

مقاله اصلی

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خود جراحی غیرخودکشی گرا و کنش‌های اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۸

خلاصه

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودجراحی غیرخودکشی گرا و عملکردهای اجرایی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. این مطالعه با روش نیمه تجربی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد.

روش کار: جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شاهرود در سال ۱۴۰۱ بود که به مراکز مشاوره یا کلینیک‌های روانپزشکی مراجعه کرده بودند. از این میان، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۲۰ نفر) جای گرفتند. شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه‌های کنش‌های اجرایی بارکلی (۲۰۱۱) و رفتارهای خودجراحی کلونسکی و گلین (۲۰۰۹) پاسخ دادند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس پروتکل ناکسیو و همکاران (۲۰۱۰) قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر معناداری بر بهبود مؤلفه‌های مختلف عملکرد اجرایی از جمله خودمدیریتی زمان، حل مسئله، خودکنترلی و خودنظم‌جویی هیجانی دارد. همچنین این درمان موجب کاهش معنادار رفتارهای خودجراحی بین‌فردی شد، اما بر رفتارهای درون‌فردی تأثیر نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج دوره پیگیری نشان داد که تأثیر مداخله بر برخی مؤلفه‌ها مانند خودکنترلی پایدار باقی مانده است. به‌طور کلی، این یافته‌ها اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در بهبود تنظیم شناختی و هیجانی و کاهش رفتارهای آسیب‌زا در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تأیید می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، خود جراحی غیرخودکشی گرا، کنش‌های اجرایی.

الهه حاتمی^۱

علی اکبر سلیمانیان^{۲*}

حمید دررودی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی بجنورد، بجنورد، ایران.

^۲ دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

Email: soliemanian@gmail.com

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی در مرز میان روان‌رنجوری (نوروتیک) و روان‌پریشی (سایکوتیک) قرار دارد. این اختلال با بی‌ثباتی شدید در روابط بین فردی، خلق، رفتار، خودانگاره و احساسات مشخص می‌شود (۱). این اختلال را به نامهای اسکیزوفرنی موقت، اسکیزوفرنی شبه‌نوروتیک و اختلال منش سایکوتیک نیز خوانده‌اند. در ICD-10 نیز اختلال شخصیت دارای بی‌ثباتی هیجانی نامیده شده است (۲). شخصیت مرزی الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف، به همراه تکانشگری، رفتارهای خودکشی، احساسهای مزمن پوچی و اندیشه‌پردازی پارانویایی گذرا و مرتبط با تنیدگی است که در اوایل بزرگسالی آغاز شده و در زمینه‌های گوناگون خود را نشان می‌دهد (۳). از دیدگاه کرنبرگ معیارهای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی اعتماد به نفس ضعیف، ناامیدی، تصور ناپایدار از خود، تغییرات سریع در خلق و خو، همراه با ترس از رها شدن و طرد شدن، تفکر خودکشی و آسیب‌رساندن به خود می‌باشد. لینهان رفتار درمانی دیالکتیکی را برای کمک به درمان اختلال شخصیت مرزی ایجاد کرد (۴). شیوع کلی اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عمومی حدود ۶٫۱٪ تخمین زده شده است و در زنها نیز دو برابر مردها شایع است (۵). نرخ شیوع این اختلال در خدمات بهداشتی و درمانی اولیه حدود ۶٪، افرادی که به کلینیک‌های بهداشت روان سرپایی مراجعه می‌کنند حدود ۱۰٪ و بیمارانی که در بیمارستانهای روانی بستری می‌شوند حدود ۲۰٪ است (۶). شیوع اختلال شخصیت مرزی در گروههای سنی مسن‌تر ممکن است کاهش یابد (۷). یکی از مهم‌ترین فعالیتهای کورتکس فرونتال و پری فرونتال و مدارهای عصبی مربوطه در این افراد تنظیم کارکردهای اجرایی مغز است (۸). نتایج پژوهش اونکا و همکاران (۹) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با افراد عادی، عملکرد ضعیف‌تری در تکالیف مرتبط با کنش‌های اجرایی، به ویژه در زمینه‌های بازداری پاسخ و تصمیم‌گیری داشتند.

کنش‌های اجرایی عمدتاً برحسب پردازشهای شناختی مفهوم‌پردازی می‌گردد که زیربنای رفتارهای هدفمند، سازماندهی رفتار، کنترل بازداری، انعطاف‌پذیری و حل مسئله را

تشکیل می‌دهد (۱۰). چهار حوزه عمده برای کنش‌های اجرایی تعریف شده است که هر یک انواع مختلفی از عملکرد را در برمی‌گیرد و این چهار حوزه عبارت است از: کنترل توجه، خودتنظیمی، انعطاف‌پذیری و تنظیم هدف (۱۱). در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، نقص‌هایی در این حوزه‌ها مشاهده شده است. این افراد اغلب در بازداری پاسخ‌های تکانشی مشکل دارند. این نقص می‌تواند به رفتارهای تکانشی مانند خودزنی، سوء مصرف مواد یا پرخاشگری منجر شود (۱۲). حافظه کاری در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به ویژه در شرایطی که محرکهای هیجانی وجود دارد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این افراد در نگهداری و پردازش اطلاعات در حین انجام تکالیف شناختی دچار مشکل می‌شوند (۱۳) انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی تغییر توجه بین تکالیف یا استراتژیهای مختلف است. نتایج پژوهش روکو و همکاران (۱۴) نشان داد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در این حوزه دچار مشکل هستند که می‌تواند به رفتارهای سخت‌گیرانه و عدم توانایی در تطابق با شرایط جدید منجر شود. در پژوهش‌های مختلف حساسیت بالا نسبت به طرد در بین افرادی که سطح پایینی از کنش‌های اجرایی را گزارش کردند با افزایش علائم اختلال شخصیت مرزی مرتبط دانسته‌اند (۱۵). همچنین دیگر متغیر مهمی که در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی قابل‌بررسی می‌باشد، رفتارهای آسیب‌رسان خودجرحی^۱ است.

چن و همکاران (۱۶) در پژوهشی به بررسی رگه‌های اختلال شخصیت مرزی در پیش‌بینی رفتارهای خودجرحی در این افراد پرداختند و نشان دادند که سه بعد اختلال شخصیت مرزی با رفتارهای خودجرحی در رابطه است و همبستگی مثبت و معناداری دارد. رفتارهای خودجرحی یا خودآسیبی عمدی به رفتارهایی اطلاق می‌شود که فرد به طور عمدی به خود آسیب می‌زند، اما هدف او از این کار خودکشی نیست. از آنجایی که رفتارهای خودجرحی و آسیب زدن به خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی قابل پیش‌بینی نخواهد بود. این رفتارها مانند زخم کردن، سوزاندن، کندن و ... معمولاً بدون نیت خودکشی بوده اما با هدف آسیب زدن به خود می‌باشد. همچنین

در بررسی پژوهشی دیگر نشان داده شد که رفتارهای خود آسیب‌رسان مثل خراش، بریدن، خودزنی در افراد زندانی مبتلا به اختلالات روانشناختی بیشتر است و در این میان بالاترین شیوع این رفتارها در افراد مبتلا به شخصیت مرزی می‌باشد (۱۷). در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، این رفتارها اغلب به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای تنظیم هیجانات شدید، کاهش احساس پوچی یا تنهایی و یا تنبیه خود استفاده می‌شود. لذا به‌منظور پیشگیری از این نوع رفتارها در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی باید از روشهای درمان روانشناختی مناسب و با بیشترین کارایی استفاده کرد؛ بنابراین به دلیل اهمیت متغیرهای ذکر شده در بهبود حالات روانشناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و بهبود و کنترل علائم آنها، همه درمانگران و متخصصان این امر نیازمند یافتن روشهای درمانی مناسب‌تر با بیشترین کارایی خواهند بود. نتایج پژوهش لینهان و همکاران (۱۸) نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی به طور قابل توجهی رفتارهای خودجرحی و افکار خودکشی را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کاهش می‌دهد. رفتار درمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی، به بیماران کمک می‌کند تا راههای سالم‌تری برای مقابله با هیجانات منفی پیدا کنند.

