

Effectiveness of Emotion Regulation Techniques of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation Strategies in Women with Borderline Personality Disorder and Substance Abuse Disorder: Multiple Baseline Design

Mohammad Ehsan Taghizadeh, Tahereh Ghorbani, Majid Saffarinia

اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد: طرح خط پایه چندگانه

محمد احسان تقی زاده^۱، طاهره قربانی^۲، مجید صفاری نیا^۳

پذیرش نهایی: ۹۵/۳/۳۰

پذیرش اولیه: ۹۴/۹/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲۱

Abstract

Comorbidity between Borderline personality disorder and substance abuse disorder is very high. The present study examined the effectiveness of dialectical behavior therapy on negative emotion regulation strategies in women with borderline personality disorder and substance abuse. Based on the willingness to participate in the research, structured clinical interview and the criteria for inclusion, of female patients with borderline personality disorders and substance abuse 4 people were purposefully selected. These four participants underwent emotion regulation techniques of dialectical behavior therapy for 12 sessions. In order to measure negative emotion regulation strategies, Garmesfky cognitive emotion regulation questionnaire was used. To analyze the collected data, visual analysis of charts and trend indicators, stable, percentage of non-overlapping data and percentage of overlapping data was used. Emotion regulation techniques of Dialectical behavior therapy reduced the scores of negative emotion regulation strategies in women with borderline personality disorders and substance abuse. A review of the effectiveness charts and the amount of effect represented a significant reduction in the use of negative emotion regulation strategies (including self-blame, rumination, blaming others and catastrophizing) in participants. Dialectical behavior therapy is useful in the reduction of the use of emotion regulation strategies (including self-blame, rumination, blaming others an catastrophizing). It seemed these techniques can be useful in the treatment of women with comorbidity borderline personality disorders and substance abuse.

Keywords: Bordline personality disorder, Dialectical behavior therapy, Substance abuse, Emotion regulation strategies.

چکیده

همبودی اختلال شخصیت مرزی با اختلال سوء مصرف مواد بالا است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد انجام شد. بر اساس میزان تمایل به شرکت در پژوهش، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و ملاک‌های ورود، از میان بیماران زن مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد، چهار نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند. هر چهار شرکت کننده در دوازده جلسه با تکنیک‌های تنظیم هیجانی از رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک تحت درمان قرار گرفتند. به منظور سنجش راهبردهای تنظیم هیجان منفی از پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجانی گارمنسکی استفاده شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها و شاخص روند، ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش و درصد داده‌های همپوش استفاده شد. رفتاردرمانی دیالکتیک نمرات را در راهبردهای منفی تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد کاهش داد. بازبینی نمودارهای اثربخشی و اندازه اثر بیانگر کاهش معنادار راهبردهای تنظیم هیجانی منفی (شامل ملامت خویشستن، نشخوارفکری، ملامت دیگران و فاجعه انگاری) در شرکت کنندگان بود. تکنیک‌های تنظیم هیجانی در کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی (شامل ملامت خویشستن، نشخوارگری، ملامت دیگران و فاجعه انگاری) موثر است و می‌تواند برای درمان زنان با همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، رفتاردرمانی دیالکتیک، سوء مصرف مواد، راهبردهای تنظیم هیجانی.

۱. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول) مربی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. Ghorbani.psy@gmail.com

۳. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.



مقدمه

عوامل مهم و موثر در سوء مصرف کنندگان مواد و افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی واکنش‌پذیری است. واکنش‌پذیری بالا منجر به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی شده و در نتیجه مصرف مواد مخدر را افزایش می‌دهد. افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های خود را کنترل نمایند، احتمالاً در معرض خطر بالاتری برای سوء مصرف مواد هستند (ونیکو^{۱۶}، کیریسکی^{۱۷}، ماس^{۱۸}، تارتر^{۱۹}، ری نولد^{۲۰} و ماهر^{۲۱}، ۲۰۰۹).

