اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهرکرد در سال ۱۳۹۴

زیبا سلطانی[۱]، گیتا علی پور[۲*]، رضا قاسمی جوبنه[۳]، هادی سلیمی[٤]

۱) گروه مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲) گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاداسلامی، رشت، ایران

۳) گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۴) گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۷/۱۰ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۱**

چکیده

مقدمه: افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشکلات فراوانی در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی دارند. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهرکرد در سال ۱۳۹۴ بود.

مواد و روش ها: روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در پژوهش حاضر را زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز روان شناسی و مشاوره شهرکرد در سال ۱۳۹۴ تشکیل می دهند که پس از فراخوان پژوهشگران مبنی بر تشکیل یک دوره درمانی، داوطلب شرکت در پژوهش شدند. افراد نمونه در وهله نخست به صورت نمونه گیری در دسترس و با دارا بودن معیارهای ورود چون تشخیص شخصیت مرزی بر اساس DSM-IV-TR، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ و داشتن حداقل یک بار اقدام به خودکشی در گذشته انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل(۱۰ نفر برای هر گروه) گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه، ۱/۵ ساعته در معرض رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند، اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. ابزارهای به کار گرفته شده، مقیاس تنظیم هیجان و پرسش نامه کیفیت زندگی بود. برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS vol.18 استفاده شد.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش، در تنظیم هیجان(P=0.01, F=7.61) و کیفیت زندگی(P=0.001, F=13.68) تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: لذا می توان نتیجه گرفت که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب بهبود تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اخلال شخصیتی مرزی شده است.

واژه های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، تنظیم هیجان، رفتار درمانی دیالکتیکی، زنان، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

Email: alipourgita@yahoo.com

Copyright © 2018 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.47]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی(BPD) یک اختلال روانی پیچیده با الگوی فراگیر بی ثباتی عاطفی، تعارض در روابط بین فردی و رفتارهای خود مخرب است که از اوایل بزرگ سالی آغاز می شود(۱). شیوع این اختلال بیش از ۶ درصد تخمین زده شده و حدود ۲۳ درصد از بیماران سرپایی با معیارهای تشخیصی را شامل می شود و اعتقاد بر این است که زنان بیش از مردان به آن مبتلا می شوند(۲). اهمیت مطالعه این اختلال چنان است که در هسته اصلی آن، بسیاری از معیارهای تشخیصی DSM V از جمله، بی ثباتی عاطفی، رفتارهای تکانشی، نقص خودپنداره و هویت، رفتارهای انتحاری، احساس خلاء و پوچی مزمن، خشم شدید و افکار پارانویید موقت دیده می شود که اغلب با یکی از اختلالات بالینی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال دوقطبی، بیش فعالی، اتیسم، بی اشتهایی، جوع و اسکیزوفرنی همراه است(۳). در همین راستا، نتایج پژوهش ها نیز بیانگر وجود نوسانات شدید خلقی و الگوی رفتاری ویژه در مبتلایان به BPD است(۴) که در شناسایی، تمیز و یکپارچه کردن هیجانات خود و دیگران مشکل دارند(۵) در نتیجه، به جای رفتار یا مقابله موثر، به طیف وسیعی از فرارهای نا امیدانه، مثل اعمال تکانشی یا خود ویرانگری متوسل می شوند که منجر به اختلال در کیفیت زندگی و روابط بین فردی می شود(۶).

