



دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

گروه روان شناسی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد

روان شناسی عمومی

عنوان:

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال

شخصیت مرزی

استاد راهنما:

دکتر جلیل باباپورخیرالدین

اساتید مشاور:

دکتر مجید محمود علیلو

دکتر اصغر ارفعی

پژوهشگر:

شهلا جبرئیلی

تیر ۱۳۹۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم بہ:

مادری دارم آرام، بی پروا از سکوت آب ہ
شوقش از برگ درختان افزون، نگاہش لطیف تر از انوار بہار، کلامش آفتاب، صدایش باران
مادری دارم کہ خواندن نمی دانست، ولی درس زندگی آموخت
آموخت کہ چگونه گل را شاؤکنم، عشق را بفہمم
دشت دل را خوشہ خوشہ پرکنم از گل شقایق
آموخت کہ چگونه دوست بدارم زندگی را.
در برابر وجود کرامت زانوی ادب بر زمین می نهم و بادلی مملو از عشق و محبت بردستش بوسہ می زنم.

ہمسر عزیزم

کہ در نہایت حسن اخلاق، در تمام مراحل اجرایی پایان نامہ سایہ حمایت خود را بر سرم گسترده و منظر تلاش و ارادہ ام بود.

شکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانم تا از همه عزیزانی که در اجرای پایان نامه یاریم دادند، شکر و قدردانی نمایم.

از استاد راهنمای ارجمند جناب آقای دکتر جلیل بیاباوری خیرالدین که در نهایت حسن اخلاق و لطف و سه‌سدر در تمام مراحل اجرا و تنظیم پایان نامه اینجانب راراهنمایی فرمودند، شکر مینمایم.

از جناب آقای دکتر محمد محمود علیلو و دکتر اصغر رفیعی که مشاوره این پایان نامه را بر عهده داشتند و در اجرای آن از نظرات ارزنده ایشان بهره‌مند بودم، کمال شکر و قدردانی را دارم.

همچنین از جناب آقای دکتر تورج هاشمی که داوری پایان نامه را پذیرفتند، شکر و قدردانی می‌کنم.

نام خانوادگی دانشجو: جبرئیلی	نام: شهلا
عنوان پایان نامه: اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی (BPD)	
استاد راهنما: دکتر جلیل باباپور خیرالدین اساتید مشاور: دکتر مجید محمود علیلو دکتر اصغر ارفعی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روان شناسی عمومی
دانشگاه: تبریز	دانشکده: علوم تربیتی و روان شناسی
تعداد صفحه: ۱۲۶	تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۹۱/۰۴/۱۱
واژگان کلیدی: اختلال شخصیت مرزی (BPD)، رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)، بی ثباتی هیجانی، اختلالات شخصیت	
<p>چکیده:</p> <p>مقدمه: اختلال شخصیت مرزی، سندرم پیچیده‌ای است که خصیصه‌های مرکزی آن بی ثباتی خلق، اختلال کنترل تکانه و اختلال در ارتباطات بین فردی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شد.</p> <p>روش: این پژوهش از نوع آزمایشی تک موردی می باشد. شرکت کنندگان پژوهش را ۲ فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشکیل دادند. ابزارهای پژوهش، آزمون بالینی میلون ۳ (MCMII-III)، آزمون استرس پس از سانحه روانی (PTSD)، مقیاس امیدواری بزرگسالان آشنایدر (SAHS)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، آزمون تکانشگری بارات (BIS) و پرسشنامه انگاره‌پردازی خودکشی ماخ (SSI) بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی و همچنین اندازه اثر و درصد بهبودی استفاده شد.</p> <p>نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که روند درمان باعث کاهش نشانه‌های استرس پس از سانحه روانی (PTSD)، نوسان خلقی، رفتارهای تکانشی، احساس پوچی، و رفتارهای خودکشی گرایانه شده است. بر اساس نتایج بدست آمده می توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی روش موثری می باشد.</p>	

