

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with borderline personality disorder

Musa Qadernejad

PhD Student in Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Mahin Etemadnia *

Assistant Professor of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Etemadi.mahin@gmail.com

Farnaz Farshbaf Mani Sefat

Assistant Professor of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

موسی قادرنژاد

دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

دکتر مهین اعتماد نیا (نویسنده مسئول)

استادیار روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

دکتر فarnaz فرشباف مانی صفت

استادیار روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with a borderline personality disorder. The current research was with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period of 1 month. The statistical population of this research was all the treatment seekers suffering from borderline personality disorder who had been referred to the psychological clinics of Urmia city in 1400, of which 45 people were selected by available sampling method and were randomly divided into two experimental groups and one control group. The first group received dialectical behavior therapy and the second group received mentalization-based therapy for 12 one-hour sessions, and the control group did not receive training. The borderline personality scale (STB, Leishnernig, 1999) was used to collect data. For statistical analysis, analysis of variance with repeated measures was used. The findings showed that dialectical behavior therapy and treatment based on mentalization are effective in improving the symptoms of borderline personality disorder and this effect was stable in the follow-up phase as well ($P < 0.01$). Also, the results of the Benferroni post hoc test showed that dialectical behavior therapy had a greater effect on improving the symptoms of borderline personality disorder ($P < 0.05$). The results indicate more use of dialectical behavior therapy intervention to improve symptoms of borderline personality disorder.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Mentalization, Dialectical Behavior Therapy.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت. پژوهش حاضر با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۱ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی درمانجویان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند که در سال ۱۴۰۰ به کلینیک‌های روان‌شناختی شهرستان ارومیه مراجعه کرده بودند که از این میان ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گواه جایگزین شدند. گروه اول رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه دوم درمان مبتنی بر ذهنی سازی را به مدت ۱۲ جلسه یک ساعته دریافت کردند و گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس شخصیت مرزی (STB، لیشنرنیگ، ۱۹۹۹) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی مؤثر هستند و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ($P < 0.01$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک تأثیر بیشتری بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی داشت ($P < 0.05$). نتایج حاصله بر استفاده بیشتر از مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک برای بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی اشاره دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، ذهنی‌سازی، رفتاردرمانی دیالکتیک.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ یک بیماری روان پزشکی عمده است و شیوع طول زندگی آن در حدود ۱/۰ تا ۶ درصد جمعیت عمومی و همچنین بیست درصد در بیماران بستری است (دهالیوال^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). این اختلال با یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی و خوداندکاره و خلق و خوی تکانش‌گرانه مشخص می‌شود که در اوایل دوره‌ی بزرگسالی شروع شده و در موقعیت‌های مختلف ظهور می‌کند (انجمن روان پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی است که شامل خلق دیسفوریک و نوسانات شدید خلقی می‌باشد (ریپول^۴، ۲۰۲۲). افراد مبتلا به این اختلال در بیشتر جنبه‌های زندگی دچار مشکل هستند به طوری که تخریب‌ها و آسیب‌های پیوسته‌ای که این اختلال ایجاد می‌کند تمام عرصه‌ی زندگی فرد مبتلا را از جمله روابط شغلی، زناشویی و تحصیلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بیرن و اگان^۵، ۲۰۱۸). هم چنین خشم و پرخاشگری در افراد مبتلا هزینه‌های اقتصادی قابل توجهی را برای جامعه به همراه دارد (نیکول^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). از سویی بیش از ۲۰ درصد این بیماران دچار سوء مصرف الکل هستند و در بین افرادی که به دلیل سوء مصرف مواد بستری شده‌اند، ۶۰ درصد آن‌ها دچار اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شده‌اند (هایدن^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش‌های پیگیری طولانی مدت مشخص شد که ۳ تا ۹ درصد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی خودکشی می‌کنند (مهلوم^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). در همین راستا نتایج تحقیقات کیوهن^۹ و همکاران (۲۰۲۰) پنل^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از آن بود که ۹ تا ۳۳ درصد کل خودکشی‌ها را افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشکیل می‌دهند.

شواهد نظری در ارتباط با اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن، رویکردهای درمانی متفاوتی با توجه به سبب شناسی این اختلال ارائه می‌دهد، که یکی از مداخلات سودمند در این زمینه، رفتار درمانی دیالکتیک^{۱۱} است (هاف^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون فلسفه‌ی شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه‌ی مداخله‌ای را در شیوه‌ی درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل‌پیشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه‌های تغییر (وارنر و مورفی^{۱۳}، ۲۰۲۲). مروری بر ادبیات پژوهشی در این زمینه حاکی از آن است که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی اثربخش بوده‌اند (استافرز-وینترلینگ^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲؛ مک‌مین^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲؛ گیلسپی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲). در همین راستا در پژوهشی نیکول و همکاران (۲۰۲۲) به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند درمان موثری برای مشکلات خشم و پرخاشگری باشد. آنها همچنین دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی خشم را مستقل از متغیرهای مطالعه، شرکت‌کننده و درمان کاهش می‌دهد. بوهوس^{۱۷} و همکاران (۲۰۲۱) نیز دریافتند که روان‌درمانی اصلی برای اختلال شخصیت مرزی است. در پژوهشی دیگر فیتزپاتریک^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۰) که بر روی ۱۰۱ فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رفتار درمانی دیالکتیکی را اجرا کرده بودند، دریافتند که کاهش خشم در حد متوسط بود. همچنین در این مطالعه درمان باعث بهبودی بالینی بالایی شده و میزان افت و کناره‌گیری از درمان کم بود.