یکی از درمانهای متداول در درمان اختلال مرزی دیالکتیکی است (۱۹). رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) نوعی درمان شناختی رفتاری است. درمان شناختی رفتاری سعی در شناسایی و تغییر الگوهای تفکر منفی دارد و باعث ایجاد تغییرات رفتاری مثبت می‌شود (۲۰). اصطلاح «دیالکتیک» از این ایده ناشی می‌شود که گرد هم آوردن دو نقطه مقابل در درمان یعنی پذیرش و تغییر، نتایج بهتری از تأثیر هریک به‌تنهایی به ارمغان می‌آورد. جنبه منحصر به فرد رفتار درمان دیالکتیک تمرکز آن بر پذیرش تجربه بیمار به‌عنوان راهی برای اطمینان بخشیدن به درمانگران و تعادل بخشیدن به کار مورد نیاز برای تغییر رفتارهای منفی است. پژوهش‌هایی در این زمینه بهبود این متغیرها نیز انجام شده است از جمله (۲۱) در پژوهشی به بررسی اثر رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای خودکشی گرا و غیر خودکشی گرای آسیب‌رسان در کودکان پرداختند و نشان دادند

که این روش درمانی بر کاهش این رفتارهای آسیب‌رسان مؤثر بوده است. (۲۲) اثربخشی این درمان در رفتارهای خود آسیب‌رسان غیر خودکشی گرا در دختران اشاره کرد. تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش کارکردهای درون فردی و بین فردی رفتارهای خود-آسیب‌رسان در پژوهش (۲۳) نیز تأیید شد؛ همچنین نتایج پژوهش (۲۴) نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد اجرایی بیماران اثربخش است؛ اما از آنجایی که پژوهش‌ها در مورد این درمان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از نظر رفتارهای خود جرحی غیر خودکشی گرا و کنش‌های اجرایی بسیار محدود بوده است و بر اساس بررسی‌ها این افراد نیازمند یافتن درمان مناسب جهت بهبود کنش‌های اجرایی و رفتارهای آسیب‌زا هستند. از طرفی در پژوهش‌های محدودی همچون (۲۵) به مقایسه اثربخشی درمان دیالکتیک با دیگر درمانهای روانشناختی در ایران پرداخته‌اند در پژوهش‌های خارجی نیز (۲۶) این درمان را با درمان پذیرش و تعهد مقایسه کردند. لذا این سؤال در ذهن پژوهش شکل‌گیری که آیا اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنش‌های اجرایی، رفتارهای خودجرحی غیر خودکشی گرا در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است؟

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. یک گروه به‌عنوان گروه گواه و یک گروه دیگر به‌عنوان گروه آزمایش انتخاب شد. گروه آزمایش در معرض رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفت و گروه گواه در انتظار دریافت مداخلات درمانی قرار گرفتند. همچنین بعد از ۲ ماه مرحله پیگیری نیز انجام شد. دیاگرام طرح در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: طرح پژوهش

گروهها	گمارش تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیگیری
رفتار درمانی دیالکتیکی	R	T ₁	X ₁	T ₂	T ₃
گروه کنترل	R	T ₁	-	T ₂	-

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در زمستان سال ۱۴۰۱ به بخش اعصاب و روان مراکز بهداشتی و

درمانی شهرستان شاهرود مراجعه کرده و بر اساس تشخیص ناظر بالینی مرکز یا روانپزشک، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند. از میان حدود ۱۲۰ نفر مراجعه کننده به این مراکز، با توجه به ملاکهای ورود و خروج به عنوان جامعه آماری انتخاب شد. از این بین تعداد ۴۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. این تعداد با در نظر گرفتن حداقل حجم نمونه لازم در پژوهش‌های آزمایشی (۱۵ نفر در هر گروه) (دلور، ۱۳۹۵) و با احتساب احتمال خطا و ریزش نمونه، تعیین گردید. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. برای گروه آزمایش، ۸ جلسه درمانی طراحی و اجرا شد، در حالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاکهای ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود. ۱. تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه بالینی توسط ناظر بالینی مراکز یا روانپزشک، ۲. داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم به منظور درک مناسب سؤالات و توانایی پاسخگویی به مقیاسهای پژوهش، ۳. عدم ابتلا به سایر اختلالات روانشناختی بر اساس تشخیص روانپزشک، ۴. عدم دریافت خدمات روانشناختی دیگر هم‌زمان با اجرای جلسات درمانی. ملاکهای خروج از پژوهش نیز شامل موارد زیر بود: ۱. غیبت بیش از ۲ جلسه در طول دوره درمان، ۲. وجود مشکلات هم‌زمان مانند اعتیاد یا مصرف الکل که ممکن است فرآیند درمان را مختل کنند. این ملاکها به منظور افزایش دقت و اعتبار نتایج پژوهش در نظر گرفته شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کارکردهای اجرایی بارکلی: این پرسشنامه بارکلی (۲۷) با هدف بازنمایی نارسایی کنش وری اجرایی در جمعیت بالینی و غیر بالینی به‌ویژه بزرگسال ساخته شد. این مقیاس ۸۹ سؤالی خودگزارشی می‌باشد که بر مبنای طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از هرگز تا همیشه نمره‌گذاری می‌شود و خرده مقیاسها شامل خودمدیریتی زمان، خودسازماندهی و حل مسئله، خودکنترلی و بازداری، خود انگیزشی و خود نظم جویی هیجان

می‌باشند. لذا از این ابزار ۷ نمره استخراج می‌شود که ۵ نمره برای خرده مقیاسها و یک نمره کلی نمره دیگر از ۱۱ سؤال به‌عنوان فهرست کنش اجرایی در بیش فعالی به دست می‌آید. بارکلی برای تعیین روایی همگرا از پرسشنامه مقیاس خود گزارش دهی بیش فعالی و نقص توجه استفاده کرد تحلیل عاملی تاییدی نشان می‌دهد پرسشنامه ساختار خود را حفظ کرد. ضریب پایایی خرده مقیاسها به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۹۴ و برای فهرست کنش وری اجرایی ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین برای کل مقیاس نیز پایایی ۰/۸۴ گزارش شده است. در ایران سلطانی کوهبنانی و همکاران (۲۸) در پژوهشی ضرایب آلفا برای کل مقیاس کارکردهای اجرایی ۰/۹۰ و خرده مؤلفه‌های خود مدیریتیت زمان ۰/۸۵، خودسازمان دهی/ حل مسأله ۰/۸۲، خودکنترلی/ بازداری ۰/۷۸، خود انگیزشی ۰/۷۶ و خود نظم‌جویی هیجانی ۰/۷۲ به دست آورد که بیانگر اعتبار بودن مقیاس کارکردهای اجرایی می‌باشند. نتایج روایی کل آزمون ۰/۷۹ می‌باشد. یافته‌های پژوهش مظفری و همکاران (۲۹) نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ضعیف‌ترین کارکردهای اجرایی را دارند.

