مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۵، اردیبهشت ۱۴۰۵، ۱۴۶-۱۳۳

اثربخشی درمان ترکیبی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی: یک مطالعه نیمه‌تجربی

لیلا حفاظی طرقبه[۱]، محمود نجفی[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۰۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۵/۰۱/۰۹ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۵/۰۲/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۲/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال شخصیت مرزی معمولاً با اختلالات درونی‌سازی شده نظیر افسردگی و اضطراب مشخص می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ترکیبی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری (۳ماهه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌درمانی شهر مشهد در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ بود که ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و سابقه اختلال به‌صورت تصادفی و همتا در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۵ نفر) جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش ۲۰ جلسه درمان ترکیبی را به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت کردند. گروه کنترل پس از پایان مداخله به انتخاب خود رفتاردرمانی دیالکتیک یا درمان ترکیبی دریافت کردند. در این پژوهش از پرسش‌نامه اضطراب، استرس و افسردگی Lovibond و 1995) Lovibond) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پی‌گیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$) و اثر تعامل زمان و عضویت گروهی نیز معنی‌دار است ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که ادغام این دو درمان با تمرکز هم‌زمان بر تنظیم هیجان و پردازش تروما، به بهبود شاخص‌های پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی منجر شده است. لذا پیشنهاد می‌شود درمانگران، ادغام درمان‌های ترکیبی را در پروتکل‌های مداخله‌ای خود در اختلال شخصیت مرزی به‌کار گیرند.

واژه‌های کلیدی: حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد، رفتاردرمانی دیالکتیک، افسردگی، اضطراب، استرس، اختلال شخصیت مرزی

ارجاع: حفاظی طرقبه ل، نجفی م. اثربخشی درمان ترکیبی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی: یک مطالعه نیمه‌تجربی. سال ۱۴۰۵، دوره ۲۵، شماره ۲، صفحات: ۱۴۶-۱۳۳.

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
تلفن: ۰۲۳-۳۱۵۳۳۰۵۹، پست الکترونیکی: m_najafi@semnan.ac.ir

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) با الگوی فراگیری از ناپایداری در روابط بین‌فردی، هیجانات، هویت و تکانشگری بارز شناخته می‌شود که معمولاً از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در حوزه‌های مختلف زندگی فرد نمود می‌یابد. شواهد نشان می‌دهد که این اختلال اغلب در دوره نوجوانی، به‌ویژه پس از ۱۲ سالگی، ظاهر می‌شود (۱). اختلال شخصیت مرزی معمولاً با اختلالات درونی‌سازی‌شده نظیر افسردگی و اضطراب و نیز اختلالات برونی‌سازی‌شده از جمله مشکلات رفتاری، بیش‌فعالی و مصرف مواد یا ترکیبی از این موارد همراه است یا در بستر آن‌ها شکل می‌گیرد (۲). به دلیل شدت نشانه‌ها، شیوع بالای اختلالات همبود و میزان قابل‌توجه قطع زودهنگام درمان، اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یکی از چالش‌های جدی در حوزه بهداشت روان مطرح است. این اختلال تأثیر چشمگیری بر عملکرد کلی فرد داشته و فرآیند درمان، همکاری تیم‌های چندرشته‌ای و مدیریت خدمات سلامت روان را با پیچیدگی‌های قابل‌توجهی مواجه می‌سازد (۳). داده‌های همه گیرشناسی نیز بر اهمیت این مسئله صحه می‌گذارند؛ به‌طوری‌که شیوع جهانی این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۲ درصد، در نوجوانان ۳ درصد و در بزرگسالان ۱/۵ درصد برآورد شده است (۴). افزون بر این، میزان شیوع این اختلال در میان بیماران بستری و مراجعان خدمات روان‌پزشکی سرپایی بین ۱۵ تا ۲۸ درصد گزارش شده است (۵).