یکی از مهم‌ترین مدل‌های آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی، مدل روانی - اجتماعی لینهان^{۲۲} (۱۹۹۳) است که بیان می‌کند، اختلال شخصیت مرزی حاصل تعامل عوامل زیستی مرتبط با بدتنظیمی هیجانی و محیط اجتماعی نامعتبرساز است. بر طبق این مدل، اختلال شخصیت مرزی بر اثر کمبود روابط نزدیک با مراقبان در کودکی یا پاسخگو نبودن آنها به وجود می‌آید که به دنبال آن توانایی فرد در تنظیم موثر هیجان‌ها تخریب می‌شود. در اختلال شخصیت مرزی، مشکلات تنظیم هیجان یک ساختار چند وجهی است و به شکل فقدان آگاهی یا پذیرش هیجانی، به‌علاوه شکست در دسترسی و یا استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان نشان داده می‌شود (لینهان، ۱۹۹۳؛ به نقل از کو^{۲۳}، کوری^{۲۴}، متکاف^{۲۵} و فیتزپاتریک^{۲۶}، ۲۰۱۵)؛ به عبارت دیگر، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از لحاظ زیست‌شناختی آسیب‌پذیری دارند و در محیط‌هایی که به‌طور مکرر تجارب درونی فرد و رفتارهای او را نامعتبر می‌سازند، پرورش یافته‌اند. آسیب‌پذیری هیجانی به همراه پرورش در محیط نامعتبرساز باعث می‌شود فرد با نقایصی در توانایی، انگیزش و تنظیم

اختلال شخصیت مرزی که غالباً پس از دوره نوجوانی شروع می‌شود دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و تنظیم هیجانی است. زمینه‌های بروز این اختلال متفاوت است و با ویژگی‌هایی چون آشفتگی در حالت‌های هیجانی، اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان و سوء مصرف مواد همراه است (دیجک^۱، لاین اسکار^۲، کان^۳، ورکس^۴ و بوتیلار^۵، ۲۰۱۲). شیوع این اختلال یک تا دو درصد است و تقریباً در زنان شیوع بالاتری نسبت به مردان دارد. اصلی‌ترین معیار تشخیص اختلال شخصیت مرزی بی‌ثباتی هیجانی است که منجر به خشم نامناسب، احساسات مزمن پوچی و سرعت بالای نوسان خلقی و پاسخدهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی می‌شود. این بی‌ثباتی هیجانی سبب می‌شود تا بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در اغلب مواقع به لحاظ هیجانی برانگیخته باشد. نتیجه این برانگیختگی بالا، بی‌ثباتی رفتاری، کنترل ضعیف بر هیجان، برانگیختگی شدید فیزیولوژیکی و اختلال در روابط بین فردی است (علیلو و شریفی، ۱۳۹۰).

علاوه بر این، اختلال شخصیت مرزی با بسیاری از اختلالات محور یک مثل افسردگی (بونس^۶ و کوکارو^۷، ۱۹۹۹)، اضطراب (نیربرگ^۸، سابل^۹ و سابل، ۱۹۸۹) و اختلالات خوردن (واندرلیش^{۱۰}، اسویف^{۱۱}، اسلامیک^{۱۲} و گودمن^{۱۳}، ۱۹۹۰) ارتباط دارد. پژوهش‌های پیشین همبودی بین اختلال شخصیت مرزی و وابستگی به مواد را حدود ۵۴٪ گزارش کرده‌اند (ترول و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از برونالوا^{۱۴} و داترز^{۱۵}، ۲۰۰۷). همچنین، یکی از

15. Daughters
16. Vanyukov
17. Kirisci
18. Moss
19. Tarter
20. Reynolds
21. Maher
22. Linhan
23. Kuo
24. Khoury
25. Metcalf
26. Fitzpatrick

1. Dijk
2. Lappenschaar
3. Kan
4. Verkes
5. Buitelaar
6. Bunce
7. Coccaro
8. Nirenberg
9. Sobell
10. Wonderlich
11. Swift
12. Slomik
13. Goodman
14. Bornovalova



