Journal of Research in Psychological Health

September 2019, Volume 13, Issue 2

Effectivnees of a Short-term Dialectic Behavior Therapy on Quality of Lif of Girl Adolescents with Borderline Personality Disorder Symptoms

Fatemeh Azarfar [1],Shahrokh Makvand Hosseini 2, Parviz Sabahi 3

1. (Corresponding author): Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran*

3- Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

This article is extracted from PhD dissertation of the first author.

Citation: Azarfar F, Makvand Hosseini Sh, Sabahi P. Effectivnees of a Short-term Group Dialectic Behavior Therapy on Quality of Lif of Girl Adolescents with Borderline Personality Disorder Symptoms, Journal of Research in Psychological Health, 2019.

Key words: quality of life, dialectical behavior therapy, borderline personality disorder, adolescent girls, family

Highlights

- Short-term group dialectic behavior therapy has shown significant difference in the quality of life of adolescent girls with borderline personality disorder In physical function, role limitation / emotional, energy / fatigue, emotional well-being, social function, pain, general health
- At 4 months fallow up Physical function, social function, physical health index and total quality of life index remained significant.

Abstract

The purpose of this study was Investigating the Effectiveness of short term Dialectical Behavior Group Therapy Quality of life of adolescent girls with symptoms of borderline personality disorder

In a quasi-experimental design, after screening, 54 persons volunteered to participate in the study. They were divided into two equal groups according to the score level by simple random method.

experimental group received dialectical behavior therapy in a group-intensive manner(During two hour sessions, 2 times a week) while The control group did not receive any treatment. Participants completed the QOL(sf-36)questionnaire in three stages of pre-test, post-test and follow-up. Data were analyzed using multivariate analysis of variance Results showed a significant difference between the two groups in the post-test for the components disorder In physical function, role limitation / emotional, energy / fatigue, emotional well-being, social function, pain, general health and total score of quality of life. At 4 months fallow up Physical function, social function, physical health index and total quality of life index remained significant.

Conclusion:

Intensive dialectic behavior therapy has a relative effect on adolescent girls' quality of life with borderline personality disorder syndrome, And given the relative stability of the results, it is suggested that longer treatments be used

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک کوتاه مدت بر کیفیت زندگی دختران نوجوان با علایم اختلال شخصیت مرزی

فاطمه آذرفر[۱]، شاهرخ مکوند حسینی [۲]، پرویز صباحی۳

۱ گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی وعلوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲ (نویسنده مسئول): گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی وعلوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان ایران shmakvand@semnan.ac.ir

۳ گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی وعلوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان

*این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

واژگان کلیدی

کیفیت زندگی، رفتار درمانی دیالکتیکی، دختران نوجوان، اختلال شخصیت مرزی، خانواده

یافته‌های اصلی

- رفتار درمانی دیالکتیک کوتاه مدت گروهی، در کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای اختلال شخصیت مرزی، در پس آزمون تفاوت معناداری در عملکرد جسمی، محدودیت نقش/هیجانی، انرژی /خستگی، بهزیستی هیجانی، عملکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی نشان داد.
- در پیگیری ۴ ماهه عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، شاخص سلامت جسمی و شاخص کل کیفیت زندگی معنادار باقی ماند.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی اجرای گروهی فنون رفتار درمانی دیالکتیکی(DBT) به صورت کوتاه مدت بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای علایم اختلال شخصیت مرزی بود. در یک طرح نیمه آزمایشی پس از غربالگری ، از میان افراد حائز شرایط ۵۴ نفر داوطلب شرکت در پژوهش شدند که بر ا ساس سطح نمره به روش تصادفی ساده به دو گروه مساوی تقسیم شدند، گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیکی را به شیوه گروهی فشرده(طی ۱۲ جلسه دو ساعته، هفته ای ۳ بار) دریافت کرد، در حالیکه گروه کنترل درمانی دریافت نداشت. شرکت کنندگان مقیاس کیفیت زندگی (SF-36) را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری تکمیل کردند. داده های بد ست با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شد. نتایج تفاوت های معناداری را میان دو گروه در پس آزمون برای میانگین مولفه های: ۱- عملکرد جسمی ۲- محدودیت نقش/هیجانی۳- انرژ ی/ خستگی۴- بهزیستی هیجانی۵- عملکرد اجتماعی ۶- درد ۷- سلامت عمومی و نیز نمره کل کیفیت زندگی نشان داد. در پیگیری ۴ ماهه عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، شاخص سلامت جسمی و شاخص کل کیفیت زندگی معنادار باقی ماند. .

نتیجه گیری

رفتار درمانی دیالکتیک فشرده اثر بخشی نسبی بر کیفیت زندگی دختران نوجوان با نشانگان اختلال شخصیت مرزی دارد و با توجه به پایداری نسبی نتایج پیشنهاد می شود از درمان های طولانی تر ا ستفاده شود.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی(BPD)[1] یکی از اختلال های عمیق شخصیت است که با اختلال در تنظیم هیجان ها، کنترل تکانه ها، بی‌ثباتی در ارتباطات میان فردی و خود پنداره مشخص می شود(۱). این اختلال با کیفیت پایین زندگی، خطر بالای خودکشی، هزینه های بالای اجتماعی(۲) و همبودی بالای بیماری های روانی، همراه است(۳, ۴). بیماران دارای این اختلال در معرض رفتارهای مخرب زیادی مانند خود جرحی، خشونت، تکانشگری یا خودکشی اند که بیمار و دیگران را در معرض خطر قرار داده و درمان را مستلزم مدیریت خطر می سازد(۵). این رفتارهای پرخطر همچنین هزینه های مراقبتی و اقتصادی بیماری را بالا می برد، به گونه ای که بار اقتصادی آن از افسردگی بالاتر و قابل قیاس با اسکیزوفرنی است. اختلال شخصیت مرزی با از کار افتادگی شدید، استفاده از درمان های اعتیاد، و نرخ بالای خودکشی همراه است و بخش مهمی ازمراجعان اوژانس را تشکیل می دهند(۴). محققان نشان داده اند که، حساسیت به طرد به همراه علایم اختلال شخصیت مرزی، ۲۷ درصد از واریانس عضویت در شبکه های اجتماعی را تبیین می کند و استفاده ی اجبار گونه از آنها را موجب می شود(۶). این امر با توجه به ویژگی رفتاری افراد دارای این اختلال می تواند پیش بینی کننده هزینه های تحمیلی ناشی از خطرات حاصل از رفتار های پر خطر این گروه باشد.

