



تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش تکانش گری 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 بر کاهش تکانش گری زنان مبتلا به همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف شیشه در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان می باشد. این پژوهش طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است و جامعه آماری آن کلیه زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف شیشه می باشد که در مرکز اورژانس اجتماعی بهزیستی شهر همدان نگهداری می شوند که با روش نمونه گیری 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 دقیقه ای تحت رفتار درمانی دیالکتیک به صورت گروهی قرار گرفت. برای جمع آوری داده ها برای متغیر شخصیت مرزی از آزمون بالینی چندمحوری میلون ۳ (۱۹۷۷) و متغیر تکانشگری از مقیاس تکانشگری بارات (۱۹۵۹) استفاده شد که در پیش آزمون و پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج فرضیه اصلی نشان می دهد متغیر مستقل رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر معناداری بر متغیرهای وابسته تکانشگری زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ($F=1985/65$ و $P<0/001$) و تکانشگری زنان مبتلا به سوء مصرف مواد ($F=291/58$ و $P<0/001$) داشته است؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانشگری و سوء مصرف شیشه تأثیر داشته است. نتایج فرضیه فرعی اول نشان می دهد متغیر مستقل رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر معناداری بر متغیر کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته است ($F=2016/26$ 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 سوء مصرف شیشه داشته است ($F=299/52$ و $P<0/001$)؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانشگری زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه در مراجعین اورژانس اجتماعی بهزیستی استان همدان تأثیر داشته است.

واژگان کلیدی: سوء مصرف شیشه، اختلال شخصیت مرزی، تکانش گری، 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



مقدمه

افزایش روزافزون مشکلات روان شناختی و نقشی که این مشکلات در مختل کردن حوزه های مختلف زندگی افراد ایفا می کند، توجه بسیاری از روانشناسان و متخصصان سلامت روان را به خود معطوف داشته است. تاکنون حجم وسیعی از پژوهش ها به منظور بررسی این مشکلات و عوامل ایجادکننده یا نگه دارنده آن ها انجام شده است (شارپ، ون وردن و وال^۱، ۲۰۱۸). در این بین شخصیت افراد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. شخصیت یعنی «مجموعه ای از رفتار و شیوه های تفکر شخص در زندگی روزمره که با ویژگی های بی همتا بودن، ثبات و قابلیت پیش بینی» مشخص می شود (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 می شود (عینی^۲، ۲۰۱۹؛ جوهانسن^۳، ۲۰۲۰). اختلالات شخصیت، دسته نامتجانسی از اختلالات هستند که با الگوهای دیرینه، فراگیر و انعطاف ناپذیر مغایرت دارند، تعریف می شوند. این الگوهای مساله دار دست کم در دو مورد از زمینه های زیر آشکار می شوند: شناخت ها و هیجان ها، 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 ملاک های فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهای وی می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳). به گفته بارلو و دیورند^۶ (۲۰۱۴)، مردانی که مبتلا به یک اختلال شخصیت تشخیص داده می شوند به طور معمول پرخاشگرترند، زیاد هیجانی نیستند، اعتماد به نفس دارند و حرفشان را به کرسی می نشاندند، بی رحم و بی عاطفه هستند. زنان معمولاً مطیع تر، هیجانی تر، و بدون اعتماد به نفس تر هستند. بنابراین، جای تعجبی ندارد که اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مردان، و اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت مرزی در زنان بیشتر شناسایی شده اند؛ اما طبق جدیدترین پژوهش ها درباره شیوع آن ها 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 پژوهش ها 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 می کنند. 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 می شوند و ممکن است به درمان هایی 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). سبب شناسی 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 بی نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می شود (پروتا^{۱۱}، ۲۰۲۰). این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین شخصی و همچنین برانگیختگی شدید، متمایز می شود (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



جمعیت عادی است (دونگ، وانگ، ژنگ، ژانگ و دونگ^۱، 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 بی ثبات، آشفتگی هویت، رفتارهای خودکشی یا خود آسیب زنی، بی ثباتی عاطفی، احساس های مزمن پوچی، خشم نامناسب و شدید یا اشکال در کنترل خشم و اندیشه پردازی های پارانوئیدی گذرا یا نشانه های شدید تجزیه مشخص می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). بر طبق 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 تکانشگر هستند 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 آنها احتمال آسیب رسانی به خود وجود دارد، رفتارهای تکانشگر دارد. 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 می دهد. 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 اختلال های شخصیت، از این بیماری رنج می برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آنها گزارش شده است (ارنست، موهر، اسکات، ریک مایر، فیچمن^۳، ۲۰۱۸).