هیجان‌ها و مشکلات زندگی خود مواجه شود (هایز^۱ و فولت^۲، ۲۰۰۱). ناتوانی در تنظیم هیجانی در این افراد احتمالاً زمینه‌ساز گرایش به سوء مصرف مواد است. انگیزه مصرف مواد در این گروه از افراد بیشتر تنظیم هیجان‌های منفی مانند افسردگی، خشم و اضطراب است (برناوالا و همکاران، ۲۰۰۷). رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک براساس این مدل شکل گرفته است و ابتدا برای زنان خودکشی‌گرا استفاده می‌شد؛ اما به تدریج این رویکرد برای سایر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز به کار گرفته شد.

یکی از علل شکست خوردن در ترک اعتیاد افراد با اختلال شخصیت مرزی نداشتن شیوه‌های مناسب برای تنظیم هیجانی است، بنابراین با آموزش این مهارت‌ها در بیمارانی که همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد دارند می‌توان میزان شکست درمانی را کاهش داد. تا کنون رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک به صورت گروهی انجام شده است، اما به نظر می‌رسد می‌توان از تکنیک‌های تنظیم هیجانی این رویکرد به صورت درمان انفرادی نیز استفاده کرد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت تنظیم هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان منفی زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد در قالب طرح خط پایه چندگانه انجام شد.

روش

این پژوهش در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی^۳ از نوع طرح خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی^۴ انجام شده است. برای انتخاب نمونه‌ی این پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این ترتیب که بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس DSM-IV، از بین مراجعه‌کنندگان به یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر نجف آباد، چهار زن دارای همبودی اختلالات

شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مت‌آفتمین‌ها به صورت در دسترس انتخاب شدند. به منظور کنترل آثار جمعیت‌شناسی، شرکت‌کننده‌ها از لحاظ سن (۲۸ تا ۳۵)، میزان تحصیلات (حداقل دیپلم) و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی هم‌تا سازی شدند. در انتخاب شرکت‌کننده‌ها علاوه بر تشخیص روانپزشک از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته استفاده شد. شرکت‌کننده‌ها طی دوازده جلسه (۶۰ دقیقه‌ای) تحت درمان قرار گرفتند و در هر جلسه تمریناتی به عنوان تکلیف خانگی به افراد آموزش داده شد. پس از اتمام جلسات درمان سه بار، یک، سه و شش ماه پس از درمان مورد پیگیری قرار گرفتند. برخی از تکنیک‌هایی که در جلسات استفاده شدند در جدول ۱ ارائه شده است.

شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده اول: زن ۳۴ ساله و متأهل است که از ۲۰ سالگی به هروئین وابسته شده است و در حال حاضر ۳ سال است که شیشه مصرف می‌کند. ایشان همزمان با اختلال وابستگی به مواد، تشخیص اختلال شخصیت مرزی نیز دریافت کردند. سابقه ۷ بار ترک داشته‌اند که بیشترین مدت ۶ هفته بوده است.

شرکت‌کننده دوم: زن ۲۹ ساله و متأهل است که از سن ۱۷ سالگی به مصرف هروئین وابسته شده است و شش ماه است که شیشه مصرف می‌کند. ایشان همزمان با اختلال وابستگی به مواد، تشخیص اختلال شخصیت مرزی نیز دریافت کردند. سابقه ۱۰ بار ترک داشته‌اند که بیشترین مدت آن ۲ هفته بوده است.

شرکت‌کننده سوم: زن ۳۱ ساله و متأهل است که از سن ۱۶ سالگی به مصرف هروئین وابسته شده است و یک سال است که شیشه مصرف می‌کند. او همزمان با اختلال وابستگی به مواد، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز هست. سابقه ۶ بار ترک داشته که بیشترین آن ۴ ماه بوده است.