با توجه به شیوع بالا و پیچیدگی‌های سبب‌شناختی اختلال شخصیت مرزی، رویکردهای درمانی متعددی از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی (۶)، طرح‌واره‌درمانی (۷)، درمان ذهنی سازی (۸) و روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل شناختی-رفتاری (۹) پیشنهاد شده‌اند. با این حال، در سال‌های اخیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بیشترین میزان پژوهش در حوزه مداخلات روانی-اجتماعی مرتبط با اختلال شخصیت مرزی را به خود اختصاص داده و به‌عنوان خط مقدم درمان این اختلال شناخته می‌شود (۶). درمان رفتاری دیالکتیک با ترکیب مهارت‌آموزی ساختاریافته در چهار حوزه تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی و مهارت‌های بین‌فردی، به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات شدید را بهتر درک و مدیریت کنند، از واکنش‌های تکانشی فاصله بگیرند و در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز، پاسخ‌های سازگارانه‌تری ارائه دهند (۱۰). وجود شواهد گسترده در خصوص اثرات مثبت این درمان بر پریشانی روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) نشان می‌دهد این رویکرد درمانی نقش مؤثری در ارتقای سازگاری هیجانی و عملکرد روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ایفاء می‌کند (۱۲، ۱۱). در کنار رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در بهبود کارکردهای هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد توجه قرار گرفته است (۱۳). این رویکرد با تمرکز بر پردازش تجربه‌های تروماتیک، به کاهش تنش هیجانی، افسردگی و اضطراب و نیز تعدیل علائمی مانند ناپایداری عاطفی و واکنش‌های شدید به استرس کمک می‌کند (۱۴).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد ۳۰ تا ۷۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در برخی از مراحل زندگی خود، معیارهای تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه را برآورده می‌کنند (۱۵) و هم‌زمانی اختلال شخصیت مرزی و تروما با اختلالات شدید در تمامی سطوح عملکردی همراه است (۱۶). این همپوشانی بالینی، پیچیدگی نشانه‌ها را افزایش داده و موجب تشدید بی‌ثباتی هیجانی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و افت عملکرد فردی و بین‌فردی می‌شود (۱۷). در چنین شرایطی، اتکای صرف به رویکردهای درمانی تک‌عاملی، با وجود اثربخشی نسبی، پاسخ‌گوی تمامی ابعاد این اختلال پیچیده نیست (۱۸). با توجه

CCBY-NC.4.0 DEED

به توان‌مندی‌ها و در عین حال محدودیت‌های هر یک از درمان‌های رفتاردرمانی دیالکتیک و حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و بازپردازش، تلفیق این دو رویکرد می‌تواند چارچوبی جامع، هدف‌مند و نوآورانه برای مدیریت پیچیدگی‌های اختلال شخصیت مرزی فراهم آورد (۱۳). Snoek و همکاران در مطالعه‌ای بر روی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پیچیده همراه با نشانه‌های زیر آستانه‌ای اختلال شخصیت مرزی نشان دادند که مداخله ترکیبی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک، در مقایسه با مداخلات تک‌رویکردی، به کاهش معنادار علائم منجر شده است؛ یافته‌ای که از هم‌افزایی درمانی این دو رویکرد در جمعیت‌های بالینی پیچیده حمایت می‌کند (۱۳). با این حال، شواهد موجود در زمینه اثربخشی مداخله ترکیبی این دو رویکرد محدود و پراکنده است و بررسی هم‌افزایی بالقوه آن‌ها در بهبود هم‌زمان نشانه‌های هیجانی و کاهش پریشانی روان‌شناختی، همچنان نیازمند پژوهش‌های منسجم و هدف‌مند است (۱۸). از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله ترکیبی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پی‌گیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در سن ۲۰ تا ۴۰ سالگی که در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ تشخیص اختلال شخصیت مرزی در شهر مشهد دریافت کرده‌اند، بود. برای پژوهش‌های مداخله‌ای از نوع نیمه‌آزمایشی، مطابق نظر Delavar، حداقل تعداد نمونه ۲۰ نفر برای هر گروه کفایت می‌کند (۱۹). هم‌چنین با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، توان آماری ۰/۹۵ و آلفای ۰/۰۵، با گروه آزمایش و کنترل و سه بارسنجش، تعداد نمونه با استفاده از نرم افزار جی پاور (G*power) نسخه ۳ حجم نمونه ۴۰ نفر و ۲۰ نفر در هر گروه برآورد گردید. به منظور پیش‌بینی ریزش در هر گروه ۲۵ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین، از میان مراجعه کنندگان تعداد ۵۰ نفر شرکت کننده مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بر مبنای پرسش‌نامه شخصیت مرزی و کسب حداقل نمره ۱۰ و هم‌چنین اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته اختلالات شخصیت Structured clinical interview (for DSM-5 personality disorders) توسط روان‌پزشک و پژوهش‌گر انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل وجود نشانه‌های شخصیت مرزی بر پایه مصاحبه بالینی ساختار یافته اختلالات شخصیت و پرسش‌نامه شخصیت مرزی و کسب حداقل نمره ۱۰، داشتن سابقه حداقل شش ماه و حداکثر ۵ سال، دامنه سنی ۴۰-۲۰، حداقل داشتن سطح تحصیلات دیپلم، سکونت در شهر مشهد، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در جلسات درمان و معیارهای خروج شامل ابتلاء به سایر اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی از جمله اختلالات خلقی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات سایکوتیک و اختلال مصرف مواد بود که تشخیص آن‌ها از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-5 انجام شد. هم‌چنین، دریافت هم‌زمان مداخلات روان‌شناختی یا درمان‌های دارویی دیگر و ابتلا به اختلالات پزشکی (بر اساس بررسی پرونده پزشکی) و عدم همکاری در تکمیل فرم‌های مربوطه از دیگر معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