¹ - Dong, Wang, Zheng, Zhang & Dong

² - American Psychiatric Association

³ - Ernst, Mohr, Schött, Rickmeyer, Fischmann



از ویژگی های دیگر این بیماران تکانش گری^۱ است. ولخرجی های زیاد، برقراری روابط جنسی نالایمن، پرخوری، سوءمصرف مواد و دارو نمونه ای از رفتارهای تکانه ای آنان می باشد. ۲۲ درصد آنها دچار الکلیسم و سوءمصرف آن هستند و از این میان افرادی که به دلیل سوءمصرف مواد بستری شده اند ۵۸ درصد تا ۶۰ درصد آنها اختلال شخصیت مرزی دارند (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۹۲). تکانش گری اصطلاحی است برای توصیف فرآیندهای روان شناختی مختلف که بر تصمیم گیری و رفتار مؤثر است و در ساخت شخصیت انسانی دخیل می باشد. بروز و شیوع رو به رشد این خصوصیت در رفتارهای مخاطره جویانه با اثرات بالقوه آسیب رسان طولانی مدت آن باعث افزایش توجه روان شناسان به این موضوع شده است؛ چرا که کاهش عواقب و اثرات آسیب رسان تکانش گری و رفتارهای مخاطره جویانه و مخاطره آمیز و موارد مرتبط با آن ها، یکی از جنبه های مهم ارتقا سلامت روانی فرد و جامعه می باشد (برجلی، کوله مرز، یزدان پناه و رجبی، ۱۳۹۴). تکانش گری یکی از حالات شخصیتی انسان است. تکانش گری در نشان دادن خشم، به خوبی نشان می دهد که چیزی باعث ناراحتی مزمن این زنان و بالاتر رفتن سطح دل سردی و نومییدی آن ها شده است. به بیان دیگر می توان گفت: اصطلاح تکانش گری به رفتارهایی از جمله عجله و شتاب، بی اختیار، بی صبری و فقدان توجه به پیامدهای یک عمل گفته می شود (استریکلند و جوهانسون^۲، ۲۰۲۱) بر اساس تحقیقات، چهار بعد شخصیتی را در ارتباط با ابعاد متفاوت رفتارهای تکانش گرانه معرفی کردند که شامل فقدان برنامه ریزی، فوریت، هیجان طلبی و فقدان پایداری می باشد. این افراد به طور گسترده در رفتارهای هدف مند و خودتنظیمی دچار مشکل هستند (بیکل، جارمولوویز، مولر، گاتچالین و مک کلور^۳، ۲۰۱۲). از سوی دیگر به نظر میرسد که جنبه های متفاوت تکانش گری با جنبه های مختلف رفتارهای پرخطر (کاسونپینار، دیر و سیدرز^۴، ۲۰۱۳)، و پیامدهای درمانی ضعیف در افراد سوءمصرف کننده مواد رابطه دارد (گران، لاست و چامبرلین^۵، ۲۰۱۹) شواهد تجربی در این زمینه نشان می دهد یکی از روش های مؤثر 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 مؤثر 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^۶ 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^۷ و همکاران، ۲۰۱۶)، سوءمصرف مواد (پلگرینی^۸ و همکاران، ۲۰۲۱) و چاقی (رابینسون^۹ 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 ذهن 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 - Impulsivity