1. Borderline personality Disorder
2. Dhaliwal
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
- 4- Ripoll
5. Byrne, Egan
- 6 . Nicole
7. Hayden
8. Mehlum
9. Kuehn
10. Pennel
11. Dialectical Behavior Therapy
- 12- Haft
- 13- Warner, Murphy
- 14 .Stoffers-Winterling
- 15 . McMain
4. Gillespie
- 17- Bohus
- 18 . Fitzpatrick

علاوه بر رفتار درمانی دیالتیکی یکی دیگر از درمان‌هایی که برای اختلال شخصیت مرزی مطرح شده است، درمان مبتنی بر ذهنی-سازی^۱ است. این الگوی درمانی، مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: (۱) نظریه دلبستگی بالبی و (۲) ذهنی سازی (بتمن و فوناگی^۲، ۲۰۱۳). فرض اصلی این رویکرد درمانی این است که کمبود ظرفیت ذهنی سازی منجر به بروز علائم شخصیت مرزی می شود ظرفیت ذهنی سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران می باشد که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی حاصل می شود و اساس رفتارهای آشکار محسوب می شود (سیمونسون^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). کانون اصلی این رویکرد، کمک به درمانجو است تا تجربه های ذهنی خود را به سطح هشیاری آورد و خویشترن را به عنوان یک کل یکپارچه ادراک کند، از این رو هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی سازی از طریق رابطه درمانی و افزایش ظرفیت شخص برای شناخت افکار و احساساتی است که تجربه می کند (چویی کان^۴، ۲۰۲۲). در همین راستا نتایج دروزک و اونروخ^۵ (۲۰۲۲) و اسمیتس^۶ و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علایم بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی اثربخش است.

مهم ترین تفاوت بین این دو برنامه مداخله ای این است که رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله رفتاری شناختی و آموزش مهارت های اجتماعی ترکیب می کند و به سبک سقراطی، سعی در شناسایی و تغییر الگوهای تفکر منفی دارد و باعث ایجاد تغییرات رفتاری مثبت می شود و درواقع بیشتر بر جنبه های روانی شناختی و اجتماعی درمان تاکید دارد (امینی و شریعتمدار، ۱۳۹۷). اما تاکید درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ارتقاء توانایی افراد در تشخیص واقعیت درونی از بیرونی و فرایندهای هیجانی و ذهنی درونی از وقایع بین فردی است (بشرپور و عینی، ۱۳۹۹). نقطه قوت این رویکرد درمانی این است که ذهنی سازی مستلزم توجه به خود و دیگران است و برعکس. این شیوه ی اندیشمندانه و انعکاس دهنده تفکر، به فرد کمک می کند، رفتارها را پیش بینی، مدیریت و درک کند و تجربه های سردرگمی، فقدان کنترل و عدم اعتماد را در برخورد با هیجانات شدید کاهش دهد. درواقع درمان مبتنی بر ذهنی سازی نحوه درک احساسات را تشریح می کند و به فرد کمک می کند تا توانایی خود را در درک احساسات دیگران افزایش دهد (قنبری و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین با توجه به تفاوت این دو برنامه که تاکید یکی بر روی هیجان و ارتباطات بین فردی و تاکید دیگری بر روی تغییر رفتار است، به نظر می رسد انجام مداخلات مقایسه ای به بهتر شناختن تفاوت های این دو روش می تواند کمک کند. از سوی دیگر با توجه به این که اختلال شخصیت مرزی بسیار رنج آور و نیازمند درمان است و همچنین از آنجایی که مداخلات درمانی برای این افراد بیشتر هنگام بروز خودکشی و آن هم به صورت مداخله در بحران انجام می گیرد. از طرفی دارو درمانی نیز کمک چندانی به این افراد نمی کند، زیرا اکثر آنها بعد از مدتی، استفاده از دارو را قطع می کنند. بنابراین، این گروه خاص از بیماران به شیوه درمانی تخصصی نیاز دارند که به طور مستقیم مشکلات و نشانه های اختلال را هدف درمان قرار دهد. لذا ضرورت پژوهش درباره اختلال شخصیت مرزی و رویکردهایی که برای کاهش نشانه های آن انجام گرفته اند به شدت احساس می شود. از این رو با توجه کمی مطالعات انجام شده در ایران، در مقایسه روش های مختلف درمانی در بهبود نشانه های افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، همچنین برای مشخص کردن مداخله ای که هم موثر و هم مقرون به صرفه باشد؛ بر این اساس پژوهش حاضر در صدد بود تا به مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بهبود نشانه های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بپردازد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر ارومیه در محدوده سنی ۱۹-۳۸ و از شهریور ماه تا آبان ماه ۱۳۹۹ بودند. حجم نمونه بصورت در دسترس بود که از این تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارش شدند. گروه ها قبل و بعد از درمان، با پرسشنامه شخصیت مرزی و همچنین بر