در مجموع پژوهش ها شانزده عامل خطر بالقوه را برای علل اختلال شخصیت مرزی عنوان کرده اند که در میان آنها می توان به آسیب روانی کودکی قبلی و نوجوانی، رویکرد های والدینی معیوب یا نا کار آمد، سوء استفاده از کودک یا طرد همتایان، تاثیر وضعیت اقتصادی اجتماعی و از هم پاشیدگی خانواده و اجتماع(۷) در کنار سایر عوامل اشاره کرد. در بسیاری از نظریه های معاصر رابطه والد-فرزند به عنوان یک عامل اصلی در نظر گرفته شده است(۸). فرزند پروری بی ثبات یکی از عوامل خطر مهم برای اختلال شخصیت مرزی بیان شده است(۸) و تحقیقات نقش اساسی آن را برای ایجاد و ابقای BPD نشان داده اند(۹). فرزند پروری نامناسب موجب بر هم خوردن روابط والد فرزند شده و تبعاتی را بویژه در نوجوانان مرزی به همراه دارد. به طور مثال یافته ها حاکی از آن است که حساسیت به طرد و درگیری با والدین تعدیل کننده رضایت از زندگی نوجوان با ویژگی های اختلال شخصیت مرزی است و برای دختران، سطح پایین رضایت از زندگی را پیش بینی می کند. این نتایج، اهمیت مدیریت تعارضات خانوادگی با رویکرد خاص جنسیتی در نوجوانان را نشان می دهد(۱۰). اخیراً نیز نشان داده شد که مؤلفه پذیرش و عمل ۴۵ درصد از واریانس اختلال شخصیت مرزی را تبیین می کند و اجتناب تجربه‌ای(فقدان پذیرش)، عامل مهمی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی است(۱۱) و باید به عنوان یکی از اهداف درمانی اصلی در افراد با اختلال شخصیت مرزی مورد توجه قرار بگیرد.

تاکنون درمان‌های زیادی برای اختلال شخصیت مرزی طراحی و ساخته شده است، از جمله می توان: رفتاردرمانی دیالکتیک[2]، درمان مبتنی بر ذهنی سازی با بستری موقت بیمار[3]، درمان مبتنی بر ذهنی سازی بصورت سرپایی[4]، درمان متمرکز بر انتقال[5]، درمان شناختی رفتاری[6]، روان درمانی پویشی ساختارزدا[7]، روان درمانی میان فردی[8]، درمان متمرکز بر طرحواره[9] و آموزش های سیستمی برای پیش بینی پذیری هیجانی و حل مسئله[10] را نام برد(۱۲).

[1] Borderline Personality Disorder
[2] Dialectical Behaviour Therapy
[3] Mentalization-based Treatment in a Partial Hospitalization Setting
[4] out-patient MBT
[5] Transference-focused Therapy
[6] Cognitive Behavioural Therapy
[7] Dynamic Deconstructive Psychotherapy
[8] Interpersonal Psychotherapy
[9] Schema-focused Therapy
[10] Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

از میان این درمان ها رفتار درمانی دیالکتیکی(DBT)، که توسط لینهان[11] ایجاد شده است، اولین درمان روانشناختی است که مورد آزمایش بالینی واقع شده است. این درمان اصول رفتار درمانی شناختی را با برخی شیوه های مفید رویکرد های دیگر تلفیق و برای کاهش بد تنظیمی هیجانی بیماران اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای تکانشی آنان بکار بسته است(۱۳). رفتار درمانی دیالکتیک استاندارد پنج عملکرد را دنبال می کند: ۱- افزایش توانایی های رفتاری ۲- افزایش انگیزه برای رفتارهای ماهرانه (از طریق مدیریت احتمال وقوع و کاهش دخالت افکار و هیجان‌ها)۳- اطمینان از تعمیم منافع به محیط طبیعی فرد ۴- ساختارمند کردن محیط درمان به گونه ای که رفتار های کارآمد را تشویق کند(نه رفتار های ناکار آمد را) ۵- افزایش توانایی و انگیزه درمانگر برای درمان موثر بیماران(۱۴).

در دهه اخیر تاثیرات مثبت رفتار درمانی دیالکتیکی موجب شده محققان اقدام به تطبیق آن برای نوجوانان نمایند. مبانی نظری پیشنهاد می کند که این درمان احتمالا برای نوجوانان مفید است(۱۳). راهنمای رفتار درمانی دیالکتیکی نوجوانان همان ساختار اصلی استاندارد، بعلاوه هفت تغییر برای نوجوانان را ارائه می کند، که از آن جمله می توان کوتاه‌تر کردن طول درمان را بیان کرد(۱۵). هرچند راهنمای تشخیصی آماری(DSM5)[12] شروع اختلال شخصیت مرزی را از اوایل بزرگسالی ذکر می کند و عمده درمان های مربوط به آن نیز از همان زمان آغاز می شوند، اما تخمین زده می شود ۱,۴ درصد از جوانان معیارهای تشخیصی BPD را در سن ۱۶سالگی پر می کنند که این برآورد تا سن ۲۲ سالگی تا ۳,۲ در صد افزایش می یابد. شیوع این اختلال در بیماران سرپایی حدود ۱۱٪ و در بیماران بستری تا ۵۰٪ می باشد. این داده ها قابل مقایسه با شیوع ۰/۷٪ تا ۲/۷ ٪ در بزرگسالان است و این در حالی است که ثبات تشخیصی در نوجوانان و بزرگسالان مشابه بوده است. داده های طولی افزایش هنجاری در صفات BPD پس از بلوغ را نشان می دهد و اوج شیوع در اوایل بزرگسالی اتفاق می افتد و پس از آن به صورت خطی در دهه های بعد کاهش می یابد(۱۶). اثبات شده است که بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی اولین درمان خود را در سن ۱۸ سالگی شروع می کنند(۱۷)، این در حالی است که نشانه ها زود ترآغاز شده اند و ۳۰ درصد ازبیماران BPD خود جرحی را زمانی شروع می کنند که در سن ۱۲ سالگی یا کمتر قرار دارند و ۳۰ در صد دیگر نیز بین سن ۱۳ تا ۱۷ سالگی به این عمل دست می زنند(۱۸). تحقیقات معاصر نیز نشان داده است زمانی که ناهنجاری شخصیت (شدت صفت مرتبط با پریشانی بالینی یا اختلال روانی اجتماعی) عمومیت دارد، می تواند در اوایل زندگی تشخیص داده شود و به طور مداوم در طول زندگی رشد نماید. این دیدگاه فرصت بهتری برای مداخله بدست می دهد و می تواند بسیار موثر باشد. نتایج تحقیق دیگری نیز که تاثیر نرخ کیفیت زندگی و استرس روانی را بر خطر خود جرحی، بر روی سه گروه نوجوانان با نشانگان کامل، سطح زیرآستانه، و بدون اختلال شخصیت مرزی بررسی می کرد، نشان داد که نوجوانان با نشانگان کامل و زیرآستانه (که عمدتاً دختر بودند)، پس از گذشت یکسال جزء مراجعه کنندگان به کلینیک قرار گرفتند و یافته ها حاکی از آن بود که سطح زیر آستانه اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان، با کاهش کیفیت زندگی و افزایش تنیدگی روانی همراه است. از این رو توجه به اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی اهمیت داشته و اهمیت تشخیص زود هنگام را مطرح می سازد(۱۶). اما با وجود رشد بالای مطالعات در خصوص درمان اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالان، درمان های آزمایشی با کیفیت بالا برای جوانان بسیار کم است(۱۹).