پرسشنامه رفتارهای خودجراحی: این سیاهه توسط (۳۰) ارائه شد و ۱۳ کارکرد رفتارهای خود آسیب‌رسان را به‌وسیله ۳۹ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۱۳ کارکرد زیر دو عامل درون فردی با سؤالات ۱، ۳، ۵، ۶، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۲ و کارکردهای بین فردی با سؤالات ۲، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۳، ۳۴ را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش اولیه‌ای که توسط کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) انجام شد ضریب آلفای کرونباخ برای بخش‌های مختلف پرسشنامه (عملکرد و کارکرد) در دامنه‌ای بین ۸۰،۰ تا ۹۰،۰ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی بالای این ابزار است. این مقیاس از ۰ تا ۶ (غیر مرتبط تا کاملاً مرتبط) نمره‌گذاری می‌شود و ضریب آلفای کرونباخ برای کارکرد درون فردی ۰/۸۷ و برای بین فردی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۳۰) و همچنین در پژوهش دیگری درون فردی ۰/۸۵ و بین فردی ۰/۸۸ به دست آمد (۳۱). نتایج پژوهش شیخ الاسلامی و همکاران (۳۲) در ضریب همسانی درونی نشان داد که این

مقیاس از پایایی مناسبی ($\alpha=0/83$) برخوردار است. همچنین نتایج ضریب همبستگی نشان داد که ارتباط مثبت معنادار بین دو متغیر مواجهه‌ی اجتماعی با خودجرحی بدون قصد خودکشی با انتظارات خودجرحی بدون قصد خودکشی نشاندهنده‌ی روایی همگرای مناسب و ضریب همبستگی منفی معنادار بین دو متغیر مواجهه‌ی اجتماعی با خودجرحی بدون قصد خودکشی با شفقت به خود نشاندهنده‌ی روایی واگرایی مناسب می‌باشد. شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی تأییدی نیز مدل نهایی این

مقیاس را تأیید کردند نتایج پژوهش بشرپور و همکاران (۳۳) نشان داد رفتارهای خودجرحی با نمره کلی تحمل آشفتگی و نمره کلی دلسوزی به خود در بیماران اختلال شخصیت مرزی رابطه منفی دارد. پروتکل جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی: جلسات این پروتکل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. پروتکل جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی اقتباس از ناکسیو و همکاران (۲۰۱۰)

جلسات	خلاصه محتوای هر جلسه و تمرینات
جلسه اول	معرفی و تکمیل پیش‌آزمون. تعریف دیالکتیکی، اصول و راههای تفکر و عمل به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با مفهوم
جلسه دوم	هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی: ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا مهارت برای دستیابی به هوشیاری فراگیر. مهارتهای ((چه چیز)) از طریق مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن در گروه
جلسه سوم	تمرکز مهارتهای ((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 دهنده‌گی با حواس پنج‌گانه.
جلسه پنجم	تمرکز بر نقش فنون سود و زیان و پذیرشهای رادیکالی و بهبود لحظات و تکلیف پرت کردن حواس و خود تسکین دهی در منزل.
جلسه ششم	اعتباربخشی و خود اعتباربخشی، دلیل اهمیت آن در زندگی و تأثیرات آنها بر روی احساسات و خود نظم‌بخشی.
جلسه هفتم	آموزش انجام فنون مبتنی بر توضیح و بیان روشن احساسات، تقویت احساس سالم، خود هوشیاری، دارا بودن اعتمادبه‌نفس در زمان مذاکره، همچنین روش مسلط بودن بر خود و پذیرش هیجانات در صورت منفی بودن.
جلسه هشتم	انجام تکنیک مهارتهای ارتباطی آرام بودن، پذیرا بودن، ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاهمدت و بلندمدت، هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجانات و تغییر دادن هیجانات منفی و انجام پس‌آزمونها.

به منظور گردآوری اطلاعات مربوط به نمونه شخص پژوهشگر با هماهنگی مراکز مرتبط و توضیح در مورد اهداف پژوهش و رعایت اخلاق پژوهشی اقدام به گردآوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه‌های معتبر کرد. بدین صورت که در مرحله پیش‌آزمون کلیه افراد نمونه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. سپس به صورت تکاملی تصادفی به دو گروه مساوی (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) تقسیم شدند. بر روی افراد گروه آزمایش ۸ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیکی اقتباس از (۳۴) اجرا شد گروه کنترل بدون مداخله باقی ماندند. بعد از اتمام جلسات آموزشی در مرحله پس‌آزمون افراد نمونه مجدداً به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند مرحله پیگیری ۲ ماه بعد انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل در بخش توصیفی درصد شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای جمعیت شناختی و سایر متغیرهای پژوهشی محاسبه شد. در بخش استنباطی برای بررسی همگنی دو گروه در متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون کای اسکوتر و تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون شاپیروویلک بررسی شد. بعد از برقراری مفروضه‌های آماری سؤالات پژوهش با آزمون تحلیل اندازه‌گیریهای مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 بررسی شد.

در گروه کنترل ۳۴/۷۰ می‌باشد و در هر دو گروه درصد بالاتر مربوط به زنان بود بیشترین افراد در این پژوهش دارای تحصیلات کارشناسی بودند. برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خود جرحی غیرخودکشی گرا و کنش‌های اجرایی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در ابتدا نرمال بودن داده‌ها بررسی شد سطح معنی‌داری برای کنش‌های اجرایی، رفتارهای خودجرحی غیر خودکشی گرا و در پیش‌آزمون و در گروه‌های کنترل، رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تحقیق همگی بزرگتر از ۰/۰۵ است بنابراین این گروه متغیرها دارای توزیع نرمال هستند. آزمون کرویت موخلی برای بررسی برابری همگنی کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد سطوح معناداری حاصل از آزمون کرویت موخلی در مؤلفه‌های رفتارهای خودجرحی از ۰/۰۵ کوچک‌تر است ($P < 0/05$)؛ بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همگنی کوواریانس‌ها در این متغیر رعایت نشده است و به دلیل رعایت نشدن فرض کرویت، در خروجی تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر نتایج آزمون گرین هاوس - گیزر ارائه می‌گردد. نتایج در جدول (۳) ارائه شده است.