1. Mentalization based treatment (MBT)

2- Bateman, Fonagy

3- Simonsen

4- Choi-Kain

5- Drozek, Unruh

6- Smits

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی
Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the ...

اساس معیارهای DSM-5 مورد مصاحبه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از نمره برش ۱۳ در پرسشنامه شخصیت مرزی، امکان حضور مداوم در دوره‌های درمانی، قطع داروهای مصرفی زیر نظر پزشک متخصص، نداشتن هیچ مشکل خاص دیگر مثل سابقه بستری در بیمارستان و ملاک‌های خروج شامل شروع به مصرف دارو، بیش از دو جلسه غیبت از دوره‌های درمان، انصراف از ادامه پژوهش. بعد از هماهنگی‌های لازم با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی مسئولین مراکز مشاوره از اهداف پژوهش، رضایت افراد نمونه برای شرکت در این پژوهش جلب شد. ضمن توجه افراد نمونه به پژوهش و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در طول دوره درمان این اختلال شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سؤالی را بدون جواب نگذارند. گروه آزمایش به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند تا امکان کنترل آنها در جلسات آموزشی مهیا شود. علاوه بر این برای کنترل بهتر این افراد از دو نفر دستیار استفاده شد؛ سپس هر یک از این دو گروه آزمایش تحت آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی و ترکیب رفتار درمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای گروه آزمایش اول درمان به روش رفتاردرمانی دیالکتیک انجام شد و برای گروه آزمایش دوم ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و گروه گواه بدون برگزاری جلسات درمان و با روال سابق به فعالیت‌های خود ادامه دادند. پس از اجرای کامل پروتکل درمانی (اعمال متغیر مستقل)، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه آزمایش و گواه تکمیل شد. تمام نکات اخلاقی شامل رازداری، امانت‌داری، دقت در استناددهی، قدردانی از دیگران، رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها، رعایت حریم خصوصی شرکت‌کنندگان توسط پژوهشگران مدنظر قرار گرفته است. برای کسب رضایت آگاهانه و آزادانه شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف از اجرای پژوهش و نحوه انجام آن به‌طور روشن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت، پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار داده شد و محققان به آن‌ها اطمینان دادند که نتایج تحقیق محرمانه خواهد بود. این پژوهش بر گرفته از رساله دکترای نویسنده اول با شناسه اخلاقی IR.URMIA.REC.1399.048 در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار ۲۲-SPSS استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه شخصیت مرزی (STB): این پرسشنامه توسط جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) طراحی شده و شامل ۱۸ ماده می باشد که به صورت بلی/ خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. البته در تحقیق محمدزاد و همکاران (۱۳۸۴) هنگام تطبیق این مقیاس با ملاک های DSM-IV-TR از متون معتبر روان شناسی مرضی ۶ ماده دیگر به آن اضافه شد تا تعریف DSM-IV-TR از اختلال شخصیت مرزی را پوشش دهد. بنابراین این مقیاس شامل ۲۴ ماده می‌باشد. جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی آن را به فاصله ۴ هفته ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی همزمان STB با مقیاس های روان رنجور خوبی و روان پریشی گرایي در فرهنگ اصلی به ترتیب ۶۴ درصد و ۴۴ درصد گزارش شده است (راولینگر و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران نیز محمدزاده و همکاران (۱۳۸۴) به منظور بررسی روایی همزمان مقیاس STB از اجرای همزمان فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ-R) استفاده کردند؛ نتایج تحلیل نشان داد که STB با خرده‌مقیاس‌های روان رنجور خوبی و روان پریشی‌گرایی پرسشنامه شخصیتی آیزنک به ترتیب همبستگی ۰/۶۴ و ۰/۲۹ را دارد، در حالی که با مقیاس‌های برون‌گرایی و دروغ پردازی رابطه معنی‌داری ندارد. همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با ضریب کودر-ریچاردسون ۰/۷۴ بدست آمد.

مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هر هفته ۲ جلسه برای گروه آزمایشی اول و مداخله درمانی مبتنی بر ذهنی سازی به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هر هفته ۲ جلسه برای گروه آزمایشی دوم برگزار شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک DBT

محتوای جلسات

1. Schizotypal Trait questionnaire-B form
2. Jackson & Claridge

جلسه اول	آشنایی اعضا با اهداف و قوانین، آموزش فن آرمیدگی، آشنایی با مفاهیم پایه رفتاردرمانی دیالکتیک، توضیح درمانگر در مورد محیط بی اعتبارساز گذشته.
جلسه دوم	مرور جلسه قبل، آشنایی اعضا با مهارت های بنیادین توجه آگاهی، اهمیت و دلیل کاربرد مهارت ها شرح داده شود. روش: تمرکز به مدت یک دقیقه، تمرین تمرکز بر یک شی و آموزش تمرین دسته نور در جهت انجام آن در خارج از فرآیند درمان.
جلسه سوم	پیگیری تمرین های جلسه قبل، در این جلسه افراد هیجانات، افکار و احساسات بدنی خود را بشناسند. روش: تمرین تجربه درونی- بیرونی. اهداف این جلسه منطبق با جلسه قبل می باشد، افراد در انتخاب افکاری که به ذهنش خطوط می می کند مهارت بیابد. روش: تمرین ثبت سه دقیقه ای افکار، تمرین ناهمجوشی فکر.
جلسه چهارم	در این جلسه نیز فرد بر هیجانات، افکار و احساسات بدنی خود متمرکز شوند. روش: تمرین توصیف هیجان، فرم برگه توصیف هیجان را کامل نمایند. فرد یاد می گیرد که در جریان لحظه به لحظه آگاهی هرآنچه را که در حال تمرکز بر روی آن هست، شناسایی کند. و فرد به طور آگاهانه توجه شان را جابه جا نمایند. روش: تمرکز جایگشت توجه.
جلسه پنجم	درمانگر در رابطه با مهارت های تحمل آشفتگی توضیح می دهد. و افراد به اهمیت این مهارت ها پی می برند. کسب نگاهی جدید. مهارت و نگرش پذیرش بنیادین را کسب نمایند. توجه برگردانی از رفتارهای خودآسیب رسانی. روش: تمرین توجه برگردانی از طریق فعالیت های مختلف(مانند تمرین یخ، فعالیت های لذت بخش).
جلسه ششم	خودآرام بخشی. تمرین خودآرام بخشی با استفاده از حواس پنجگانه. افراد یاد می گیرند که افکار را از هیجانات و احساسات بدنی جدا کنند. افراد یاد می گیرند زمانی که حواس شان پرت می شود چگونه بر تنفس خود متمرکز شوند و به آرامش برسند. روش: تمرین تنفس آگاهانه.
جلسه هفتم	آشنایی با مهارت های تنظیم هیجان، افراد به شناسایی دقیق تر هیجانات می پردازند. روش: تمرین شناسایی هیجانات، تمرین ثبت هیجانی. افراد رفتارهای خودآسیب رسان خود را شناسایی می کنند، به مشاهده خویشتن(بدون قضاوت) می پردازند. روش: تمرین شناسایی رفتارهای خودآسیب رسان.
جلسه هشتم	افراد هیجانات و افکارشان را در قالب تصاویر و کلمات تجسم می کنند بدون اینکه دچار احساسات شدید شوند. نظم بخشیدن به هیجانات. روش: تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان. هدف از این مهارت رهایی از قضاوت ها و افکار وسواسی. روش: تمرین ناهمجوشی قضاوت. آشنایی با مهارت های ارتباطی موثر، معطوف کردن توجه به راهبردهای بین فردی و تمرکز حال و اینجا. روش: توضیح درمانگر در مورد این مهارت ها و تمرین توجه آگاهانه به رابطه بین فردی.
جلسه نهم	
جلسه دهم	افراد سبک های ارتباطی خود را شناسایی نمایند، شناسایی خواسته خود و خواسته های دیگران. روش: تمرین شناسایی سبک ارتباطی، تمرین تناسب بین من می خواهم یا دیگران می خواهند(خواسته های آنها).
جلسه یازدهم	در این جلسه مراجعان یاد می گیرند که چگونه با هیجان های آشفته روبرو شوند. تمرین ثبت هیجانات، باید اندیشی و تمرین نه گفتن. برقراری تعادل در ارتباط موثر و حفظ اعتماد به نفس، ابراز قاطعانه خواسته ها.
جلسه دوازدهم	تمرین مهارت هایی که در طی جلسات آموخته اند. بیستم: تقویت چهار مهارت بنیادین رفتاردرمانی دیالکتیک. روشک انجام تمرینات نظامند حفظ سلامت هیجانی، طرح ریزی برنامه روزانه(پس از اتمام درمان).