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول: کلیات پژوهش	
۲	۱-۱ مقدمه.....
۳	۱-۲ بیان مسئله.....
۶	۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۸	۱-۴ اهداف پژوهش.....
۸	۱-۴-۱ هدف کلی.....
۹	۱-۴-۲ اهداف اختصاصی.....
۹	۱-۵ فرضیه‌های پژوهش.....
۱۰	۱-۶ تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....
۱۰	۱-۶-۱ (DBT) رفتار درمانی دیالکتیکی.....
۱۰	۱-۶-۲ (BPD) اختلال شخصیت مرزی.....
۱۱	۱-۶-۳ نشانه‌های PTSD (اختلال استرس پس از سانحه روانی).....
۱۱	۱-۶-۴ نشانه‌های نوسان خلقی.....
۱۱	۱-۶-۵ رفتارهای تکانشی.....
۱۲	۱-۶-۶ احساس پوچی.....
۱۲	۱-۶-۷ رفتار خودکشی گرایانه.....
فصل دوم: پیشینه پژوهش	
۱۴	۲-۱ اختلال شخصیت.....
۱۴	۲-۲ اختلال شخصیت مرزی (BPD).....
۱۵	۲-۳ علایم اختلال شخصیت مرزی.....
۱۵	۲-۳-۱ بی ثباتی در روابط بین فردی.....
۱۶	۲-۳-۲ بی ثباتی عاطفی.....
۱۶	۲-۳-۳ تکانشگری و اشکال در کنترل تکانه.....
۲۰	۲-۳-۴ ترس از رها شدگی.....

- ۲۱ ۲-۳-۵ سایر علایم
- ۲۲ ۲-۴ نظریه‌های علت شناسی BPD
- ۲۴ ۲-۴-۱ عوامل عصبی - زیستی
- ۲۶ ۲-۴-۲ عوامل اجتماعی: بد رفتاری دوران کودکی
- ۲۷ ۲-۴-۳ دیدگاه شناختی
- ۲۹ ۲-۴-۴ دیدگاه تکاملی - رشد عصبی
- ۳۰ ۲-۴-۵ نظریه روابط شیئی
- ۳۲ ۲-۴-۶ مدل مسیره‌های چندگانه‌ی زانارینی و فرانکنبورگ
- ۳۵ ۲-۴-۷ نظریه بیوسوشیال لینهان
- ۳۹ ۲-۵ تشخیص
- ۴۰ ۲-۶ شیوع
- ۴۱ ۲-۷ سیر بالینی BPD
- ۴۴ ۲-۸ همایندی مرضی در BPD
- ۴۵ ۲-۹ درمان
- ۴۶ ۲-۹-۱ درمان دارویی BPD
- ۴۶ ۲-۹-۲ درمان سایکودینامیک
- ۵۰ ۲-۹-۳ رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)

فصل سوم: روش پژوهش

- ۸۳ ۳-۱ نوع و طرح پژوهش
- ۸۳ ۳-۲ شرکت کنندگان پژوهش
- ۸۴ ۳-۳ ابزارهای پژوهش
- ۸۴ ۳-۳-۱ آزمون بالینی میلون ۳ (MCMI-III)
- ۸۵ ۳-۳-۲ مقیاس امیدواری شنایدر (SAHS)
- ۸۶ ۳-۳-۳ آزمون استرس پس از سانحه روانی (PTSD)
- ۸۶ ۳-۳-۴ پرسشنامه افسردگی بک B.D.I
- ۸۷ ۳-۳-۵ مقیاس تکانشوری بارات (BIS)
- ۸۸ ۳-۳-۶ مقیاس انگاره پردازی خودکشی ماخ (SSI)
- ۸۸ ۳-۴ روش اجرا
- ۸۹ ۳-۵ روش تجزیه و تحلیل آماری

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

- ۴-۱ داده‌های جمعیت شناختی ۹۱
- شرح حال آزمودنی‌ها ۹۱
- ۴-۳ آزمون فرضیه‌های پژوهش ۹۲
- ۴-۴ بررسی سؤالات پژوهش ۹۳