نتایج

میانگین سنی افراد در رفتاردرمانی دیالکتیکی ۳۶/۱۰ و

جدول ۳. خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودجرحی غیرخودکشی گرا

متغیر	منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	اندازه
		مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	اثر
رفتار خودجرحی	اثر گروه	۴۰,۳۹۲	۱	۴۰,۳۹۲	۷۰,۳	۰۰۶	۰۰۸
	درون اثر گروه* زمان	۸۶,۲۳۸	۴۸,۱	۵۰,۱۶۱	۷۸,۱۳	۰۰۰	۰۲۷
فردی	اثر خطا	۶۶,۶۵۸	۲۰,۵۶	۷۱,۱۱			
رفتار خودجرحی	اثر گروه	۰۷,۱۲۴۸	۱	۰۷,۱۲۴۸	۵۱,۱۱	۰۰۲	۰۲۳
	بین اثر گروه* زمان	۳۵,۵۷۴	۴۷,۱	۷۴,۳۹۰	۳۶,۳۳	۰۰۰	۰۴۷
فردی	اثر خطا	۱۶,۶۵۴	۸۵,۵۵	۷۱,۱۱			

همچنین در بخش درونگروهی نتایج بیانگر آن است که تأثیر عامل زمان بر رفتارهای درون فردی ($\text{Partial}\eta^2=0/27$)، $P<0/05$ ($F(1/48 \text{ و } 56/20) = 13/78$) و رفتارهای بین فردی ($\text{Partial}\eta^2=0/47$)، $P<0/05$ ($F(1/47 \text{ و } 55/85) = 33/36$) در گروههای مورد مطالعه در سه مرحله اندازه گیری معنادار است به عبارت دیگر، رفتارهای خودجراحی غیرخودکشی گرا در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی از جلسه ی پیش آزمون تا جلسه ی پیگیری تغییرات معنی داری را نشان داده است. به منظور مشخص نمودن پایداری تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودجراحی غیرخودکشی گرا در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی مقایسه دوبه دو میانگین ها در مراحل مختلف آزمون و دو گروه انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

همانگونه که در جدول (۳) مشاهده می شود، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بیانگر آن است که اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خودجراحی بین فردی ($\text{Partial}\eta^2=0/23$)، $P<0/05$ ($F=11/51$) معنادار است اما بر رفتارهای خودجراحی درون فردی ($\text{Partial}\eta^2=0/08$)، $P<0/05$ ($F=3/70$) معنادار نیست. در نتیجه بین نمره های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در میزان بهبود رفتارهای بین فردی خودجراحی غیرخودکشی گرا تفاوت معناداری مشاهده شد ($p\leq 0/05$). این نتایج بیانگر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای بین فردی خودجراحی غیرخودکشی گرا در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی می باشد. با توجه به مربع جزئی اتا (اندازه اثر) ۲۳ درصد تغییرات رفتارهای بین فردی از تفاوت گروههای آزمون و کنترل ناشی می شود.

جدول ۴. مقایسه دوبه دوی مراحل آزمون و دو گروه بر اساس رفتارهای خودجراحی غیرخودکشی گرا

رفتاردرمانی دیالکتیکی -		پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری		پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری		پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری		مراحل / گروه ←
گواه		تفاوت		تفاوت		تفاوت		متغیر
Sig	تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین	
0/06	-3/61	0/91	0/65	0/002	3/05	0/001	2/40	رفتار خودجراحی درون فردی
0/002	-6/45	0/16	1/00	0/001	5/32	0/001	4/35	رفتار خودجراحی بین فردی

مقایسه دو گروه (جدول ۵) نشان می دهد، بین دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی با گواه در رفتار خودجراحی بین فردی تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$) در نتیجه می توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش رفتار خودجراحی بین فردی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی شده است و فرضیه پژوهش تأیید می شود.

در خصوص اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنش های

مقایسه دوبه دوی آزمودنی ها در سه زمان متفاوت در جدول (۴) نشان می دهد، در رفتارهای درون فردی و بین فردی آن بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/05$) اما بین پس آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$). در نتیجه می توان گفت که میزان رفتارهای خودجراحی غیرخودکشی گرا به طور معناداری کاهش پیدا کرده است و این تغییرات به مرور زمان ثابت مانده است. همچنین

اجرای در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی نیز در ابتدا آزمون کروییت موخلی برای بررسی برابری همگنی کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد سطوح معناداری حاصل از آزمون کروییت موچلی در خودمدیریتی زمان، خودسازماندهی و حل مسئله و خود نظم جویی هیجان از ۰/۰۵ بزرگتر است ($P > 0.05$) و مفروضه همگنی کوواریانس ها را زیر سؤال نبرده-اند؛ اما سطوح معناداری حاصل از آزمون کروییت موچلی در خودکنترلی و بازداری، خود انگیزی از ۰/۰۵ کوچکتر است ($P < 0.05$)؛ بنابراین می توان گفت که مفروضه همگنی کوواریانس ها در این متغیر رعایت نشده است و به دلیل رعایت نشدن فرض کروییت، در خروجی

تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر نتایج آزمون گرین هاوس - گیزر ارائه می گردد. نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنش‌های اجرایی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	اندازه
		مجدورات	آزادی	مجدورات		معناداری	اثر
خودمدیریتی زمان	اثر گروه	۸۳,۴۴۰	۱	۸۳,۴۴۰	۶۸,۱۵	.۰۰۰	.۲۹
	اثر گروه* زمان	۱۱,۳۳۸	۲	۰۵,۱۶۹	۰۶,۳۴	.۰۰۰	.۴۷
	اثر خطا	۲۰۰,۳۷۷	۷۶	۹۶,۴			
خودسازماندهی و حل مسئله	اثر گروه	۸۷,۹۹۱	۱	۸۷,۹۹۱	۵۲,۳۰	.۰۰۰	.۴۴
	اثر گروه* زمان	۴۵,۵۰۶	۲	۲۲,۲۵۳	۰۰,۳۲	.۰۰۰	.۴۶
	اثر خطا	۲۶,۶۰۱	۷۶	۹۱,۷			
خودکنترلی و بازداری	اثر گروه	۵۳,۵۹۸	۱	۵۳,۵۹۸	۰۱,۴۲	.۰۰۰	.۵۲
	اثر گروه* زمان	۲۱,۴۰۳	۴۳,۱	۸۸,۲۸۰	۲۷,۶۱	.۰۰۰	.۶۱
	اثر خطا	۰۶,۲۵۰	۵۵,۵۴	۵۸,۴			
خود انگیزشی	اثر گروه	۱۰,۵۳۰	۱	۱۰,۵۳۰	۷۹,۲۱	.۰۰۰	.۳۶

اثر گروه* زمان	۵۹,۱۴۲	۳۸,۱	۲۱,۱۰۳	۳۳,۳۲	.۰۰۰	.۴۶
اثر خطا	۶۰,۱۶۷	۴۹,۵۲	۱۹,۳			
اثر گروه	۰۰,۲۱۶	۱	۰۰,۲۱۶	۸۶,۱۲	.۰۰۱	.۲۵
اثر گروه* زمان	۴۶,۱۹۴	۲	۲۳,۹۷	۲۶,۳۴	.۰۰۰	.۴۷
اثر خطا	۶۶,۲۱۵	۷۶	۸۳,۲			

می‌باشد. با توجه به مربع جزئی اتا (اندازه اثر) ۲۹ درصد تغییرات خودمدیریتی زمان، ۴۴ درصد تغییرات خودسازماندهی و حل مسئله، ۵۲ درصد تغییرات خودکنترلی و بازداری، ۳۶ درصد تغییرات خود انگیزشی و ۲۵ درصد تغییرات خود نظم جویی هیجان از تفاوت گروههای آزمون و کنترل ناشی می‌شود.