در بررسی میزان تاثیر درمان‌ها، اغلب تحقیقات گذشته تا کنون بر اختلال عملکرد این بیماران متمرکز بوده اند، اما تحقیقات اخیرتر بیشتر بر روی کیفیت زندگی ذهنی بیماران تاکید دارند و ارزیابی وضعیت سلامت به وسیله خود فرد در پژوهش های همه گیرشناسی و جمعیت شناختی اهمیت یافته است. این تغییر رویکرد با نتایج یکسری مطالعات تقویت شده است که نشان می دهند، بیشتر از مشکلات

[11] Linehan
[12] Diagnostic and statistical manual of mental disorders

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

پز شکی، و ضعیت سلامت روانی بیمار ا ست که ج ستجوی درمان، رعایت و ارزیابی آن را م شخص می کند(۲۰, ۲۱). به این جهت دیگر علاقه روان شناسان به ارزیابی نتایج متمرکز بر نشـــانگان محدود نیســـت، زیرا آن ها از اهمیت کیفیت زندگی در اقدامات بالینی خود مطلع شـــده اند(۲۱) وکیفیت زندگی یک نتیجه مهم درتحلیل های هزینه اثر بخشی شده اســـت(۲۱, ۲۲). از طرفی با وجودی که تحقیقات، اثربخشـــی بعضی درمان ها را برای اختلال شخصیت مرزی تایید کرده ا ست، همچنان م شکل کمبود شناخت درباره نتایج کیفیت زندگی باقی اســـت(۲۳) و روشـــن نیســـت یافته ها بویژه در ارتباط با کیفیت زندگی تا چه حد م ستحکم ا ست(۲۳, ۲۴). همچنین با وجودی که تحقیقات زیادی پیرامون اثر بخشـــی رفتار درمانی دیالکتیکی انجام شده است(۲۵, ۲۶) و تاثیرات آن در ابعاد مختلف مورد سنجش قرار گرفته، و با وجودی که تائید شـــده درمان BPD منجر به بهبود علائم می شـــود، اما معنای فردی این علائم هنوز مورد ســـئوال اســـت(۲۳, ۲۷) و تحقیقات کمی در مورد آن صورت گرفته است. به طور مثال مو س سه ی لینهان و همکاران (۲۸) برای ا ستفاده آموز شی فهرســـتی از تحقیقات انجام شـــده با اســـتفاده از DBT را منتشرکرد که درآن به نتایج بدست آمده از تحقیقات مختلف محققین تا آن تاریخ اشاره کرده است. اکثر تحقیقات به رفتار های خودکشـــی و رفتار های مرتبط با آن و یا مقایســـه اثر بخشـــی درمان های مختلف در مقابل DBT پرداخته بود. بعضی پژوهش ها نیز اثرات DBT را بر روی اختلالات دیگر ســـنجیده بودند. در اکثر قریب به اتفاق پژوهش ها نتایج به نفع DBT نشـان داده شـده بود، اما هیچ یک از پژوهش ها تاثیر درمان DBT بر روی کیفیت زندگی را نسنجیده بود، و تنها یک تحقیق(۲۹) تغییرات کیفیت زندگی را به عنوان اثرات درمان مد نظر قرار داده بودند. لذا با توجه به چالش های مختلف مطرح در زمینه درمان اختلال شخصیت مرزی و کمبود مطالعات در زمینه های مختلف این اختلال، از آن میان ضرورت مطالعات بی شتر هم بر روی اثرات درمان های کو تاه مدت خاص نوجوا نان و هم تاثیرات آن بر کیفیت زندگی مشـــهود تر اســـت. از این رو پژوهش حاضـــر با هدف تعیین اثر بخشـــی رفتار درمانی د یالکتیکی کو تاه مدت بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر و با استفاده از نسخه راهنمای عملی نوجوانان انجام شد.

روش پژوهش

روش این پژوهش نیمه آزمایشـــی اســـت که در آن یک گروه آزمایش(دختران نوجوان) و یک گروه کنترل در ســـه وهله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری مورد بررســـی قرار گرفتند. افراد مورد پژوهش را نوجوانان دختر ۱۶ تا ۱۸ ساله دارای اختلال شخصیت مرزی م شغول به تحصیل در مقطع متو سطه آموزش و پرورش ناحیه ۴ م شهد در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵، تشـــکیل می دادند. فرآیند انتخاب نمونه به این صـــورت بود که ابتدا ناحیه ۴ آموزش پرورش مشـــهد با توجه به پو شش طیف گ سترده فرهنگی و طبقاتی متفاوت، انتخاب، و با همکاری م شاوران مدارس، مقیاس هنجار شده ویژگی های شـخصـیت مرزی کودکان[13] میان مدارس ناحیه در پـایـه هـای نهم، دهم و یـازدهم توزیع، جمع آوری و غربالگری به عمل آمد. از میان ۱۴۵۸ پر س شنامه پا سخ داده شـــده در مدارس دخترانه ۲۸۳ نفر (۱۹/۴٪) معیار اختلال شخصیت مرزی را کسب کردند. با تمامی افراد دارای اختلال تماس گرفته شد و از آنان برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. پس از اجرای مصـاحبه نیمه سـاختار یافته بالینی [14]با داوطلبین (دانش آموزان و مادرانشـان)، و بررسـی معیار های ورود و خروج (از جمله نداشـــتن اختلال روانی حاد همبود- نـداشـــتن اختلال خلقی و مصـــرف داروهـای روانپزشـــکی)، در نهایت ۵۴ نفر حائز شـــرایط و داوطلب همکاری در طرح شدند. پس از اخذ رضایت نامه اخلاقی، این افراد بر اساس سطح نمرات، دسته بندی و به روش تصادفی ســـاده بین دو گروه آزمایش(مداخله)، و گروه کنترل(بدون درمان) تقسیم شدند. پس از اجرای آزمون کیفیت زندگی[15]، گروه آزمایش تحت درمان با برنامه مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به صورت گروهی و فشرده قرار گرفت، در حالیکه

[13] BPFS-C
[14] SCID-I
[15] -SF-36

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

گروه کنترل تنها ملاقات ساده با درمانگر داشتند. درمان توسط محقق که کارورزی و آموزش های بالینی لازم را در این زمینه دیده بود انجام گردید. برنامه مداخله به صورت کوتاه مدت در ۱۲ جلسه دو ساعته، هفته ای سه بار (یک روز در میان) به شرح جدول شماره ۱ اجرا شد. در انتهای آخرین جلسه از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. همچنین نتایج پس از ۴ ماه مجدداً پیگیری شد. به جهت رعایت مسایل اخلاق پژوهش پس از پایان پژوهش، با افراد گروه کنترل نیز تماس حاصل شد و برای شرکت در درمان برنامه ریزی لازم صورت گرفت.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه کیفیت زندگی هشت مقیاسی(**SF–36**)[16]: یک ابزار استاندارد اندازه گیری پیامد سطح سلامتی است که در سطح بین المللی بکار برده می شود فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا مطرح شد و اعتبار و پایایی آن توسط (۳۰) در گروه های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران (r=۰/۷-۰/۹) تأیید شده است. پرسشنامه از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارتند از: عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی.