بر اساس مطالعات انجام شده، شرایط زندگی نامناسب می تواند بخشی از واریانس اختلال شخصیت مرزی را تبیین نماید(۷). طیف گسترده مطالعات، بیانگر وجود تنش ها، ناراحتی ها و کیفیت پایین زندگی در بیماران مبتلا به BPD است که در نتیجه تجارب آسیب زا مثل سوء استفاده های جنسی و جسمی و جدایی های طولانی مدت والدین در سنین کم یا فقدان والدین به علت بیماری یا طلاق، نبود امنیت، محیط زندگی آشفته و روابط معیوب با والدین به وجود آمده اند(۸). نتایج یک مطالعه جامع با روش فراتحلیل نیز نشان داد بیمارانی که به مدت طولانی درگیر آسیب ها و پیامدهای ناشی از آن، از قبیل سلامتی جسمی و روانی کمتر، شادکامی کمتر، قدرت سازگاری و کنار آمدن کمتر با عوامل تنش زای ناشی از بیماری هستند؛ در مقایسه با بیمارانی که طول مدت بیماری آن ها کمتر است کیفیت زندگی پایین تری را تجربه می کنند(۹).

علاوه بر کیفیت زندگی، تنظیم هیجان متغیر دیگری است که در سال های اخیر به منظور تبیین اختلال شخصیت مرزی توسط پژوهشگران مورد توجه قرار گرفته است(۶). شاید عمده ترین دلیل توجه پژوهشگران به تنظیم هیجانی آن است که اختلال در نظم هیجانی، پیش بینی کننده آسیب روانی فرد در آینده است(۱۰). بر این اساس، نتایج گزارش پژوهشی گراس و لونسون نشان داد که بیش از ۵۰ درصد اختلالات محور یک و ۱۰۰ درصد اختلالات محور دو، با نقایص مربوط به تنظیم هیجان همراه اند(۱۱)؛ همسو با این یافته، مطالعات به نقش استرس، مهارت های درک و مدیریت هیجان، به عنوان پیش بینی کننده های منفی شخصیت مرزی که رابطه منفی با نشانه های این اختلال مثل تکانشگری و احساس پوچی دارد، اشاره کرده اند(۱۲). بر این اساس، در بین رویکردهای درمانی، به منظور مداخله و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان از رفتار درمانی دیالکتیک(DBT) می توان استفاده نمود.

رفتار درمانی دیالکتیک، رویکردی درمانی است که توسط لینهان برای درمان مبتلایان به BPD ابداع شده است. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان های شناختی و رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می باشند با آموزه ها و فلسفه شرقی ذن، مبتنی بر اصل پذیرش درآمیخته و در چهار حوزه ناکارآمد افراد مبتلابه BPD (هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی) به عنوان مولفه های تغییر به کار می برد(۱۳). طیف وسیعی از پژوهش ها اثربخشی قابل توجه رویکرد DBT را به عنوان یک درمان موثر بر اختلال شخصیت مرزی مورد تایید قرار داده اند(۱۵،۱۴). بر این اساس، با توجه به علل زیربنایی اختلال شخصیت مرزی و انتخاب درمان های بهتر و کاراتر به منظور کاهش مشکلات هیجانی و اثرات مخرب آن بر کیفیت زندگی آن ها، هدف پژوهش حاضر آزمون اثربخشی رفتار درمانی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.47]

دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به BPD است.