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

- ۵-۱ نتیجه‌گیری و بحث ۱۰۴
- ۵-۲ محدودیت‌ها ۱۱۰
- ۵-۳ پیشنهادات ۱۱۰

فهرست منابع

- منابع فارسی ۱۱۲
- منابع انگلیسی ۱۱۵

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۹۴	نمودار ۴-۱ نمایش دگرگونی روند درمان در نشانه‌های PTSD
۹۶	نمودار ۴-۲ نمایش دگرگونی روند درمان در نشانه‌های نوسان خلقی
۹۸	نمودار ۴-۳ نمایش دگرگونی روند درمان در رفتارهای تکانشی
۱۰۰	نمودار ۴-۴ نمایش دگرگونی روند درمان در احساس پوچی
۱۰۲	نمودار ۴-۵ نمایش دگرگونی روند درمان در رفتارهای خودکشی گرایانه

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۵۶	جدول ۱-۲ سلسله مراحل و اهداف هر مرحله در DBT استاندارد
۹۱	جدول ۱-۴ ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها

فهرست پیوست ها

عنوان

- پیوست شماره ۱: آزمون بالینی میلون ۳ (MCMIII)
- پیوست شماره ۲: مقیاس امیدواری شنایدر
- پیوست شماره ۳: آزمون PTSD
- پیوست شماره ۴: پرسشنامه افسردگی بک
- پیوست شماره ۵: مقیاس تکانشوری بارات
- پیوست شماره ۶: مقیاس انگاره پردازی خودکشی ماخ

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

اختلال شخصیت^۱، دسته‌ی نامتجانسی از اختلال‌ها هستند که با الگوی دیرینه و فراگیر و انعطاف‌ناپذیر رفتار و تجربه درونی، تعریف می‌شوند که با انتظارات و فرهنگ شخص، مغایرت دارند، و از طریق تأثیرشان بر شناخت، هیجان‌ها، روابط و کنترل تکانه، باعث رنجوری و آسیب دیدگی می‌شوند (کرینگ^۲، دیویسون^۳، نیل^۴ و جانسون^۵، ۲۰۰۷، ترجمه شمسی پور، ۱۳۸۸).

در DSM – IV – TR، اختلالات شخصیت مختلف در سه دسته، طبقه بندی می‌شود. که نشان دهنده‌ی این ایده است که این اختلال‌ها با رفتار عجیب و غریب یا نامتعارف (دسته‌ی A)، رفتار نمایشی، هیجانی و غیرعادی (دسته‌ی B)، یا رفتار مضطرب یا بیمناک (دسته‌ی C)، مشخص می‌شوند (کرینگ و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه شمسی پور، ۱۳۸۸).

اختلال شخصیت یک اختلال شایع و مزمن است که شیوع آن بین ۱۰-۱۵٪ جمعیت عمومی، تخمین زده می‌شود (اسوراکیک^۶، دراگانیک^۷، بایون^۸، هیل^۹، پرزی بک^{۱۰} و کلونینجر^{۱۱}، ۲۰۰۲). در حدود نصف بیماران روان پزشکی، به اختلال شخصیت مبتلا هستند، که به طور مکرر همراه با بیماری محور یک است. این اختلال می‌تواند فرد را مستعد اختلالات دیگر روان پزشکی کند و هم با نتایج درمانی آن‌ها تداخل کرده، ناتوانی و مرگ و میر این بیماران را افزایش دهد (کاپلان^{۱۲} و سادوک^{۱۳}، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۶).

^۱ .Personality disorder

^۲ .Kring

^۳ Davison.

^۴ .Nill

^۵ .Johanson

^۶ .Svrakik

^۷ .Draganic

^۸ .Bayon

^۹ .Hill

^{۱۰} .Perzybeck

^{۱۱} .Cloninger

^{۱۲} .Kaplan

^{۱۳} .Sadook

اختلال شخصیت دسته‌ی B، با تکانشگری، خودویرانگری، هیجان‌ناپایدار و الگوی مختل دلبستگی، تظاهر می‌یابد (نارود^۱، مایکلتن^۲، و داهل^۳، ۲۰۰۵).