مقیاس ویژگی های شخصیت مرزی کودکان (BPFS-C)[17]:

این ابزار توسط کریک و همکاران در سال ۲۰۰۵ و با اقتباس از پرسشنامه ارزیابی شخصیت - مقیاس ویژگی های مرزی ساخته شد(۳۱) و روی دانش آموزان دبیرستانی شهر شیراز اعتبار یابی گردید(۳۲). این مقیاس یک ابزار خود سنجی ۲۴ ماده ای است که برای سنجش ویژگی های شخصیت مرزی در رده سنی ۹ تا ۱۷ سال طراحی شده است. از نوجوانان خواسته می شود احساساتشان را در رابطه با خود و دیگران روی مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت (یک تا پنج) درجه بندی کنند. نمرات بالا بیانگر سطوح بالای علائم مرزی و نمرات پایین منعکس کننده علائم حداقل است. میانگین نمرات دانش آموزان مقطع دبیرستان۵۹/۱۹ و همسانی درونی این مقیاس α>۰/۷۶ به دست آمده است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ است.

مصاحبه نیمه ساختار یافته بالینی(SCID-I)

مصاحبه نیمه ساختار یافته SCID-I اختلالات اصلی روان پزشکی محوریک DSM-IV را ارزیابی می کند، روایی و پایایی آن توسط(۳۳) بررسی شد و نتایج در اکثر تشخیص ها بالاتر از ۸۵ درصد و در نیمی از موارد بالای ۹۰درصد بوده است.

نتایج با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شد به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس مؤلفه های کیفیت زندگی نیز از آزمون لون استفاده شد، که نتایج آن در ادامه ارائه می شود:

[16] -The Short Form Health Survey

[17] - Borderline Personality Features Scale for Children

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

جدول۱- برنامه اجرایی درمان(۳۵)

جلسات	مهارت	محتوای اجرا شده
اول	معرفی رفتار درمانی دیالکتیکی	قوانین گروه- معرفی ساختار گروه- معرفی رفتار درمانی دیالکتیکی- تمرین دیالکتیک بودن و معتبر سازی
دوم	آموزش سه حالت ذهن و مهارت های آن	بررسی تکالیف جلسه قبل و مرور آموزش ها- آموزش سه وضعیت ذهن (ذهن هیجانی، ذهن منطقی، ذهن خردمند)- آموزش مهارت های ذهن آگاهی و تمرین های بودن در ذهن خردمند (تمرین دم و بازدم، سنگ کوچک دریاچه، قدم زدن در یک پله مارپیچ) - حرکت در مسیر میانه
سوم	مهارت های پیشرفته ذهن آگاهی	بررسی تکالیف و مرور آموزش ها- تعریف ذهن آگاهی- مهارت های اساسی ذهن آگاهی (مشاهده- توصیف- مشارکت) و تمرین های آن مانند: تمرین تمرکز بر یک شی، ثبت یک دقیقه، ثبت افکار طی سه دقیقه، مشاهده تجربه درونی و بیرونی مشاهده تجربه دسته نور- توصیف احساس ، هیجان- مشارکت از طریق غرق شدن در فعالیت- مهارت های چه و چگونه- موضع بدون قضاوت و..
چهارم	مهارت تحمل آشفتگی۱	بررسی تکالیف و مرور آموزش های قبل- مهارت های تحمل آشفتگی شامل: پذیرش بنیادین و روش های آن (امتناع از سماجت- خود گویی مقابله ای- رها کردن بدن حین تنفس- تمرین نیم لبخند) مهارت توجه برگردانی و روش های آن (توجه برگردانی از رویداد آسیب زا، انجام فعالیت لذت بخش، ترک موقعیت، فکر کردن به رویداد های خوشایند و....)
پنجم	مهارت تحمل آشفتگی ۲	ادامه مهارت های تحمل آشفتگی شامل مهارت های دوام آوردن تا پس از بحران (انحراف فکر- خود تسکینی- بهبود لحظه حال- بررسی مزایا و معایب)
ششم	مهارت تحمل آشفتگی۳	ادامه مهارت های تحمل آشفتگی شامل: پذیرش با تغییر مسیر ذهن- پذیرش واقعیت با جسم خود- تحلیل زنجیره های رفتار- حل مشکل
هفتم	مهارت تنظیم هیجان۱	عوامل موثر در سخت شدن تنظیم هیجان- اهداف تنظیم هیجان- باور های غلط در مورد هیجان ها - فوائد هیجان ها- تفاوت بین هیجان، فکر، رفتار و رویداد- مدل توصیف هیجان ها- شناخت هشت هیجان اصلی(خشم، غم و اندوه، شادی، ترس، نفرت، گناه یا شرم، علاقه، تعجب)
هشتم	مهارت تنظیم هیجان ۲	ادامه شناخت هیجان های اصلی- تکنیک های تنظیم هیجان (بررسی حقایق- تکنیک اقدام مخالف برای هر یک از هیجان ها و حل مسئله- ایجاد تجربه های هیجانی مثبت- ایجاد تسلط- زندگی با ارزش)
نهم	مهارت تنظیم هیجان ۳	مدیریت هیجان های واقعاً دشوار (توجه آگاهانه به هیجان ها و رها کردن رنج هیجانی-مدیریت هیجان های شدید- مشکل یابی مهارت های تنظیم هیجان)
دهم	ارتباط موثر۱	شناسایی سبک های ارتباطی خود (منفعلانه- پرخاشگرانه- قاطعانه) تناسب بین خواسته های من و آنان- عوامل تاثیر گذار در راه اثر بخشی میان فردی مهارت های بدست آوردن چیزی که می خواهید (توصیف، ابراز کردن، اظهار نظر قطعی، تقویت کردن)
یازدهم	ارتباط موثر۲	مهارت های کسب و نگهداری ارتباط خوب (راهنما برای ارتباط اثر بخش- عواملی که اثر بخشی میان فردی را کاهش می دهد)، مهارت های حفظ و بهبود عزت نفس و دوست داشتن خود

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

دوازدهم	ارتباط موثر۳	بیان موثر هیجان ها - د ستورالعمل برای ا شتراک و گوش دادن- مهارت های ا ضافه برای حل تعار ضات با دیگران- مهارت نه گفتن و روش های آن

یافته ها

بررسی نتایج توصیفی نشان می دهد که از ۵۴ داوطلب در مان، تعداد افراد باقی مانده تا پایان در مان، در گروه آزمایش ۱۶نفر، و در گروه کنترل ۱۸ نفر بوده است. میانگین سنی مادران در گروه آزمایش۴۱/۸۴ با انحراف استاندارد ۵/۹۹ و در گروه کنترل ۴۲/۵ با انحراف استاندارد۴/۷۶ بوده است. میزان تحصیلات مادران در گروه آزمایش(ابتدایی ۱۵/۳۸٪ دبیرستان۲۳/۷٪ دیپلم۳۸/۴۶٪، فوق دیپلم ۷/۶۹٪، لیسانس ۷/۶۹٪، فوق لیسانس ۷/۶۹٪ و در گروه کنترل(دبیرستان۱۱/۱٪، دیپلم ۱۱/۱٪، فوق دیپلم ۱۱/۱٪) بوده است. فراوانی افراد نمونه در پایه‌های نهم تا یازدهم در گروه آز مایش یک به ترتیب: (۸، ۸ و۸ نفر)، و در گروه کنترل: (۴، ۸ و ۶ نفر) بود. میانگین سنی دختران در گروه آزمایش ۱ برابر ۱۶/۰۶ و انحراف استاندارد ۰/۷۹۸ و در گروه کنترل برابر ۱۶/۵۰ و انحراف استاندارد۱/۰۶ بوده است. میانگین شرکت در کلاس گروه آزمایش ۱۱/۲۰ جلسه بوده است. خلاصه نتایج مداخله درسه وهله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری(بعداز ۴ ماه) در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۲ - میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک متغیر/گروه

