۰/۴۸۶ |
| گروه | پس آزمون زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه | ۱۹۱/۴۶ | ۱ | ۱۹۱/۴۶ | ۲۹۱/۵۷ | /۰۰۰ |
| | پس‌آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی | ۵۲۴۵/۶۱ | ۱ | ۵۲۴۵/۶۱ | ۱۹۸۵/۶۵ | ۰/۰۰۰ |
| خطا | پس آزمون زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه | ۲۳/۶۴ | ۳۶ | ۰/۶۵۷ | | |
| | پس‌آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی | ۹۵/۱۰ | ۳۶ | ۲/۶۴۲ | | |



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| کل | پس آزمون زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه | ۲۰۷۹ | ۴۰ |
| | پس‌آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی | ۳۶۳۹۶ | ۴۰ |
| کل اصلاح شده | پس آزمون زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه | ۲۱۵/۷۷ | ۳۹ |
| | پس‌آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی | ۵۴۸۲/۴۰ | ۳۹ |

به منظور بررسی اثر مداخله بر کاهش تکانشگری زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه و زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و تعدیل اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود که نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیرهای وابسته (تکانشگری) زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (F= ۱۹۸۵/۶۵ و P<./001) و (تکانش‌گری) زنان مبتلا به سوءمصرف مواد (F= ۲۹۱/۵۸ و P<./001) داشته است. بنابراین فرضیه پژوهش در سطح معناداری ۰/۰۱ با ۹۹٪ اطمینان پذیرفته می‌شود؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانشگری و سوءمصرف شیشه تأثیر داشته است.

**جدول ٤. تحلیل واریانس کاهش تکانش‌گری در زنان مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی**

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | مقدار معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| پیش آزمون | ۱/۲۲ | ۱ | ۱/۲۲۹ | ۰/۴۶۰ | /۵۰۲ |
| خطا | ۹۸/۷۷ | ۳۷ | ۲/۶۶۹ | | |
| عرض از مبدا | ۲۲۴/۰۷ | ۱ | ۲۲۴/۰۷ | ۸۳/۹۳۸ | /۰۰۰ |
| گروه | ۵۳۸۲/۴۰ | ۱ | ۵۳۸۲/۴۰ | ۲۰۱۶/۲۶ | /۰۰۰ |
| مدل اصلاح شده | ۵۲۸۳/۶۲ | ۲ | ۲۶۹۱/۸۱/۳۴ | ۱۰۰۸/۳۶ | /۰۰۰ |
| کل | ۳۶۳۹۶ | ۴۰ | | | |
| کل اصلاح شده | ۵۴۸/۴۰ | ۳۹ | | | |

به منظور بررسی اثر مداخله بر کاهش تکانش‌گری و تعدیل اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود که نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته (کاهش تکانش‌گری) در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته است (F= ۲۰۱۶/۲۶ و P<./001). بنابراین فرضیه پژوهش در سطح معناداری ۰/۰۱ با ۹۹٪ اطمینان پذیرفته می‌شود؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانش‌گری زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان تأثیر داشته است

**جدول ۵. تحلیل واریانس کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه**

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | مقدار معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| پیش آزمون | ۱۱/۴۹ | ۱ | ۱۱/۴۹ | ۱۷/۹۸ | /۰۰۰ |
| خطا | ۲۳/۶۵ | ۳۷ | ۰/۶۳۹ | | |
| عرض از مبدا | ۴۱/۱۴ | ۱ | ۴۱/۱۴ | ۶۴/۳۷ | /۰۰۰ |
| گروه | ۱۹۱/۴۵ | ۱ | ۱۴۱/۴۵ | ۲۹۹/۵۲ | /۰۰۰ |
| مدل اصلاح شده | ۱۹۲/۱۲۴ | ۲ | ۹۶/۰۶ | ۱۵۰/۲۸ | /۰۰۰ |
| کل | ۲۰۷۹ | ۴۰ | | | |
| کل اصلاح شده | ۲۱۵/۷۷ | ۳۹ | | | |

به منظور بررسی اثر مداخله بر کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه و تعدیل اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود که نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته (کاهش تکانشگری) زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه داشته است (F= ۲۹۹/۵۲ و P<./001). بنابراین فرضیه پژوهش در سطح معناداری