قبل از اجرای پژوهش کد اخلاق با شماره IR.SEMUMS.REC.1403.28 از دانشگاه علوم پزشکی سمنان اخذ گردید و هم‌چنین ثبت کارآزمایی بالینی این پژوهش با شماره

CCBY-NC.4.0 DEED

IRCT20250116064396N1 در پایگاه IRCT صورت گرفت. پژوهش حاضر در کلینیک خصوصی پژوهشگر انجام شد. فرایند اجرای مداخله‌ها و جمع‌آوری داده‌ها طی یک بازه هشت ماهه شامل دوره مداخله و پیگیری صورت گرفت. جلسات درمانی در ساعات غیراداری و عصر، متناسب با برنامه زمانی مراجعان، برگزار شد. پیش از آغاز مداخله، اهداف پژوهش، مراحل اجرا و ملاحظات اخلاقی به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و رضایت آگاهانه از آنان اخذ گردید. تعامل با نمونه‌ها در چارچوب اصول اخلاق حرفه‌ای، حفظ محرمانگی اطلاعات و ایجاد رابطه درمانی ایمن و حمایتی صورت گرفت. پس از نمونه‌گیری، افراد مورد مطالعه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و سابقه اختلال به‌صورت تصادفی و همتا در گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌ها با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام شد تا هر فرد شانس برابر برای قرار گرفتن در هر گروه داشته باشد.

پس از تخصیص، پیش‌آزمون بین گروه‌ها اجرا شد. در ادامه شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۲۰ جلسه یک ساعته یک بار در هفته مداخله ترکیبی مداخله ترکیبی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. برای رعایت اصول اخلاقی شرکت‌کنندگان گروه کنترل پس از پایان مداخله به انتخاب خودشان در درمان حضور یافتند. به منظور افزایش انگیزش مشارکت‌کنندگان و کاهش ریزش نمونه‌ها که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شیوع بالایی دارد و در چارچوب امکانات موجود در کلینیک پژوهشگر و تخصص حرفه‌ای وی، ارزیابی نقشه مغزی به‌صورت رایگان و در دو مرحله پیش از مداخله و پس از اتمام درمان برای شرکت‌کنندگان انجام شد. این اقدام بدون ایجاد الزام برای ادامه حضور در پژوهش و صرفاً در راستای تسهیل مشارکت مستمر و رعایت ملاحظات اخلاقی صورت گرفت.

برای جمع‌آوری داده‌ها از چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سن، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و مدت زمان ابتلاء به بیماری و هم‌چنین مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد که در ادامه به توضیح جزئیات پرداخته خواهد شد.

مقیاس افسرگی، اضطراب و استرس (Depression Anxiety Stress Scales; DASS): این مقیاس شامل سه زیر مقیاس خودسنجی است که توسط Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۹۵ برای اندازه‌گیری حالات افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ ماده است که هرکدام از زیر مؤلفه‌ها شامل ۷ سؤال می‌باشد و در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای هیچ (۰)، کمی (۱)، گاهی (۲) و همیشه (۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر فرد در هر زیر مقیاس از صفر تا ۲۱ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده علائم شدیدتر هستند. Lovibond و Lovibond اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی برای زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ گزارش کردند (۲۰). این پرسش‌نامه در تحقیقات متعددی مورد استفاده قرار گرفته‌است. Keshmiri و همکاران (۲۱) ضریب همسانی این مقیاس را برای زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۳ محاسبه کردند (۲۱).

درمان ترکیبی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک (Integrated Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Dialectical Behavior Therapy): مداخله درمانی ترکیبی شامل ۲۰ جلسه یک ساعته است که به‌صورت هفتگی ارائه می‌شود. ساختار جلسات

CCBY-NC.4.0 DEED

رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی در کار بالینی Linehan (۱۰) طراحی شده و محتوای درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر اساس حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد Shapiro (۲۲) و ساختار جلسات از مدل ترکیبی Snoek و همکاران (۱۸) برنامه‌ریزی گردیده است. هدف اصلی این درمان، کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی، کاهش افسردگی، اضطراب و استرس، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و ارتقای توانایی افراد در مدیریت هیجانات شدید و واکنش‌های تکانشی می‌باشد.

