

بررسی تاثیر درگیری خانواده در اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT)
کوتاه مدت بر بهبود نوجوانان دختر دارای علایم اختلال شخصیت مرزی

Investigating the Impacts of Family involvement on the Effectiveness of
Short-term Dialectic Behavioral Therapy (DBT) to improve adolescent
Girls with Borderline Personality Disorder Symptoms

F. Azarfar, Ph.D. Candidate

Department of Psychology, Semnan University

Sh. Makvand.Hosseini, Ph.D.

Department of Psychology, Semnan University

P. Sabahi, Ph.D.

Department of Psychology, Semnan University

فاطمه آذر فر ✉

گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان

دکتر شاهرخ مکوند حسینی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان

دکتر پرویز صباحی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان

دریافت مقاله: ۹۷/۶/۲۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۸/۲/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۸/۲/۲۳

Abstract

The purpose of this study is to investigate the impacts of family involvement in short term Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on female adolescents with borderline personality disorder symptoms. Adolescent girls from the 4th municipal region of Mashhad from 9th to 11th grade in 2017 academic year, about 1458 scales (BPFS-C) were administered and 280 subjects with higher cut-off scores detected. A sample of 46 girls were then selected.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درگیری خانواده در درمان با اجرای گروهی فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) کوتاه مدت به نوجوانان دختر دارای علایم اختلال شخصیت مرزی با حضور و عدم حضور مادران آنها در خلال درمانشان بود. از نوجوانان دختر پایه‌های نهم تا یازدهم ناحیه ۴ مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تعداد ۱۴۵۸ پرسشنامه غربالگری مقیاس هنجار شده ویژگی-های شخصیت مرزی کودکان اجرا شد و تعداد ۲۸۰ نفر با نمرات بالاتر از خط برش تعیین شدند.

✉Corresponding author: Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Semnan University, Semnan, Iran.
Email: shmakvand@semnan.ac.ir

✉نویسنده مسئول: سمنان، مهدیشهر، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی
پست الکترونیکی: shmakvand@semnan.ac.ir

The inclusion criteria were: age range of 16-18, living with family, and agreement of mother for participation in the treatment, and exclusion criteria of other physical and/or psychological disorders were controlled for. Subjects were randomly divided to three groups: 1- Experiment 1 (female adolescents) 2- Experiment 2 (female adolescent + mothers) and 3- Control group. Both experimental groups received DBT for 12 sessions, while control group had no intervention. Three groups completed the BPFS-C at post-test, and follow-up stages. The data analyzed by repeated measure analysis of variance and clinically significance formula. No significant statistical differences were observed for experimental groups. However indices of clinically significant changes were observed for two groups and in the second group with mother participation robust therapeutic effects were detected. The components of emotional instability, identity problems, negative relationships, and self-concept showed considerable changes after DBT intervention. It could be concluded that DBT was effective intervention for adolescent girls with BPD symptoms and mother presence in their therapy could increase the therapeutic effects. Presence of family in the treatment is recommended to clinician in work with BPD adolescents.

Keywords: Family, Dialectical Behavior Therapy, Borderline Personality Disorder, Adolescent Girls.

سپس نمونه‌ای ۴۶ نفره انتخاب شد و معیار های ورود: سن ۱۶ تا ۱۸ سال، زندگی همراه با خانواده، موافقت مادر برای شرکت در درمان و معیار خروج: بیماری جسمی و روانی همبود، کنترل شدند. آزمودنی‌ها به روش تصادفی ساده به سه گروه: ۱- آزمایش یک (دختران نوجوان) ۲- آزمایش دو (دختران نوجوان و مادرانشان) و ۳- گروه کنترل (دختران نوجوان)، تقسیم شدند. هر دو گروه آزمایشی درمان دیالکتیکی را بصورت گروهی در ۱۲ جلسه دریافت کردند اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. مقیاس هنجار شده ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان (BPFS-C) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مجدداً توسط هر سه گروه تکمیل شد. داده‌های بدست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و فرمول معناداری بالینی، تحلیل شدند. تغییرات معنادار آماری برای گروه‌های آزمایش بدست نیامد. با این حال معناداری بالینی در گروه آزمایش یک و دو مشاهده شد و در گروه دوم که دختران نوجوان همراه با مادرانشان فنون درمانی را دریافت می‌کردند تغییرات درمانی برجسته بود. مؤلفه‌های بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات هویت، روابط منفی و خود جرحی تغییر کرده بودند. نتیجه این که درمان دیالکتیکی برای نوجوانان مرزی مفید و تاثیرگذار است و حضور مادران در درمان اثربخشی درمان را در این نوجوانان افزایش می‌دهد و قابل توصیه به متخصصان بالینی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: خانواده، رفتاردرمانی دیالکتیک، اختلال شخصیت مرزی، دختران نوجوان

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (BPD)^۱ یکی از شایع‌ترین انواع اختلالات شخصیت به شمار می‌رود که با همبودی بالای بیماری‌های روانی، کیفیت پایین زندگی، ریسک بالای خودکشی و هزینه‌های بالای اجتماعی همراه است (وینسپر^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). متوسط شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۱/۶ تا ۵/۹ درصد، در محیط‌های مراقبت اولیه ۶ درصد، در جمعیت بالینی تقریباً ۱۰ درصد و در بیماران بستری تقریباً ۲۰

درصد برآورد شده است (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). یکی از علایم اختلال شخصیت مرزی بی‌ثباتی عاطفی است که به حالات ملال دوره‌ای شدید، تحریک‌پذیری یا اضطراب که معمولاً چند ساعت و به ندرت چند روز طول می‌کشد، خشم شدید و نامتناسب یا اختلال در کنترل خشم، اطلاق می‌شود. یکی دیگر از علایم مهم این اختلال مشکلات هویت ذکر می‌شود. اختلال هویت مورد مشاهده در این اختلال به طور معمول به بی‌ثباتی مداوم و بارز خودانگاره یا احساس درباره خویشتن، تفکر پارانوئیدی گذرای مرتبط با استرس یا علائم تجزیه‌ای شدید، اشاره دارد. بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همچنین دارای نشانه بارز روابط منفی است. به عبارت دیگر الگوی روابط بین فردی وی ناپایدار و پرتنش است که با نوسان بین دو قطب آرمانی‌سازی و بی‌ارزش‌سازی مشخص می‌شود. یکی دیگر از علایم بارز این اختلال را می‌توان تکانشگری ذکر کرد. این علامت به رفتارهایی مانند ولخرجی، آمیزش نامناسب جنسی، سوء‌مصرف مواد، رانندگی بی‌پروا، دوره‌های پرخوری و خود جرحی، رفتار و ژست‌ها یا تهدیدات مکرر به اقدام به خودکشی، اطلاق می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

شروع اختلال شخصیت مرزی از اوایل بزرگسالی است، اما تحقیقات معاصر نشان می‌دهند زمانی که ناهنجاری شخصیت (شدت صفت مرتبط با پریشانی بالینی یا اختلال روانی اجتماعی) عمومیت دارد، می‌تواند در اوایل زندگی نیز تشخیص داده شده و به طور مداوم در طول زندگی رشد نماید. این دیدگاه فرصت بهتری برای مداخله بدست می‌دهد و تحقیقات نشان می‌دهد که چنین مداخله‌ای می‌تواند بسیار موثر باشد (نیوتن هاووز، کلارک، چانن^۴، ۲۰۱۵). با وجود توافق عمومی پایدار در خصوص وجود ریشه‌های اختلال در دوران کودکی، بسیاری از درمانگران در تشخیص BPD قبل از سن ۱۸ سالگی تردید داشته و آن را معتبر نمی‌دانند. آنان نگران برجسب زنی بوده و بیان می‌دارند رشد شخصیت هنوز در جریان است، به علاوه بسیاری از جنبه‌های اختلال، مانند بی‌ثباتی عاطفی یا تصویر آشفته از خود، در میان نوجوانان طبیعی می‌باشد. اما با وجود همه تردیدها، شواهد در خصوص تشخیص و درمان اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان در حال افزایش است (کائس، برونر، چانن^۵، ۲۰۱۴). هر چند اختلال شخصیت مرزی نوجوانان در بعضی موارد مانند اختلال شخصیت بزرگسالان می‌باشد، اما در بعضی جنبه‌ها تفاوت‌هایی نیز دارد (فوناگی، همکاران^۶، ۲۰۱۵). نوجوانان با تشخیص اختلال شخصیت مرزی، بیشتر احتمال دارد نشانه‌های حاد و عملی اختلال مانند عود، صدمه به خود و خودکشی، رفتارهای تکانشی و خود آسیب‌رسان، و خشم نامناسب را نشان دهند. در مقابل علائم پایدار مانند هویت آشفته و روابط بی‌ثبات اغلب در بزرگسالان با اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده می‌شود. اگر چه در تحقیقات ترس از رها شدن بیشترین معیار شمول برای نوجوانان بوده است، فقط ۸۵ درصد شانس برای ملاحظه و تشخیص کامل معیارها در بیماران وجود داشت (وستن، دیفایف، مالوان، دیلاو^۷، ۲۰۱۴) که ظرفیت ظهور اختلالات هویت در نوجوانان را ارزیابی می‌کردند به این نتیجه رسیدند که بیشترین جنبه‌های تمیز مرتبط با تشخیص اختلال شخصیت مرزی، احساس پوچی، نوسانات ادراک خود و وابستگی به روابط خاص برای حفظ یک احساس هویت بود (وستن و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین پژوهشی مروری نشان داد که به میزان کافی همبودی میان BPD نوجوانان و بزرگسالان وجود دارد که بتوان BPD نوجوانی را مطرح کرد (شارپ، رومرو^۸، ۲۰۰۷). داده‌ها نشان می‌دهند که یک تا پنج درصد نوجوانان معیارهای BPD را برآورده می‌کنند و شدت اختلال در نوجوانان بیشتر از بزرگسالان است (شارپ و فوناگی^۹،