همچنین در بخش دورن گروهی نتایج بیانگر آن است که تأثیر عامل زمان در خودمدیریتی زمان ($F(۲ \text{ و } ۷۶) = ۳۴/۰۶$ ، $P < ۰/۰۵$ ، $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۴۷$)، خودسازماندهی و حل مسئله ($F(۲ \text{ و } ۷۶) = ۳۲/۰۰$ ، $P < ۰/۰۵$ ، $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۴۶$)، خودکنترلی و بازداری ($F(۱/۴۳ \text{ و } ۵۴/۵۵) = ۶۱/۲۷$ ، $P < ۰/۰۵$ ، $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۶۱$)، خود انگیزشی ($F(۲ \text{ و } ۷۶) = ۳۲/۳۳$ ، $P < ۰/۰۵$ ، $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۴۶$)

همانگونه که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بیانگر آن است که اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودمدیریتی زمان ($F = ۱۵/۶۸$ ، $P < ۰/۰۵$ ، $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۲۹$)، خودسازماندهی و حل مسئله ($F = ۳۰/۵۲$ ، $P < ۰/۰۵$ ، $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۴۴$)، خودکنترلی و بازداری ($F = ۴۲/۰۱$ ، $P < ۰/۰۵$ ، $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۳۶$)، خود انگیزشی ($F = ۲۱/۷۹$ ، $P < ۰/۰۵$ ، $\text{Partial}\eta^2 = ۰/۲۵$)، خود نظم-جویی هیجان ($F = ۱۲/۸۶$ ، $P < ۰/۰۵$) معنادار است در نتیجه بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در میزان بهبود نقص در کنش‌های اجرایی تفاوت معناداری مشاهده شد ($p \leq ۰/۰۵$). این نتایج بیانگر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنش‌های اجرایی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی

نشان داده است. به منظور مشخص نمودن پایداری تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کنش‌های اجرایی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی مقایسه دوه‌دو میانگین‌ها در مراحل مختلف آزمون و دو گروه انجام شد که نتایج آن در جدول (۶) نشان داده شده است.

مراحل / گروه ←		پیش آزمون - پس آزمون		پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری		رفتار درمانی دیالکتیکی - گواه	
متغیر	تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین
خودمدیریتی زمان	۳/۲۲	۰/۰۰۱	۳/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱/۰۰	۳/۸۳	۰/۰۰۱	
خودسازماندهی و حل مسئله	۳/۸۰	۰/۰۰۱	۴/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۳۰	۵/۷۵	۰/۰۰۱	
خودکنترلی و بازداري	۳/۸۵	۰/۰۰۱	۳/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۰۱	۴/۴۶	۰/۰۰۱	
خود انگیزشی	۱/۶۰	۰/۰۰۱	۱/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۷	۱/۰۰	۴/۲۰	۰/۰۰۱	
خود نظم جویی هیجان	۳/۲۰	۰/۰۰۱	۲/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۸۹	۲/۶۸	۰/۰۰۱	

مقایسه دوبه‌دوی آزمودنی‌ها در سه زمان متفاوت (جدول ۶) نشان می‌دهد، در مؤلفه خودکنترلی و بازداری بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون،

پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$) در نتیجه می‌توان گفت که میزان نقص در خودکنترلی و بازداری، به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است و این کاهش به‌مرورزمان پایدار مانده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد در مؤلفه‌های خودمدیریتی زمان، خودسازماندهی و حل مسئله، خود انگیزشی، خودنظم جویی هیجان بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$) اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). در نتیجه می‌توان گفت که میزان خودمدیریتی زمان، خودسازماندهی و حل مسئله، خود انگیزشی، خودنظم جویی هیجان به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است و این تغییرات به‌مرورزمان ثابت مانده است. همچنین مقایسه دو گروه نشان می‌دهد، بین دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی با گواه در کنش‌های اجرایی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$) در نتیجه می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش نارسایی کنش‌وریه‌های اجرایی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی شده است و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای خود جرحی غیرخودکشی گرا و کنش‌های اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که آزمون تحلیل کوواریانس بیانگر آن است که اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رفتارهای بین فردی معنادار است اما بر رفتارهای درون فردی معنادار نیست. در نتیجه بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در میزان بهبود رفتارهای بین فردی خودجرحی غیرخودکشی گرا تفاوت معناداری مشاهده شد. این نتایج بیانگر تأثیر رفتاردرمانی

دیالکتیکی بر رفتارهای بین فردی خودجرحی غیرخودکشی گرا در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی می‌باشد. مقایسه دوبه‌دوی آزمودنی‌ها در سه زمان متفاوت نشان می‌دهد، در رفتارهای درون فردی و بین فردی آن بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. در نتیجه می‌توان گفت که میزان رفتارهای خودجرحی غیرخودکشی گرا به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است و این تغییرات به‌مرورزمان ثابت مانده است.

در سال ۱۹۵۲، راهنمای تشخیصی و آماری اولیه اختلالات روانی (DSM-I) شخصیت ناپایدار عاطفی را معیاری برای تشخیص بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی توصیف کرد (۳۵). اتو کرنبرگ (۱۹۶۷) اختلال شخصیت مرزی را اختلالی در بین روانپریشی و روان رنجور توصیف کرد. رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر این ایده است که بی‌نظمی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اصلی‌ترین عامل است و باعث همه بی‌نظمی‌های دیگر می‌شود. رفتار درمانی دیالکتیکی بر شناسایی اختلالات فکری تمرکز می‌کند و به بیماران مرزی ابزارهایی برای تشخیص و تلاش برای تغییر فیلترهایی که بر اعمال و واکنش‌های آنها تأثیر می‌گذارد، می‌دهد. رفتار درمانی دیالکتیکی، یکی از مؤثرترین روش‌های درمانی برای کاهش رفتارهای خودجرحی غیرخودکشی گرا در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است (۳۶). این درمان بر چهار حوزه اصلی (تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی، کارآمدی بین فردی، ذهن آگاهی) متمرکز است که به کاهش رفتارهای خودجرحی کمک می‌کنند. با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب با هیجانات شدید و ناپایدار دست و پنجه نرم می‌کنند این درمان به بیماران مهارت‌هایی برای شناسایی، پذیرش و مدیریت هیجانات شدید آموزش می‌دهد. این مهارت‌ها شامل شناسایی محرک‌های هیجانی، کاهش حساسیت به هیجانات منفی و افزایش توانایی برای تجربه‌ی هیجانات مثبت است (۳۷).