جدول ۱- خلاصه پروتکل درمانی ترکیبی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسه
جلسات ۳-۱	برقراری رابطه درمانی، جمع‌آوری اطلاعات ضروری از مراجع و برنامه‌ریزی فرآیند درمان. آشنایی با مفاهیم پایه رفتاردرمانی دیالکتیکی، توضیح درمان‌گر درباره محیط بی‌اعتبارساز گذشته، آموزش فنون آرام‌سازی و مهارت‌های پایه و پیشرفته توجه‌آگاهی. تمرین دستیابی به تمرکز کامل بر لحظه اکنون، ثبت افکار سه دقیقه‌ای، مشاهده تجربه‌های ذهنی، تمرین مهارت‌های پیشرفته توجه‌آگاهی
جلسات ۶-۴	آشنایی با مهارت های بنیادین و پیشرفته تحمل آشفتگی. تمرین پذیرش و آرامش، فعالیت‌های لذت‌بخش، تمرین تصویرسازی از مکان امن، ثبت افکار مقابله‌ای خودتشویق‌کننده
جلسات ۱۰-۷	آموزش‌های لازم درباره روش درمان EMDR، یادآوری دوباره تکنیک‌های آرام سازی، آموزش تمایل به‌جای اجتناب، ایجاد سلسله مراتبی از فعالیت‌های اجباری و تمایل به تجربه عدم راحتی، عدم قطعیت و ناکامل بودن و ایجاد لحظات معنادار، تعهد روزانه به ارزش‌ها، انتخاب خاطره‌ای دردناک که مراجع تمایل به تغییر آن دارد، مشخص کردن باور منفی مرتبط با خاطره، یک باور مثبت و سازگارانه جایگزین مرتبط با آن آسیب. ارزیابی باور مثبت در مقیاس اعتبار شناخت و ارزیابی مقیاس براشفتگی ذهنی
جلسات ۱۴-۱۱	اجرای مرحله حساسیت‌زدایی و کمک کردن به مراجع برای تمرکز بر روی تصاویر ذهنی مناظر آزاردهنده، باورهای منفی و هیجانات و احساسات بدنی خود. در ادامه مرحله کدگذاری و در نهایت آموزش و انجام وارسی بدنی
جلسات ۱۷-۱۵	آموزش مراجع به صورت دقیق‌تر با مهارت‌های بنیادین و پیشرفته تنظیم هیجان و تمرین مهارت‌های تنظیم هیجان در موقعیت‌های واقعی، ثبت هیجانات و واکنش‌ها، تمرین خودنظارتی بدون قضاوت
جلسات ۲۰-۱۸	آموزش و تمرین مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ارتباط مؤثر و تمرین کاربرد مهارت‌های ارتباطی، تمرین گفت‌وگوی درونی مثبت، تدوین برنامه روزانه پس از اتمام درمان و در نهایت تمرین تلفیقی مهارت‌ها و طرح‌ریزی برنامه روزانه برای حفظ سلامت هیجانی

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند؛ به‌طوری‌که در بخش توصیفی از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید و در بخش استنباطی، پیش‌فرض‌های نرمال بودن داده‌ها از آزمون Shapiro-Wilk، همگنی واریانس از آزمون Levene، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس (Box's M)، همسانی ماتریس کوواریانس خطا آزمون Mauchly و آزمون محافظه‌کارانه Greenhouse-Geisser مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون مجذور کای برای مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی بین گروه‌ها بهره گرفته شد و اندازه اثر متغیرها با استفاده از مجذور اتا (Partial Eta-Squared) محاسبه گردید. در نهایت از آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه‌های جفتی میانگین متغیرها

CCBY-NC.4.0 DEED

به تفکیک گروه های مورد نظر استفاده گردید. سطح معناداری کلیه آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای جنسیت، وضعیت شغل، سطح تحصیلات و سن بررسی شدند و نتایج جدول ۲ نشان داد بین دو گروه از لحاظ توزیع جنسیت و وضعیت شاغل بودن و سطح تحصیلات از طریق آزمون مجذور کای تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵) و افزون بر آن تفاوت میانگین مدت ابتلاء و سن دو گروه نیز از طریق آزمون t دو نمونه مستقل تفاوت معناداری نشان نداد (P>۰/۰۵).