۲۰۱۵). تحقیقات دیگر نیز ثابت تشخیص ابعادی اختلالات شخصیت بویژه اختلال شخصیت مرزی را از نوجوانی تا بزرگسالی و مفید بودن درمان زودرس آن را تایید کرده اند (کائس و همکاران، ۲۰۱۴). و نشان داده شده است (چانن و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۴) که شیوع، اعتبار و روایی DBT قابل قبول و برابر با مواردی است که در بزرگسالان دیده می‌شود (میلر، راس، لینهان^{۱۱}، ۲۰۰۸). بنابراین، BPD یک تشخیص قابل اعتماد و معتبر در نوجوانی است که با ریسک بالا و عواقب جدی درازمدت شامل اختلالات روحی و روانی و بیماری و مرگ و میر بالا همراه می‌باشد. لذا با توجه به کمبود مطالعات در این گروه مداخلات مبتنی بر شواهد ویژه برای نوجوانان ضروری است. کائس و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی که تاثیر نرخ کیفیت زندگی و استرس روانی را بر ریسک خود آسیبی، روی سه گروه نوجوانان با نشانگان کامل، سطح زیرآستانه، و بدون اختلال شخصیت مرزی بررسی می‌کردند، متوجه شدند که نوجوانان با نشانگان کامل و زیرآستانه که عمدتاً دختر بودند، پس از گذشت یکسال، جزء مراجعه‌کنندگان به کلینیک قرار گرفتند و یافته‌ها حاکی از این بود که سطح زیر آستانه اختلال مرزی در نوجوانان، با اختلالات در کیفیت زندگی و استرس روانی همراه است. این یافته‌ها آگاهی در مورد اهمیت تشخیص زود هنگام را افزایش داده و روایی تشخیص و کاربرد بالینی برش-های موجود را زیر سؤال می‌برد، و از یک برش پایین‌تر تشخیصی برای نوجوانان حمایت می‌کند، تا کسانی را که در معرض خطر هستند را شناسایی کند، ولی با وجود رشد بالای مطالعات در خصوص درمان اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالان، درمان‌های آزمایشی با کیفیت بالا برای جوانان بسیار کم است (بیسکین^{۱۲}، ۲۰۱۳).

تحقیقات مقایسه‌ای نشان داده‌اند از میان انواع درمان‌های معرفی شده برای اختلال شخصیت مرزی، تنها درمان‌هایی براین اختلال تاثیر دارند که ساختار یافته باشند (پاریس^{۱۳}، ۲۰۱۰). رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT)^{۱۴} یکی از درمان‌های ساختاریافته است که توسط مارشا لینهان^{۱۵} ایجاد شده است. و اولین درمان روان‌شناختی است که مورد آزمایش کلینیکی واقع شده است. این درمان اصول رفتاردرمانی‌شناختی را با روش‌های مشترک دیگر رویکردها تلفیق و برای کاهش بدتنظیمی هیجانی بیماران مرزی و رفتارهای تکانشی آنان بکار برده است (پاریس، ۲۰۱۰). لینهان و همکاران (لینهان^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۶) آزمایش کنترل شده تصادفی را برای افراد مرزی با اقدام به خودکشی با ۲ سال پیگیری بکار بردند و نتیجه گرفتند که این درمان در کاهش اقدام به خودکشی، طول مدت بستری شدن برای اقدام به خودکشی، کاهش خطر دارویی و کاهش افت درمان موثر بوده است. رفتاردرمانی دیالکتیک استاندارد، پنج عملکرد: ۱- افزایش توانایی‌های رفتاری، ۲- افزایش انگیزه برای رفتارهای ماهرانه (از طریق مدیریت احتمال وقوع و کاهش دخالت افکار و هیجانات)، ۳- اطمینان از تعمیم منافع به محیط طبیعی فرد، ۴- ساختارمند کردن محیط درمان به گونه‌ای که رفتارهای کارآمد را تشویق کند (نه رفتارهای ناکارآمد را) و ۵- افزایش توانایی و انگیزه درمانگر برای درمان موثر بیماران را دنبال می‌کند (لینهان و همکاران، ۲۰۰۶).

تاثیرات مثبت رفتار درمانی دیالکتیک موجب شد محققان اقدام به تطبیق DBT برای نوجوانان نمایند. مبانی نظری DBT پیشنهاد می‌کند که این درمان احتمالاً برای نوجوانان مفید است. راهنمای DBT نوجوانان همان ساختار اصلی DBT استاندارد، به‌علاوه هفت تطبیق برای نوجوانان، از جمله شرکت دادن اعضای خانواده (معمولاً والدین) در جلسات مهارت‌آموزی و کوتاه‌تر کردن طول درمان را پی می‌گیرد

(مکفرسون، چاونز، فریستد^{۱۷}، ۲۰۱۳). تحقیقات نقش مرکزی ارتباطات والد- فرزند را در ایجاد و ابقای BPD ثابت کرده‌اند (ونوردن، کالپکسی، شارپ^{۱۸}، ۲۰۱۷). والدین به واسطه نقش خود تأثیر مستقیم و دراز مدت بر روی سلامت فرزندان نشان دارند (میلر^{۱۹}، ۲۰۱۳). کمبود مراقبت‌های والدینی و نشانگان روان‌پریشی در والدین، با اختلال شخصیت مرزی نوجوانان ارتباط دارد (اینفورنا و همکاران^{۲۰}، ۲۰۱۶). از این رو فواید متعددی برای شرکت دادن والدین در جلسات مهارت‌آموزی بیان شده است: ۱- آن‌ها می‌توانند مهارت‌ها را بیاموزند و خود از آنها استفاده کنند. ۲- می‌توانند الگو و مربی نوجوانان خود باشند. ۳- می‌توانند نوجوانان را به استفاده از مهارت‌ها، در خارج از درمان تشویق نمایند. ۴- می‌توانند با پذیرش مهارت‌ها به طور موثرتری پاسخگوی نیازهای فرزندان نشان باشند و در مشکلات به آن‌ها کمک کنند (پاول^{۲۱}، ۲۰۱۴).

چندین دلیل دیگر نیز برای مورد توجه قراردادن محیط خانواده در تکمیل رفتاردرمانی دیالکتیک وجود دارد (فروزی، سنتیسته‌بان، هوفمن^{۲۲}، ۲۰۰۷) که عبارتند از: اولاً پیشینه قابل اعتمادی در حمایت از تکمیل کردن درمان‌های فردی برای آسیب‌شناسی شدید با مداخله خانواده وجود دارد (فروزی، ۱۹۹۶؛ فروزی و بولانگر^{۲۳}، ۲۰۰۵)، دوم اینکه مدل زیستی اجتماعی، نقش مرکزی برای محیط خانوادگی و اجتماعی، در توسعه، ابقاء، عود و یا بازسازی مشکلات مرتبط با اختلال تنظیم هیجانی شدید یا مزمن، قائل است (فروزی و فروزی^{۲۴}، ۲۰۰۳؛ فروزی، شنک، هوفمن^{۲۵}، ۲۰۰۵)، و بالاخره سوم این که داده‌ها پیشنهاد می‌کنند همان گونه که دیگر مداخلات خانوادگی در تکمیل رفتاردرمانی دیالکتیک فردی استفاده می‌شوند، مانند (سنتیسته‌بان و همکاران^{۲۶}، ۲۰۰۳)، نتایج رفتار درمانی دیالکتیکی خانواده نیز کاملاً امیدوارکننده می‌باشد (هوفمن و همکاران^{۲۷}، ۲۰۰۵). اما مطالعات در خصوص ارزیابی درگیری والدین در مهارت‌های DBT معدود می‌باشد (پاول، ۲۰۱۴).

به این جهت با توجه به کمبود مطالعات در خصوص درمان پیشگیرانه اختلال شخصیت مرزی از نوجوانی و همچنین کمبود مطالعات در خصوص نتایج درگیری والدین، و تأثیرات درمان‌های کوتاه‌مدت DBT بر اختلال شخصیت مرزی، این پژوهش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را بر نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی با حضور و عدم حضور والدین آن‌ها (مادران) در جلسات درمانی کوتاه‌مدت مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین تأثیرات درمان را بر ویژگی‌های اصلی بیماری شامل بی‌ثباتی عاطفی - مشکلات هویت - روابط ناپایدار و خود جرحی در گروه‌ها مورد مقایسه و ارزیابی قرار می‌دهد.