رفتارهای خودجراحی اغلب به عنوان راهحلی برای کاهش موقت پریشانی هیجانی استفاده می‌شوند. این درمان با آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، به افراد کمک می‌کند تا بدون توسل به رفتارهای مخرب، با موقعیت‌های دشوار کنار بیایند. این مهارت‌ها شامل تکنیک‌هایی مانند حواس‌پرتی، خودآرامسازی و تمرین پذیرش است از این رو توانایی‌های فرد را برای تحمل موقعیت‌های دشوار بدون توسل به رفتارهای خودجراحی افزایش می‌دهد (۱۹).

مشکلات در روابط بین فردی یکی از عوامل اصلی پریشانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. این درمان با آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض، به افراد کمک می‌کند تا روابط سالم‌تری برقرار کنند و از موقعیت‌های استرس‌زا جلوگیری کنند و همچنین مهارت‌های ارتباطی و حل تعارضات بین فردی را بهبود می‌دهد و با افزایش آگاهی از لحظه حال و کاهش قضاوت نسبت به خود و دیگران به بیماران کمک

می‌کند. ذهن‌آگاهی باعث کاهش واکنش‌های هیجانی شدید و افزایش خودآگاهی می‌شود که به نوبه‌ی خود رفتارهای خودجراحی را کاهش می‌دهد به عبارتی این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا راه‌های سالم‌تری برای مقابله با پریشانی هیجانی پیدا کنند و نیاز به رفتارهای خودجراحی را کاهش دهند (۳۸). پژوهش‌های (۳۹)، (۴۰)، (۴۱)، (۴۲)، (۴۳)، (۲۲) (۱۸) نتایجی همسو با نتایج این پژوهش در مورد اثرگذار بودن رفتار درمانی دیالکتیک بر رفتارهای خود آسیب‌رسان نشان داده‌اند.

همچنین نتایج بررسی فرضیه دوم پژوهش در مقایسه دوه‌دوی آزمودنی‌ها در سه زمان متفاوت در خرده مقیاس‌های کنش‌های اجرایی نشان داد، در مؤلفه خودکنترلی و بازداری بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد و در نتیجه می‌توان گفت که میزان نقص در خودکنترلی و بازداری، به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است و این کاهش به‌مرورزمان پایدار مانده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد

در مؤلفه‌های خودمدیریتی زمان، خودسازماندهی و حل مسئله، خود انگیزشی، خودنظم جویی هیجان بین پیش-آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. در نتیجه می‌توان گفت که میزان خودمدیریتی زمان، خودسازماندهی و حل مسئله، خود انگیزشی، خودنظم جویی هیجان به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است و این تغییرات به‌مرورزمان ثابت مانده است.

کنش‌های اجرایی به‌عنوان یک اصطلاح کلی عمل می‌کنند تا مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی درجه بالاتری را که برای مطالعه و دستیابی به یک هدف ضروری هستند، در برگیرد. این کارکردها ما را قادر می‌سازد مفاهیم پیچیده یا انتزاعی را درک کنیم، مشکلاتی را که قبلاً با آنها مواجه نشده‌ایم حل کنیم، برنامه‌ریزی کنیم و روابط خود را مدیریت کنیم. امروزه کارکردهای اجرایی به بهترین وجه به‌عنوان مجموعه پیچیده‌ای از توانایی‌های شناختی توصیف می‌شوند که شامل حافظه کاری، کنترل بازدارنده، انعطاف‌پذیری شناختی، برنامه‌ریزی، استدلال و حل مسئله می‌شود. سیستم اجرایی سایر توانایی‌های شناختی (مانند توجه و حافظه) را مدیریت و کنترل می‌کند و به افراد اجازه می‌دهد تا الگوهای رفتاری بیش‌ازحد آموخته‌شده خود را زمانی که رضایت‌بخش نیستند تغییر دهند. همچنین انطباق با موقعیت‌های بدیع و پیچیده زندگی روزمره را امکان‌پذیر می‌کند. در نتیجه، کسری در کارکردهای اجرایی تأثیرات شگرفی بر زندگی روزمره دارد که شامل رفتار هدفمند ضعیف و عملکرد اجتماعی مختل می‌شود. نتایج پژوهش (۴۴) نشان داد این درمان در بهبود خودکنترلی اثربخش است. هدف رفتار درمانی دیالکتیکی ایجاد تعادل بین تغییر و پذیرش است تا رفتارهایی که موجب رنج و درد بیشتر خود یا دیگران می‌شود را تغییر دهند و هم‌زمان تمام نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و بپذیرند و برای تحمل شرایط استرس‌زا و تنش‌زا از دیگران کمک بگیرند. تمرین‌های رفتار درمانی دیالکتیکی

باشند و موجب بهبود آنها شوند که همسو با نتایج این پژوهش است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از شرکت کنندگان و کسانی که آنها را در انجام این تحقیق یاری کردند و همچنین اساتید محترم و همکاران عزیز، اعلام می دارند.

در کاهش هیجانهای منفی مانند استرس مؤثر است و این تمرینها برافزایش عملکرد و عوامل مرتبط با آن ازجمله توجه و تمرکز، احساس کنترل، اضطراب و عوامل فیزیولوژیک مثل درد تأثیر می گذارند (۴۵)، (۴۶)، (۴۷)، (۴۸) و (۳۶) در پژوهشهای جداگانه ای نشان دادند که درمان دیالکتیکی می تواند بر نشانگان شناختی و ابعاد کارکردهای اجرایی افراد دارای اختلال شخصیت تأثیرگذار