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



رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان تکانشگری موثر است (آکورسو^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهشی دیگر در ارتباط با اثربخشی رفتار درمانی 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^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). از طرفی شواهد پژوهشی نشان می دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث افزایش خودتنظیمی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است (موستی^۳ و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به آن چه مطرح شد، سوء مصرف مواد، یک موضوع بسیار چالش برانگیز و مهم جوامع امروزی است که اثرات مخرب فردی و اجتماعی بسیاری را به همراه دارد. لذا پیش گیری در این زمینه می تواند بسیار حائز اهمیت باشد. در همین راستا تعیین عوامل پیش بینی کننده سوء مصرف خالی از فایده نیست. از سویی، با توجه به اهمیت موضوع و آثار سوء روانی، اجتماعی، اقتصادی و جسمانی مصرف مواد، تحقیقات زیادی صورت می گیرد تا عوامل خطر و عواملی که می تواند در بروز اعتیاد سهیم باشند را شناسایی کرده و در نتیجه با انجام اقدامات مناسب، از وقوع آن پیش گیری نمایند، زیرا با وجود هزینه های بسیاری که برای درمان اعتیاد صرف می شود، باز هم احتمال عود و بازگشت و تمایل به مصرف مواد بسیار بالاست، به طوری که می توان گفت اعتیاد یک بیماری مزمن و مودعی است که هیچ گاه درمان نمی شود (ندیمی، ۱۳۹۵). این یافته ها بر نیاز به مشارکت فعال بیماران در روند تغییر دادن خودشان، نقش اصلی روان درمانی و نیاز به یک روان شناس بالینی برای مراقبت های اولیه به منظور هماهنگ کردن مراقبت از بیمار تأکید دارد. در این پژوهش به دنبال آن هستیم که آیا با مداخلات مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک می توان از تخریب های پیوسته که اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف شیشه در تمام گستره زندگی فرد از شغل، تحصیل، ازدواج و روابط بین فردی ایجاد می کند، 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 میلیون 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 سوء مصرف 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^۴ انتخاب شد. در نهایت تجزیه و تحلیل آماری از طریق تحلیل کوواریانس روی داده های 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 دقیقه ای 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:

^۱ - Accurso

^۲ - Sasdelli

^۳ - Musetti

^۴ - G POWER



مقیاس شخصیتی مرزی^۱ (STB): مقیاس شخصیتی مرزی بخشی از پرسش نامه صفات اسکیزوتایپی^۲ (STQ) می باشد و STQ شامل دو مقیاس شخصیت اسکیزوتایپال^۳ (STA) و مقیاس شخصیت مرزی کلاریچ و بروکس^۴ STB (۲۰۰۶) می باشد. این پرسشنامه توسط کلاریچ و بروکس^۴ در دانشگاه آکسفورد ساخته شده و توسط راولینگز، کلاریچ و فریمن مورد تجدید نظر قرار گرفت. محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۹۲) با استفاده از نسخه ی ویرایش شده ی این آزمون با انطباق آن با ملاک های DSM-IV-TR علاوه بر ۱۸ ماده ی اولیه ۶ ماده ی دیگر نیز برای پوشش دادن ملاک های تشخیصی این اختلال به آن افزودند. بنابراین مقیاس STP دارای ۲۴ ماده است که به صورت بلی /خیر پاسخ داده می شود. پاسخ بلی نمره ی یک و، پاسخ خیر نمره ی صفر می گیرد. این مقیاس سه عامل ناامیدی ۶، ناامیدی ۶، تکانش گری ۷ و عامل علایم تجزیه ای و پارانوئیدی وابسته به استرس ۸ را اندازه گیری می نماید. راولینگز^۵ ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده اند. روایی همزمان STB با مقیاس های روان آزرده گی و روان گسستگی پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ) در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است در ایران محمدزاده ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس STB را ۰/۸۴ و خرده مقیاس های ناامیدی، تکانش گری و علایم تجزیه ای پارانوئیدی وابسته به استرس را به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۵۷ و ۰/۶۴ گزارش نموده اند. همچنین STB 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 نمره ای لیکرت بود که از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره گذاری می شود سوالات (۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰) معکوس نمره گذاری می شود. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس عدم برنامه ریزی (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 تقریباً 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

۱. Borderline Personality Scale

۲. Skizotaypi

۳. Skizo taypal

۴. Kelarig , Broks

۵. Ravlings



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 لئوینگر 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 نسبتاً 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 الکلی) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمده است.