از میان اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی (BPD^۴)، بیشتر از بقیه مورد توجه قرار گرفته است. و علت آن شاید شیوع بالای این اختلال در جمعیت بالینی، باشد. این اختلال، اختلال روانی شدید و مداومی است که به وسیله‌ی الگوهای روابط بین فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری، مشخص شده است که در اوایل بزرگسالی شروع شده و در موقعیت‌های مختلف در سراسر زندگی بزرگسالی، ادامه می‌یابد (انجمن روان پزشکی آمریکا^۵، ۲۰۰۰).

در این فصل، نخست به بحث و بررسی درباره‌ی مساله، اهمیت و ضرورت و سپس هدف‌های کلی و جزئی، فرضیه‌ها، متغیرها و تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها پرداخته شده است. در فصل دوم، به بیان بنیان نظری پژوهش و بحث درباره‌ی پژوهش حاضر پرداخته شده و در فصل سوم، به بحث درباره‌ی روش شناسی پژوهش و در فصل چهارم، به بررسی یافته‌های پژوهش و در پایان، در فصل پنجم، به بحث و نتیجه‌گیری در مورد یافته‌های به دست آمده، پرداخته شده است.

۱-۲ بیان مساله

اختلال شخصیت مرزی، یکی از اختلال‌های شخصیت بوده (مشهدی، ۱۳۸۹). و شایعترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است (بارلو^۶ و دوراند^۷، ۲۰۰۲). اصطلاح مرزی یک واژه روان تحلیل‌گرانه است که اولین بار توسط آدلف استرن^۸ (استرن، ۱۹۳۸) برای توصیف گروهی از بیماران که درمرز گروه‌های روان گسسته و روان آزرده قرار داشتند، مورد استفاده قرار گرفت. انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۱)، به نقل از مشهدی، سلطانی شورباخورلو و رزمجویی، (۱۳۸۸)، این اختلال را

^۱.Narud

^۲.Mykletun

^۳.Dahl

^۴.Borderline Personality Disorder

^۵.American psychiatric association

^۶.Barlow

^۷.Durand

^۸.Stern

به این صورت توصیف کرده است که آن یک الگوی فراگیر، بی ثباتی در روابط بین فردی، خود انگاره و خلق و خوی تکانشگرانه شخص است، که در اوایل دوره بزرگسالی شروع شده و در محیط‌ها و موقعیت‌های مختلف ظهور می‌کند.

طبق گزارش مطالعات انجام شده، شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۱ تا ۲٪ و میزان خودکشی در افراد مبتلا به آن حدود ۱۰ درصد است (پاریس^۱، ۲۰۰۲، استون^۲، ۱۹۹۳). تعداد زنان مبتلا به BPD ۲ برابر مردان مبتلا به این اختلال و میزان رها کردن درمان در آنها بسیار بالا و میزان بهبودی شان متغیر است (کلارکین^۳، ۲۰۰۴) و تعداد خیلی کمی از آنها به درمان‌های دارویی روان پزشکی پاسخ می‌دهند (سولوف، ۲۰۰۰).

مشخصه اصلی اختلال شخصیت مرزی، بی ثباتی هیجانی است (لینهان^۴، ۱۹۹۳). همچنین BPD بعنوان گوش به زنگی افراطی در قبال محرک اجتماعی، خصوصاً نشانه‌های اجتماعی که علامت تهدید اجتماعی یا طرد دارند، توصیف شده است (لینهان، ۱۹۹۵).

عوامل متعددی می‌تواند در بروز و شیوع اختلال شخصیت مرزی، نقش داشته باشد. از جمله علل عضوی که ناشی از صدمه مغزی قبل از تولد، آنسفالیت، ضربه یا صدمات جمجمه و نظایر آنها و سوء رفتار جسمی و جنسی، طرد شدن هستند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۶، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۸). در مجموع عوامل سبب شناختی متعددی برای BPD گزارش شده که در یک تقسیم بندی کلی تحت عنوان عوامل محیطی و سرشتی طبقه بندی می‌شوند.