متغییر	گروه	پس آزمون میانگین	پس آزمون انحراف استاندارد	پیگیری میانگین	پیگیری انحراف استاندارد
۱- عملکرد جسمی	آزمایش	۸۶/۲۵	۱۱/۶۱	۹۰/۹۳	۷/۵۷
	کنترل	۵۴/۸۳	۳۱/۴۸	۵۱/۳۰	۴۳/۰۳
۲- محدودیت نقش /جسمی	آزمایش	۵۴/۶۸	۳۰/۵۷	۵۳/۱۲	۳۴/۰۰
	کنترل	۵۴/۷۳	۳۰/۶۵	۳۳/۰۲	۳۵/۸۷
۳- محدودیت نقش/هیجانی	آزمایش	۵۶/۲۵	۳۳/۸۱	۳۵/۵۱	۳۹/۲۹
	کنترل	۳۲/۱۷	۴۲/۹۶	۱۹/۰۲	۳۸/۰۴
۴- انرژی /خستگی	آزمایش	۶۷/۵۰	۲۶/۸۹	۵۳/۶۴	۲۲/۰۵
	کنترل	۲۶/۴۴	۲۸/۲۹	۳۶/۳۳	۲۹/۲۴
۵- بهزیستی هیجانی	آزمایش	۶۹/۵۵	۲۱/۷۶	۵۶/۶۱	۱۷/۴۱
	کنترل	۳۱/۱۴	۲۵/۵۵	۳۵/۰۱	۳۳/۹۱
۶- عملکرد اجتماعی	آزمایش	۶۴/۰۶	۱۸/۱۸	۶۱/۸۳	۲۱/۹۷
	کنترل	۳۱/۳۱	۳۵/۴۵	۳۶/۵۳	۳۴/۲۵
۷- درد	آزمایش	۷۵/۹۳	۱۶/۱۴	۶۹/۶۵	۳۰/۷۳
	کنترل	۴۵/۷۰	۴۲/۶۴	۴۳/۱۵	۳۹/۲۶
۸- سلامت عمومی	آزمایش	۶۵/۳۱	۲۰/۶۱	۶۵/۳۱	۲۰/۶۱
	کنترل	۲۹/۸۲	۳۰/۷۶	۲۹/۸۲	۳۰/۷۶

به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس مولفه های کیفیت زندگی از آزمون لِوِن استفاده شد که در برخی مولفه ها همگنی را تایید و در برخی دیگر رد می کند.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

جدول ۳- آزمون همگنی واریانس ها (آزمون لِوِن)

متغیر	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	پس ازمون		پیگیری	
			آماره لون	مقدار -P	آماره لون	مقدار -P
عملکرد جسمی	۱	۳۲	۱۸/۴۰	۰/۰۱	۲۲/۹۲	۰/۰۱
محدودیت نقش/جسمی	۱	۳۲	۰/۳۴	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۴۵
محدودیت نقش/هیجانی	۱	۳۲	۰/۰۹	۰/۷۶	۰/۰۱	۰/۸۹
انرژی /خستگی	۱	۳۲	۰/۱۹	۰/۶۶	۰/۰۳	۰/۸۵
بهزیستی هیجانی	۱	۳۲	۰/۰۱	۰/۹۵	۰/۶۷	۰/۴۱
عملکرد اجتماعی	۱	۳۲	۳/۰۹	۰/۰۸	۳/۲۷	۰/۸۰
درد	۱	۳۲	۱۷/۲۷	۰/۰۱	۱/۲۰	۰/۲۸
سلامت عمومی	۱	۳۲	۹/۵۲	۰/۰۱	۳/۱۲	۰/۰۸
شاخص کل کیفیت زندگی	۱	۳۲	۶/۷۷	۰/۰۱	۳/۲۱	۰/۰۸

جدول۴- تحلیل واریانس چند متغییری

	ارزش	F	درجه آزدی فرضیه	خطا درجه ازادی	sig	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۷	۳/۹۲	۱۶	۹/۰۰	۰/۰۲	۰/۸۷	۰/۸۶
آزمون لامبادای ویکلز	۰/۱۲	۳/۹۲	۱۶	۹/۰۰	۰/۰۲	۰/۸۷	۰/۸۶

همانطور که در جدول ۴مشـــخص اســـت با کنترل پیش آزمون، در حداقل یکی از متغیر های وابسته تفاوت معناداری وجود دارد(F=۳,۹۲۳ و P<۰,۰۵)، برای پی بردن بـه این نکته که از لحاظ کدام متغییر بین دو گروه تفاوت وجود دارد مقایســـه جفتی گروه ها انجام گرفت که نتایج در جدول۵ ارائه می شود.

جدول۵- مقایسه جفتی گروه ها

متغییر وابسته	گـــروه (I)	گـــروه (J)	پس آزمون تفاوت میانگین (I-J)	پس آزمون انـــحـــراف استاندارد	پس آزمون sig	پیگیری تفاوت میانگین (I-J)	پیگیری انـــحـــراف استاندارد	پیگیری sig
عملکرد جسمی	آزمایش	کنترل	۳۲/۳۴	۹/۷۲	۰/۰۱	۳۴/۷۴	۱۲/۸۶	۰/۰۱
محدودیت نقش/جسمی	آزمایش	کنترل	۴/۷۸	۱۲/۶۳	۰/۷۰	۲۹/۳۳	۱۴/۴۶	۰/۰۵
محدودیت نقش/هیجانی	آزمایش	کنترل	۳۲/۹۶	۱۵/۳۶	۰/۰۴	۱۷/۸۳	۱۴/۴۵	۰/۲۲
انرژی /خستگی	آزمایش	کنترل	۳۸/۸۸	۹/۲۵	۰/۰۱	۶/۴۶	۹/۶۲	۰/۵۰
بهزیستی هیجانی	آزمایش	کنترل	۳۶/۲۸	۸/۴۱	۰/۰۱	۱۲/۹۱	۱۰/۳۹	۰/۲۲
عملکرد اجتماعی	آزمایش	کنترل	۳۷/۵۱	۱۱/۱۸	۰/۰۱	۲۵/۸۶	۱۱/۲۰	۰/۰۳
درد	آزمایش	کنترل	۳۵/۳۸	۱۲/۵۹	۰/۰۱	۲۲/۲۰	۱۱/۶۷	۰/۰۶
سلامت عمومی	آزمایش	کنترل	۳۸/۴۳	۸/۵۹	۰/۰۱	۱۸/۱۸	۱۰/۴۲	۰/۰۹

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

کیفیت زندگی	آزمایش	کنترل	۳۲/۰۷	۹/۰۰۸	۰/۰۱	۲۰/۹۴	۱۰/۰۹	۰/۰۴

همانطور که در جدول مشاهده می شود به جزدر محدودیت نقش جسمی همه مولفه های گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل ، با کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت میانگین معنا دار نشان داده است . این اثرات در پیگیری در مولفه های عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، شاخص سلامت جسمی و شاخص کل کیفیت زندگی پایدار مانده است. محدودیت نقش جسمی و سلامت عمومی نیز یک روند حفظ شده است.