جدول ۲. محتوای جلسات درمانی مبتنی بر ذهنی سازی MBT

محتوای جلسات	
جلسه اول	خوشامدگویی / معرفی درمانگر / بیان اهداف جلسات / بیان اهداف جلسه اول (برنامه درمان چیست؟ ذهنی سازی چیست؟ تأکید بر حضور سرموقع در جلسه / معرفی مراجع کننده و اینکه چرا به درمان ارجاع شده است؟ / ارائه کاربرگ / توصیف ساختار جلسه / توضیح جنبه های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی سازی و تمایز آن با سوء تعبیرها از سوی درمانگر / بررسی موارد مطرح شده از سوی مراجع کننده / ارائه تکلیف خانگی. مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (شاخص های ذهنی سازی ضعیف و خوب / مشکلات در ذهن خوانی خود و دیگران / مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری / حساسیت بین فردی / ارائه تمرین / شفاف سازی تفسیرهای مراجع کننده و بحث در مورد آنها / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه سوم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه هیجانات اصلی و اجتماعی هیجانات اولیه و ثانویه / توصیف انواع هیجانات و تفاوت های فردی در کنترل هیجانات / ارائه تکلیف خانگی .
جلسه چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (ذهنی سازی هیجانات / ارائه فعالیت در مورد نحوه ثبت هیجانات در رابطه با خود و دیگران / بحث در مورد موارد مطرح شده از سوی مراجع کننده / تفسیر علامت های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران / بحث / خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند / احساسات غیر ذهنی سازی که بسیار ناراحت کننده هستند و چگونه می توانیم چنین حالات هیجانی را مدیریت کنیم / ارائه تکنیک های آرمیدگی / ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	درمانگر مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی / بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی / ارائه تکالیف خانگی.

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی
Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the ...

جلسه ششم	خودآرام‌مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی سازی/ تعارض‌های دلبستگی /ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (اختلال شخصیت چیست؟ اختلال شخصیت مرزی چیست؟) / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هشتم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (درمان مبتنی بر ذهنی سازی/ بیان مشخصات و اهداف آموزش و تمرین ذهنی سازی / ارائه MBT اختصاصی تکالیف خانگی.
جلسه نهم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی سازی /اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه دهم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (اضطراب، دلبستگی و ذهنی سازی/ ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس / بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آنها و اینکه یاری شخص دیگر مؤلفه کلیدی در درمان است / ارائه تکالیف خانگی.
جلسه یازدهم	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (افسردگی، دلبستگی و ذهنی سازی/ ارائه رویکرد آموزشی در مورد افسردگی/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث / ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی/ بحث در مورد تفکر افسرده ساز / ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی.
جلسه دوازدهم	تمرین مهارت‌هایی که در طی جلسات آموخته‌اند. مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف/ خلاصه و نتیجه‌گیری.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک ($2/36 \pm 36/82$)، گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی ($3/52 \pm 38/44$) و گروه گواه ($2/52 \pm 34/46$) بود. در گروه دیالکتیک ۵ نفر ($33/33$ درصد) دارای مدرک دیپلم و ۱۰ نفر ($66/66$ درصد) لیسانس و بیشتر بودند و در گروه ذهنی سازی ۶ نفر (40 درصد) دارای مدرک دیپلم و ۹ نفر (60 درصد) لیسانس و بیشتر بودند؛ اما در گروه گواه ۶ نفر (40 درصد) مدرک دیپلم و ۹ نفر (60 درصد) لیسانس و بیشتر داشتند. داده‌های مربوط به مؤلفه‌های شخصیت مرزی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ناامیدی	دیالکتیک	۶/۱۳	۱/۲۵	۲/۶۰	۰/۹۸	۳/۰۰
	ذهنی سازی	۶/۰۰	۱/۳۵	۴/۱۳	۱/۵۵	۴/۵۳
	گواه	۶/۲۶	۰/۸۸	۶/۷۳	۱/۰۳	۶/۴۶
تکانشگری	دیالکتیک	۵/۹۳	۱/۲۷	۲/۰۰	۱/۰۰	۲/۱۳
	ذهنی سازی	۶/۴۰	۱/۱۸	۲/۹۳	۱/۲۲	۳/۲۶
	گواه	۶/۰۸	۱/۲۲	۵/۵۳	۱/۰۶	۵/۶۰
علائم وابسته به استرس	دیالکتیک	۶/۴۶	۱/۸۸	۱/۶۶	۰/۷۲	۱/۸۰
	ذهنی سازی	۵/۶۶	۱/۴۹	۳/۷۳	۱/۵۳	۴/۰۶
	گواه	۶/۱۴	۱/۳۵	۵/۸۰	۱/۴۷	۶/۱۳

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی در مؤلفه‌های شخصیت مرزی کاهش داشته است. اما در گروه گواه نمرات در هر سه دوره تفاوت چندانی با هم ندارند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین و آزمون موچلی جهت کرویت برای رعایت پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. با توجه به اینکه سطح