روش پژوهش

از آن‌جا که هدف تحقیق بررسی تأثیر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک کوتاه‌مدت بر نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی با حضور و عدم حضور مادران در خلال درمان بود، از طرح تحقیق نیمه آزمایشی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد.

نمونه پژوهش شامل ۴۶ نوجوان ۱۶ تا ۱۸ ساله دارای علایم اختلال شخصیت مرزی شاغل به تحصیل در مقطع متوسطه آموزش و پرورش مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. فرآیند انتخاب نمونه به این صورت بود که ابتدا ۱۴۵۸ دانش‌آموز دختر (پایه‌های نهم تا یازدهم) ناحیه ۴ آموزش و پرورش مقیاس هنجار شده ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان (BPFS-C)^{۲۸} را به‌منظور غربالگری تکمیل کردند. از آن میان ۲۸۳

نوجوان نمرات بالاتر از خط برش (نمره ۶۶ به بالا) داشتند. با تمامی افراد تماس گرفته شد و از آنان برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. پس از اجرای مصاحبه بالینی^{۲۹} با دانش‌آموزان و مادرانشان و بررسی معیارهای ورود: سن ۱۶ تا ۱۸ سال، زندگی همراه با خانواده، موافقت مادر برای شرکت در درمان و معیار خروج: بیماری جسمی و روانی همبود، در نهایت ۴۶ نفر حاضر به همکاری در طرح شدند.

پس از اخذ رضایت‌نامه، این تعداد افراد بر اساس سطح نمرات و به تصادف بین سه گروه مساوی آزمایش ۱ (فقط دختران)، آزمایش ۲ (دختران به همراه مادرانشان) و گروه کنترل تقسیم شدند. علیرغم موافقت اولیه مادران برای شرکت در پژوهش در گروه دوم تنها ۶ مادر تا آخر درمان باقی ماندند، و بقیه بدلیل مشغله‌های دیگر تنها در جلسات اندکی حضور یافتند، اما حضور دختران در گروه دوم کامل بود. ویژگی‌های جمعیتی-شناختی گروه‌ها بدین شرح بدست آمد: میانگین و انحراف استاندارد سن دختران به ترتیب در گروه آزمایش اول: (۱۵/۸۸ و ۰/۷۸)، در گروه آزمایش دوم: (۱۶/۳۳ و ۰/۸۱) و در گروه کنترل: (۱۶/۵ و ۱/۰۶) محاسبه شد. میانگین و انحراف استاندارد سن مادران نیز به ترتیب: (۴۰/۳۷ و ۵/۳۷) بدست آمد. فراوانی افراد نمونه در پایه‌های نهم تا یازدهم در گروه آزمایش یک به ترتیب: (۷، ۶ و ۵ نفر)، در گروه آزمایش دوم: (۱، ۲ و ۳ نفر) و در گروه کنترل: (۴، ۸ و ۶ نفر) بود.

گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ تحت درمان با برنامه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکرد. همگی افراد گروه‌های آزمایش ۱ و کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) تا آخر درمان باقی ماندند، اما از گروه آزمایش دوم تنها ۶ نفر از مادران تا آخر جلسات درمانی به همراه نوجوانانشان درمان را ادامه دادند.

برنامه درمان ۱۲ جلسه دو ساعته، هفته‌ای سه بار (یک روز در میان) توسط محقق (که آموزش لازم برای اجرای درمان زیر نظر اساتید دانشگاه سمنان و از طریق کارگاه‌های مجازی و فیلم‌های آموزشی دیده بود) در یک مطب تخصصی روان‌شناسی بر اساس راهنمای درمان^{۳۰} (لینهان، ۲۰۱۴) به شرح زیر اجرا شد:

جدول ۱: برنامه اجرایی درمان

جلسات	مهارت	محتوای اجرا شده
اول	معرفی رفتار درمانی دیالکتیک	قوانین گروه- معرفی ساختار گروه- معرفی رفتاردرمانی دیالکتیک- تمرین دیالکتیک بودن و معتبر سازی
دوم	آموزش سه حالت ذهن و مهارت‌های آن	بررسی تکالیف جلسه قبل و مرور آموزش‌ها- آموزش سه وضعیت ذهن (ذهن هیجانی ^{۳۱} ، ذهن منطقی ^{۳۲} ، ذهن خردمند ^{۳۳}) - آموزش مهارت‌های 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	مهارت‌های پیشرفته ذهن آگاهی ^{۳۴}	بررسی تکالیف و مرور آموزش‌ها- تعریف ذهن آگاهی- مهارت‌های اساسی ذهن آگاهی (مشاهده- توصیف- مشارکت) و تمرین‌های 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- مهارت‌های چه و چگونه- موضع بدون قضاوت و..
چهارم	مهارت تحمل آشفتگی ^{۳۵}	بررسی تکالیف و مرور آموزش‌های قبل- مهارت‌های تحمل آشفتگی شامل: پذیرش بنیادین و روش‌های آن (امتناع از سماجت- خودگویی مقابله‌ای- رها کردن بدن حین تنفس- تمرین

ادامه جدول ۱

نیم لبخند) مهارت توجه برگردانی و روش‌های آن (توجه برگردانی از رویداد آسیب‌زا، انجام فعالیت لذت بخش، ترک موقعیت، فکر کردن به رویدادهای خوشایند و...)		
ادامه مهارت‌های تحمل آشفتگی شامل مهارت‌های دوام آوردن تا پس از بحران (انحراف فکر- خود تسکینی- بهبود لحظه حال- بررسی مزایا و معایب)	مهارت تحمل آشفتگی ۲	پنجم
ادامه مهارت‌های تحمل آشفتگی شامل: پذیرش با تغییر مسیر ذهن- پذیرش واقعیت با جسم خود- تحلیل زنجیره‌های رفتار- حل مشکل	مهارت تحمل آشفتگی ۳	ششم
عوامل موثر در سخت شدن تنظیم هیجان- اهداف تنظیم هیجان- باورهای غلط در مورد هیجانات- فواید هیجانات- تفاوت بین هیجان، فکر، رفتار و رویداد- مدل توصیف هیجانات- شناخت هشت هیجان اصلی (خشم، غم و اندوه، شادی، ترس، نفرت، گناه یا شرم، علاقه، تعجب)	مهارت تنظیم هیجان ۱ ^{۲۶}	هفتم
ادامه شناخت هیجانات اصلی- تکنیک‌های تنظیم هیجان (بررسی حقایق- تکنیک اقدام مخالف برای هر یک از هیجانات و حل مسئله- ایجاد تجربه‌های هیجانی مثبت- ایجاد تسلط- زندگی با ارزش)	مهارت تنظیم هیجان ۲	هشتم
مدیریت هیجان‌های واقعاً دشوار (توجه آگاهانه به هیجانات و رها کردن رنج هیجانی- مدیریت هیجانات شدید- مشکل‌یابی مهارت‌های تنظیم هیجان)	مهارت تنظیم هیجان ۳	نهم
شناسایی سبک‌های ارتباطی خود (منفعلانه- پرخاشگرانه- قاطعانه) تناسب بین خواسته‌های من و آنان- عوامل تأثیرگذار در راه اثر بخشی میان فردی مهارت‌های بدست آوردن چیزی که می‌خواهید (توصیف، ابراز کردن، اظهار نظر قطعی، تقویت کردن)	ارتباط موثر ۱ ^{۲۷}	دهم
مهارت‌های کسب و نگهداری ارتباط خوب (راه‌نما برای ارتباط اثربخش- عواملی که اثربخشی میان فردی را کاهش می‌دهد، مهارت‌های حفظ و بهبود عزت‌نفس و دوست داشتن خود	ارتباط موثر ۲	یازدهم
بیان موثر هیجانات- دستورالعمل برای اشتراک و گوش دادن- مهارت‌های اضافه برای حل تعارضات با دیگران- مهارت نه گفتن و روش‌های آن	ارتباط موثر ۳	دوازدهم

برای دو گروه آزمایش امکان استفاده از مشاوره تلفنی و فردی فراهم بود، اما فقط سه نفر از این امکان استفاده کردند. در انتهای آخرین جلسه از تمامی گروه‌ها پس از آزمون به عمل آمد. همچنین نتایج پس از ۴ ماه مجدد پیگیری شد و داده‌های بدست آمده توسط نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج و یافته‌ها

داده‌ها با روش اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. آزمون ام‌باکس، برابری ماتریس کوواریانس‌ها را در گروه‌ها برای اختلال شخصیت مرزی ($F= ۰/۵۸$ ، $p>۰/۸۵$) نشان می‌دهد. با مراجعه به جدول ۲ پیش‌فرض آزمون مدنظر احراز می‌شود. در جدول ۳ یافته‌های توصیفی و در جدول ۴ نتایج آزمون چندمتغیره در رابطه با متغیر اختلال شخصیت مرزی آمده است.