شرکت‌کننده چهارم: زن ۲۸ ساله و متأهل است که از سن ۱۸ سالگی به مصرف هروئین وابسته شده است و یک سال است که شیشه مصرف

1. Hayse

2. Follete

3. Single subject



جدول ۱. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک بر گرفته از کتاب تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟ شروع مراحل خودآگاهی
جلسه دوم	آموزش مهارت‌های شناخت خود
جلسه سوم	آموزش مهارت‌های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)
جلسه چهارم	نام گذاری هیجان‌ها، شناخت اسطوره‌ها (بحث در مورد تفاسیری که فرد در مورد هیجان‌اتش دارد)
جلسه پنجم	توجه به نقش ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجان‌اتش، مشاهده و توصیف هیجان‌ات (خود مشاهده‌گری)
جلسه ششم	نقش خودگویی‌های مثبت و مهارت‌های حل مسأله در مهار هیجان‌ها
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های کاهش آسیب (برنامه‌ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب، کاهش مصرف مواد و پر کردن اوقات فراغت)
جلسه هشتم	آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی
جلسه نهم	مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرست فعالیت‌های لذتبخش
جلسه دهم	آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوه مناسب در برابر هیجان‌های منفی (خشم، ترس، افسردگی، استرس و احساس گناه)
جلسه یازدهم	کاربرد مهارت‌های حل مسأله و عمل مخالف برای هیجان‌های منفی
جلسه دوازدهم	مرور جلسات و تمرینات داده شده

به‌دست آمد (حسنی، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۳ نمودارها و شاخص روند^۴، ثبات^۵، درصد داده‌های غیر همپوش^۶ (PND) و درصد داده‌های همپوش^۷ (POD) استفاده شده است. نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۲ آمده است. با توجه به تعداد زیاد راهبردهای تنظیم هیجان تنها داده‌های مربوط به راهبردهای تنظیم هیجان منفی مورد توجه قرار گرفت.

نتایج شکل ۱ نشان می‌دهد که نمرات تنظیم هیجان منفی با ادامه روند درمان کاهش چشم‌گیری در هر چهار شرکت کننده نشان داده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات از ۷۷ در خط پایه به ۵۱/۶ در مداخله رسیده است، که نشان دهنده‌ی بهبود عملکرد در این شرکت کننده است. هم‌چنین شاخص درصد داده‌های غیر همپوش نشان می‌دهد که مداخله با ۱۰۰٪ اطمینان موثر بوده است. درباره‌ی شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۲ پس از آغاز

می‌کند. او همزمان با اختلال وابستگی به مواد، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز هست. سابقه ۱۴ بار ترک داشته که بیشترین آن ۶ ماه بوده است.

ابزار

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی^۱: این پرسشنامه برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی تدوین شده است و دارای ۹ مولفه است، مولفه‌های مثبت شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، بازاریابی مثبت، دیدگاه‌گیری و مولفه‌های منفی شامل ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران است (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۲؛ ۲۰۰۱ به نقل از حسنی، ۱۳۸۹). این پرسشنامه برای گروه‌های بهنجار و بالینی از سن ۱۲ سال به بالا قابل اجرا است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی در ایران ۰/۹۲

۳. Visual analysis

۴. Trending

۵. Stability

۶. Percentage of Non-Overlapping Data

۷. Percentage of Overlapping Data

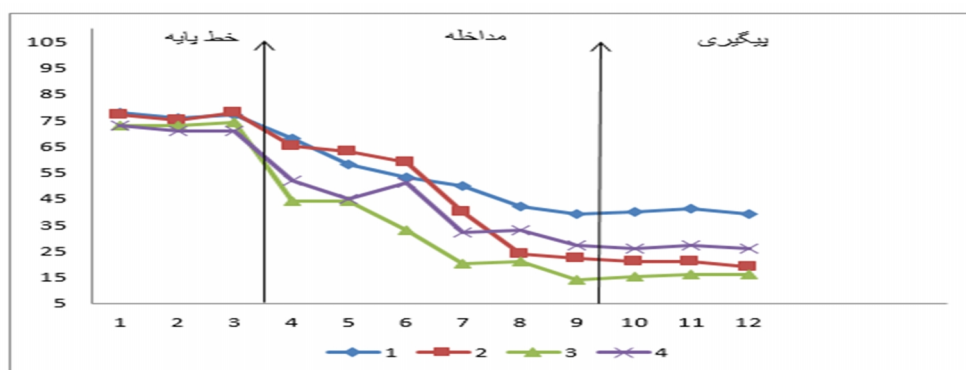
۱. Garneflesky emotional regulation questionnaire