بیماران مرزی اغلب به خاطر مشکلات ناشی از اختلالات همایند در محور ۱، به درمان مراجعه می‌کنند. اکثر مطالعات نشان داده اند که اختلالات خلقی در بین بیماران مرزی، شیوع بالایی دارد. زانارینی^۵، فرانکنبورگ^۶، یانگ^۷، راویولا^۸، ریچ^۹، هنن^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند که اگر چه

^۱.Paris

^۲.Stone

^۳.Clarkin

^۴.Linehan

^۵.Zanarini

^۶.Frankenburg

^۷.Yung

^۸.Raviola

^۹.Rich

^{۱۰}.Henenn

افسردگی در سایر اختلالات شخصیت نیز نرخ بالایی دارد (۶۷ درصد) اما بنظر می رسد، نرخ آن در BPD (۸۳ درصد)، یعنی بیش از هر اختلال شخصیت دیگری باشد. همایندی اختلالات طیف دو قطبی و BPD، نسبت به افسردگی عمده و افسردگی خویی، کمتر متداول است و در ۷ تا ۱۵ درصد از بیماران مرزی قابل تشخیص است. اختلالات سوء مصرف مواد (در دامنه‌ی بین ۱۴ تا ۵۶ درصد). اختلالات اضطرابی و اختلال خوردن نیز با درجاتی کمتر، با BPD همایندی دارند (زانارینی، ۲۰۰۴). ۶۹ تا ۷۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای آسیب رسانی به خود نیز دارند (کلارکین، ۲۰۰۴).

مبتنی بر شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای این اختلال، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته و شواهد پژوهشی نیز تاثیرپذیری آن‌ها را به اثبات رسانده، از جمله این پژوهش‌ها، تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که در کاهش بیش کل گرایی، در بیماران مبتلا به افسردگی موثر بوده است (ویلیامز^۱، تیزدل^۲، سگال^۳ و سولسبای^۴، ۲۰۰۰) را می توان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داد (اکبری، اصغرنژاد و غرایب، ۱۳۸۸). همچنین دارودرمانی از جمله دوز پایین نورولپتیک‌ها، کاربامازپین و لیتیوم کربنات نیز نشانه‌های BPD را کاهش می دهد که شواهد پژوهشی آن را به اثبات رسانده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۶). از جمله پژوهش روکا^۵، مارچیارو^۶، کوکازا^۷ و همکاران در سال ۲۰۰۲ نشان داد که دوز پایین ریسپریدون می تواند نشانه‌های BPD را بهبود بخشد. از بین این درمان‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)^۸، که جزو درمان‌های شناختی-رفتاری است، بهبودی زیادی را باعث شده است. DBT پیچیده تر از سایر روشهاست و موفقیت آن در درمان اختلالات شخصیت مخصوصاً BPD (کی ان^۹ و اسوالیس^{۱۰}، ۲۰۰۲) و صفات ناشی از آن (استپ^{۱۱}، اپلر^۱، جانگ^۲ و ترول^۳، ۲۰۰۹) کاملاً ثابت شده است. این روش در سال ۱۹۹۳

^۱.Williams

^۲.Teasdal

^۳.Seagal

^۴.Soulsby

^۵.Rocca

^۶.Marchiaro

^۷.Cocuzza

^۸.Dialectical behavior therapy

^۹.Kiehn

^{۱۰}.Swales

^{۱۱}.stepp

توسط مارشا لینهان ابداع شد (موسی زاده، مرقاتی خویی، متولیان، اصغرنژاد، تقدسی و مرقاتی خویی، ۱۳۸۶) و طبق تحقیقات انجام شده در کاهش تلاش‌های خودکشی، افسردگی، افزایش کنترل خشم پیش از وقوع و کاهش خود آسیبی مورد استفاده قرار گرفته و نقش داشته است.