جدول ۲: آزمون ام باکس

۸/۶۷	ام باکس
۰/۵۸	F
۱۲	Df1
۱۱۴۹/۲	Df2
۰/۸۵	Sig

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد اختلال شخصیت مرزی

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش ۱	۷۵/۱۰	۶/۷۰	۶۴/۴۰	۱۷/۳۰	۵۸/۶۰	۱۱/۱۴
گروه آزمایش ۲	۸۰/۰۰	۶/۸۴	۵۱/۵۰	۲۰/۹۴	۶۵/۸۳	۱۷/۱۲
گروه کنترل	۷۵/۶۶	۶/۹۷	۶۹/۰۲	۱۲/۴۱	۶۲/۹۰	۱۴/۶۳
کل	۷۶/۲۶	۶/۸۹	۶۴/۵۷	۱۶/۴۱	۶۲/۱۵	۱۳/۹۷

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بی‌ثباتی عاطفی	آزمایش یک	۱۹/۳	۲/۶۲	۱۵/۶	۳/۴۷	۱۵/۷	۳/۰۹
	آزمایش دو	۲۰/۱۶	۱/۴۷	۱۱/۳۳	۴/۱۳	۱۴/۸۳	۵/۱۱
	کنترل	۱۹/۵	۲/۸۱	۱۶/۸	۳/۵۴	۱۶/۲۷	۳/۴۹
مشکلات هویت	آزمایش یک	۱۹/۵	۳/۲۷	۱۵/۳	۵/۰۵	۱۴	۳/۲۳
	آزمایش دو	۱۹	۱/۷۸	۱۲/۶۶	۶/۸۳	۱۶/۵	۶/۱۵
	کنترل	۱۹/۷۲	۲/۹	۱۵/۹	۳/۶	۱۵/۹	۴/۰۶
روابط منفی	آزمایش یک	۱۸/۱	۲/۶	۱۷/۷	۵/۳۱	۱۵	۳/۲۶
	آزمایش دو	۲۰/۸۳	۳/۶۵	۱۲/۸۳	۵/۱۵	۱۵/۵	۱/۷۶
	کنترل	۱۷/۴۴	۳/۲۹	۱۷/۹	۳/۱۴	۱۴/۳۶	۳/۴۱
خودجرحی	آزمایش یک	۱۸/۲	۱/۹۸	۱۵/۸	۵/۱۵	۱۳/۹	۴/۵۵
	آزمایش دو	۲۰	۴/۳۸	۱۴/۶۶	۶/۰۲	۱۹	۵/۴۴
	کنترل	۱۹	۳/۷۸	۱۸/۴۲	۳/۳۹	۱۶/۳۶	۴/۶۵

جدول ۵ نشان می‌دهد که تغییرات صورت گرفته در متغیر اختلال شخصیت مرزی طی مراحل سه‌گانه تحقیق معنادار بوده است ($F=12/87, p<0/001$) و این تغییرات با تعامل تغییرات در سه گروه پژوهش نیز همچنان معنادار می‌باشد ($F=4/19, p<0/008$). به منظور سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها به عنوان پیش‌فرض استفاده از آزمون اثر بین‌آزمودنی، از آزمون لون استفاده شد که در جدول ۶ نتایج ارائه شده است. با توجه به یافته‌های فوق نتیجه گرفته می‌شود که در تمامی مراحل آزمون تفاوت معناداری میان واریانس خطای متغیرها وجود نداشته و می‌توان این پیش‌فرض را احراز شده در نظر گرفت.

جدول ۵: آزمون‌های چندمتغیره در رابطه با متغیر اختلال شخصیت مرزی

متغیر	اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	sig	مجذور اتا
زمان	اثر پیلای	۰/۴۶	۱۲/۸۷	۲	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶
گروه * زمان	اثر پیلای	۰/۳۹	۴/۱۹	۴	۶۲	۰/۰۰۸	۰/۱۹

جدول ۶: آزمون لون جهت متغیر اختلال شخصیت مرزی

مرحله	F	Df1	Df2	Sig
پیش‌آزمون	۰/۰۱	۲	۳۱	۰/۹۸
پس‌آزمون	۳/۰۴	۲	۳۱	۰/۰۶
پیگیری	۰/۶۹	۲	۳۱	۰/۵۰

جدول ۷: آزمون اثر بین آزمودنی‌ها جهت متغیر اختلال شخصیت مرزی

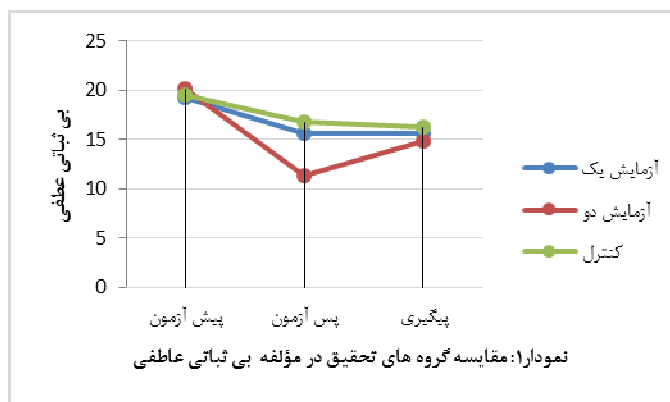
منبع	جمع مجدورات	df	مجدور میانگین	F	Sig	مجدور اتا
جداگانه	۳۷۶۱۸۶/۳	۱	۳۷۶۱۸۶/۳	۱۳۴۸/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷
گروه	۲۷۱/۱	۲	۱۳۵/۵۵	۰/۴۸	۰/۶۲	۰/۰۳
خطا	۸۶۴۹/۰۶	۳۱	۲۷۹/۰۱			

همچنین وضعیت تقابلی میان متغیرهای درون‌آزمودنی در جدول ۷ مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان مراحل آزمون ایجاد شده است ($F=۱۳۴۸/۳۲$, $p<۰/۰۰۱$) ولی این تفاوت میان گروه‌های آزمایش و گروه کنترل مشهود نیست ($F=۰/۴۸$, $p<۰/۶۲$). مقایسه جفتی گروه‌ها در مراحل آزمون مورد بررسی بیشتر قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۸ آمده است.

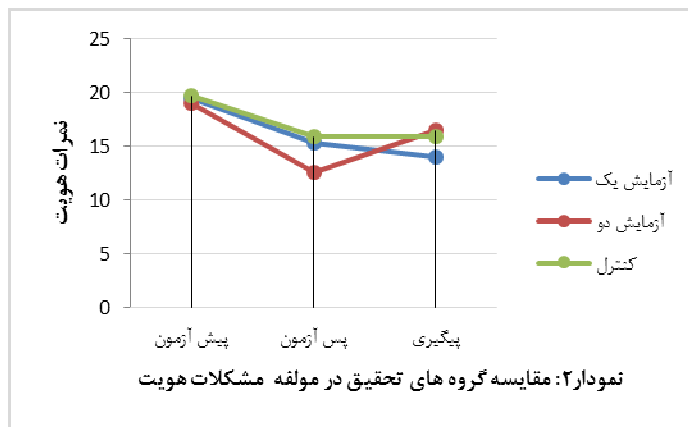
جدول ۸: مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش

گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین	خطای معیار	sig
آزمایش یک	آزمایش دو	۱۵/۲۸	۳/۱۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۴۷	۲/۹۱	۰/۰۰۱
آزمایش دو	کنترل	-۰/۸۰	۱/۹۹	۱/۰۰

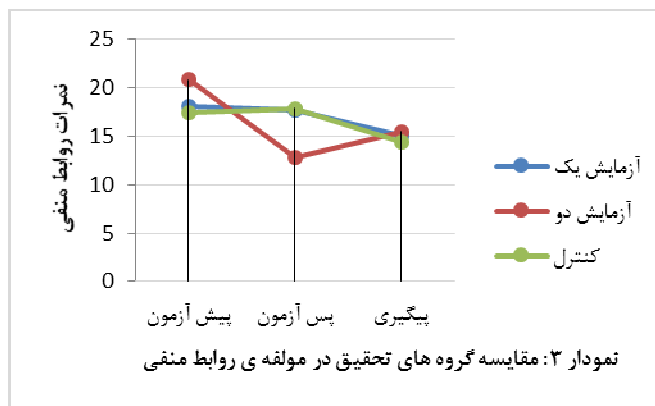
نتایج نشان می‌دهد که تفاوت اثر درمان میان گروه‌های آزمایش ۱ با گروه‌های آزمایش ۲ و کنترل زیاد و معنادار بوده است ($p>۰/۰۰۱$). اما تفاوت اثر میان گروه آزمایش ۲ با گروه کنترل معنادار نمی‌باشد ($p<۱/۰۰$). برای بررسی جهت این تفاوت‌ها به بررسی مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های تحقیق می‌پردازیم: بررسی میانگین گروه‌های تحقیق در مؤلفه بی‌ثباتی عاطفی نشان داد که: در گروه آزمایش ۱ (دختران نوجوان بدون حضور مادرانشان) میانگین حدوداً چهار نمره‌ای نسبت به مرحله قبل از درمان تفاوت نشان داده است و این تفاوت در مرحله پی‌گیری نیز پایدار باقی مانده است، هر چند این میزان تغییرات از لحاظ بالینی معنادار نمی‌باشد ($۱۷/۱۹<۲۵$ درصد رشد).