مواد و روش ها

طرح کلی این پژوهش، طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری مشتمل بر زنانی بود که در سال ۱۳۹۴ به مراکز درمانی مراجعه کرده اند. نمونه پژوهش شامل ۲۰ زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که ملاک های ورود(شمول) به پژوهش را برآورده می کردند. این ملاک ها عبارت بود از داوطلب شرکت در پژوهش بودن، دارا بودن ملاک های شخصیت مرزی بر اساس DSM-IV-TR و مصاحبه بالینی ساختار یافته راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور دو و تشخیص روان پزشکی، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، حداقل یک بار اقدام به خودکشی در گذشته. ملاک های حذفی عبارت بودند از: ۱) بیماران روان پریش، ۲) بیماران مبتلابه اختلال خلقی، ۳) افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، ۴) بیمارانی که در هنگام انتخاب تحت روان درمانی نبودند.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که ابتدا توسط پژوهشگران فراخوانی مبتنی بر تشکیل دوره رفتار درمانی دیالکتیک اعلام گردید. نمونه گیری بر اساس روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند صورت گرفت. بدین ترتیب که افراد واجد ملاک های لازم انتخاب شده و پژوهشگران با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و تشخیص روان پزشک مرکز، ملاک های حذفی را مورد بررسی قرار دادند. سپس افرادی که واجد ملاک های شمول بودند در جریان پ ژوهش قرارگرفته و در صورت موافقت، فرم رضایت را امضاء و به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. آزمودنی ها به طور تصادفی در دو گروه مساوی(۱۰ زن گروه آزمایشی و ۱۰ زن گروه گواه) قرار گرفتند. آزمودنی های گروه آزمایشی نباید از دارو درمانی استفاده می کردند. گروه کنترل نیز در لیست انتظار رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. سپس دو روز قبل از برگزاری جلسات، طی تماس تلفنی، شرکت کنندگان جهت اجرای پیش آزمون به کلینیک فراخوانده شدند. از ابزارهای زیر به منظور جمع آوری داده ها استفاده گردید.

فرم کوتاه پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت(WHOQOL-BREF): این پرسش نامه دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد می پردازد که عبارت اند از: سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط اجتماعی. با جمع این مولفه ها نمره کل به دست می آید و نمره بالاتر نشانگر کیفیت زندگی ادراک شده بیشتر است. آزمودنی درجه موافقت خود را باید در یک طیف لیکرت(کمترین نمره به هر سوال ۱ و بیشترین نمره ۵ تعلق می گیرد) مشخص نماید. اعتبار و پایایی این پرسش نامه در پژوهش های داخلی و خارجی مطلوب گزارش شده است(۱۶). در پژوهش داخلی میزان ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۲، سلامت جسمی ۰/۹۰، سلامت روان شناختی، ۰/۸۳، روابط اجتماعی ۰/۶۹ و محیط اجتماعی ۰/۸۲ بود. هم چنین همبستگی خرده مقیاس ها در محدوده ۰/۲۳ تا ۰/۵۶ و با نمره کل در محدوده ۰/۵۴ تا ۰/۸۵ گزارش شده است(۱۷).

مقیاس تنظیم هیجانی: در پژوهش حاضر برای بررسی تنظیم هیجانی از پرسش نامه هوش هیجانی شات(EIS) که توسط شات و همکاران(۱۹۹۸) ساخته شده، استفاده گردید(۱۸). این پرسش نامه سه مقوله سازه هوش هیجانی، شامل تنظیم هیجان ها، بهره وری از هیجان ها و ارزیابی هیجان ها را می سنجد که در این پژوهش تنها از خرده مقیاس تنظیم هیجان ها که دارای ۱۰ سوال است، استفاده شد. این مقیاس سازه های هوش هیجانی را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم(۱) تا کاملاً موافقم(۵) مورد سنجش قرار می دهد. روایی خرده مقیاس تنظیم هیجان ۰/۷۶، بهره وری از هیجان ۰/۶۶ و ارزیابی هیجان ۰/۵۵ گزارش شده است(۱۹). در پژوهش جهانگیری ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های ذکر شده به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۶۶ و ۰/۸۶ گزارش شده است(۲۰) و در پژوهش حدادی بهرام و همکاران مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های فوق به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۵۸ و ۰/۶۷ به دست آمده است(۲۱).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.47]

گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به صورت هفتگی، تکنیک های رفتار درمانی دیالکتیک را طبق برنامه زیر مبتنی بر اصل تغییر و بر اساس طرح درمانی لینهان(۱۵) به صورت گروهی دریافت کردند.