معناداری در آزمون شاپیروویلک و لوین برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس- گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های شخصیت مرزی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
ناامیدی	تعامل مراحل با گروه	۶۹/۶۳۰	۲/۹۲۶	۲۳/۷۹۶	۲۰/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
تکانشگری	تعامل مراحل با گروه	۷۰/۸۷۴	۳/۴۱۸	۲۰/۷۳۷	۱۷/۵۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶
علائم وابسته به استرس	تعامل مراحل با گروه	۱۰۷/۵۸۵	۲/۹۸۲	۳۶/۰۸۲	۳۸/۹۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵۰

نتایج جدول (۴) نشان داد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای ناامیدی (۲۰/۰۱۲)، تکانشگری (۱۷/۵۹۷) و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس (۳۸/۹۵۳) است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه گروه در مؤلفه‌های شخصیت مرزی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
ناامیدی	دیالکتیک	ذهنی سازی	-۰/۹۷۸	۰/۰۳۳
	دیالکتیک	گواه	-۲/۵۷۸	۰/۰۰۱
	ذهنی سازی	گواه	-۱/۶۰۰	۰/۰۰۱
تکانشگری	دیالکتیک	ذهنی سازی	-۰/۸۴۴	۰/۰۲۵
	دیالکتیک	گواه	-۲/۳۳۳	۰/۰۰۱
	ذهنی سازی	گواه	-۱/۴۸۹	۰/۰۰۱
علائم وابسته به استرس	دیالکتیک	ذهنی سازی	-۱/۱۷۸	۰/۰۴۳
	دیالکتیک	گواه	-۲/۷۱۱	۰/۰۰۱
	ذهنی سازی	گواه	-۱/۵۳۳	۰/۰۰۵

بررسی نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان می‌دهد که بین گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مؤلفه‌های شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین بین گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی با گروه گواه تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۱$) و با توجه به تفاوت میانگین این برتری به نفع گروه‌های آزمایشی (رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی) است. به عبارتی هر دو درمان بر ک بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثر داشته‌اند، اما اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهنی سازی بیشتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثربخش بود. این یافته با نتایج آذفر، مکوند حسینی و صباحی (۱۳۹۸)، ریزوی^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، استافرز-وینترلینگ و همکاران (۲۰۲۲)، مک‌مین و همکاران (۲۰۲۲) و گیلسپی و همکاران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک با کاربرد مهارت‌های توجه‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، زمینه‌ی مناسبی را برای تغییر این افراد فراهم می‌سازد و در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی با تکیه بر بنیاد‌های مبتنی بر یادگیری رفتار، لزوم به کارگیری آموخته‌ها و تعمیم مهارت‌های خاص باعث جلوگیری از چرخه‌ی معیوب رفتاری این بیماران شده و از تجربه‌های هیجانی و آزارنده آن‌ها می‌کاهد و با تغییر رفتار این بیماران که حتی بدون ارتباط با میزان غیرانطباقی بودن آن‌ها تقویت شده، باعث می‌شود تا آنها مهارت‌های رفتاری جدیدی را برای خود برگزینند، تجرب هیجانی خود را بشناسند، تحمل ناکامی خود را افزایش دهند و آن را در محیط واقعی زندگی به اجرا در آورند (ریزوی و همکاران، ۲۰۱۶). از طرفی رفتاردرمانی دیالکتیک، با افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید با مهارت‌هایی که به طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش، اطمینان از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و همچنین افزایش توانمندی‌ها و انگیزش درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت‌ها و انگیزش خود درمانگر، مسیر جدیدی را در درمان اختلال شخصیت مرزی فراهم نموده است (وکیلی و همکاران، ۱۳۹۵). مسئله دیگر که نقش مهمی در اثربخشی این درمان در اختلال شخصیت مرزی دارد، آموزش تحمل پریشانی است که بیمار را جهت پذیرش و کنار آمدن با محیط و هیجانات دردناک، به صورت همزمان آماده می‌کند. درواقع، این تکنیک به درمانجو کمک می‌کند تا به انجام برخی از فعالیت‌ها (مثل، تلفن‌زدن به یک دوست صمیمی، یا حتی مرتب کردن اتاق)، مشارکت در برخی از کارها (مثل، کوک‌کردن به دیگری، غافلگیر کردن یک دوست از طریق خرید هدیه)، مقایسه خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند، ایجاد تعمدی هیجان‌های مثبت (مثل دیدن فیلم)، فرونشانی موقتی شرایط دردناک (مثل، کشیدن یک دیوار خیالی بین خود و مشکلات)، جایگزین کردن افکار و تقویت سایر حس‌ها (مثل، فشردن قطعه‌های یخ یا شنیدن موسیقی با صدای بلند) حواس برگردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد و در نتیجه این فعالیت‌ها به بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی می‌انجامد (صیادی، ۱۳۹۸).