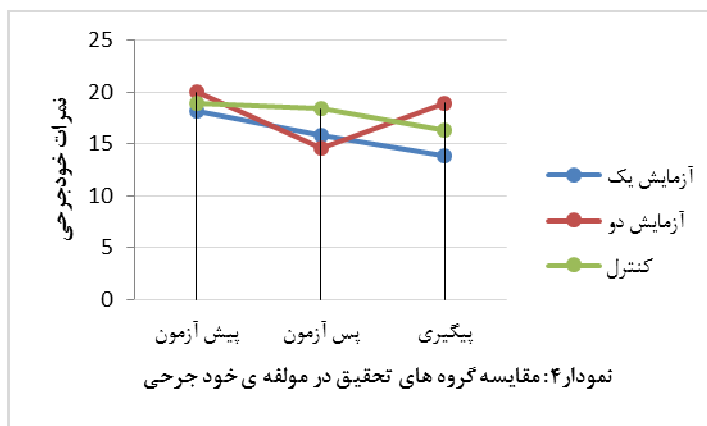
اما در گروه آزمایش ۲ که همراه با مادرانشان فنون درمانی را دریافت کرده بودند، یک کاهش میانگین بارز ۹ نمره‌ای نسبت به مرحله قبل از درمان روی داده است که از لحاظ بالینی دارای معناداری بالا می‌باشد ($93/77 > 25$ درصد رشد)، اگر چه در مرحله پی‌گیری ۳ نمره بازگشت نشان داده شده است، اما در مجموع می‌توان گفت اثرات درمان حفظ شده و از لحاظ بالینی دارای معناداری متوسط است ($43/26 > 25$ درصد رشد) و این امر نشان‌دهنده اثر حضور مادران در جلسات درمان می‌باشد. تفاوت میانگین گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش حدود دو نمره‌ای بوده است ($13/84 < 25$) که در مرحله پی‌گیری نیز این مقدار تقریباً ثابت مانده است ($16/56 < 25$) که نشان می‌دهد تفاوت میانگین‌ها از لحاظ بالینی معنادار نمی‌باشد.



در گروه آزمایش ۱ (دختران نوجوان بدون حضور مادرانشان) در مرحله پس از درمان تفاوت میانگین حدوداً چهار نمره‌ای نسبت به مرحله قبل از درمان ایجاد شده است ($21/53 < 25$ درصد رشد). این تفاوت دارای بازگشت ۱ نمره‌ای در مرحله پی‌گیری بوده است ($23/76 < 25$ درصد رشد)، با این وجود این میزان تغییرات از لحاظ بالینی معنادار نمی‌باشد. در گروه آزمایش ۲ که همراه با مادرانشان فنون درمانی را دریافت کردند، یک کاهش میانگین $6/34$ نمره‌ای نسبت به مرحله قبل از درمان روی داده است که از لحاظ بالینی دارای معناداری متوسط است ($33/36 > 25$ درصد رشد) و این امر نشان‌دهنده اثر متوسط حضور مادران در جلسات درمان می‌باشد، هر چند این اثر پایدار نبوده و در مرحله پی‌گیری $3/84$ نمره بازگشت داشته و معناداری خود را از دست داده است ($12/82 < 25$ درصد رشد). تفاوت میانگین گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش 3.82 نمره‌ای بوده است ($19/37 < 25$) که در مرحله پی‌گیری نیز این مقدار ثابت مانده است ($19/37 < 25$) که نشان می‌دهد تفاوت‌ها از لحاظ بالینی معنادار نمی‌باشد.



در گروه آزمایش ۱ (دختران نوجوان بدون حضور مادرانشان) در مرحله پس از درمان تفاوت میانگین بسیار جزئی ۰/۴ نسبت به مرحله قبل از درمان ایجاد شده است ($25 < 2/20$ درصد رشد)، که معنادار نمی باشد اما این تفاوت در مرحله پیگیری افزایش یافته و به $6/9$ رسیده ($25 < 38/12$ درصد رشد) و از لحاظ بالینی به طور متوسط معنادار شده است. در گروه آزمایش ۲ که همراه با مادرانشان فنون درمانی را دریافت کردند، یک کاهش میانگین ۸ نمره ای نسبت به مرحله قبل از درمان روی داده است که از لحاظ بالینی به صورت متوسط معنادار است ($25 < 38/40$ درصد رشد) و این امر نشان دهنده اثر متوسط حضور مادران در جلسات درمان می باشد، اگر چه در مرحله پیگیری $2/67$ نمره بازگشت داشته و معناداری آن بسیار جزئی شده است ($25 < 25/58$ درصد رشد). تفاوت میانگین گروه کنترل در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش $2/46$ نمره ای بوده است ($25 < 14/10$) که در مرحله پیگیری این تفاوت به $3/08$ رسیده است ($25 < 17/66$) که نشان می دهد تفاوتها از لحاظ بالینی معنادار نمی باشد.



در گروه آزمایش ۱ (دختران نوجوان بدون حضور مادرانشان) در مرحله پس از درمان تفاوت میانگین $2/4$ نسب به مرحله قبل از درمان ایجاد شده است ($25 < 13/18$ درصد رشد)، که معنادار نمی باشد. این تفاوت در مرحله پیگیری افزایش یافته و به $4/3$ رسیده ($25 < 23/62$ درصد رشد) که باز هم از لحاظ بالینی معنادار نمی

باشد. در گروه آزمایش ۲ که همراه با مادرانشان فنون درمانی را دریافت کردند، یک کاهش میانگین ۵/۳۴ نمره‌ای نسبت به مرحله قبل از درمان روی داده است که از لحاظ بالینی دارای معناداری کم است ($26/7 > 25$) درصد رشد) و این امر نشان‌دهنده اثر کم حضور مادران در جلسات درمان می‌باشد، اگر چه در مرحله پیگیری ۴/۳۴ نمره بازگشت داشته و معناداری خود را از دست داده است ($5 < 25$) درصد رشد). تفاوت میانگین گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش جزئی ۰,۵۸ نمره‌ای بوده است ($3/05 < 25$) که در مرحله پیگیری این تفاوت به ۲/۶۴ رسیده است ($13/89 < 25$) که نشان می‌دهد تفاوت‌ها از لحاظ بالینی معنادار نمی‌باشد. اثر تعاملی متغیرها و تفاوت آن‌ها طی مراحل درمان در مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی نیز بررسی شد.

جدول ۹: آزمون اثرات چندمتغیری (اثر پیلای) برای مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی

مجدور اتا	Sig.	Df2	Df1	F	ارزش	اثر
۰/۹۸	۰/۰۰۱	۲۸	۴	۳۴۱/۸۷	۰/۹۸	جداگانه
۰/۱۹	۰/۱	۵۸	۸	۱/۷۵	۰/۳۹	گروه
۰/۷۵	۰/۰۰۱	۲۴	۸	۹/۱۳	۰/۷۵	زمان
۰/۳	۰/۲	۵۰	۱۶	۱/۳۵	۰/۶	زمان * گروه

نتایج نشان می‌دهد که تغییرات صورت گرفته در طی مراحل درمان در تمامی مؤلفه‌ها دارای تغییرات معناداری هستند ($F=341/87, p < 0/001$) که این تغییرات در طی مراحل پژوهش نیز معنادار بوده است ($F=9/13, p < 0/001$)، اما این تغییرات در بین گروه‌های پژوهش معنادار نشده است ($F=1/75, p < 0/1$)، و نیز اثر تعاملی زمان و گروه‌ها نیز تغییرات معناداری را نشان نمی‌دهد ($F=1/35, p < 0/2$). نتایج در راستای نتایج قبلی نشان می‌دهد که در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها تغییری نسبت به دیگر گروه‌ها ایجاد نشده است.