۲. Garneflesky, Krieg and Spinhawen

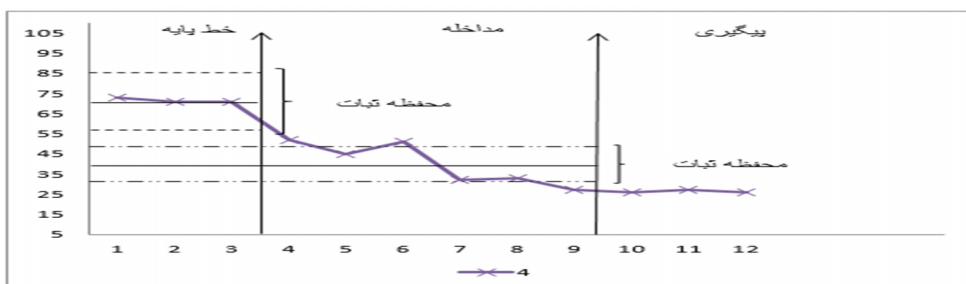


جدول ۲. نمرات عملکرد راهبردهای تنظیم هیجان منفی در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی	خط پایه			مداخله				پیگیری				
	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۴	جلسه ۵	جلسه ۶	جلسه ۷	جلسه ۸	جلسه ۹	جلسه ۱۰	جلسه ۱۱	جلسه ۱۲
۱	۷۸	۷۶	۷۷	۵۰	۴۲	۵۳	۵۸	۶۸	۶۸	۷۷	۷۸	۷۸
۲	۷۷	۷۵	۷۸	۴۰	۲۴	۵۹	۶۲	۶۵	۶۵	۷۸	۷۷	۷۷
۳	۷۳	۷۳	۷۴	۲۰	۲۱	۳۳	۴۴	۴۴	۴۴	۷۴	۷۳	۷۳
۴	۷۳	۷۱	۷۱	۳۲	۳۳	۵۱	۴۵	۵۲	۵۲	۷۱	۷۱	۷۳



شکل ۱. نمودار نمرات تنظیم هیجان در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری



شکل ۲. ترسیم خط میانه و محفظه‌ی ثابت برای شرکت‌کننده شماره‌ی ۴ در موقعیت خط پایه و مداخله

میانگین نمرات از ۷۱/۶ در خط پایه به ۴۰ در مداخله رسیده است. درصد همپوشی داده‌ها ۰ بود. یعنی طبق شاخص درصد داده‌های غیر همپوش درمان با ۱۰۰٪ اطمینان اثربخش بوده است. در شکل‌های ۲ و ۳ تغییرات نمره‌های شرکت‌کننده چهارم در مراحل پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

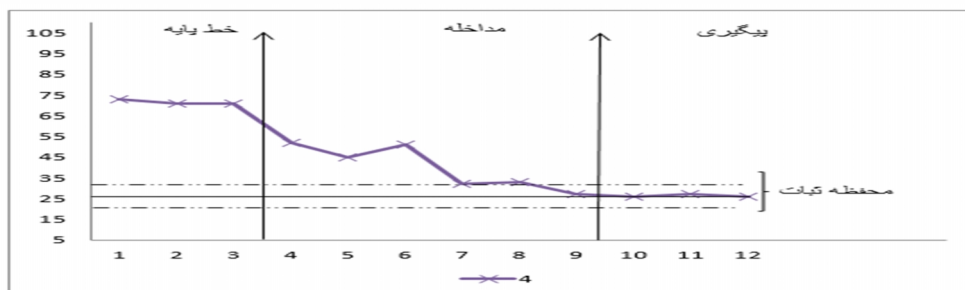
پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان منفی زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد پرداخته است. همان‌طور که در بخش یافته‌های این پژوهش مشاهده شد، آموزش مهارت