جلسه اول: درمان با تعریف دیالکتیکی، اصول و راه های تفکر و عمل به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی(ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز گردید. جلسه دوم: آموزش مهارت برای دستیابی به هوشیاری فراگیر. مهارت های«چه چیز» از طریق مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن در گروه. جلسه سوم: تمرکز مهارت های «چگونه» که عبارت است از عدم قضاوت، خود هوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن. جلسه چهارم: تمرین بر روی پرت کردن حواس، قدرت تحمل اضطراب، خود تسکین دهندگی با حواس پنج گانه. جلسه پنجم: تمرکز بر نقش تکنیک های سود و زیان و پذیرش های رادیکالی و بهبود لحظات. جلسه ششم: اعتباربخشی و خود اعتباربخشی، دلایل اهمیت آن در زندگی و تاثیرات آن ها بر روی احساسات و خود نظم بخشی. جلسه هفتم: آموزش انجام تکنیک های مبتنی بر توضیح و بیان روشن احساسات، تقویت احساس سالم، خود هوشیاری، دارا بودن اعتماد به نفس در زمان مذاکره، هم چنین روش مسلط بودن بر خود و پذیرش هیجانات در صورت منفی بودن. جلسه هشتم: انجام تکنیک مهارت های ارتباطی آرام بودن، پذیرا بودن، ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه مدت و بلندمدت، هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجانات و تغییر دادن هیجانات منفی. دو روز پس از اتمام برنامه درمانی، شرکت کننده ها به مرکز آمده و پس آزمون اجرا گردید.

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و به شیوه تحلیل کوواریانس تک متغیره(ANCOVA) در سطح معناداری ۰/۰۱ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر ۲۰ زن دارای اختلال شخصیت مرزی با میانگین سنی ۳۲/۱۶۶ و انحراف معیار ۹/۳۳ شرکت کردند. جدول شماره ۱، اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمایش				کنترل			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	۲۳	۱/۱۵	۲۷/۳۰	۴/۳۴	۲۲/۹۰	۲/۰۷	۲۳	۲
کیفیت زندگی	۵۶/۷۰	۱/۸۸	۶۱/۲۰	۳/۱۹	۵۶/۵۰	۲/۹۱	۵۷	۱/۴۱

با توجه به نتایج جدول شماره ۱، مشاهده می شود که بین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت چشمگیری وجود ندارد. هم چنین افزایش در نمرات پس آزمون تنظیم هیجان و کیفیت زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بیشتر است. جهت رعایت پیش فرض های آزمون کوواریانس از آزمون لون استفاده شد. میزان F مشاهده شده برای تنظیم هیجان(Sig=0.501, F=0.474) و کیفیت زندگی(Sig=0.786, F=0.077) در سطح ۰/۰۵ معنادار نبوده؛ بنا برا ین واریانس تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در بین اعضای شرکت‌کننده(گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس ها با هم برابرند. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول های شماره ۲ و ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.47]

جدول شماره ۲. تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت بررسی تنظیم هیجان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۰	۰/۹۶	۰/۰۰
گروه	۹۲/۲۷	۱	۹۲/۲۷	۷/۶۱	۰/۰۱	۰/۳۰
خطا	۲۰۶/۰۸	۱۷	۱۲/۱۲			
کل	۱۲۹۴۹	۲۰				

همان‌گونه که در جدول شماره ۲، دیده می شود، تفاوت بین میانگین نمرات تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی دار است. بدین معنی که رفتاردرمانی دیالکتیک در افزایش تنظیم هیجان(F=7.61, Sig=0.01) موثر است. هم چنین نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره، اندازه اثر را ۳۰ درصد نشان می دهد.