جدول ۲- توصیف جمعیت شناختی افراد مبتلا به شخصیت مرزی در شهر مشهد در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ برحسب گروه‌های مورد بررسی

متغیر	طبقه	آزمایش (n=۲۵)		کنترل (n=۲۵)		مقدار P
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	مرد	۵	۲۰	۶	۲۴	۰/۷۳۳*
	زن	۲۰	۸۰	۱۹	۷۶	
وضعیت شغل	بیکار	۱۰	۴۰	۷	۲۸	۰/۳۷۰*
	شاغل	۱۵	۶۰	۱۸	۷۲	
سطح تحصیلات	دیپلم	۹	۳۶	۹	۳۶	۰/۷۷۶*
	کاردانی و کارشناسی	۸	۳۲	۱۰	۴۰	
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۸	۳۲	۶	۲۴	
مدت ابتلا (سال)	انحراف معیار ± میانگین	۲/۶۸ ± ۱/۲۴		۳/۱۶ ± ۱/۰۶		۰/۱۹۲**
سن (سال)	انحراف معیار ± میانگین	۲۸/۸۰ ± ۶/۵۵		۲۹/۶۴ ± ۵/۵۰		۰/۷۳۷**

*آزمون مجذور کای، (P<۰/۰۵) اختلاف معنی‌دار **آزمون تحلیل واریانس، (P<۰/۰۵) اختلاف معنی‌دار

در طول مداخله یک نفر از گروه مداخله به دلیل عدم حضور در درمان و در دوره پیگیری دو نفر از گروه کنترل به دلیل عدم حضور در انجام پرسش‌نامه‌ها حذف شدند. در ادامه شاخص‌های توصیفی افسردگی، اضطراب و استرس به تفکیک دوره زمانی و نوع گروه مداخله در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس برحسب گروه‌های مورد بررسی در سه مرحله زمانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر مشهد در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴

گروه		افسردگی			اضطراب			استرس		
		میانگین	انحراف معیار	شاپیرو-ویلک	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو-ویلک	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو-ویلک
پیش‌آزمون	آزمایش (n=۲۴)	۱۲/۲۹	۳/۰۴	۰/۱۶۶	۱۱/۸۳	۲/۸۶	۰/۶۷۳	۱۳/۰۸	۲/۸۵	۰/۰۸۷
	کنترل (n=۲۳)	۱۱/۷۳	۳/۲۵	۰/۴۳۲	۱۲/۵۶	۳/۹۸	۰/۱۰۶	۱۲/۴۷	۳/۶۷	۰/۵۴۰
پس‌آزمون	آزمایش (n=۲۴)	۷/۲۹	۱/۸۲	۰/۴۴۳	۸/۱۶	۲/۳۵	۰/۳۱۴	۷/۵۰	۲/۱۴	۰/۱۰۷
	کنترل (n=۲۳)	۱۲/۴۳	۲/۱۲	۰/۴۷۳	۱۲/۹۱	۲/۹۶	۰/۱۷۹	۱۳/۴۷	۲/۳۱	۰/۱۸۶
پیگیری	آزمایش (n=۲۴)	۶/۶۲	۱/۹۲	۰/۱۶۴	۷/۵۴	۲/۱۸	۰/۰۹۶	۶/۶۶	۱/۷۶	۰/۳۲۴
	کنترل (n=۲۳)	۱۳/۲۱	۲/۱۳	۰/۱۸۳	۱۳/۱۷	۲/۷۰	۰/۵۰۱	۱۲/۷۸	۱/۹۵	۰/۲۳۹

جهت تحلیل داده‌های افسردگی، اضطراب و استرس از آنالیز واریانس اندازه گیری مکرر بهره گرفته شد که در ادامه مفروضه‌های آن بررسی می شود. فرض صفر بررسی نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون Shapiro-Wilk انجام شد؛ نتایج حاکی