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

۰/۰۱ با ۹۹٪ اطمینان پذیرفته می‌شود؛ بنابراین مداخله در کاهش کاهش تکانشگری زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان تأثیر داشته است

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش تکانش‌گری زنان مبتلا به همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف شیشه در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان انجام شد. نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک تأثیر معناداری بر متغیر کاهش تکانش‌گری در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته است؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانش‌گری زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان تأثیر داشته است. این یافته با مطالعات پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷) که رفتار درمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش و مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانش‌گری و کیفیت زندگی اثربخش می‌دانند، وکیلی (۱۳۹۴) که رفتاردرمانی دیالکتیکی را موثر در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی می‌دانند، برجعلی و همکاران (۱۳۹۴) که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی با فراهم‌کردن توانایی درک روابط خود با دیگران می‌تواند به کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود کیفیت زندگی می‌شود، برنر و همکاران (۲۰۲۱) که رفتاردرمانی دیالکتیکی را موثر بر خشونت به خود می‌داند و بسامد خدمات بحران روانی را کاهش می‌دهد و امیریان و همکاران (۲۰۱۸) که رفتاردرمانی دیالکتیکی یک مداخله کمکی ممکن برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌داند، استناد دیگر پژوهش پروانه و همکاران (۲۰۲۱) بود که بیان داشت آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی برای کمک به افرادی است که دارای بیماری شخصیت مرزی هستند. این روش درمانی میزان امید به زندگی را در بین این بیماران افزایش میدهد. بنابراین به عنوان یک رویکرد درمانی بیماران مبتلا به شخصی مرزی را از طریق افزایش میزان امیدواری به زندگی در آنان، آنها را از تکانشگری و سایر عوامل منفی دور می سازد، همخوانی دارد. در تبیین بیان می‌شود که روش درمانی یا رویکرد درمانی دیالکتیکی از طریق ارائه و توجه به آموزش‌های پذیرش مراجع محوری همراه با روش‌های حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی، دیدگاه شناختی– روانی می‌تواند میزان الگوی بی‌ثبات که در روابط بین فردی، خودانگاره، عواطف فرد که همراه با تکانشگری است را کاهش دهد. این آموزش‌ها میزان آشفتگی و حالت‌های هیجانی اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناک مانند سوءمصرف مواد را در افراد کاهش می‌دهند، بنابراین این رویکرد درمانی برای کاهش اختلال شخصیت مرزی و مصرف سوء مواد ثمربخش خواهد بود. روش درمان رفتار دیالکتیکی با استعمال استراتژی‌های درمانی اعتباربخشی، استراتژی‌های حل مسأله، دیالکتیکی، سبک‌شناختی، استراتژی‌های مدیریتی، به شکل اثربخشی توانسته است از ویژگی‌های اختلال افراد بیمار شخصی مرزی کاهش دهد و میزان الگوهای رفتاری بی‌ثبات بین فردی از قبیل دوسوگرایی و مشکلات کنترل هیجانی را در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کاهش دهد. از این روی، این رویکرد درمانی می‌تواند از طریق استراتژی‌های درمانی و آموزش‌های توانمندسازی افراد برای تحمل درد و مقاومت با رفتارهای منفی‌شان، میزان افسردگی، عاطفه یا هیجانات منفی را کاهش، میزان شادکامی را برای داشتن یک زندگی سالم افزایش دهد. این آموزش‌ها رفتارهای تکانشی را کنترل کنند و بیمار را از بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره و حالت عاطفی، و نیز آشکارا تکانشی بودن، به‌صورت الگویی نافذ و فراگیر نجات می‌دهد.