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی در کاهش شدت علائم اختلال شخصیت مرزی اثربخش است. این نتیجه با یافته‌های عینی و همکاران (۱۳۹۷)، عینی و نریمانی (۱۳۹۸)، دروزک و همکاران (۲۰۲۲) و اسمیتس و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دلیل دلبستگی آشفته در دوران کودکی نوعی بی‌اعتمادی معرفتی ایجاد شده است که مانع از تعاملات اجتماعی سازنده می‌شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با به کاربردن نشانه‌های تظاهرآمیز باعث افزایش اعتماد معرفتی در این افراد می‌شود. بازخوانی اعتماد معرفتی از طریق ذهنی‌سازی بهبودیافته در طی درمان به فرد اجازه می‌دهد تا مسائل را بهتر درک کند و ذهنش را برای فهمیدن احساساتش بگشاید. فرد با غلبه بر بی‌اعتمادی معرفتی اطلاعات مثبت اجتماعی که قبلاً رد شده بودند را تثبیت می‌کند و قادر می‌شود باورهایش را تغییر دهد (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). از سوی دیگر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یک موضع نداشتن ارائه می‌دهد که پایه‌ای برای کاوش دیدگاه فرد می‌باشد با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر تجربه بیمار را در این مورد که او تنها نیست افزایش می‌دهد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویابودن مفید باشد، بنابراین می‌تواند باعث کاهش بیگانگی در فرد و بهبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی شود (عینی و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، با شفاف‌سازی مشکلات، ذهنی‌سازی جزئیات مشکل، ذهنی‌سازی رابطه و فرایندهای بین‌فردی در گروه درمان باعث تسهیل اعتماد شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده که آن نیز به نوبه خود باعث تغییر در عملکرد ذهن افراد مبتلا به این اختلال

می‌شود؛ این تغییر باعث بهبود عملکرد فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در موقعیت‌های بین‌فردی و استرس‌زا می‌شود (عینی و نریمانی، ۱۳۹۸).

نتایج پژوهش حاضر در خصوص مقایسه اثربخشی این دو شیوه درمانی بر روی نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حاکی از اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بود. در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که به بررسی مقایسه‌ای این دو رویکرد درمانی پرداخته باشد، یافت نشد. اما در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیک نه مانند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی صرفاً بر پذیرش متمرکز است و نه مانند شیوه‌های شناختی-رفتاری تجویزکننده تغییر صرف است، بلکه پذیرش و تغییر را به صورت همزمان موردتوجه قرار می‌دهد. از سوی دیگر تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی از جمله خودکشی، کاهش رفتارهای مغل‌درمان، کاهش رفتارهای مغل کیفیت زندگی، افزایش مهارت‌های رفتاری (مانند آموزش مهارت‌های بین‌فردی، مهارت‌های تحمل‌پریشانی (رنج)، مهارت‌های تنظیم هیجان و مهارت‌های ذهن‌آگاهی)، کاهش فشار روانی پس از سانحه و افزایش احترام به خویش (شامل پرورش جنبه‌های گوناگون مثبت خود، احترام به خود، اعتماد به خود و آرام کردن یا تسکین خود) می‌تواند تبیین‌کننده اثربخشی بیشتر این رویکرد درمانی نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روی نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدودیت جغرافیایی (شهر ارومیه)، کوتاه‌مدت بودن مرحله پیگیری و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با جامعه آماری دیگر و همچنین به شیوه نمونه‌گیری تصادفی و با مرحله پیگیری بلندمدت اجرا شود تا روایی بیرونی پژوهش ارتقاء یابد. در بخش پیشنهاد کاربردی با توجه اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمانگران و مشاوران از این درمان، جهت بهبود علائم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده کنند.

منابع

- آذرفر، ف؛ مکوند حسینی، ش؛ صباحی، پ. (۱۳۹۸). بررسی تأثیردرگیری خانواده در اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) کوتاه مدت بر بهبود نوجوانان دختر دارای علایم اختلال شخصیت مرزی. *خانواده پژوهی*. ۱۱۵(۱): ۱۲۵-۱۰۵. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97708.html
- امینی، آ؛ شریعتمدار، آ. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر فاجعه سازی و نشخوار فکری در مادران کودکان کم توان ذهنی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*. ۹(۳۴): ۱۹۰-۱۷۱. https://qccpc.atu.ac.ir/article_8643.html
- عینی، س؛ نریمانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*. ۷(۳): ۱۲-۱. <http://shfayekhataam.ir/article-1-1946-fa.html>
- صیادی، م. (۱۳۹۸). رفتار درمانی دیالکتیکی و اختلال شخصیت مرزی: مطالعه مروری. *رویش روان‌شناسی*. ۸(۱۱): ۱۲۶-۱۱۹
- عینی، س؛ نریمانی، م؛ عطادخت، ا؛ بشرپور، س؛ صادقی موحد، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *پایش*. ۱۷(۳): ۲۸۷-۲۷۵. <http://payeshjournal.ir/article-1-46-fa.html>
- قنبری، ف؛ نظیری، ق؛ امیدوار، ب. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش‌فعالی (ADHD). *روشها و مدل‌های روانشناختی*. ۱۱(۴۰): ۱۷۲-۱۵۱. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4398.html
- محمدزاده، ع؛ گودرزی، م؛ تقوی، م؛ ملازاده ج. (۱۳۸۴). بررسی ساختارعاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*. ۷(۲۸): ۷۵-۸۹. https://jfmh.mums.ac.ir/article_1842.html
- وکیلی، ج؛ کیمیایی، س؛ صالحی فردی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی زندانیان. *روان‌شناسی بالینی*. ۸(۳): ۱۰۶-۹۷. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2248.html
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5)*. Washington, DC: American psychiatric association. <https://a.co/d/6RjQwfy>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203(3), 221-227. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121129>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398(10310), 1528-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Byrne, G., & Egan, J. (2018). A review of the effectiveness and mechanisms of change for three psychological interventions for borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0652-y>