از این رو، قابل پیش بینی است که اجرای مداخلات درمانی بخصوص DBT در کاهش نشانه‌های BPD و درمان آن نقش داشته و بنابراین بررسی چنین احتمالاتی، مسبوق به پرسشهای روشنگری است تا در سایه این پرسش‌ها، بتوان رهیافتی پژوهشی اتخاذ نمود و آن این است که: آیا DBT قادر است نشانه‌های BPD را بهبود بخشد؟

۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق

در خلال چند دهه اخیر، اختلال شخصیت مرزی در نشریات همگانی و نوشته‌های بالینی و پژوهشی روان شناختی، مدار توجه فراوان قرار گرفته است. این عنوان تشخیص در سال ۱۹۸۰ به فهرست DSM^۴ (راهنمای تشخیص آماری) افزوده شد. لیکن متخصصان سال‌های دراز است که عنوان مرزی را برای کسانی که بین ویژگی‌های حاد روان رنجوری (از قبیل نا استواری هیجانی) و دوره‌های روان‌پریشی نوسان می‌کنند، بکار برده اند (اتکینسون^۵، اتکینسون، اسمیت^۶، بم^۷ و هوکسما^۸، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۶). تشخیص اختلال شخصیت مرزی، شایعترین تشخیص اختلال شخصیتی است که در مورد بیماران سرپایی و بستری صورت می‌گیرد (گروینچ^۹، ۱۹۹۲).

اختلال شخصیت مرزی، سندرم پیچیده‌ای است که خصیصه‌های مرکزی آن بی ثباتی خلق، اختلال کنترل تکانه و اختلال در ارتباطات بین فردی است (پاریس، ۲۰۰۵). برخی مبتلایان، در یک یا بیشتر حوزه‌های آسیب رسان تکانشی هستند، مثل بی مسئولیتی، ولخرجی، قماربازی، درگیری در

^۱.Epler

^۲.Jahng

^۳.Trul

^۴.Diagnostice statistic manual

^۵.Etkinson

^۶.Smith

^۷.Bam

^۸.Hoksma

^۹.Groinch

رفتارهای جنسی ناسالم، سوء مصرف دارو یا الکل، بی پروایی در رانندگی، پرخوری، خودآسیب رسانی، رفتارهای مکرر خودکشی، اقدام به خودکشی، بی ثباتی عاطفی و واکنش‌های خلقی. دوره‌های شدید بی لذتی، تحریک پذیری یا اضطراب که برای ساعات کم و بندرت برای بیشتر از چند روز دوام می‌یابد. بعضی از بیماران، تجربه‌ی نامناسب خشم شدید یا مشکل در کنترل خشم دارند. اختلال شخصیت مرزی، رایج‌ترین اختلال شخصیتی است و در تمام فرهنگ‌های جهان گزارش شده است (اولدهام^۱، گابارد^۲، گوین^۳، گاندرسون^۴، سولوف^۵، اسپیگل^۶ و همکاران، ۲۰۰۱). بیماران مزمن، تقریباً همیشه بنظر می‌رسد که در یک حالت بحرانی قرار دارند. نوسان خلق در آنها شایع است. ممکن است بیماران، لحظه‌ای اهل بحث و مجادله بنظر برسند و لحظه‌ای دیگر افسردگی نشان دهند. رفتار بیماران مرزی، بی‌نهایت غیر قابل پیش بینی است در نتیجه ندرتا به سطح اعلاء استعداد خود می‌رسند. چون حس وابستگی و پرخاشگری در آنها قوی است، روابط اجتماعی بیماران مرزی پر آشوب است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری).

از این رو، با توجه به نظریه‌های مطرح شده در قبال BPD، این اختلال به چند دلیل کانون توجه بوده است.

از جمله این دلایل آنست که BPD در محیط‌های بالینی بسیار شایع است و درمان آن بسیار دشوار است و با، گرایش به خودکشی رابطه دارد (کرینگ و همکاران، ۱۳۸۸). و بر این اساس به علت وجود اختلالات متعدد در حوزه‌های رفتاری، هیجانی، شناختی و بین‌فردی، وجود این تشخیص به عنوان یک مشکل بهداشتی عمده با پیامدهای سوء فردی، خانوادگی و اجتماعی به حساب می‌آید (حسینی، ملایری و همکاران، ۱۳۸۸).