همچنین نتایج نشان داد رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر معناداری بر متغیر وابسته (کاهش تکانش‌گری) زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه داشته است؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانشگری زنان مبتلا به سوءمصرف شیشه در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان تأثیر داشته است. این یافته با مطالعات پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷) که معتقدند رفتار درمانی دیالکتیکی بر میزان تکانش‌گری و کیفیت زندگی اثربخش است و ندیمی (۱۳۹۴) که اثربخشی رفتار درمانی (مبتنی بر آموزش مهارت‌ها) بر کاهش تکانش‌گری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین نشان دادند همخوان می‌باشد. به‌عبارتی آنان نیز معتقدند رویکرد درمانی رفتار دیالکتیکی، رفتارهای تکانش‌گری را در افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف شیشه کاهش می‌دهد. روش درمانی دیالکتیکی با استفاده از روش درمانی درک کردن بیمار و تواناسازی او، با کاربرد روش پذیرش مراجع محوری همراه با روش‌های

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی، دیدگاه شناختی– روانی می‌تواند الگوی ناسازگار مصرف دارو را در این افراد کاهش دهد. این روش درمانی از طریق افزایش توانایی فرد بیمار در تحمل درد و ناراحتی هیجانی به آنان کمک می‌کند تا به خودکنترلی برسند و از مصرف سوءمواد بپرهیزند. این رویکرد درمانی حتی می‌تواند زمینه‌های مختلف انجام تلاش‌هایی مضطربانه، توأم با سراسیمگی برای اجتناب از ترک شدنِ واقعی یا تصوری، بی‌ثبات و شدیدبودن روابط فردی به‌صورت الگویی که مشخصه‌اش تناوب میان دوقطب افراطی است، بی‌ثبات بودن واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خودش، تکانشی کردن لااقل در دو تا از حوزه‌هایی که بالقوه که به فرد صدمه می‌زند، رفتار و حرکات بیان‌گر و یا تهدید به خودکشی به‌صورت مکرر، یا خودزنی‌های مکرر، بی‌ثباتی در حالت عاطفی به‌صورت واکنش‌پذیری آشکار خلق، احساس پوچی مزمن، نامتناسب و شدیدبودن خشم یا دشواری در تسلط بر خشم و بروز افکار بدگمانانه (پارانویید) یا علایم شدید تجزیه‌ای به‌صورت گذرا و در مواقع فشار روانی را در این بیماران کاهش دهد. آموزش‌های درمانی رفتار دیالکتیکی از طریق واردکردن پارادوکس‌ها (تضادها)، استفاده از استعاره‌ی بازی کردن طرفدار شیطان و دیو' توسعه دادن، فعال‌سازی ذهن خردمند مراجع، برگرداندن منفی‌ها به مثبت‌ها، اجازه دادن به تغییر طبیعی (و ناهم‌سانی‌ها حتی در محیط درمانی، ارزیابی و تشخیص از نظر دیالکتیکی از طریق پرسیدن سوال همیشگی" از چه چیزی در این‌جا صرف‌نظر می‌شود، می‌تواند میزان این اختلال‌ها و آسیب‌ها را در بیماران مبتلا به مصرف سوءمواد به خصوص زنان کاهش دهد و آن‌ها را برای تحمل و درد ناشی از ترک مواد، توانا و تاب‌آور سازد.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر شامل زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و مبتلا به سوء مصرف شیشه بودند. انتخاب یک نمونه از یک مرکز و یک شهر ممکن است مسئله روایی و اعتبار بیرونی آن لطمه زند. مبتلایان شخصیت مرزی از میزان وسواس از گوش‌دادن به حرف دیگران، دوره‌های بی‌قراری، افکار آشفته رنج می‌برند بنابراین توصیه می‌شود با هدف قراردادن الگوهای رفتارهای خارج از کنترل مرتبط با اختلالات شدید و فراگیر، مخصوصاً رفتارهای مرتبط با خطر مرگ بالا میزان این احساسات و این ویژگی‌های منفی را کاهش دهید. همچنین به علت وجود افکار خودکشی، احساسات یا عواطف نوسان‌دار به شکل دوست‌داشتن یا تنفر از فرد را تجربه می کنند توصیه می‌شود از کمک به مراجع برای احساس بهتر برای حل مسئله در زندگی و سرانجام به سمت کمک به مراجع برای یافتن لذت، حس تعالی و برتری این ویژگی‌های منفی را در آنان کاهش دهید.

## منابع

برجعلی، احمد، کوله مرز، محمدجواد بگیان، یزدان‌پناه، محمدعلی، رجبی، مسلم (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانش‌گری بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک، فصل‌نامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۵ (۲۰)، ۶-۱۹.