CCBY-NC.4.0 DEED

از آن بود که داده‌های مربوط متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در سطح اطمینان ۹۵ درصد دارای توزیع نرمال بودند (P>۰/۰۵). هم‌چنین بررسی فرضیه برابری واریانس‌ها با آزمون Levene انجام شد؛ نتایج حاکی از همگنی واریانس‌های دو گروه بود، لذا مقایسه دو گروه امکان پذیر بود (P>۰/۰۵). جهت بررسی برابری ماتریس‌های کوواریانس نتایج آزمون ام باکس (Box's M)، نشان داد، مفروضهٔ همسانی کواریانس برای متغیرکلی پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) رعایت شده است (Box's M=۷۰/۳۶ و F= ۱/۲۲ و P= ۰/۱۴۳). جهت بررسی مفروضه کرویت، در خصوص متغیر افسردگی نتایج آزمون موچلی (P<۰/۰۰۱، χ^2=۱۷/۷۸) برابر ۰/۶۶، در مورد استرس (P<۰/۰۱۹، χ^2=۷/۹۲) برابر ۰/۸۳، در مورد اضطراب (P<۰/۰۰۱، χ^2=۲۴/۰۳) برابر ۰/۵۷ بود که حاکی از رد فرض کرویت است، لذا جهت بررسی اثر درون آزمودنی‌ها از شاخص Greenhouse-Geisser به ترتیب برای افسردگی، استرس و اضطراب ۰/۷۵، ۰/۸۵، ۰/۷۰ استفاده شد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های لازم برای انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، تأثیر مداخله ترکیبی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی شد. جدول ۴ نتایج مقایسه بین‌گروهی و درون‌گروهی در متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تحلیل‌ها حاکی از وجود تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای افسردگی (P<۰/۰۰۱، F= ۵۸/۳۱)، اضطراب (P<۰/۰۰۱، F= ۳۰/۲۷)، استرس (P<۰/۰۰۱، F= ۷۵/۱۰) می‌باشد. هم‌چنین، اندازه اثر مداخله نشان داد که ۵۶/۴ درصد از تغییرات افسردگی، ۴۰/۲ درصد از اضطراب و ۶۲/۵ درصد از استرس بین دو گروه تحت تأثیر مداخله ترکیبی قرار گرفته است. نتایج اثرات درون‌گروهی نیز نشان داد که اثر اصلی زمان در نمرات متغیرهای متغیرهای افسردگی (F=۱۴/۷۹)، اضطراب (۱۰/۵۴ =F)، استرس (F= ۱۹/۲۷) معنادار به دست آمده است P<۰/۰۰۱. از سوی دیگر، نتایج نشان داد که اثر تعاملی گروه و زمان در هر سه متغیر متغیرهای افسردگی (P<۰/۰۰۱، F= ۳۵/۰۸)، اضطراب (P<۰/۰۰۱، F=۱۷/۴۵)، استرس (P<۰/۰۰۱، F= ۲۸/۱۰) معنادار است که نشان می‌دهد که عملکرد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و کنترل در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در این شاخص‌ها دارای تغییرات معناداری است.

جدول ۴- نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ (n=۴۷)

متغیر	اثر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار P	اندازه اثر
افسردگی	بین‌آزمودنی	اثر گروه	۴۸۹/۵۹	۱	۴۸۹/۵۹	۵۸/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۴
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۱۴۱/۲۶	۱/۵۰	۹۴/۱۲	۱۴/۷۹	< ۰/۰۰۱	۰/۲۴۷
		اثر زمان *گروه	۳۳۵/۰۷	۱/۵۰	۲۲۳/۲۵	۳۵/۰۸	< ۰/۰۰۱	۰/۴۳۸
اضطراب	بین‌آزمودنی	اثر گروه	۴۸۳/۲۶	۱	۴۸۳/۲۶	۳۰/۲۷	< ۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
	درون‌آزمودنی	زمان	۹۶/۷۴	۱/۴۰	۶۸/۷۳	۱۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹۰
		زمان *گروه	۱۶۰/۱۷	۱/۴۰	۱۱۳/۷۹	۱۷/۴۵	< ۰/۰۰۱	۰/۲۷۹
استرس	بین‌آزمودنی	اثر گروه	۵۱۶/۷۶	۱	۵۱۶/۷۶	۷۵/۱۰	< ۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
	درون‌آزمودنی	زمان	۲۳۷/۶۵	۱/۷۱	۱۳۸/۴۱	۱۹/۲۷	< ۰/۰۰۱	۰/۳۰۰
		زمان *گروه	۳۴۶/۵۹	۱/۷۱	۲۰۱/۸۶	۲۸/۱۰	< ۰/۰۰۱	۰/۳۸۴

آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر

CCBY-NC.4.0 DEED

مدل آماری به کار رفته برای مدل‌سازی تغییرات متغیرهای وابسته به صورت معادله خطی زیر تعریف می‌شود:

$Y_{ijk}=\mu+\alpha_j+\beta_k+(\alpha\beta)_{jk}+\epsilon_{ijk}$

Y_{ijk} نمره مشاهده‌شده برای آزمودنی i در گروه j و زمان k است. μ میانگین کلی داده‌ها است. α_j اثر زمان است که شامل ۳ سطح (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) می‌باشد. β_k اثر گروه است که شامل ۲ سطح (آزمایش و کنترل) می‌باشد. $(\alpha\beta)_{jk}$ اثر متقابل زمان و گروه است که نشان‌دهنده تغییرات منحصربه‌فرد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در طول زمان است، ϵijk جمله خطا است که واریانس باقی‌مانده را نشان می‌دهد. آزمون فرضیه‌ها بر اساس معناداری اثر تعاملی $(\alpha\beta)_{jk}$ انجام گرفت. زیرا معناداری این اثر نشان‌دهنده تأثیر متفاوت مداخله بر روند تغییرات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است (۱۹). پس از تأیید معناداری اثر متقابل، جهت بررسی دقیق‌تر تفاوت‌ها، از آزمون تعقیبی Bonferroni به مقایسه دو به دوی میانگین متغیرها به تفکیک گروه‌های مورد نظر پرداخته شد. همانطور که در جدول ۵ ملاحظه شد در گروه مداخله، نمرات افسردگی، اضطراب و استرس از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش معناداری داشت (P<۰/۰۵) و این کاهش در مرحله پی‌گیری نیز حفظ شد. این الگو حاکی از اثربخشی مداخله در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی و پایداری اثرات درمانی در طول زمان است. عدم وجود تفاوت معنادار بین پس‌آزمون و پی‌گیری بیانگر آن است که تغییرات ایجادشده صرفاً موقتی نبوده و اثر مداخله در دوره پی‌گیری نیز تثبیت شده است. در مقابل، گروه کنترل در هیچ‌یک از متغیرها تغییر معناداری در طول زمان نشان نداد (P>۰/۰۵)، که این امر احتمال نقش عوامل مداخله‌ای خارج از درمان را کاهش می‌دهد و اعتبار درونی یافته‌ها را تقویت می‌کند. در مجموع، الگوی نتایج از اثربخشی و پایداری مداخله مورد بررسی حمایت می‌کند.

جدول ۵- آزمون Bonferroni مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه مداخله و کنترل در افراد مبتلا به شخصیت مرزی در شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴

متغیرها	زمان		آزمایش (۲۴)		کنترل (۲۳)	
			اختلاف	مقدار P	اختلاف میانگین	مقدار P
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۰۰	< ۰/۰۰۱	-۰/۶۹	۰/۹۰
		پیگیری	۵/۶۶	< ۰/۰۰۱	-۱/۴۷	۰/۱۹۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۶	۰/۳۸۸	-۰/۷۸	۰/۲۴۸
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۶۶	< ۰/۰۰۱	-۰/۳۴	۱/۰۰۰
		پیگیری	۴/۲۹	< ۰/۰۰۱	-۰/۶۰	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۲	۰/۲۸۸	-۰/۲۶	۱/۰۰۰
استرس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۵۸	< ۰/۰۰۱	-۱/۰۰	۰/۵۹۸
		پیگیری	۶/۴۱	< ۰/۰۰۱	-۰/۳۰	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۸۳	۰/۴۳۰	۰/۶۹	۰/۶۹۰

آزمون Bonferroni، (P<۰/۰۵) اختلاف معنی‌دار

CCBY-NC.4.0 DEED

بحث

هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی مداخله ترکیبی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌ها نشان داد که به‌کارگیری این مداخله باعث کاهش قابل توجهی در مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس شد. با وجود آن‌که تاکنون پژوهش مستقلی که به‌طور مستقیم اثربخشی درمان ترکیبی این مداخله را بر افسردگی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی کرده باشد، گزارش نشده است، مطالعات پیشین نشان داده‌اند که هر یک از این رویکردها، به‌ویژه در قالب مداخلات تلفیقی، در بهبود علائم هسته‌ای اختلال شخصیت مرزی از جمله بی‌ثباتی هیجانی، تکانش‌گری و نشانه‌های مرتبط با تروما اثربخش بوده‌اند (۱۸-۱۳).

در تبیین یافته اول مبنی بر این‌که این مداخله ترکیبی بر افسردگی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد، می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش افسردگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، از چند مسیر اساسی عمل می‌کند. آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشخوار فکری، افزایش آگاهی هیجانی و فاصله‌گیری از الگوهای شناختی منفی پایدار می‌شود. هم‌چنین، مهارت‌های تنظیم هیجان شدت و ماندگاری خلق افسرده را کاهش داده و احساس کنترل‌پذیری هیجانی را در فرد تقویت می‌کنند (۲۳). در کنار رفتاردرمانی دیالکتیک، حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد با هدف قرار دادن خاطرات که در شکل‌گیری و تداوم افسردگی نقش دارند، عمل می‌کند (۲۴). بر اساس مدل پردازش تطبیقی اطلاعات، افسردگی می‌تواند ناشی از پردازش ناکامل تجارب منفی و تثبیت باورهای هسته‌ای ناکارآمد مانند «بی‌ارزشی» یا «درماندگی» باشد. این درمان از طریق کاهش بار هیجانی خاطرات آسیب‌زا و اصلاح این باورهای منفی، منجر به بهبود خلق و کاهش علائم افسردگی می‌شود. (۲۵).