میزان اثرات بین آزمودنی ها در جدول ۶ ارائه می شود.

جدول۶- اثرات بین آزمودنی

متغیر	منبع	پس آزمون				پیگیری			
		df	مجذور میانگین	F	sig	اتا م جذور	df	مجذور میانگین	F	sig	اتا م جذور
عملکرد جسمی	مدل اصلاح شده	۹	۱۳۸۳/۹۵	۲/۲۴	۰/۰۵	۰/۴۵	۹	۲۱۹۵/۸۵	۲/۰۳	۰/۰۸	۰/۴۳
	گروه	۱	۶۸۱۷/۸۶	۱۱/۰۶	۰/۰۱	۰/۳۱	۱	۷۸۶۵/۹۰	۷/۲۹	۰/۰۱	۰/۲۳
	خطا	۲۴	۶۱۶/۰۸				۲۴	۱۰۷۸,۹۰			
محدودیت نقش/جسمی	مدل اصلاح شده	۹	۵۶۱/۲۸	۰/۵۴	۰/۸۳	۰/۱۶	۹	۱۰۹۹/۵۳	۰/۸۰	۰/۶۱	۰/۲۳
	گروه	۱	۱۴۸/۸۹	۰/۱۴	۰/۷۰	۰/۰۱	۱	۵۶۰۶/۲۷	۴/۱۰	۰/۰۵	۰/۱۴
	خطا	۲۴	۱۰۳۹/۴۴				۲۴	۱۳۶۴/۲۶			
محدودیت نقش/هیجانی	مدل اصلاح شده	۹	۱۸۳۸/۰۲	۱/۱۹	۰/۳۴	۰/۳۱	۹	۱۹۳۰/۳۵	۱/۴۱	۰/۲۳	۰/۳۴
	گروه	۱	۷۰۷۹/۳۴	۴/۶۰	۰/۰۴	۰/۱۶	۱	۲۰۷۲/۱۲	۱/۵۲	۰/۲۲	۰/۰۶
	خطا	۲۴	۱۵۳۷/۵۵				۲۴	۱۳۶۲/۲۷			
انرژی /خستگی	مدل اصلاح شده	۹	۲۸۱۵/۳۴	۵/۰۴	۰/۰۱	۰/۶۵	۹	۱۰۹۸/۲۰	۱/۸۱	۰/۱۱	۰/۴۰
	گروه	۱	۹۸۵۱/۲۲	۱۷/۶۴	۰/۰۱	۰/۴۲	۱	۲۷۲/۱۲	۰/۴۵	۰/۵۰	۰/۰۱
	خطا	۲۴	۵۵۸/۲۱				۲۴	۶۰۳/۷۸			
بهزیستی هیجانی	مدل اصلاح شده	۹	۲۱۸۰/۲۲	۴/۷۲	۰/۰۱	۰/۶۳	۹	۱۲۳۹/۷۳	۱/۷۶	۰/۱۲	۰/۳۹
	گروه	۱	۸۷۸۵/۰۴	۱۸/۵۸	۰/۰۱	۰/۴۳	۱	۱۰۸۷/۴۵	۱/۵۴	۰/۲۲	۰/۰۶
	خطا	۲۴	۴۶۱/۶۳				۲۴	۷۰۳/۹۶			
عملکرد اجتماعی	مدل اصلاح شده	۹	۱۷۶۰/۹۸	۲/۱۶	۰/۰۶	۰/۴۴	۹	۱۴۴۱/۰۰	۱/۷۶	۰/۱۲	۰/۳۹
	گروه	۱	۹۱۷۲/۸۴	۱۱/۲۵	۰/۰۱	۰/۳۱	۱	۴۳۶۰/۸۵	۵/۳۳۲	۰/۰۳	۰/۱۸
	خطا	۲۴	۸۱۵/۳۲				۲۴	۸۱۸/۵۲			
درد	مدل اصلاح شده	۹	۱۹۷۳/۴۹	۱/۹۰	۰/۱۰	۰/۴۱	۹	۲۷۸۰/۶۸	۳/۱۳	۰/۰۱	۰/۵۴

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

	گروه	۱	۸۱۵۹/۱۲	۷/۸۹	۰/۰۱	۰/۲۴	۱	۳۲۱۳/۵۲	۳/۶۲	۰/۰۶	۰/۱۳
	خطا	۲۴	۱۰۳۳/۸۳				۲۴	۸۸۷/۳۸			
سلامت عمومی	مدل اصلاح شده	۹	۲۳۹۹/۲۱	۴/۹۸	۰/۰۱	۰/۶۵	۹	۱۶۷۹/۸۳	۲/۳۷	۰/۰۴	۰/۴۷
	گروه	۱	۹۶۲۷/۷۳	۲۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۴۵	۱	۲۱۵۴/۷۲	۳/۰۴	۰/۰۹	۰/۱۱
	خطا	۲۴	۴۸۰/۹۳				۲۴	۷۰۸/۶۸			
کیفیت زندگی	مدل اصلاح شده	۹	۱۴۲۶/۷۸	۲/۶۵	۰/۰۲	۰/۴۹	۹	۱۱۵۹/۴۴	۱/۷۴	۰/۱۳	۰/۳۹
	گروه	۱	۶۷۰۳/۶۴	۱۲/۴۵	۰/۰۱	۰/۳۴	۱	۲۸۵۸/۲۶	۴/۳۰	۰/۰۴	۰/۱۵
	خطا	۲۴	۵۳۸/۱۸				۲۴	۶۶۴/۴۶			