جدول شماره ۳. تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت بررسی کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱/۴۶	۱	۱/۴۶	۰/۲۳	۰/۶۳	۰/۰۱
گروه	۸۷/۰۶	۱	۸۷/۰۶	۱۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
خطا	۱۰۸/۱۳	۱۷	۶/۳۶			
کل	۷۰۰۵۴	۲۰				

همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، تفاوت بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی دار است. بدین معنی که رفتار درمانی دیالکتیک در افزایش کیفیت زندگی(F=13.68, Sig=0.001) موثر است. هم چنین نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره، اندازه اثر را ۴۴ درصد نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

مشخصه اصلی مبتلایان به BPD بی ثباتی هیجانی است که شامل نوسانات شدید خلقی می شود و به الگوی رفتاری خاصی اشاره دارد(۴). اختلال در نظم هیجانی مولفه ای است که می تواند اثرات مخربی بر کیفیت زندگی افراد مبتلابه BPD داشته باشد بنا بر این، کاربرد یک رویکرد درمانی کارا که بر تنظیم هیجانی متمرکز باشد ضروری به نظر می رسد. رفتار درمانی دیالکتیک با بهره‌گیری از اصول رویکرد شناختی-رفتاری، بی ثباتی عاطفی و رفتارهای تکانشگری افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی را مورد هدف قرار داده و بهبودی زیادی را شامل شده است(۱). بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک در افزایش تنظیم هیجان و کاهش نوسانات خلقی موثر است. نتایج این یافته همسو با نتایج پژوهش های خو و همکاران(۲۳،۲۲)، چالکر و همکاران(۱) و گودمن و همکاران(۲۴) است که در پژوهش های خود نقش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک را بر تنظیم هیجانی برجسته ساخته اند. از آن جایی که مشکلات هیجانی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است بنا بر این در تبیین احتمالی این یافته شاید بتوان به ویژگی حساس و شکننده بودن مبتلایان به BPD خصوصاً زنان مبتلا اشاره کرد. سراسیمگی ها، تکانش وری ها، نوسانات خلقی و واکنش های رفتاری تند و تیز این بیماران از سر لجاجت، خودخواهی و بازی دادن اطرافیان نیست بلکه این واکنش ها تلاش هایی لجام گسیخته از سوی انسانی است که از ترس تنهایی و رهاشدگی هر آن بیم لغزیدن و فروافتادنش می رود(۲۵). همسو با این نتایج، مطالعات مشابهی در مقایسه با دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرآیند گراس و رفتاردرمانی دیالکتیک بر علائم مشکلات هیجانی به اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانات و درمان افسردگی و حساسیت بین فردی تاکید نموده

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.47]

اند(۲۶). اشنل و هرپرتز در مطالعه خود زنان مبتلا به شخصیت مرزی را تحت رفتار درمانی دیالکتیکی قراردادند و نتایج قبل و بعد از درمان را از طریق FMRI بررسی کردند. این سنجش ها نشان داد که این رویکرد درمانی موجب تغییرات عصب شناختی در ناحیه هیپوکامپ، سینگولا و منطقه پیش پیشانی شده است. این ساختارها نقش مهمی در برجسته کردن محرک های هیجانی و در عین حال استفاده از راهبردهای شناختی در کاهش احساسات منفی دارد(۲۷) هم چنین، در تبیین دیگر این یافته می توان به نقش آمیگدال در تنظیم هیجان اشاره نمود. مطالعات صورت گرفته، با مقایسه نتایج قبل و بعد از درمان DBT نشان می دهد که رفتار درمانی دیالکتیک موجب تغییرات عصب شناختی در ناحیه آمیگدال در تعامل با لوب پیشانی می شود(۲۴) و در کاهش اختلالات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی و بی ثباتی هیجانی که به عنوان اختلالات همراه BPD شناخته شده، موثر است(۲۸). رفتار درمانی دیالکتیک شامل اصول و تکنیک هایی است که مدیریت و پذیرش هیجانات را تسهیل می کند. در این درمان، با ترکیب تمرینات ذهن آگاهی و تمرینات رفتاری، بیمار در حالتی بدون قضاوت به مشاهده خلق خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می پردازد و علاوه بر سعی در پذیرش این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را می آموزد و با آموختن این تمرینات آن‌را به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می کند. انجام این تمرینات در نهایت منجر به مدیریت و تنظیم هیجانات می شود(۲۶).