مبنتی بر این شواهد نظری چنین به نظر می‌رسد که وجود اختلال شخصیت مرزی می‌تواند به عنوان تهدیدی هم برای خود فرد و هم جامعه بوده و همچنین با توجه به شیوع بالای این اختلال در بین جامعه زنان و لزوم تربیت سالم کودکان جامعه توسط زنان که تضمینی برای داشتن جامعه سالم و

^۱.Oldham

^۲.Gabbard

^۳.Goin

^۴.Gunderson

^۵.Soloff

^۶.Spiegel

همچنین داشتن زندگی سالم و آسوده برای این بیماران و همچنین کاهش رفتارهای مخاطره آمیز آنهاست. هدف از این تحقیق تلاش برای دیدن بیماران مرزی از دریچه دیگر و تا حد امکان از زاویه-ی دید خودشان است گرچه بسیاری از رفتارهای این بیماران در برخی مواقع برای درمانگران نیز غیر قابل تحمل است لذا با توجه به این اظهار یانگ^۱ (۲۰۰۳) افراد مبتلا به BPD اغلب کمترین دلسوزی و بیشترین سرزنش را از درمانگران دریافت می کنند (محمود علیلو، شریفی، ۱۳۹۰). همچنین بعلت اینکه در سایر روشهای درمانی شناختی - رفتاری فرایند درمان با ۳ مشکل، از جمله ۱- مقاومت بیمار به درمان ۲- قطع درمان توسط بیمار ۳- عصبانی شدن بیمار، مواجهه می شود (موسی زاده و همکاران، ۱۳۸۶)، در این تحقیق با اتخاذ رویکرد درمانی DBT (رفتار درمانی دیالکتیکی) برای درمان BPD که توسط لینهان مطرح شده است و جزو درمانهای شناختی- رفتاری بوده که بی ثباتی عاطفی و تکانشگری را هدف قرار داده و سعی می شود به این بیماران و کاهش نشانههای بیماری آنها کمک شود. همچنین سعی بر آن است با توجه به اهداف درمانی DBT تجربه دردناک تغییر داده شده و قبول درد اجتناب ناپذیر زندگی نیز آموزش داده شود و همچنین رفتارهای تهدید کننده زندگی را به حداقل رسانده و کیفیت زندگی، مهارت‌های زندگی و احترام به خویشان را در این بیماران افزایش یابد.

با توجه به موارد ذکر شده و از آن جا که بیان شیوه‌های کار آمد و موثر از جمله ضروریات پژوهش در حوزه درمان است و با توجه به این که DBT جزو درمانهای نوین به شمار می آید، انجام پژوهش در زمینه اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی می تواند از اهمیت زیادی برخوردار باشد.

۱-۴ اهداف پژوهش

۱-۴-۱ هدف کلی

مشخص کردن اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت

مرزی (BPD)

۲-۴-۱ اهداف اختصاصی

- ۱) تعیین اثربخشی DBT بر کاهش نشانه‌های PTSD افراد مبتلا به BPD.
- ۲) تعیین اثربخشی DBT بر کاهش نشانه‌های نوسان خلقی افراد مبتلا به BPD.
- ۳) تعیین اثربخشی DBT بر کاهش رفتارهای تکانشی افراد مبتلا به BPD.
- ۴) تعیین اثربخشی DBT بر کاهش احساس پوچی افراد مبتلا به BPD.
- ۵) تعیین اثربخشی DBT بر کاهش رفتارهای خودکشی گرایانه افراد مبتلا به BPD.

۵-۱ فرضیه‌های پژوهش

- ۱) DBT موجب کاهش نشانه‌های PTSD در افراد مبتلا به BPD می‌شود.
- ۲) DBT موجب کاهش نشانه‌های نوسان خلقی در افراد مبتلا به BPD می‌شود.
- ۳) DBT موجب کاهش رفتارهای تکانشی در افراد مبتلا به BPD می‌شود.
- ۴) DBT موجب کاهش احساس پوچی در افراد مبتلا به BPD می‌شود.
- ۵) DBT موجب کاهش رفتارهای خودکشی گرایانه در افراد مبتلا به BPD می‌شود.