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود، با کنترل اثر پیش آزمون، اثر اصلی گروه در مولفه عملکرد جسمی در پس آزمون (P=۰/۰۱ وF =۱۱/۰۶) و پیگیری (P=۰/۰۱ و F=۷/۲۹) معنا دار بود. در مولفه محدودیت نقش/ جسمی در پس آزمون (P=۰/۸۳ و F=۰/۵۴) و در پیگیری (P=۰/۶۱ و F=۰/۸۰) معنادار نبود. در مولفه محدودیت نقش/ هیجانی در پس آزمون (P=۰/۰۴ و F=۴/۶۰) معنا دار بود اما در پیگیری (P=۰/۲۲ وF=۱/۵۲) معنادار نبود. در مولفه انرژی/خستگی در پس آزمون (P =۰/۰۱ و F=۱۷/۶۴) معنا دار بود، اما در پیگیری(P=۰/۵۰ و F =۰/۴۵) معنادار نبود. در مولفه بهزیستی هیجانی در پس آزمون (P=۰/۰۱ و F=۱۸/۵۸) معنادار بود اما در پی گیری (P=۰/۲۲ و F=۱/۵۴) معنادار نبود. در مولفه عملکرد اجتماعی در پس ازمون (P=۰/۰۱ و F =۱۱/۲۵) و در پی گیری (P=۰/۰۳ و F=۵/۳۲) معنادار بود. در مولفه درد در پس آزمون(P=۰/۰۱ و F =۷/۸۹) معنادار بود و پی گیری (P=۰/۶۹ و F=۳/۶۲) معنادار نبود. در مولفه سلامت عمومی در پس آزمون (P=۰/۰۱ و F=۲۰/۰۱) معنادار بود و پی گیری (P=۰/۰۹ و F=۳/۰۴) معنا دار نبود. در شاخص کل کیفیت زندگی در پس آزمون (P =۰/۰۱ و F=۱۲/۴۵) و در پیگیری (P=۰/۰۴ و F=۴/۳۰) معنادار بود.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک کوتاه مدت گروهی بر کیفیت زندگی دختران نوجوان با علایم اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته ها نشان می دهدکه هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در همه مولفه ها، به جز محدودیت نقش جسمی، تفاوت معناداری در پس آزمون نشان داده است. یافته های این پژوهش در مجموع به این جهت که نشان دهنده اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کیفیت زندگی در همه مولفه ها به جز نقش جسمی است، همسو با پژوهش هایی است که نشان دادند DBT بر بهبود کیفیت زندگی تاثیر دارد(۲۵, ۲۶, ۳۱, ۳۴, ۳۵) اما از آن جایی که در پیگیری این تاثیر پایداری نشان نداد و فقط عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و شاخص کل کیفیت زندگی معنادار باقی ماند. می توان استنباط کرد که فشرده بودن دوره درمان زمان کافی برای ایجاد تغییرات پایدار را فراهم نکرده است. در تائید این نظر می توان به پژوهش (۳۱) اشاره کرد که علت عدم تاثیر درمان DBT بر زنان دارای اختلال شخصیت مرزی (درنشانه خود جرحی عمدی و نیز طول مدت بستری) را کوتاهی زمان مطالعه عنوان کرد و نیز همسو با پژوهش(۳۴) است که دربررسی سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی جوانان دریافت کننده DBT نتیجه گرفت که برای سطوح شدیدتر اختلال شخصیت مرزی طول درمان بیشتر مناسب است.

در مقایسه ی نتایج بدست آمده هر یک از مولفه ها با دیگر پژوهش ها می توان گفت عدم تاثیر معنادارDBT بر محدودیت نقش/ جسمی در این پژوهش همسو با پژوهش (۳۶) است که نشان داد بیماران BPD با وجود سن نسبتاً

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

جوان خود، اختلال معناداری در بعد جسمانی کیفیت زندگی نشان می دهند و مطالعات مشترک سازمان بهداشت جهانی در ۱۴ کشور بر روی مشکلات روانی، در مراقبت های بهداشت عمومی نیز نشان داد درک کلی سلامت عمومی بیماری روانی حتی زمانی که ویژگی های جمعیت شناختی و هم رخدادی بیماری های جسمی کنترل شود، با اختلال های جسمی مرتبط است(۳۷)، و چند مطالعه دیگر نیز نتایج مشابه نشان دادند. و در پژوهش(۳۸) نیز اختلالات جسمانی بیشتر از حد انتظاری را به طور پی درپی در نمونه بیماران سرپایی روان پزشکی مشاهده شد که با تشخیص های روانی ناهمگن بود و این ممکن است نشان دهنده این باشد که برخی از اختلالات روان پزشکی می تواند تاثیر منفی بر روی درک بیماران از سلامت جسمی داشته باشد(۳۶).

همچنین عدم بهبود معنادار بر محدودیت نقش/ جسمی و عدم پایداری نتایج در محدودیت/ نقش هیجانی همسو با نتایج پژوهش (۳۱) است که در پژوهش خود اثر معنا دار برای ناتوانی کلی(روزهای خارج از نقش) نداشتند، هر چند در پژوهش آن ها با وجود معنادار نشدن DBT، به علت میانگین یازده روز خارج از نقش بیماران، درمان توانسته بود تفاوت کاهش ۴ روز در ماه به ازای هر نفر، در روز های صرف شده در بستررا ایجاد نماید، که خود قابل تأمل است. معناداری در عملکرد اجتماعی همسو با پژوهش (۳۱) است که نشان داد بهبود معنادار در عملکرد اجتماعی در هر دو روش درمان DBT و درمان های معمول مشاهده شده است، مطالعات ناکافی در زمینه کیفیت زندگی امکان مقایسه در متغییر های دیگر را فراهم نساخت.

در تحلیل و بررسی مقایسه ای نتایج توصیفی نیز می توان گفت: عدم همکاری یا ریزش طی درمان در این پژوهش همسو با پژوهش (۳۹) است که نشان داد بیش از ۵۰ درصد بیماران یا درمان DBT را شروع نکردند و یا در طی درمان ریزش داشتند.

مقایسه میانگین ها نشان داد که میانگین بدست آمده در هشت مولفه کیفیت زندگی در تمام گروه ها و طی مراحل آزمایش، کمتر از نمرات هنجارمؤلفه های کیفیت زندگی درجمعیت عادی رده سنی ۱۵ تا ۲۲ سال (۳۰) می باشد.

این نتیجه مطابق با نتایج پژوهش(۳۱) می باشد که نشان داد هر دو گروه درمان (DBT و درمان معمول)، نمرات کیفیت زندگی کمتری از نمره هنجارجمعیت عمومی استرالیا داشتند و نیز مطابق با نتایج پژوهش(۳۴) است که نشان داد با وجود تغییرات در نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان در برنامه DBT، نمرات خروج هنوز پایین تر از جمعیت عادی بوده و قابل مقایسه با نمرات ورود بیماران افسرده می باشد. که این امر نشان دهنده آسیب قابل ملاحظه کیفیت زندگی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی است. این داده ها با نظرات پزشکان(۴۰) قابل تبیین است که عقیده دارند افزایش شدت بالینی ممکن است مانع تغییرات قابل توجه و قابل اعتماد شود(۳۴).

در تبیین پایین بودن نمرات کیفیت زندگی بیماران مرزی می توان گفت که ارتباط مستمر منفی، میان تعدادی از معیار های اختلال شخصیت (صفات اختلال شخصیت) و کیفیت زندگی وجود دارد (۴۱) و اختلال شخصیت مرزی به خودی خود ممکن است پیش بینی کننده اختلال قابل توجه کیفیت زندگی باشد و به آن آسیب زند(۲۱, ۳۴)، و رنجی که بیماران مرزی تحمل می کنند نیز می تواند توضیحی برای نمرات پایین کیفیت زندگی آنان باشد(۳۶).

هر چند تبیین کامل نتایج بدست آمده در پژوهش با توجه به کمبود مطالعات در زمینه کیفیت زندگی(۲۳, ۳۳) ، قابل بررسی و مقایسه نیست و نیاز است تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام شود تا تاثیرات DBT بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر مورد بررسی قرار گیرد. اما در مجموع از نتایج بدست آمده پژوهش حاضر می توان استنباط کرد که رفتاردرمانی دیالکتیک برکیفیت زندگی دختران نوجوان دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی تاثیرمثبت نسبی دارد، اما با توجه به عدم پایداری نتایج، توصیه می شود درمان های غیر فشرده مورد استفاده قرار گیرد، تا امکان بررسی و تفکیک تاثیر افتراقی هر یک از مهارت ها فراهم شود و هم فرصت تمرین بیشتر مهارت ها نتایج را پایدار تر نماید.