یافته دیگر پژوهش حاضر، اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک را در افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به BPD نشان می دهد. این یافته همسو با نتایج مطالعه براند(۲۹) است. برجعلی و همکاران نیز در بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک نشان دادند که آموزش گروهی دیالکتیک موجب افزایش کیفیت زندگی می شود. افراد مبتلا به BPD رفتارهایی دارند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می شود. در رفتار درمانی دیالکتیکی به بیمار درباره آسیب زا بودن این رفتارها آموزش داده می شود و روشن می‌ک ند که چرا چنین رفتارهایی باید متوقف شوند؛ بنا بر این راهبرد اول در برخورد با چنین رفتارهایی در رفتار درمانی دیالکتیک، تعهد به تغییر است. بیمار با شناسایی این رفتارها و با تغییر آنان کیفیت زندگی خود را افزایش می دهد(۳۰). از آن جایی که در رفتار درمانی دیالکتیک اکتساب مهارت ها و ایجاد انگیزش های رفتاری اساس تغییر است؛ لذا بهره‌گیری از اصول و راهبردهای دیالکتیکی، اعتباربخشی، حل مسئله، سبک شناختی و مدیریت بیمار با تکیه بر آموزش مهارت های رفتاری(مهارت های بین فردی، مهارت های تحمل پریشانی، مهارت های تنظیم هیجانی و مهارت های ذهن آگاهی یا هشیاری فراگیر)، اساس کار درمانگر قرار گرفته و به زنان مورد مطالعه کمک می کند تا آن ها را به موقعیت های زندگی خویش تعمیم دهند(۱۵) و باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی، مهارت های بین فردی و نهایتاً بهزیستی ذهنی و روانی شوند. هم چنین با استناد به یافته قبلی، مبنی بر اثر رفتاردرمانی دیالکتیک بر روی تنظیم هیجان و ذکر مطالبی که گذشت، می توان این گونه نتیجه گرفت که تنظیم هیجان می تواند به عنوان یکی از مولفه های بهبود و افزایش کیفیت زندگی عمل کند. پس به طور کلی بدنه اصلی تمرکز DBT حول یادگیری، به‌کارگیری و تعمیم مهارت های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می شود که این عمل موجب بهبود و افزایش کیفیت زندگی فرد می شود. محدود بودن جامعه مورد مطالعه به زنان، تعداد کم گروه مورد مطالعه و عدم دوره پیگیری از محدودیت هایی است که در تعمیم نتایج به افراد مبتلا به BPD باید جوانب احتیاط را رعایت کرد؛ بنا بر این برای دستیابی به نتایج قطعی تر پیشنهاد می گردد پژوهش در نمونه ای جامع تر و همراه پیگیری صورت گیرد. هم چنین پیشنهاد می گردد با انجام پژوهش های گسترده میزان نتایج اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک با سایر رویکردهای درمانی بر مبتلایان به BPD مورد مقایسه قرار گیرد. در مجموع می توان نتیجه گرفت که رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است و می توان آن را به عنوان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.47]

یک مداخله بالینی اثربخش توصیه کـرد. از ایـن رو بـر متخصصان و درمانگران توصیه می شـود بـا آگـاهی از محتوای رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان های بـالینی خود نسبت به اسـتفاده از ایـن رویکـرد درمـانی واقـف باشند.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر بدون حمایت مـالی هـیچ سـازمانی صورت گرفته اسـت. در پایـان، شایسـته اسـت مراتـب سپاس و امتنان خود را از کلیه بانوان و سایر دوسـتان و همکارانی که نهایـت همکـاری را بـا پـژوهش حاضـر داشتند به جای آوریم.

References

1. Chalker SA, Carmel A, Atkins DC, Landes SJ, Kerbrat, AH, Comtois KA. Examining challenging behaviors of clients with borderline personality disorder. Behav Res Ther 2015; 75: 11-19. doi: 10.1016/j.brat.2015.10.003.

2. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD. [Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions]. J Clin Psychiatr2008; 69: 533-45.

3. Ganji M. Psychopathology according to the DSMV. 2th ed. Tehran Savalan Publication. 2014; P.231.

4. Marwaha S, He Z, Broome M, Singh SP, Scott J, Eyden J. [How is affective instability defined and measured? A systematic review]. Psychol Med 2013; 44: 1793-808. doi: 10.1017/S0033291713002407.

5. Conklin CZ, Bradley R, Westen D. Affect regulation in borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis 2006; 194: 69-77. doi: 10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f.

6. Sharp C, Pane H, Ha C, Venta, A, Patel AB, Sturek S, Fonagy P. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 2011; 50: 563-573. DOI: 10.1016/j.jaac.2011.01.017.

7. Chan S, Yu I W. [Quality of life of clients with schizophrenia]. J Adv Nurs 2004; 45: 27-83. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02863.x.

8. Hashemi T, Abdollahzadehgeddi A. [To activate the system, the brain and brain harness system with borderline personality disorder]. J Behavior Sci Res 2012; 11: 157-65. (Persian) doi: 10.22122/rbs.v0i0.453.

9. Asadi M, Alipour A, Gannad F, Nazari AM. [Meta-analysis of factors affecting the quality of life of certain patients]. J Hormozgan Med2010; 16: 25-33. (Persian)

10. Abbott BV. Emotion dysregulation and re-regulation predictors of relationship intimacy and distress. Texas AM Uni J2005;22:32-9.

11. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings the acute effects of inhibiting negative and positive and positive emotion. J Abnorm Psychol 1997; 106: 95-103. doi: 10.1037//0021-843X.106.1.95

12. Chapman AL, Dixon KL, Walters KN. Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. J Rat Emo Cogn Behav Ther 2011; 29: 35-52. doi.org/10.1007/s10942-011-0124-6

13. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York Guilford Publication.2007; p.144.

14. Gibson J, Booth R, Davenport J, Keogh K, Owens ST. [Dialectical behavior therapy – informed skills training for deliberate self- harm a controlled trial with 3- month follow update]. Behav Res Ther 2014; 60: 8-14. doi: 10.1016/j.brat.2014.06.007.

15. Neacsiu AD, Rizvi SHL, Linehan MM. [Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder]. Behav Res Ther 2010; 48: 832-9. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.017.

16. Oudsten BL, Heck GL, Steeg AFW, Roukema JA, De Vries J. [The WHOQOL-100 has good psychometric properties in breast cancer patients]. J Clin Epidemiol 2009; 62: 195-205. doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.03.006.

17. Moradimsanesh F, Ahadi H, Jomehri F, Rahgozar M. [Relationship between Psychological distress and quality of life in Women with breast cancer]. J Zabol Uni

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.47]