References

- ۱- Lieb K ,Zanarini MC ,Schmahl C ,Linehan MM ,Bohus M .Borderline personality disorder .The lancet. ۶۱- ۴۵۳: (۹۴۳۲) ۳۶۴; ۲۰۰۴ . DOI: 10.1016/S0140-6736(04)16770-6
- ۲- Kaplan, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2021). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry: Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders*. Ibn Sina. 10.1097/00005053-200403000-00022
- ۳- Shafiei, R., Ghaempanah, M., & Visani, M. (2017). The relationship between attachment styles and perceived parenting styles with borderline personality disorder in students. *The First International Conference on Culture, Psychopathology, and Education*. SID. <https://sid.ir/paper/891403/fa>
- ۴- Linehan MM ,Wilks CR .The course and evolution of dialectical behavior therapy .American journal of psychotherapy. ۱۱۰-۹۷: (۲) ۶۹; ۲۰۱۰ . doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97
- ۵- Winsper C ,Bilgin A ,Thompson A ,Marwaha S ,Chanen AM ,Singh SP ,et al .The prevalence of personality disorders in the community :a global systematic review and meta-analysis .The British Journal of Psychiatry. ۷۸- ۶۹: (۲) ۲۱۶; ۲۰۲۰ . DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- ۶- Sharp C ,Miller JD .Head-to-head comparisons of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ,Section II and Section III personality disorder in predicting clinical outcomes .Personality Disorders :Theory ,Research ,and Treatment . ۲۷۵: (۵) ۱۵; ۲۰۲۴ <https://doi.org/10.1037/per0000691>
- ۷- Zanarini MC ,Frankenburg FR ,Reich DB ,Fitzmaurice G .Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery :A-۱۰ year prospective follow-up study .American Journal of Psychiatry. ۷-۶۶۳: (۶) ۱۶۷; ۲۰۱۰ . <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>
- ۸- Chong K ,Chen S ,Chen X ,Zhang X ,Liu D ,Zhou Z ,et al .Resting-state connectivity and task-based cortical response in post-stroke executive dysfunction :A fNIRS study .NeuroImage :Reports. ۱۰۰۲۳۶: (۱) ۵; ۲۰۲۵ . <https://doi.org/10.1016/j.ynirp.2025.100236>
- ۹- Unoka Z ,Fogd D ,Füzy M ,Csukly G .Misreading the facial signs :specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder .Psychiatry research. ۲۵- ۴۱۹: (۳) ۱۸۹; ۲۰۱۱ . <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.010>
- ۱۰- Andrews K ,Atkinson L ,Harris M ,Gonzalez A .Examining the effects of household chaos on child executive functions :A meta-analysis .Psychological Bulletin . ۱۶: (۱) ۴۷; ۲۰۲۱ <https://doi.org/10.1037/bul0000311>
- ۱۱- Diamond A ,editor Want to optimize executive functions and academic outcomes? Simple ,just nourish the human spirit .Minnesota Symposia on Child Psychology : Developing cognitive control processes :Mechanisms ,implications ,and interventions ; ۲۰۱۳Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9781118732373.ch7>
- ۱۲- Sebastian A ,Jacob G ,Lieb K ,Tüscher O .Impulsivity in borderline personality disorder :a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation ? Current psychiatry reports. ۸-۱۵: ۱; ۲۰۱۳ . <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0339-y>
- ۱۳- LeGris J ,van Reekum R .The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour .The Canadian Journal of Psychiatry . ۴۲-۱۳۱: (۳) ۵۱; ۲۰۰۶ <https://doi.org/10.1177/070674370605100303>
- ۱۴- Ruocco AC ,Amirthavasagam S ,Zakzanis KK .Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder :a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies .Psychiatry Research : Neuroimaging. ۵۲-۲۴۵: (۳) ۲۰۱; ۲۰۱۲ . <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2012.02.012>

۱۵. Chen TH ,Hsiao RC ,Liu TL ,Yen CF .Predicting effects of borderline personality symptoms and self-concept and identity disturbances on internet addiction ,depression , and suicidality in college students :A prospective study .The Kaohsiung journal of medical sciences. ۱۴-۵۰۸:(۸)۳۵;۲۰۱۹ . DOI: 10.1002/kjm2.12082
۱۶. Chen Y ,Fu W ,Ji S ,Zhang W ,Sun L ,Yang T ,et al .Relationship between borderline personality features ,emotion regulation ,and non-suicidal self-injury in depressed adolescents :a cross-sectional study .BMC psychiatry. ۲۹۳:(۱)۲۳;۲۰۲۳ . <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04800-1>
۱۷. Gagnon J ,Aldebert J ,Saleh G ,Kim WS .The modulating role of self-referential stimuli and processes in the effect of stress and negative emotion on inhibition processes in borderline personality disorder :proposition of a model to integrate the self-concept and inhibition processes .Brain sciences. ۷۷:(۴)۹;۲۰۱۹ . <https://doi.org/10.3390/brainsci9040077>
۱۸. Linehan MM ,Comtois KA ,Murray AM ,Brown MZ ,Gallop RJ ,Heard HL ,et al . Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder .Archives of general psychiatry. ۶۶-۷۵۷:(۷)۶۳;۲۰۰۶ . doi:10.1001/archpsyc.63.7.757
۱۹. Ip JW ,McMain SF ,Chapman AL ,Kuo JR .The role of emotion dysregulation and interpersonal dysfunction in nonsuicidal self-injury during dialectical behavior therapy for borderline personality disorder .Behaviour research and therapy. ۱۸۰:(۱)۴۵۹۴;۲۰۲۴ . <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104594>
۲۰. Völm BA ,Kongerslev MT ,Mattivi JT ,Jørgensen MS ,Faltinsen E ,Todorovac A , et al .Psychological therapies for people with borderline personality disorder .Cochrane Database of Systematic Reviews.(۵)۲۰۲۰ . doi: 10.1002/14651858.CD012955.pub2
۲۱. Perepletchikova F ,Axelrod SR ,Kaufman J ,Rounsaville BJ ,Douglas-Palumberi H ,Miller AL .Adapting Dialectical Behaviour Therapy for children :Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours .Child and adolescent mental health. ۲۱-۱۱۶:(۲)۱۶;۲۰۱۱ .
۲۲. The Journal Of New Advances In Behavioral Sciences. ۸۲-۵۶۶:(۵۴)۶;۲۰۲۱ . URL: <http://ijndibs.com/article-۶۳۵-۱-fa.html>
۲۳. Safari Nia, M., Nikoghatar, M., & Damavandian, A. (2014). The effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing self-harming behaviors among delinquent adolescents residing in Tehran Correctional and Rehabilitation Center. *Clinical Psychology Studies*, 5(15), 141-158. <https://civilica.com/doc/1298501>
۲۴. Afshari B ,Omidi A ,Sehat M .The effect of dialectical behavior therapy on executive function in patients with a bipolar disorder .Feyz Medical Sciences Journal . ۱۰-۴۰۴:(۴)۲۲;۲۰۱۸ URL: <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3618-en.html>
۲۵. Firouzeh, M., Rezaei, A., Barzegar, M., & Moradi Doliskani, M. (2024). Comparing the effectiveness of compassion-based therapy and dialectical behavior therapy on resilience and emotional processing in adolescents with a history of self-harm. *Educational Psychology Studies*, 20(52), doi: 10.22111/jeps.2023.43176.5150
۲۶. Bass C ,van Nevel J ,Swart J .A comparison between dialectical behavior therapy , mode deactivation therapy ,cognitive behavioral therapy ,and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents .International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. ۴:(۲)۹;۲۰۱۴ . <https://doi.org/10.1037/h0100991>
۲۷. Barkley RA .Barkley deficits in executive functioning scale-children and adolescents) BDEFS-CA :(Guilford Press. ۲۰۱۲ ; <https://doi.org/10.1177/1087054710380887>
۲۸. Soltani Kouhbanani, S., Zarenejad, S., Soltani Kouhbanani, M., & Bazari, K. (2018). Psychometric properties of Barkley's Deficits in Executive Functioning Scale for children and adolescents. *Psychology of Exceptional Individuals*, 8(30), 19-45. <https://doi.org/10.22054/jpe.2018.9209>
۲۹. Mozafari, M., Rahmatinejad, P., & Mohammadi, S. (2018). Comparison of executive functions in patients with borderline personality disorder and bipolar II disorder. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 61(1), 836-846. 10.22038/MJMS.2018.11196
۳۰. Klonsky ED ,Glenn CR .Assessing the functions of non-suicidal self-injury : Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury) ISAS .(Journal of psychopathology and behavioral assessment. ۹-۳۱:۲۱۵;۲۰۰۹ . doi:10.1007/s10862-008-9107-z
۳۱. Homayoon MN ,Almasi M ,Damirchi ES ,Nejad MH .Comparing the Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation and Repeated Transcranial Magnetic Stimulation Treatment on Working Memory ,Impulsivity and Self-Harm Behaviors in People with Borderline Personality .Journal of Neuropsychology . ۲۴-۹:(۴)۸;۲۰۲۴ doi:10.30473/clpsy.2023.65222.1678
۳۲. Sheikholeslami, A., Seyed Esmaili Ghomi, N., Salmani, A., & Sharei, A. (2024). Psychometric properties of

the Social Response to Non-Suicidal Self-Injury Scale

۳۳ Basharpour, S., Khanjani, S., & Foroughi, A. A. (2016). Predicting self-harming behaviors in men with borderline personality disorder based on distress tolerance and self-compassion. <https://civilica.com/doc/1224918>