دراستفاده از نتایج ارائه شده باید در نظر داشت که تعداد اندک شرکت کنندگان، فرصت انتخاب تصادفی را به جای گذاری تصادفی تغییر داده بود، همچنین امکان بررسی اثر

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

وضـعیت جمعیت شـناختی و خانواده شـرکت کنندگان را میسر نساخته بود که این محدودیت ها برخورد محتاطانه با یافته ها را ضـروری سـاخته و لازم اسـت در تعمیم پذیری احتیاط لازم صورت پذیرد.

در نهایت با توجه به این که این پژوهش اثرات درمان را درپایان درمان مورد بررسی قرار داده بود پیشنهاد می شود اثرات درمان به تفکیک بعد از آموزش هر مهارت مورد سنجش قرار گیرد تا تاثیرات هر یک از مهارت ها به تفکیک قابل بررسی گردد و نیز پیشنهاد می شود مدت زمان درمان طولانی تر (از طول زمان پژوهش حاضر) شود تا اثرات درمان فرصت تثبیت بیشتری بیابند.

Refrences:

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
2. Winsper C, Lereya S, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh S. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. Eur. Psychiatry. 2015;30:1188.
3. Harned MS, Valenstein HR. Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. F1000 Fac Rev. 2013;5.
4. Shen C-C, Hu L-Y, Hu Y-H. Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. BMC Med Inform Decis Mak. 2017;17(1):8.
5. Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI, et al. Patients with borderline personality disorder in emergency departments. Front psychiatry. 2017;8:136.
6. Lotfi MR, Ahi Q, Safaii I. The Role of Borderline Personality Traits and Rejection Sensitivity in Prediction of Membership in Social Networks J *Health* Psychol. 2018; 11(4): 28-39.
7. Gunderson JG, Hoffman PD. Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families. American Psychiatric Pub; 2007.
8. Boucher MÈ, Pugliese J, Allard-Chapais C, Lecours S, Ahoundova L, Chouinard R, et al. Parent–child relationship associated with the development of borderline personality disorder: a systematic review. Personal. Ment. Health. 2017;11(4):229-55.
9. Vanwoerden S, Kalpakci A, Sharp C. The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. Psychiatr. Res. 2017;257:462-71.
10. Koster N, de Maat DA, Schreur M, van Aken MA. How borderline personality characteristics affect adolescents' life satisfaction: The role of rejection sensitivity and social relations. Eur J Dev Psychol. 2018;15(5):594-607.
11. Imani M, Pourshahbazi M. Prediction of Borderline Personality Disorder Based On Psychological Flexibility Components: Acceptance and Action, Values and Cognitive Defusion. Research in Psychological Health. 2017.10(4): 1-9.
12. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst. Rev. 2012(8).
13. Paris J. Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. Curr. *Psychiatry* Rep. 2010; *12*(1), 56-60.
14. 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. Arch. Gen. *Psychiatry*. 2006;63(7):757-66.
15. MacPherson HA, Cheavens JS, Fristad MA. Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. Clin. Child Fam. Psychol. Rev. 2013;16(1):59-80.
16. Kaess M, Fischer-Waldschmidt G, Resch F, Koenig J. Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? Borderline personality disorder and emotion dysregulation. 2017;4(1):7.
17. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

inpatients. Compr *Psychiatry*. 2001;42(2):144-50.
18. Biskin RS. The lifetime course of borderline personality disorder. Can J *Psychiatry*. 2015;60(7):303-8.
19. Biskin RS. Treatment of borderline personality disorder in youth. J. Can. acad. *child* adolesc. *psychiatry*. 2013;22(3):230.
20. Hunt SM, McKenna SP. Measuring quality of life in psychiatry. Quality of life assessment: Key issues in the 1990s: Springer; 1993. p. 343-54.
21. Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJ. The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. personality disorders. 2008;22(3):259-68.
22. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes: Oxford university press; 2015.
23. Ellwood C. Predictors of quality of life in the systems training for emotional predictability and problem-solving (STEPPS) programme for clients with borderline personality disorder: University of Surrey; 2017.
24. IsHak WW, Elbau I, Ismail A, Delaloye S, Ha K, Bolotaulo NI, et al. Quality of life in borderline personality disorder. Harvard rev psychiat. 2013;21(3):138-50.
25. Oostendorp J, Chakhssi F. Klinische dialectische gedragstherapie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis: effect op klachten, coping, hechting en kwaliteit van leven. Tijdschr Psychiatr. 2017;59(12):750-8.
26. Hagen S, Woods-Giscombe CL, Chung J, Beeber LS. Potential Benefits of Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents Receiving Treatment for Borderline Personality Disorder Traits: Implications for Psychiatric Nurses. Nursing and Health. 2014;2(5):89-99.
27. Katsakou C, Marougka S, Barnicot K, Savill M, White H, Lockwood K, et al. Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. PloS one. 2012;7(5).
28. Linehan M, Dimeff L, Koerner K, Miga E. Research on dialectical behavior therapy: Summary of the data to date. Seattle, WA: Linehan Institute, http://www behavioraltech org. 2014.
29. McFetridge M, Coakes J. The longer-term clinical outcomes of a DBT-informed residential therapeutic community; An evaluation and reunion. therapeutic communities. 2010;31(4):406.
30. Montazeri A, Goshtasb A, Vhdany M. Reliability and validity of such set Farsi questionnaire SF-36. Payesh J. 2005;5(1):49-56.
31. Carter GL, Willcox CH, Lewin TJ, Conrad AM, Bendit N. Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. Aust N Z J *Psychiatry*. 2010;44(2):162-73.
32. Sajadi SF, Riyahi H, Sahraeeyan Z, Sadeghi R, Tajikzadeh F, Mahmoudi T, et al. A Comparative Study of the Prevalence and Intensity of Borderline Personality Features in Male and Female High School Students in Fars Province. Int J School Health. 2015;2(2):e25625.
33. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). Advances in cognitive science. 2004;6(1):10-22.
34. Swales M, Hibbs RA, Bryning L & HastingsRP. Health related quality of life for young people receiving dialectical behaviour therapy (DBT): a routine outcome-monitoring pilot. SpringerPlus. 2016; *5*(1), 1137.
35. Comtois KA, Kerbrat AH, Atkins DC, Harned MS, Elwood L. Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. Psychiatr Serv. 2010;61(11):1106-11.
36. Perseius KI, Andersson E, Åsberg M, Samuelsson M. Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. Scandinavian. J. *Caring* Sci. 2006;20(3):302-7.
37. Miller NE, Magruder KM. Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers: Oxford University Press; 1999.
38. Adler DA, Bungay, K. M., Cynn, D. J., & Kosinski, M. Patient-based health status assessments in an outpatient psychiatry setting. Psychiatr Serv. 2000;51(3):341-8.
39. Priebe S, Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., ... & Zinkler, M. (2012). . Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]

patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. Psychother Psychosom. 2012;81(6):356-65.
40. Shafran R, Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., ... & Salkovskis, P. M. Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. Behav Cogn Psychother. 2009;47(11):902-9.
41. Cramer V, Torgersen, S., & Kringlen, E. . Personality disorders and quality of life. A population study. Compr *Psychiatry*. 2006;47(3):178-84.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.100]