Med Sci Health Serv2012; 4 : 51-9. (Persian)
18. Schutte NS, Malouff J, Hall L, Haggerty D, Cooper J, Golden C, Dornheim L. [Development and validation of a measure of emotional intelligence]. Personal Indivi Diffe1998; 25: 1 67-177. doi: org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4.
19. Ciarrochi JV, Chan AYC, Caputi PA. [Critical evaluation of the emotional intelligence construct]. Personal Indivi Diff2000; 28: 539-561. doi: org/10.1016/S0191-8869(99)00119-1
20. Jahangiri M. [survey of relationship family & Emotional intelligence in younger second & third high school of Tehran]. (MA Dissertation). Tehran: Allameh Tabatabaee University, 2001. (Persian)
21. Haddadi Bahram A, Khalatbari J, Qorban Shiroodi Sh. [The study of relationship between emotional intelligence and self-esteem with imposter syndrome]. J Fundamentals of Mental Health 2011; 13(1): 30-41. [Persian]
22. Kuo JR, Fitzpatrick S, Metcalfe RK, McMain SH. [A multi method laboratory investigation of emotional reactivity and emotion regulation abilities in borderline personality disorder]. J Behav Ther Exp Psychiatry 2016; 50: 52-60. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.05.002.
23. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. [An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features the role of difficulties with emotion regulation]. Child Abuse Negl 2015; 39: 147–155. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.08.008.
24. Goodman M, Carpenter D, Tang CHY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, Mascitelli K, Blair N. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder]. J Psychiatr Res 2014; 57: 108-16. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.06.020.
25. Allawi Kh, Modarresqaravi, M, Aminyazdi SA, Salhefadardi J. [Efficacy of dialectical behavior therapy group (based on the fundamental components of universal consciousness, distress tolerance and emotion regulation) on depressive symptoms in students]. J Mental Health 2011; 13: 35-124. (Persian)
26. Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi SM. [The efficacy of teaching emotion regulation based on gross model and dialectical behavior therapy on symptoms of emotional problems]. Zahedan J Res Med Sci 2011; 14: 49-55. (Persian)
27. Schnell K, Herpertz SC. [Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder]. J Psychiatr Res 2007; 41: 837–47. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2006.08.011.
28. Soler J, Pascual J C, Tiana T, Cebria A, Barrachina J. Campins MJ, Gich I, Alvarez E, Pérez V. [Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder a 3 month randomized controlled clinical trial]. Behav Res Ther 2009; 47: 353-8. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.013.
29. Brand M, Roth-Bauer M, Driessen M, Markowitsch HJ. [Executive functions and risky decision- making in with opiate dependence]. Drug Alcohol Depend 2008; 97: 64-72. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.03.017.
30. Borjali A, Bagiankoulemarz MJ, Yazdanpanah MA, Rajabi M. [The effectiveness of group mindfulness –Based cognitive Therapy on obsessive compulsive disorder, metacognition beliefs and rumination]. J Clin Psychol Stud 2015; 20: 133-60. (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.47]

Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation and Quality of Life among Women with Borderline Personality Disorder in Shahr-e-Kord, Iran, in 2015

Soltani Z[1], Alipour G[2], Ghasemijobaneh R[3], Salimi H[4]*

(Received: October 1, 2016 Accepted: March 1, 2017)

Abstract

Introduction: Individuals with borderline personality disorder have many problems in emotion regulation and quality of life. Regarding this, the aim of the current study was to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on the improvement of emotion regulation and quality of life among women with borderline personality disorder in Shahr-e Kord, Iran, in 2015.

Materials and Methods: This semi-experimental study was conducted on women with borderline personality disorder referring to the psychology and counseling centers of Shahr-e Kord city in 2015 using a pretest-posttest control group design. The study population was selected using convenience sampling technique out of the women voluntarily participating in a treatment course held by the researchers. The inclusion criteria were: 1) borderline personality diagnosis based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, 2) a minimum of high school education (diploma degree), 3) age range of 20-40 years, and 4) at least one suicide attempt. The participants were then randomly assigned into two groups of intervention (n=10) and control (n=10). The intervention group was subjected to eight 90-minute sessions of dialectical behavior therapy; however, the control group received no intervention. The data were collected using the Emotion Regulation Scale and Quality of Life Questionnaire. Data analysis was performed in SPSS software (version 18) using covariance.

Results: According to the results, there was a significant difference between the control and intervention groups in terms of emotion regulation (F=7.61, P=0.01) and quality of life (F=13.68, P=0.001) after the intervention.

Conclusion: Based on the findings, it seems that dialectical behavior therapy improved the emotion regulation and quality of life among the women with borderline personality disorder.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Emotion Regulation, Dialectical Behavior Therapy, Women, Quality of Life

1. Department of Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran
2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran
3. Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
4. Department of Counseling, Faculty of Literature and Humanities, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran
Corresponding author: email: alipourgita@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.3.47]