شرح جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک:

رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مبنای کار لینهان و دیمف^۱ (۲۰۰۸) و توسط سالباچ-آندره^۲ 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 مهارت ها را بیاموزیم؟ شروع مراحل خودآگاهی
دوم	آموزش مهارت های شناخت خود؛ آموزش مهارت های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)
سوم	آموزش خودآرامش بخشی، تصمیم گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب ها
چهارم	توجه برگردانی از رفتارهای خودجرعی، 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 خودتشویق گرایانه، نقش خودگوییهای مثبت و مهارت های حل مساله در مهار هیجان ها
هفتم	آموزش مهارت های 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 ارزش ها
نهم	مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه ریزی 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 مهارت های حل مساله و عمل مخالف برای هیجان های منفی
دوازدهم	مرور جلسات و تمرینات داده شده

¹ -Linehan & Dextter- maze

² -Salbach-Andrae



تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار Spss-V24 انجام شد. همچنین به منظور آزمون فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها

بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی وضعیت تأهل در نمونه آماری را نشان می دهد 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 می باشند، ۱۷ نفر از اعضای نمونه دارای مدرک دیپلم و پائین تر، ۱۱ نفر دارای مدرک فوق دیپلم، ۹ نفر دارای مدرک لیسانس و ۳ نفر دارای مدرک فوق لیسانس و بالاتر می باشند. 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. شاخص های 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 سوء مصرف 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، شاخص های میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی در متغیرهای پژوهش ملاحظه می شود. همانطور که ملاحظه می شود میانگین و انحراف استاندارد متغیر تکانشگری در بین زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه در مرحله پیش آزمون ۴۱/۸۲ و ۲/۳۵ می باشد که این مقدار در مرحله پس آزمون 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 پیش آزمون برابر با ۳۹/۸۰ و ۱۱/۸۵ و در مرحله پس آزمون 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 مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار معناداری
مدل اصلاح شده	پس آزمون زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه	۱۹۲/۱۳	۳	۶۴/۰۴۵	۹۷/۵۳	/۰۰۰
	پس آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی	۵۳۸۷/۲۹	۳	۱۷۹۵/۷۶	۶۷۹/۷۶	/۰۰۰
عرض از مبدا	پس آزمون زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه	۵/۰۱۳	۱	۵/۰۱۳	۷/۶۳	/۰۰۹
	پس آزمون 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 سوء مصرف شیشه	۱۱/۵۰	۱	۱۱/۵۰	۱۷/۵۲	/۰۰۰
	پس آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی	۳/۶۶	۱	۳/۶۶	۱/۳۸۸	۰/۲۴۶
پیش آزمون تکانشگری زنان مبتلا به سوء مصرف مواد	پس آزمون زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه	۰/۰۱۱	۱	۰/۰۱۱	۰/۰۱۷	/۰۸۹۶
	پس آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی	۱/۳۱۲	۱	۱/۳۱۲	۰/۴۹۷	۰/۴۸۶
گروه	پس آزمون زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه	۱۹۱/۴۶	۱	۱۹۱/۴۶	۲۹۱/۵۷	/۰۰۰
	پس آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی	۵۲۴۵/۶۱	۱	۵۲۴۵/۶۱	۱۹۸۵/۶۵	۰/۰۰۰
خطا	پس آزمون زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه	۲۳/۶۴	۳۶	۰/۶۵۷		
	پس آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی	۹۵/۱۰	۳۶	۲/۶۴۲		



کل	پس آزمون زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه	۲۰۷۹	۴۰
	پس آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی	۳۶۳۹۶	۴۰
کل اصلاح شده	پس آزمون زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه	۲۱۵/۷۷	۳۹
	پس آزمون زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی	۵۴۸۲/۴۰	۳۹

به منظور بررسی اثر مداخله بر کاهش تکانشگری زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه و زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و تعدیل اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده می شود که نتایج جدول ۳، نشان می دهد متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیرهای وابسته (تکانشگری) زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ($F=1985/65$ و $P<0/001$) و (تکانشگری) زنان مبتلا به سوء مصرف مواد ($F=291/58$ و $P<0/001$) داشته است. بنابراین فرضیه پژوهش در سطح معناداری ۰/۰۱ با ۹۹٪ اطمینان پذیرفته می شود؛ بنابراین مداخله در کاهش تکانشگری و سوء مصرف شیشه تأثیر داشته است.