جدول ۱۰: آزمون اثر بین آزمودنی‌ها جهت مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی

منبع	متغیر	جمع مجذورات	df	مجدور میانگین	F	sig	مجدور اتا
جداگانه	بی‌ثباتی	۲۳۱۲۲/۸۲	۱	۲۳۱۲۲/۸۲	۱۱۶۰/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	هویت	۲۲۸۱۲/۰۵	۱	۲۲۸۱۲/۰۵	۱۰۳۲/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	روابط	۲۳۱۷۵/۰۳	۱	۲۳۱۷۵/۰۳	۱۱۰۰/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	خودزنی	۲۴۹۶۶/۶۲	۱	۲۴۹۶۶/۶۲	۸۲۶/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶
گروه	بی‌ثباتی	۵۸/۷۹	۲	۲۹/۳۹	۱/۴۷	۰/۲۴	۰/۰۸
	هویت	۲۵/۳۸	۲	۱۲/۶۹	۰/۵۷	۰/۵۶	۰/۰۳
	روابط	۳/۹۸	۲	۱/۹۹	۰/۰۹	۰/۹۱	۰/۰۰۶
	خودزنی	۸۰/۷۱	۲	۴۰/۳۵	۱/۳۳	۰/۲۷	۰/۰۷
خطا	بی‌ثباتی	۶۱۷/۷	۳۱	۱۹/۹۲			
	هویت	۶۸۴/۶۳	۳۱	۲۲/۰۸			
	روابط	۶۵۲/۹۵	۳۱	۲۱/۰۶			
	خودزنی	۹۳۶/۱۶	۳۱	۳۰/۱۹			

بحث و تفسیر

همان‌طور که نتایج پژوهش نشان داد، اثرات معنادار آماری برای متغیرهای پژوهش به‌دست نیامد. با این حال تغییراتی در میانگین گروه آزمایش یک و دو پس از مداخلات درمانی دیالکتیکی مشاهده شد و در گروه دوم که دختران نوجوان همراه با مادرانشان فنون درمانی را دریافت می‌کردند تغییرات درمانی بسیار برجسته تر و از لحاظ بالینی معنادار بود. بررسی دقیق‌تر نشانگر این بود که کاهش میانگین در همه مؤلفه‌های گروه آزمایش ۲ (دختران نوجوان به همراه مادرانشان) به یک نسبت رخ نداده است. این یافته همسو با دیگر تحقیقات نشان می‌دهد که هر چند تحقیقات متعدد فوائد و اثر DBT بر اختلال شخصیت مرزی و مؤلفه‌های آن را تایید کرده است (استندروپ و چاخی^{۳۸}؛ ۲۰۱۷؛ سوئلز، هیبز، براینینگ، هاستینگز^{۳۹}، ۲۰۱۶؛ هاگا، ایز، گروهالت، تورمن، ملوم^{۴۰}؛ ۲۰۱۴؛ استپ، اپلر، جانگ و ترول^{۴۱}، ۲۰۰۸). اما اثرگذاری درمان بر همه مؤلفه‌های اختلال یکسان نیست (استپ و همکاران، ۲۰۰۸؛ وندن بوش، سیناوی، هاگارت و نروجن، ونفورت^{۴۲}، ۲۰۱۴)، که در ادامه به آن می‌پردازیم:

اول این‌که، نتایج این تحقیق نشان داد که آموزش دختران نوجوان مرزی و مادرانشان همراه با هم می‌تواند بی‌ثباتی عاطفی را تا حد بسیار بالایی در دختران نوجوانان بهبود بخشد ($93.77 > 75$ درصد رشد) و با گذشت زمان نیز تغییرات درمانی تا حد متوسطی ($43.26 > 25$ درصد رشد) حفظ می‌شود. این نتایج همسو با پژوهش استپ و همکاران (۲۰۰۸) است که نشان دادند با وجودی که DBT در همه جنبه‌های اختلال شخصیت مرزی بهبود و اثر معنادار ایجاد کرده است اما در مؤلفه بی‌ثباتی عاطفی بهبود قابل توجه رخ داده است. ممکن است حضور دختران در کنار مادرانشان در خلال درمان، اثربخشی فنون درمان را بیافزاید یا اینکه مادران را در پرهیز از ایجاد محیط‌های بی‌اعتبارساز هیجانی ماهرتر سازد.

دوم این‌که، هرچند تحقیقات تاثیر DBT بر بهبود مشکلات هویت (استپ و همکاران، ۲۰۰۸)، اعتماد به نفس و به تبع آن هویت (روپکی و همکاران^{۴۳}، ۲۰۱۱) را نشان داده است، اما نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اجرای این آموزش‌ها به مادران و دختران مشکلات هویت را در نوجوانان به میزان کمی بهبود می‌بخشد ($33.36 > 25$ درصد رشد) و با گذر زمان منافع درمانی حاصل شده افت می‌کند ($12.82 < 25$ درصد رشد). این امر همسو با پژوهش ین، جوهانسون، کاستلو، سیمپسون^{۴۴} (۲۰۰۹) است که هنگام بررسی اثر برنامه پنج روزه DBT بر روی زنان دارای اختلال شخصیت مرزی بستری در بیمارستان، بهبود کمی در زمینه مشکلات هویت مشاهده کردند.

سوم اینکه، بهبود روابط منفی تنها در بلند مدت بدنبال آموزش‌ها به نوجوانان بدون مادرانشان ($38.12 > 25$ درصد رشد) قابل انتظار است، در حالیکه همین آموزش‌ها به همراه مادران در کوتاه مدت تغییرات درمانی هرچند اندک در بر خواهد داشت ($38.40 > 25$ درصد رشد) که با گذشت زمان حفظ می‌شود ($25 > 25/58$ درصد رشد). این نتیجه در مغایرت با پژوهش وندن بوش و همکاران (۲۰۱۴) است که نشان دادند شدت اختلال شخصیت مرزی در درمان کوتاه‌مدت DBT، بویژه در مشکلات ارتباطی کاهش معنادار یافته است.

چهارم این‌که، هر چند که DBT در ابتدا برای درمان خودکشی مزمن در بزرگسالان تدوین و ایجاد شد و پژوهش‌های زیادی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک را در کاهش رفتارهای خودکشی و خود آسیب‌رسان را

نشان داده‌اند (لینهان و همکاران، ۲۰۰۶؛ مکفرسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ جرمن و همکاران^{۴۵}، ۲۰۱۵؛ فلیسچاگر و همکاران^{۴۶}، ۲۰۱۱؛ روزنفیلد و همکاران^{۴۷}، ۲۰۰۷؛ فلیسچاگر، مونز، بوم، سیکس‌تی، اسپالز^{۴۸}، ۲۰۰۶)، اما نتایج تحقیق حاضر بهبود ناچیزی در علامت خودجرحی بدنبال آموزش دختران تنها ($25 < 62/$ ۲۳ درصد رشد) در برداشت. آموزش دختران همراه با مادرانشان نیز در همین مؤلفه تغییرات درمانی کمی ایجاد کرد ($25 > 26/7 > 25$ درصد رشد) که با گذشت زمان ماندگار نبود ($25 < 5$ درصد رشد). این امر در مغایرت با پژوهش لینهان و همکاران (۲۰۰۶) است که به مدت دو سال DBT را برای رفتارهای خودکشی و اختلال شخصیت مرزی بررسی می‌کردند و نشان دادند که تنها نیمی از کسانی که این درمان را دریافت می‌کنند احتمال دارد تلاش برای خودکشی داشته باشند و کمتر برای افکار خودکشی بستری می‌شوند و در پژوهش فلیسچاگر و همکاران (۲۰۱۱) نیز که برنامه DBT ویژه نوجوانان را اجرا می‌کردند، در طی درمان رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی به طور قابل توجهی کاهش یافت. در بررسی یافته‌های به‌دست آمده چند توجیه می‌توان تصور کرد: اول این که تصور می‌شود یکی از دلایل احتمالی نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر، کوتاهی مدت درمان و عدم فرصت برای تمرین کافی مهارت‌ها بوده باشد، زیرا در پژوهش وندن بوش و همکاران (۲۰۱۴) که تاثیر DBT کوتاه مدت را بررسی می‌کردند نیز اثر معناداری بر روی خودکشی و رفتارهای مرتبط با آن بدست نیامد. در پژوهش دیگری که توسط پروبست و همکاران (پروبست و همکاران^{۴۹}، ۲۰۱۸) انجام شد، محققان نشان دادند کسانی که در طی درمان، تمرین‌ها را با موفقیت طی می‌کنند، ایده‌های خودکشی بهبود بیشتری می‌یابد و استفاده موفقیت‌آمیز مهارت‌ها با افکار خودکشی کمتر، ارتباط دارد. دوم این که نتایج بدست آمده در خصوص DBT قابلیت اعتماد کافی را نشان نمی‌دهند. در تحقیق مروری دکو، کامتوئیز، لندز^{۵۰} (۲۰۱۸) که بر روی DBT و نتایج مرتبط با خودکشی انجام شد، این نتیجه بدست آمد که وقتی مجموع تحقیقات را در نظر بگیرند، نتایج معناداری با توجه به ایده‌های خودکشی وجود ندارد. این امر احتمالاً بخاطر حجم کم نمونه‌ها در تحقیقات رقم خورده است. در واقع درمانگران در طی درمان توجه ویژه‌ای به افکار خودکشی نداشته‌اند و همچنین تحقیقات مرتبط نتایج را دقیق اندازه نگرفته و در نتیجه تحلیل آن‌ها امکان پذیر نبوده است.