پیمان نیا، بهرام؛ حمید، نجمه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر آموزش مهارت ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی. *نشریه علمی-پژوهشی پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۴ (۳)، ۸-۱۷.

سرابی، پیام و صادقی، خیرالله. (۱۳۹۷). بررسی میزان توافق آزمون بالینی چند محوری میلون-۳ با پرسشنامه شخصیتی (SCID-II) در تشخیص اختلالات شخصیت. *نشریه رویش روان شناسی*، ۱۱ (۳۱)، ۱۳۱-۱۴۶.

لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام (۱۳۹۶). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی، اندیشه و رفتار، ۷ (۲۸)، ۴۲-۹۱.

ندیمی، محسن (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند.

وکیلی، جواد وکیمیایی، سید علی، صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی زندانیان، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۱)، ۵-۱۹.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

Accurso, E. C., Astrachan-Fletcher, E., O'Brien, S., McClanahan, S. F., & Le Grange, D. (2018). Adaptation and implementation of family-based treatment enhanced with dialectical behavior therapy skills for anorexia nervosa in community-based specialist clinics. *Eating disorders*, *26*(2), 149-16

Amirian, K., Mami, S. H., Ahmadi, V., & Mohammadzadeh, J. (2018). Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on impulsivity in addicted people.

Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R., & Priebe, S. (2016). Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *52*, 147-156.

Berner, L. A., Reilly, E. E., Yu, X., Krueger, A., Trunko, M. E., Anderson, L. K., ... & Kaye, W. H. (2021). Changes in cognitive and behavioral control after lamotrigine and intensive dialectical behavioral therapy for severe, multi-impulsive bulimia nervosa: an fMRI case study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-10.

Bickel, W. K., Jarmolowicz, D. P., Mueller, E. T., Gatchalian, K. M., & McClure, S. M. (2012). Are executive function and impulsivity antipodes? A conceptual reconstruction with special reference to addiction. *Psychopharmacology*, *221*(3), 361-387.

Coskunpinar, A., Dir, A. L., & Cyders, M. A. (2013). Multidimensionality in impulsivity and alcohol use: A meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *37*(9), 1441-1450.

Dong, H., Wang, M., Zheng, H., Zhang, J., & Dong, G. H. (2021). The functional connectivity between the prefrontal cortex and supplementary motor area moderates the relationship between internet gaming disorder and loneliness. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *108*, 110154.

Eaton, N. R., & Greene, A. L. (2018). Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Current opinion in psychology*, *21*, 28-32.

Einy, S. (2019). Comparison of the Effectiveness of Mentalization Based Therapy and Cognitive-Analytical Therapy on Ego Strength and Defense Mechanisms of People with Borderline Personality Disorder. *The Horizon of Medical Sciences*, *25*(4), 7-7.

Ernst, M., Mohr, H. M., Schött, M., Rickmeyer, C., Fischmann, T., Leuzinger-Bohleber, M., ... & Grabhorn, R. (2018). The effects of social exclusion on response inhibition in borderline personality disorder and major depression. *Psychiatry research*, *262*, 333-339.

Grant, J. E., Lust, K., & Chamberlain, S. R. (2019). Problematic smartphone use associated with greater alcohol consumption, mental health issues, poorer academic performance, and impulsivity. *Journal of behavioral addictions*, *8*(2), 335-342.

Johansen, E. B. (2020). *Therapists' Experiences Working with Women of Color with Borderline Personality Disorder* (Doctoral dissertation, Widener University).

Kelly, W. E. (2019). Nightmares and ego strength revisited: Ego strength predicts nightmares above neuroticism and general psychological distress. *Dreaming*.

Musetti, A., Cattivelli, R., Guerrini, A., Mirto, A. M., Riboni, F. V., Varallo, G., ... & Molinari, E. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy: Current Paths in the Management of Obesity. In *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*. InTech.

Parvaneh, P., Khalatbari, J., & Saeedpoor, F. (2021). Comparison of the Effectiveness of Dialectical-Behavioral and Cognitive-Behavioral Therapy on Irrational Beliefs, Emotion Regulation, and Impulsive Behaviors of High School Female Students. *Community Health Journal*, *15*(2), 69-81.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

Pellegrini, M., Carletto, S., Scumaci, E., Ponzo, V., Ostacoli, L., & Bo, S. (2021). The Use of Self-Help Strategies in Obesity Treatment. A Narrative Review Focused on Hypnosis and Mindfulness. *Current Obesity Reports*, 1-14.