جدول ۴. 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	۰/۵۰۲
خطا	۹۸/۷۷	۳۷	۲/۶۶۹		
عرض از مبدا	۲۲۴/۰۷	۱	۲۲۴/۰۷	۸۳/۹۳۸	۰/۰۰۰
گروه	۵۳۸۲/۴۰	۱	۵۳۸۲/۴۰	۲۰۱۶/۲۶	۰/۰۰۰
مدل اصلاح شده	۵۲۸۳/۶۲	۲	۲۶۹۱/۸۱/۳۴	۱۰۰۸/۳۶	۰/۰۰۰
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 می شود که نتایج جدول ۴، نشان می دهد متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته (کاهش تکانشگری) در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته است ($F=2016/26$ و $P<0/001$). بنابراین فرضیه پژوهش در سطح معناداری ۰/۰۱ با ۹۹٪ اطمینان پذیرفته می شود؛ 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 سوء مصرف شیشه

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

به منظور بررسی اثر مداخله بر کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه و تعدیل اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده می شود که نتایج جدول ۵، نشان می دهد متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته (کاهش تکانشگری) زنان مبتلا به سوء مصرف شیشه داشته است ($F=299/52$ و $P<0/001$). بنابراین فرضیه پژوهش در سطح معناداری



۰/۰۱ با ۹۹٪ اطمینان پذیرفته می شود؛ 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 پیمان نیا و همکاران (۱۳۹۷) که رفتار درمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش و مهارت ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی اثربخش می داند، وکیلی (۱۳۹۴) که رفتاردرمانی دیالکتیکی را موثر در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی می داند، برجعلی و همکاران (۱۳۹۴) که آموزش مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیکی با فراهم کردن توانایی درک روابط خود با دیگران می تواند به کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود کیفیت زندگی می شود، برنر و همکاران (۲۰۲۱) که رفتاردرمانی دیالکتیکی را موثر بر خشونت به خود می داند و بسامد خدمات بحران روانی را کاهش می دهد و امیریان و همکاران (۲۰۱۸) که رفتاردرمانی دیالکتیکی یک مداخله کمکی ممکن برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می داند، 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 می دهد. 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 می شود که روش درمانی یا رویکرد درمانی دیالکتیکی از طریق ارائه و توجه به آموزش های پذیرش مراجع محوری همراه با روش های حل مسئله و آموزش مهارت های اجتماعی، دیدگاه شناختی- روانی می تواند میزان الگوی بی ثبات که در روابط بین فردی، خودانگاره، عواطف فرد که همراه با تکانشگری است را کاهش دهد. این آموزش ها میزان آسفتگی و حالت های هیجانی اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناک مانند سوءمصرف مواد را در افراد کاهش می دهند، بنابراین این رویکرد درمانی برای کاهش اختلال شخصیت مرزی و مصرف سوء مواد ثمربخش خواهد بود. روش درمان رفتار دیالکتیکی با استعمال استراتژی های درمانی اعتباربخشی، استراتژی های حل مسأله، دیالکتیکی، سبک شناختی، استراتژی های مدیریتی، به شکل اثربخشی توانسته است از ویژگی های اختلال افراد بیمار شخصی مرزی کاهش دهد و میزان الگوهای رفتاری بی ثبات 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 می تواند از طریق استراتژی های درمانی و آموزش های توانمندسازی افراد برای تحمل درد و مقاومت با رفتارهای منفی شان، میزان افسردگی، عاطفه یا هیجانات منفی را کاهش، میزان شادکامی را برای داشتن یک زندگی سالم افزایش دهد. این آموزش ها رفتارهای تکانشی را کنترل کنند و بیمار را از بی ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و حالت عاطفی، و نیز آشکارا تکانشی بودن، به صورت الگویی نافذ و فراگیر نجات می دهد.