همچنین از پژوهش حاضر می‌توان نتایج جنبی دیگری را نیز استنباط کرد که در ادامه خواهد آمد: اول اینکه، با توجه به این که کاهش میانگین در بین همه گروه‌ها، در طول زمان مشاهده شده است، احتمال دارد این امر تأییدی بر نگرانی‌های متخصصان در خصوص رشدی و موقتی بودن ویژگی‌های بیماری و تردید در تشخیص‌گذاری اختلال مرزی در دوره نوجوانی باشد (کائس و همکاران، ۲۰۱۴؛ لارنس، هاتسبات، فنسترا، ونباستباخ، لیتن^{۵۱}، ۲۰۱۳). بحث‌ها و نگرانی‌های متعدد در خصوص تشخیص اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی وجود دارد و تحقیقات متعددی نیز در این باره صورت گرفته است؛ هر چند که نتایج در مجموع به نفع تشخیص اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی بوده است و از شروع درمان در نوجوانی حمایت می‌کند (شارپ و فونگی، ۲۰۱۵؛ میلر، میوهلنکامپ، جاکوبسون^{۵۲}، ۲۰۰۸).

در پژوهشی (میلرو همکاران، ۲۰۰۸) که محققان شیوع، اعتبار و روایی تشخیص‌گذاری اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی را بررسی می‌کردند، به این نتیجه رسیدند که با وجود نیاز به رعایت جانب احتیاط، اما

ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان قابل مقایسه با ویژگی‌های اختلال در بزرگسالان است و ارزیابی رسمی آن می‌تواند به درمان‌های موثرتر نوجوانان منجر شود. همچنین وینسپیر و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهش مروری خود بیان داشتند که در مورد اعتبار BPD نوجوانان جدال وجود دارد، اما BPD نوجوانان قابلیت مقایسه با آن چه در بزرگسالان دیده می‌شود را دارد و نتایج به حمایت از اعتبار BPD نوجوانان می‌افزاید. شارپ و رومرو (۲۰۰۷) در تحقیقی مروری نتیجه گرفتند که بین BPD نوجوانان و بزرگسالان به اندازه کافی همپوشانی مشاهده شده است که تحقیقات تجربی بیشتر را برای ساختن BPD نوجوانان فراهم می‌کند.

دوم این که، در دهه‌های گذشته اهمیت تأثیر مداخلات خانوادگی به عنوان یکی از عوامل مؤثر در درمان اختلالات متعدد مطرح و مورد استفاده قرار گرفته است (پیندا و ددز^{۵۳}، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که کاهش میانگین در گروه آزمایش ۲ (دختران نوجوان به همراه مادرانشان) نسبت به دو گروه دیگر آزمایش ۱ و کنترل، بیشتر بوده و از لحاظ بالینی معنادار شده است؛ که می‌تواند نشانه‌ای از تفاوت اثر حضور مادران در درمان باشد، این امر هم سو با تحقیقات (ونوردنو همکاران، ۲۰۱۷؛ پاول، ۲۰۱۴؛ میلر، ۲۰۱۳؛ میلر، گلینسکی، وود بری، میتچل، ایندیک^{۵۴}، ۲۰۰۲؛ وودبری، میلر، گلینسکی، میچل، ایندیک^{۵۵}، ۲۰۰۲)، می‌باشد، که مداخله خانواده در درمان را مؤثر می‌دانند. هافمن، فروزتی، سوئسون^{۵۶} (۱۹۹۹) اولین مداخله خانواده در درمان مرزی را آزمودند و نتایج نشان دادند این مداخله احساسات مثبت و فرصت برقراری ارتباط خوب با فرزند بالغ که تا قبل از آن وجود نداشت را فراهم آورده است. آن‌ها در ارزیابی دیگری که در سال (۲۰۰۷) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مداخله خانواده به کاهش شدید غم و اندوه و افزایش قابل ملاحظه تسلط، در ارزیابی انجام شده در پس‌آزمون، منجر شده است که تا پس از ۶ ماه پیگیری دوام داشته است. میلر (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود در خصوص اثر بخشی برنامه DBT خانواده در اختلال شخصیت مرزی، به این نتیجه رسید که تغییرات زیادی در عملکرد اعضای خانواده نسبت به پیش از درمان ایجاد شده و افسردگی، ناامیدی و حساسیت بین فردی پس از درمان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است. در پژوهش مکاری، لوئیز، بورکه، گرینیر^{۵۷} (۲۰۱۶) که برنامه آموزش مهارت‌های والدین (برای والدینی که خود مرزی هستند) را برای کار با افراد BPD مورد سنجش قرار دادند، درمانگران متخصص بهبود مهارت‌ها و مفید بودن اثرات مداخله کوتاه مدت آن را تأیید کردند. فروزتی و همکاران (۲۰۰۷) نیز فواید زیادی برای مداخله خانواده در درمان DBT ارائه دادند، از جمله کاهش استرس خانواده، بالا رفتن اثرات درمان و امکان کمک به نوجوان در یادگیری مهارت‌ها که همگی باعث بالا رفتن اثرات درمان می‌شود. اما برگشت بیشتر نشانگان در دوره پیگیری در گروه آزمایش ۲ نسبت به گروه آزمایش ۱ و گروه کنترل نشان داده شد، امری است که نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه دارد تا علل آن بررسی و مشخص گردد.

سوم اینکه، از زمان معرفی رفتار درمانی دیالکتیک توسط مارشا لینهان تحقیقات متعددی در خصوص اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک برای اختلال شخصیت مرزی و ویژگی‌های آن صورت گرفته است. لینهان و همکاران (۲۰۱۴) فهرستی از نتایج حمایتی تحقیقات متعدد در خصوص این درمان ارائه داده‌اند. تحقیقات متعددی از اثربخشی این درمان حمایت می‌کنند (هاگا و همکاران، ۲۰۱۸؛ بوش و همکاران^{۵۸}، ۲۰۰۴). اما یافته‌های پژوهش با توجه به عدم معناداری نتایج درمان DBT در گروه آزمایش ۱ (دختران نوجوان تنها)، در

مغایرت با آن‌ها قرار می‌گیرد، هر چند بیرنه و اگان^{۵۹} (۲۰۱۸) مطالعه‌ای مروری بر روی اثربخشی و مکانیزم تغییر در سه نوع مداخله اصلی برای اختلال شخصیت مرزی که یکی از آن‌ها DBT بود را آزمودند و به این نتیجه رسیدند که یافته‌ها شواهد مستمر برای اثربخشی DBT را ارائه می‌دهد و از اثر آن در مقابل درمان‌های معمول حمایت می‌کنند، اما بسیاری از مطالعات با استفاده از یک سیستم تشخیصی ناهمگن و مراجعینی همراه با سایر اختلالات تشکیل شده‌اند که تفسیر یافته‌ها را محدود می‌سازد. از طرفی تغییر کاهشی میانگین‌ها در طول زمان (پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون) می‌تواند نشانه تأییدی بر شروع تاثیر درمان بوده باشد، که فشرده و کوتاه بودن دوره درمان مانع ایجاد فرصت کافی برای انجام تمرین‌ها و عمیق شدن و پایداری یادگیری‌ها و در نتیجه معنا دار شدن آماری آن شده باشد. که این امر همسو با راهنمای استاندارد رفتاردرمانی دیالکتیک است که درمان بلند مدت یکساله DBT را برای اختلال شخصیت مرزی موثر می‌دانند (لینهان، ۱۹۹۳) و در مغایرت با پژوهش‌هایی است که درمان کوتاه‌تر را کافی می‌دانند (بیسکین، ۲۰۱۳؛ وندن بوش و همکاران، ۲۰۱۴؛ مک‌کارتی و همکاران، ۲۰۱۶)، زیرا همان‌طور که استپ و همکاران (۲۰۰۸) تاکید کردند انجام مهارت‌های DBT رکن اساسی در اثربخشی درمان می‌باشد.

در مجموع می‌توان گفت نتایج این پژوهش نشان داد که درگیر کردن خانواده در فرایند آموزش گروهی نوجوانان دختر با علایم اختلال شخصیت مرزی موثر است و علایم این اختلال را تحت تاثیر قرار می‌دهد. آموزش دختران همراه با مادرانشان بسیار تاثیرگذارتر و ماندگارتر است و تمامی علایم اختلال شخصیت مرزی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بیشترین میزان تاثیر بر بی‌ثباتی عاطفی است و سه علامت مشکلات هویت، روابط منفی و خود جرحی، تاثیرپذیری کمتر اما قابل توجهی دارند. اجرای این مداخلات درمانی به دختران نوجوانان دارای این اختلال و مادرانشان در صورت امکان به متخصصان بالینی قابل توصیه است. اجرای مجدد این تحقیق با نمونه‌ای بزرگتر و کنترل عوامل مزاحم به محققان آینده توصیه می‌شود.