۳۴ Neacsiu AD ,Rizvi SL ,Linehan MM .Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder .Behaviour research and therapy. ۹-۸۳۲:(۹)۴۸;۲۰۱۰ . <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>

۳۵ Gunderson JG .Borderline personality disorder :ontogeny of a diagnosis . American Journal of Psychiatry. ۹-۵۳۰:(۵)۱۶۶;۲۰۰۹ . <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>

۳۶ Mehlum L ,Tørmoen AJ ,Ramberg M ,Haga E ,Diep LM ,Laberg S ,et al . Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior :a randomized trial . Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry. ۹۱-۱۰۸۲:(۱۰)۵۳;۲۰۱۴ . <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>

۳۷ Linehan MM ,Armstrong HE ,Suarez A ,Allmon D ,Heard HL .Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients .Archives of general psychiatry. ۴-۱۰۶۰:(۱۲)۴۸;۱۹۹۱ . [doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003)

۳۸ May JM ,Richard TM ,Barth KS .Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder .Mental Health Clinician. ۷-۶۲:(۲)۶;۲۰۱۶ . DOI: 10.9740/mhc.2016.03.62

۳۹ Azizi M ,Zarei I .The effectiveness of dialectical behavioral therapy on self-harmful and distress tolerance in adolescents with a history of self-harmful behaviors . Psychological Achievements. ۶۲-۱۴۵:(۱)۳۰;۲۰۲۳ . <https://doi.org/10.22055/psy.2022.38177.2726>

۴۰ Reyes-Ortega MA ,Miranda EM ,Fresán A ,Vargas AN ,Barragán SC ,Robles García R ,et al .Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy , dialectical behavioural therapy ,and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder .Psychology and Psychotherapy :Theory , Research and Practice. ۸۹-۴۷۴:(۳)۹۳;۲۰۲۰ . <https://doi.org/10.1111/papt.12240>

۴۱ Yasfard G ,Abaspour Azar Z ,Hosseini Almadani SA .Comparing the effectiveness of group dialectical behavior therapy and solution-focused brief therapy on self-esteem ,cognitive-emotional regulation and non-suicidal self-injury in daughters . Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. ۵۸-۳۴۳:(۴)۷;۲۰۲۰ . [10.29252/ijhehp.7.4.343](https://doi.org/10.29252/ijhehp.7.4.343)

۴۲ Damavandian A ,Golshani F ,Saffarinia M ,Baghdasarians A .Effectiveness of compassion-focused therapy on aggression ,self-harm behaviors ,and emotional self-regulation in delinquent adolescents .Journal of psychological science . ۸۱۸-۷۹۷:(۱۱۲)۲۱;۲۰۲۲ [doi:10.52547/JPS.21.112.797](https://doi.org/10.52547/JPS.21.112.797)

۴۳ Bolandnazar K ,Teimory S ,Rajaei A ,Nejat H .The effect of group dialectical behavior therapy on self-control ,emotional regulation and disturbance tolerance of drug addicts .Iranian Journal of Rehabilitation Research. ۰:(۴)۹;۲۰۲۳ . [10.22034/IJRN.9.4.6](https://doi.org/10.22034/IJRN.9.4.6)

۴۴ Davenport J ,Bore M ,Campbell J .Changes in personality in pre-and post-dialectical behaviour therapy borderline personality disorder groups :A question of self-control .Australian Psychologist. ۶۶-۵۹:(۱)۴۵;۲۰۱۰ . <https://doi.org/10.1080/00050060903280512>

۴۵ Maghami O ,Izady R ,Jaberi S .The effect of dialectical behavior therapy skills training on shame ,cognitive flexibility and marital adjustment of women with spouses quitting addiction in Isfahan city .Research in Cognitive and Behavioral Sciences . ۱۸-۱:(۲)۱۰;۲۰۲۱ [10.22108/CBS.2021.125831.1465](https://doi.org/10.22108/CBS.2021.125831.1465)

۴۶ Khakshour Shandiz F ,Sodagar S ,Annani Sarab G ,Malihi Al-zakerini S ,Zarban A .Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Fusion and Positive and Negative Affect in Women with Type II Diabetes .Journal of Diabetes Nursing. ۳۰-۱۴۱۹:(۲)۹;۲۰۲۱ . URL: <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-478-en.html>

۴۷ McMain SF ,Chapman AL ,Kuo JR ,Dixon-Gordon KL ,Guimond TH ,Labrish C , et al .The effectiveness of ۶ versus ۱۲ months of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder :A noninferiority randomized clinical trial . Psychotherapy and Psychosomatics. ۹۷-۳۸۲:(۶)۹۱;۲۰۲۲ . <https://doi.org/10.1159/000525102>

Original Article

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Nonsuicidal Self-Injury Behaviors and Executive Functions in Patients with Borderline Personality Disorder

Received: 19/05/2025 - Accepted: 05/01/2024

Elahe Hatami¹
Ali Akbar Soleimani^{2*}
Hamid Darrodi³

¹ PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Azad University of Bojnord, Bojnord, Iran

² Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

³ PhD Counseling, Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

Email: soliemanian@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study aimed to examine the effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) on nonsuicidal self-injurious behaviors and executive functions in individuals diagnosed with borderline personality disorder (BPD). This research followed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and a control group. The statistical population included all individuals with BPD who referred to counseling centers or psychiatric clinics in Shahrud during 2022. A total of 40 participants were selected using convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups (20 each). In the pre-test phase, participants completed the Barkley Executive Functioning Questionnaire (2011) and the Klonsky & Glenn Self-Injury Inventory (2009). The experimental group received eight sessions of DBT based on the protocol by Neacsiu et al. (2010), while the control group received no intervention. The results showed that DBT significantly improved various aspects of executive functioning, including time management, problem-solving, self-control, and emotional regulation. Additionally, DBT significantly reduced interpersonal nonsuicidal self-injury behaviors, though no significant effect was observed on intrapersonal self-injury. Follow-up results indicated that the effect on self-control remained stable over time. Overall, the findings confirm the effectiveness of DBT in enhancing cognitive and emotional regulation and in reducing harmful behaviors in patients with borderline personality disorder. Therefore, it is recommended that DBT be employed as a clinical intervention for this population.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Dialectical Behavior Therapy, Non-Suicidal Self-Injury, Executive Functions.