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 پیمان نیا 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 مهارت ها) بر کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتمین نشان دادند همخوان می باشد. به عبارتی آنان نیز معتقدند رویکرد درمانی رفتار دیالکتیکی، رفتارهای تکانشگری را در افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف شیشه کاهش می دهد. روش درمانی دیالکتیکی با استفاده از روش درمانی درک کردن بیمار و تواناسازی او، با کاربرد روش پذیرش مراجع محوری همراه با روش های



حل مسئله و آموزش مهارت های اجتماعی، دیدگاه شناختی- روانی می تواند 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 می کند تا به خودکنترلی برسند و از مصرف سوءمواد بپرهیزند. این رویکرد درمانی حتی می تواند زمینه های مختلف انجام تلاش هایی مضطربانه، توأم با سراسیمگی برای اجتناب از ترک شدن واقعی یا تصویری، بی ثبات و شدیدبودن روابط فردی به صورت الگویی که مشخصه اش تناوب میان دوقطب افراطی است، بی ثبات بودن واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خودش، تکانشی کردن لااقل در دو تا از حوزه هایی که بالقوه که به فرد صدمه می زند، رفتار و حرکات بیان گر و یا تهدید به خودکشی به صورت مکرر، یا خودزنی های مکرر، بی ثباتی در حالت عاطفی به صورت واکنش پذیری آشکار خلق، احساس پوچی مزمن، نامتناسب و شدیدبودن خشم یا دشواری در تسلط بر خشم و بروز افکار بدگمانانه (پارانویید) یا علایم شدید تجزیه ای به صورت گذرا و در مواقع فشار روانی را در این بیماران کاهش دهد. آموزش های درمانی رفتار دیالکتیکی از طریق واردکردن پارادوکس ها (تضادها)، استفاده از استعاره ی بازی کردن طرفدار شیطان و دیو، توسعه دادن، فعال سازی ذهن خردمند مراجع، برگرداندن منفی ها به مثبت ها، اجازه دادن به تغییر طبیعی (و ناهم سانی ها حتی در محیط درمانی، ارزیابی و تشخیص از نظر دیالکتیکی از طریق پرسیدن سوال همیشگی "از چه چیزی در این جا صرف نظر می شود، می تواند میزان این اختلال ها و آسیب ها را در بیماران مبتلا به مصرف سوءمواد به خصوص زنان کاهش دهد و آن ها را برای تحمل و درد ناشی از ترک مواد، توانا و تاب آور 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 گوش دادن به حرف دیگران، دوره های بی قراری، افکار آشفته رنج می برند بنابراین توصیه می شود 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 ویژگی های منفی را کاهش دهید. همچنین به علت وجود افکار خودکشی، احساسات یا عواطف نوسان دار به شکل دوست داشتن یا تنفر از فرد را تجربه می کنند توصیه می شود 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 ویژگی های منفی را در آنان کاهش دهید.

منابع

- برجلی، احمد، کوله مرز، محمدجواد بگیان، یزدان پناه، محمدعلی، رجبی، مسلم (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانش گری بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک، فصل نامه مطالعات روان شناسی 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 وزیر، شهرام (۱۳۹۶). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی، اندیشه و رفتار، ۷ (۲۸)، ۴۲-۹۱.
- ندیمی، محسن (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک به شیوه گروهی در افزایش تحمل آشفته گی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند.
- وکیلی، جواد و کیمیایی، سید علی، صالحی فردی، جواد (۱۳۹۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر نشانه های اختلال شخصیت مرزی زندانیان، مجله روان شناسی بالینی، ۳ (۱)، ۵-۱۹.



- 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.

- 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., Omid, 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.
- Saselli, 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.

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 Masoumi¹, Mahdi Nowbakht²

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