محدودیت‌ها

مهمترین محدودیت‌های این پژوهش را می‌توان تعداد اندک آزمودنی‌های پژوهش که حاضر به همکاری شدند و نیز مشارکت ناقص مادران در تحقیق دانست که موجب گردید گروه آزمایش دوم همسانی خود را از نظر تعداد با دو گروه دیگر از دست بدهد، و امکان بررسی دقیق تاثیر حضور مادران را محدود سازد. بعلاوه ممکن است اجرای فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی که مستلزم مهارت و تجربه بسیار بالای درمانگر است توسط محقق حتی پس از طی دوره‌های آموزشی و مطالعات تفصیلی با کاستی‌هایی همراه بوده باشد. این محدودیت‌ها برخورد محتاطانه با یافته‌ها را ضروری ساخته و لازم است در تعمیم‌پذیری احتیاط‌های لازم صورت گیرد.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Borderline Personality Disorder | 31. Emotional Mind |
| 2. Winsper, Lereya, Marwaha, Thompson, Eyden & Singh | 32. Reasonable Mind |
| 3. American Psychiatric Association | 33. Wise Mind |
| | 34. Mindfulness |

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 4. | Newton-Howes, Clark, & Chanen | 35. | Distress tolerance |
| 5. | Kaess, Brunner, & Chanen | 36. | Emotion Regulation |
| 6. | Fonagy, Speranza, Luyten, Kaess, Hesses & Bohus | 37. | Interpersonal Effectiveness |
| 7. | Westen, DeFife, Malone & DiLallo | 38. | Oostendorp, & Chakhssi |
| 8. | Sharp & Romero | 39. | Swales Hibbs, Bryning, & Hastings |
| 9. | Sharp & Fonagy | 40. | Haga, Aas, Grøholt, Tørmoen, & Meh-lum |
| 10. | Chanen Jackson, McGorry, Allot, Clarkson & Yuen | 41. | Stepp, Epler, Jahng & Trull |
| 11. | Miller, Rathus & Linehan | 42. | van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen, van Furth |
| 12. | Biskin | 43. | Roepke, Schröder Abé, Schütz, Jacob, Dams, Vater |
| 13. | Paris | 44. | Yen, Johnson, Costello & Simpson |
| 14. | Dialectical Behavior Therapy | 45. | Germán, Smith, Rivera-Morales, González, Haliczzer, Haaz & Miller |
| 15. | Linehan | 46. | Fleischhaker, Böhme, Sixt, Brück, Schneider, & Schulz |
| 16. | Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard & Lindenboim | 47. | Rosenfeld, Galiotta, Ivanoff, Garcia-Mansilla, Martinez, Fava & Green |
| 17. | MacPherson, Cheavens & Fristad | 48. | Fleischhaker, Munz, Böhme, Sixt & Schulz |
| 18. | Vanwoerden, Kalpakci, & Sharp | 49. | Probst, Decker, Kießling, Meyer, Bofinger, Niklewski & Pieh |
| 19. | Miller | 50. | DeCou, Comtois & Landes |
| 20. | Infurna, Fuchs, Fischer-Waldschmidt, Reichl, Holz, Resch, & Kaess | 51. | Laurensen, Hutsebaut, Feenstra, Van Busschbach & Luyten |
| 21. | Powell | 52. | Miller, Muehlenkamp & Jacobson |
| 22. | Fruzzetti, Santisteban, & Hoffman | 53. | Pineda & Dadds |
| 23. | Fruzzetti, & Boulanger | 54. | Miller, Glinski, Woodberry, Mitchell & Indik |
| 24. | Fruzzetti & Fruzzetti | 55. | Woodberry, Miller, Glinski, Indik & Mitchell |
| 25. | Fruzzetti, Shenk & Hoffman | 56. | Hoffman, Fruzzetti & Swenson |
| 26. | Santisteban, Coatsworth, Perez-Vidal, Kurtines, Schwartz, LaPerriere, & Szapocznik | 57. | McCarthy, Lewis, Bourke & Grenyer |
| 27. | Hoffman, Fruzzetti, Buteau, Neiditch, Penney, Bruce & Struening | 58. | Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unckel & Linehan |
| 28. | Borderline Personality Features Scale for Children | 59. | Byrne & Egan |
| 29. | Structured Clinical Interview for DSM-IV | | |
| 30. | Skills Training Handouts and Worksheets | | |

منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Biskin, R. S. (2013). Treatment of borderline personality disorder in youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(3), 230- 234.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., ... & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.

- 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.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 526-541.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3.
- Fleischhaker, C., Munz, M., Böhme, R., Sixt, B., & Schulz, E. (2006). Dialectical Behaviour Therapy for adolescents (DBT-A)--a pilot study on the therapy of suicidal, parasuicidal, and self-injurious behaviour in female patients with a borderline disorder. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(1), 15-25.
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). Borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(11), 1307-1320.
- Fruzzetti, A. E. (1996). Causes and consequences: Individual distress in the context of couple interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1192-1201.
- Fruzzetti, A. E., & Boulanger, J. L. (2005). *Family Involvement in Treatment. Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Fruzzetti, A. E., & Fruzzetti, A. R. (2003). *Borderline Personality Disorder. Treating Difficult Couples: Helping Clients with Coexisting Mental and Relationship Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E., Santisteban, D. A., & Hoffman, P. D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 222-244). New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007-1030.
- Germán, M., Smith, H. L., Rivera-Morales, C., González, G., Haliczzer, L. A., Haaz, C., & Miller, A. L. (2015). Dialectical behavior therapy for suicidal Latina adolescents: Supplemental dialectical corollaries and treatment targets. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 179-197.
- Haga, E., Aas, E., Grøholt, B., Tørmoen, A. J., & Mehlum, L. (2018). Cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy vs. enhanced usual care in the treatment of adolescents with self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), 12-22.

- Hagen, S., Woods-Giscombe, C. L., Chung, J., & Beeber, L. S. (2014). Potential Benefits of Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents Receiving Treatment for Borderline Personality Disorder Traits: Implications for Psychiatric Nurses. *Nursing and Health, 2*(5), 89-99.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*(1), 69-82.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., ... & Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family process, 44*(2), 217-225.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., & Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy □ Family Skills Training. *Family Process, 38*(4), 399-414.
- Infurna, M. R., Fuchs, A., Fischer-Waldschmidt, G., Reichl, C., Holz, B., Resch, F., & Kaess, M. (2016). Parents' childhood experiences of bonding and parental psychopathology predict borderline personality disorder during adolescence in offspring. *Psychiatry Research, 246*, 373-378.
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics, 134*(4), 782-793.
- Laurenssen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*(1), 33-41.
- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* (Vol. 29). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT? Skills Training Handouts and Worksheets*. New York: Guilford Publications.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*(7), 757-766.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16*(1), 59-80.
- McCarthy, K. L., Lewis, K. L., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2016). A new intervention for people with borderline personality disorder who are also parents: a pilot study of clinician acceptability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 3*(1), 10-18.
- Miller, A. L., Glinski, J., Woodberry, K. A., Mitchell, A. G., & Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part I: Proposing a clinical synthesis. *American Journal of Psychotherapy, 56*(4), 568-584.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review, 28*(6), 969-981.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.

- Miller, M. L. (2013). Treating family members: *The effectiveness of a family-oriented dialectical behavior therapy program*. Doctoral Dissertation in Philosophy, Marquette University.
- Newton-Howes, G., Clark, L. A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 385(9969), 727-734.
- Oostendorp, J. M., & Chakhssi, F. (2017). Inpatient dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: effect on symptoms, coping, attachment and quality of life. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 59(12), 750-758.
- Paris, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 56-60.
- Pineda, J., & Dadds, M. R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 851-862.
- Powell, D. M. (2014). *Do Parents Use of DBT Skills Change After A 12 Week Parent/Adolescent DBT Skills Group?* New York: State University Press.
- Probst, T., Decker, V., Kießling, E., Meyer, S., Bofinger, C., Niklewski, G., ... & Pieh, C. (2018). Suicidal ideation and skill use during in-patient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. A diary card study. *Frontiers in Psychiatry*, 20(9), 152-158.
- Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A., ... & Lammers, C. H. (2011). Dialectic behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(2), 148-158.
- Rosenfeld, B., Galiotta, M., Ivanoff, A., Garcia-Mansilla, A., Martinez, R., Fava, J., ... & Green, D. (2007). Dialectical behavior therapy for the treatment of stalking offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 95-103.
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., & Szapocznik, J. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 121-133.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266-1288.
- Sharp, C., & Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 85-114.
- Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 549-563.
- Swales, M., Hibbs, R. A. B., Bryning, L., & Hastings, R. P. (2016). Health related quality of life for young people receiving dialectical behaviour therapy (DBT): a routine outcome-monitoring pilot. *SpringerPlus*, 5(1), 1137.
- van den Bosch, L. M., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 1-9.

- Vanwoerden, S., Kalpakci, A., & Sharp, C. (2017). The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry Research, 257*, 462-471.
- Westen, D., DeFife, J. A., Malone, J. C., & DiLallo, J. (2014). An empirically derived classification of adolescent personality disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(5), 528-549.
- Winsper, C., Lereya, S. T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 44*(1), 13-24.
- Woodberry, K. A., Miller, A. L., Glinski, J., Indik, J., & Mitchell, A. G. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part II: A theoretical review. *American Journal of Psychotherapy, 56*(4), 585-602.
- Yen, S., Johnson, J., Costello, E., & Simpson, E. B. (2009). A 5-day dialectical behavior therapy partial hospital program for women with borderline personality disorder: predictors of outcome from a 3-month follow-up study. *Journal of Psychiatric Practice, 15*(3), 173-182.