- Choi-Kain, L. W. (2022). The Expanding Scope of Mentalization-Based Treatments. *American Journal of Psychotherapy*, 75(1), 2-3. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20220012>.
- Dhaliwal, K., Danzig, A., & Fineberg, S. K. (2020). Improving research practice for studying borderline personality disorder: lessons from the clinic. *Chronic Stress*, 4, 2470547020912504. <https://doi.org/10.1177/2470547020912504>.
- Drozek, R. P., & Unruh, B. T. (2022). Mentalization-based treatment for a physician with borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 75(1), 51-54. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210019>.
- Fitzpatrick, S., Bailey, K., & Rizvi, S. L. (2020). Changes in emotions over the course of dialectical behavior therapy and the moderating role of depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder. *Behavior therapy*, 51(6), 946-957. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.009>.
- Gillespie, C., Murphy, M., & Joyce, M. (2022). Dialectical Behavior Therapy for Individuals With Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Outcomes After One Year of Follow-Up. *Journal of Personality Disorders*, 36(4), 431-454. [doi: 10.1521/pedi.2022.36.4.431](https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.4.431).
- Haft, S. L., O'Grady, S. M., Shaller, E. A., & Liu, N. H. (2022). Cultural adaptations of dialectical behavior therapy: A systematic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [doi: 10.1037/ccp0000730](https://doi.org/10.1037/ccp0000730).
- Hayden, M. C., Müllauer, P. K., Gaugeler, R., Senft, B., & Andreas, S. (2018). Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2276-2286. <https://doi.org/10.1002/jclp.22673>.
- Kuehn, K. S., King, K. M., Linehan, M. M., & Harned, M. S. (2020). Modeling the suicidal behavior cycle: Understanding repeated suicide attempts among individuals with borderline personality disorder and a history of attempting suicide. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(6), 570. <https://doi.org/10.1037/ccp0000496>.
- McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Dixon-Gordon, K. L., Guimond, T. H., Labrish, C., ... & Streiner, D. L. (2022). The effectiveness of 6 versus 12 months of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a noninferiority randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1-16. <https://doi.org/10.1159/000525102>.
- Mehlum, L., Schmahl, C., Berens, A., Doering, S., Hutsebaut, J., Kaera, A., ... & di Giacomo, E. (2020). Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of current practice and challenges. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00131-9>.
- Neukel, C., Bullenkamp, R., Moessner, M., Spiess, K., Schmahl, C., Bertsch, K., & Herpertz, S. C. (2022). Anger instability and aggression in Borderline Personality Disorder—an ecological momentary assessment study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 1-6. DOI: [10.1186/s40479-022-00199-5](https://doi.org/10.1186/s40479-022-00199-5).
- Pennell, L., Quesada, J. L., & Dematteis, M. (2018). Neuroticism and anxious attachment as potential vulnerability factors of repeat suicide attempts. *Psychiatry research*, 264, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.064>.
- Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Personality and Individual Differences*, 31(3), 409-419. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00146-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00146-X).
- Ripoll, L. H. (2022). Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/ripoll>.
- Rizvi, S. L., Hughes, C. D., & Thomas, M. C. (2016). The DBT Coach mobile application as an adjunct to treatment for suicidal and self-injuring individuals with borderline personality disorder: A preliminary evaluation and challenges to client utilization. *Psychological services*, 13(4), 380. DOI: [10.1037/ser0000100](https://doi.org/10.1037/ser0000100).
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F. W., Sørensen, P., & Dimaggio, G. (2022). Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(3), 163-171. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001432>.
- Smits, M. L., Luyten, P., Feenstra, D. J., Bales, D. L., Kamphuis, J. H., Dekker, J. J., ... & Busschbach, J. J. (2022). Trauma and outcomes of mentalization-based therapy for individuals with borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 75(1), 12-20. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210027>.
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Jørgensen, M. S., ... & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1-15. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>.
- Warner, N., & Murphy, M. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training for individuals with substance use disorder: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 41(2), 501-516. <https://doi.org/10.1111/dar.13362>.