مداخله در سطح نمرات تغییراتی ایجاد شده است (طبق شاخص تغییر سطح) و به‌طور کلی میانگین نمرات از ۷۶/۶ در خط پایه به ۴۵/۵ در مداخله رسیده است. در شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳ نیز در خط پایه روندی ثابت در داده‌ها دیده می‌شود. در این شرکت‌کننده نیز با ادامه مداخله تغییری در سطح نمرات رخ داده است. میانگین نمرات در این آزمودنی از ۷۳/۳ در موقعیت خط پایه به ۲۹/۳ در موقعیت مداخله رسیده است که تغییری قابل قبول است. همچنین طبق شاخص درصد داده‌های غیر همپوش با ۱۰۰٪ اطمینان می‌توان گفت که مداخله مؤثر بوده است. در مورد شرکت‌کننده شماره‌ی ۴ نمرات خط پایه نشان می‌دهد که پس از آغاز مداخله در سطح نمرات تغییراتی ایجاد شده است (طبق شاخص تغییر سطح) و به‌طور کلی



جدول ۳. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کننده شماره ۱

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی	
B	مقایسه‌ی موقعیت	B	A
A			
	تغییرات روند	۶	۳
نزولی	تغییر جهت		
به نزولی			
منفی	اثر وابسته به هدف	۵۱/۵	۷۷
با ثبات	تغییر ثبات	۵۱/۶	۷۷
به با ثبات			
	تغییر در سطح	۶۸-۳۹	۷۸-۷۶
۴۲	تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات
به ۷۸			
۶۸	تغییر مطلق		
به ۷۷			
۵۱/۵	تغییر میانه	۴۲-۵۸	۷۶-۷۸
۷۷			
۵۱/۶	تغییر میانگین	۶۸-۳۹	۷۸-۷۷
به ۷۷			
	همپوشی داده‌ها		
۱۰۰٪	PND	نزولی	نزولی
٪۰	POD	با ثبات	با ثبات
		خیر	خیر



شکل ۳. ترسیم خط میانه و محدوده‌ی ثبات برای شرکت کننده شماره ۴ در موقعیت پیگیری

کانر^۵ (۲۰۱۱) همسو است. همچنین نیکسو^۶، ریزوی^۷ و لینهان (۲۰۱۰) بیان کردند که بهترین نوع مداخله در درمان اختلال شخصیت مرزی، رفتاردرمانی دیالکتیک است.

رفتاردرمانی دیالکتیک بر این فرض استوار است که کل رفتار (شامل افکار و احساسات) آموخته می‌شود و این که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به گونه‌ای رفتار می‌کنند که رفتار آنها را

تنظیم هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی که بر روی چهار شرکت کننده مبتلا به همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد در چارچوب یک طرح تجربی تک آزمودنی به مرحله اجرا در آمد در هر چهار شرکت کننده بهبودی در متغیر راهبردهای تنظیم هیجان منفی ایجاد کرد که این یافته‌ها با یافته‌های لینهان، مک داوید^۱، براون^۲، سایرس^۳ و گالوپ^۴ (۲۰۰۸) و پاسیزنی و

۵. Pasiency & Conner

۶. Neacsu

۷. Rizvi

۱. McDavid

۲. Brown

۳. Sayrs

۴. Gallop



مواد در زنان کم کند. در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود این مساله بررسی شود که آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجانی می‌تواند موجب کاهش نرخ عود مصرف مواد مخدر و محرک در افراد با اختلال شخصیت مرزی شود یا خیر. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد نمونه کم و نداشتن گروه کنترل اشاره کرد.