Perrotta, G. (2020). Borderline personality disorder: Definition, differential diagnosis, clinical contexts, and therapeutic approaches. *Annals of Psychiatry and Treatment*, *4*(1), 043-056.

Rahmani, M., Omidi, A., Asemi, Z., & Akbari, H. (2018). The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health & Prevention*, *9*, 13-18.

Raman, J., Hay, P., Tchanturia, K., & Smith, E. (2018). A randomised controlled trial of manualized cognitive remediation therapy in adult obesity. *Appetite*, *123*, 269-279.

Robinson, E., Foote, G., Smith, J., Higgs, S., & Jones, A. (2021). Interoception and obesity: A systematic review and meta-analysis of the relationship between interoception and BMI. *International Journal of Obesity*, 1-12.

Rouda, B. (2020). The Role of Borderline Personality Disorder in the Rise of the Sith: Diagnosing Anakin Skywalker.

Sasdelli, A. S., Petroni, M. L., Paoli, A. D., Collini, G., Calugi, S., Dalle Grave, R., & Marchesini, G. (2018). Expected benefits and motivation to weight loss in relation to treatment outcomes in group-based cognitive-behavior therapy of obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *23*(2), 205-214.

Sharp, C., Vanwoerden, S., & Wall, K. (2018). Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *Psychiatric Clinics*, *41*(4), 669-683.

Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: a clinical application. *American Journal of Psychiatry*, *172*(7), 606-613.

Strickland, J. C., & Johnson, M. W. (2021). Rejecting impulsivity as a psychological construct: A theoretical, empirical, and sociocultural argument. *Psychological review*, *128*(2), 336.

Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, *385*(9969), 717-726.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۱، شماره ۱۵ ، زمستان سال ۱۴۰۰

# The Effect of Dialectical Behavior Therapy on Reducing Impulsivity in women with Comorbid Borderline Personality Disorder and Glass Abuse in Welfare Social Emergency Clients in Hamadan Province

Mozhdeh Masoumi[1], Mahdi Nowbakht[2]

**Abstract**

The main purpose of this study is the effect of dialectical behavior therapy on reducing impulsivity in women with comorbidity of borderline personality disorder and glass abuse in social welfare clients in Hamadan province. This research is a quasi-experimental design of pre-test-post-test with a control group and its statistical population is all women with borderline personality disorder and glass abuse who are kept in the Social Welfare Emergency Center in Hamadan, which with The available sampling method was selected by 40 people and they were equally and completely randomly divided into experimental and control groups. Then, only the experimental group underwent group dialectical behavior therapy for 12 sessions of 90 minutes. To collect data for the borderline personality variable, the Millon 3 multivariate clinical test (1977) and the impulsivity variable of the Barat Impulsivity Scale (1959) were used. It was performed on both groups. ANCOVA method was used to analyze the data. The results of the main hypothesis show that the independent variable of dialectical behavior therapy has a significant effect on the dependent variables of impulsivity in women with borderline personality disorder (F = 1985/65 and P <.001) and impulsivity in women with substance abuse (F = 291.58). And P <0/ 001); Therefore, the intervention has been effective in reducing impulsivity and glass abuse. The results of the first sub-hypothesis show that the independent variable of dialectical behavior therapy has a significant effect on the variable of impulsivity reduction in women with borderline personality disorder (F = 26.26 and P <0/001); Therefore, the intervention has been effective in reducing the impulsivity of women with borderline personality disorder in welfare social emergency clients in Hamadan province. The results of the second sub-hypothesis table showed that the independent variable (group) had a significant effect on the dependent variable (impulsivity reduction) of women with glass abuse (F = 29.52 and P <0001); Therefore, the intervention has been effective in reducing the impulsivity of women with glass abuse in welfare social emergency clients in Hamadan province.

**Keywords:** Glass Abuse, Borderline Personality Disorder, Impulsivity, Dialectical Behavior Therapy.

[1] Master of Clinical Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran (Corresponding Author)
[2] Psychiatrist and Assistant Professor of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran



[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16 ]