منابع

- Bornovalova, M. A., Daughters, S. B. (2007). How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders?. *Clinical Psychology Review*, 27, 923-949.
- Bunce, S. C., & Coccaro, E. (1999). Factors differentiating personality-disordered individuals with and without a history of unipolar mood disorder. *Depression and Anxiety*, 10, 147-157.
- Dijk, F. E., Lappenschaar, M., Kan, C. C., Verkes, R. J., & Buitelaar, J. K. (2012). Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 39-47.
- Hasani, J. (2010). The psychometric properties of the cognitive emotional regulation questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 2 (3), 73-84. [Persian]
- Hayse, s., Follete, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Acceptances and Mindfulness*. New York: Guilford Press.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalf, R., & Fitzpatrick, S. (2015). Examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147-155.
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayers, J. H. R., & Gallop, R. J. (2008). Olanzapin Plus Dialectical Behavior Therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: A double-blind placebo-controlled Pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 999-1005.
- Alilou, M & Sharifi, M. A. (2011). *Dialectic behavior therapy for borderline personality disorder*. Tehran: Tehran University. [persian].
- Neacsu, A. D., Rizvi, S.H. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 832-839.
- Nirenberg, T. D., Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1989). Effective and inexpensive procedures for decreasing client attrition in an outpatient alcohol treatment program. *American Journal of Drug and*

بدون ارتباط با میزان غیرانطباقی بودن آن، تقویت کرده و یا حتی پاداش می‌دهد. لینهان این نظریه را بر این اساس بنیان گذاشت که بیماران مبتلا به شخصیت مرزی در شناخت تجارب هیجانی خود ناتوان هستند و تحمل طرد و ناکامی را ندارند. ناتوانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در ادغام نتایج منفی و مثبت زندگی چون تجارب هیجانی، روابط بین فردی باعث می‌شود که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با هیجان‌های ناموزون مواجه گردند، تجربه هیجان‌های ناموزون هم می‌تواند به خشم، تکانشوری، سوء مصرف مواد و اختلال کارکرد در آنها منجر شود. ناتوانی در کنترل هیجان‌ها که خود می‌تواند به دلیل ناتوانی در شناسایی آنها به وجود آید باعث رفتارهای تکانه‌ای، نوسانات خلقی، نیاز شدید به کنترل و دیگر علائم اختلال شخصیت مرزی می‌گردد. وجود افکار مزاحم زیاد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی منجر به استفاده از بازداری طولانی مدت یا شدید در آنها شده و این مکانیسم می‌تواند از سازمان‌دهی مجدد شخصیت و ثبات جلوگیری نماید (سویسواردا^۱، ارنتز^۲، مرتنز^۳ و ورتومنز^۴، ۲۰۰۷)؛ بنابراین آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان با افزایش توانایی و قدرت تحمل ناکامی، افزایش مهارت‌های رفتاری و خودآگاهی و تنظیم هیجان روی زنان با همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد موثر است.

تکنیک‌های تنظیم هیجانی مهم‌ترین تکنیک رفتار درمانی دیالکتیک است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش این تکنیک‌ها در قالب درمان انفرادی هم می‌تواند اثرگذار باشد. گروه مخاطب این پژوهش زنان بودند. در حال حاضر فراوانی سوء مصرف مواد در زنان ایران بیشتر از مردان شده است. استفاده از این روش‌ها و پیاده‌سازی این تکنیک‌ها در قالب درمان‌های آموزشی پیشگیرانه برای دانش‌آموزان و دانشجویان دختر ممکن است از احتمال ابتلا به سوء مصرف

1. Sieswerda

2. Arntz

3. Mertens

4. Vertommens



Alcohol Abuse, 7, 73–82.

Pasienny, N., & Conner, J. (2011). The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Routine public mental health setting, An Australian Controlled Trial, *Behaviour Research and Therapy*, 49, 4-10.

Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I., & Vertommens, S. (2007). Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1011-1024.

Vanyukov, M., Kirisci, L., Moss, L., Tarter, R., Reynolds, M., Maher, B., et al. (2009). Measurement of the risk substance use disorders. Phenotypic and genetic analysis of an index of common liability. *Behavior Genetics*, 39, 233-244.

Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slomik, H. B., & Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607–616.