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر مداخله ترکیبی بر کاهش اضطراب در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، تأیید شد و این مطالعه به عنوان نخستین تلاش در زمینه اثربخشی ترکیب این دو مداخله بر اضطراب در این جمعیت مطرح گردید. در تبیین این یافته، می‌توان گفت که حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد با استفاده از تحریکات دوطرفه، ارتباط بین بخش‌های هیجانی مغز (آمیگدال و هیپوکامپ) و مدارهای شناختی قشر پیش‌پیشانی را تقویت می‌کند (۲۲). به بیان دیگر، تحریکات دو طرفه به‌عنوان یک پل عصبی عمل می‌کند که بخش‌های عاطفی و شناختی مغز را هماهنگ کرده و امکان پردازش ایمن خاطرات آسیب‌زا را فراهم می‌سازد (۲۶). هم‌چنین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک موجب کاهش حساسیت فرد نسبت به نشانه‌های تهدید و برانگیختگی فیزیولوژیک مرتبط با اضطراب می‌شود (۲۷). هم‌چنین، با کاهش اجتناب هیجانی و افزایش تحمل تجربه‌های هیجانی ناخوشایند، به کاهش معنادار اضطراب در جمعیت‌های بالینی، به‌ویژه افراد دارای ویژگی‌های مرزی، منجر می‌شود (۲۸). بر این اساس، درمان ترکیبی ایجاد اثر هم‌افزایی می‌کند؛ به‌طوری که فرد نه‌تنها مهارت‌های مدیریت اضطراب در لحظه را می‌آموزد، بلکه ریشه‌های هیجانی و شناختی اضطراب نیز به‌صورت عمیق پردازش می‌شوند.

هم‌چنین، فرضیه سوم پژوهش که دلالت بر این‌که مداخله ترکیبی بر استرس در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد، مورد تأیید قرار گرفت. در حالی که تحقیقات پیشین شواهد کمی درباره اثربخشی تلفیقی این دو مداخله ارائه کرده‌اند، مطالعه

CCBY-NC.4.0 DEED

حاضر اولین تلاش سیستماتیک برای بررسی اثرات این مداخله بر سطح استرس در این گروه بالینی محسوب می‌شود. تبیین این یافته را می‌توان از منظر زیستی–روان‌شناختی نیز توضیح داد. Snoek و همکاران نشان دادند که این مداخله ترکیبی علاوه بر بهبود شاخص‌های بالینی، با تغییرات در نشانگرهای زیستی مرتبط با استرس مانند کورتیزول، پروتئین FKBP5 و عامل نوروتروفیک مشتق از مغز (Brain-derived neurotrophic factor; BDNP) همراه هستند. این یافته‌ها حاکی از آن است که این مداخلات می‌توانند عملکرد محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال (HPA) (Axis; HPA Hypothalamic-Pituitary-Adrenal) **را** تعدیل کرده و پاسخ‌های فیزیولوژیک به استرس را کاهش دهند، به طوری که کاهش علائم استرس تنها محدود به تغییرات ذهنی یا رفتاری نیست، بلکه بازتابی از بازتنظیم زیستی نیز به شمار می‌رود (۱۸). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که استرس مزمن و تجارب آسیب‌زا باعث ایجاد تغییرات اپی‌ژنتیک در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال می‌شود (۲۹)، که به نوبه خود باعث تداوم برانگیختگی فیزیولوژیک و افزایش سطح استرس ناشی از تروما می‌شود (۳۰). در این راستا، حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد با پردازش مجدد خاطرات آسیب‌زا و ایجاد پیوند میان بخش‌های شناختی و هیجانی مغز، پاسخ‌های هیجانی شدید به محرک‌های تروماتیک را تعدیل کرده و سطح استرس را کاهش می‌دهد. ترکیب این رویکرد با مهارت‌های تنظیم هیجان در رفتاردرمانی دیالکتیک، این فرآیند را تقویت نموده و زمینه‌ساز بهبود پایدار در مدیریت هیجانات و کاهش واکنش‌های استرسی می‌گردد.

با وجود استفاده از ابزارهای چند منبعی و دوره پیگیری سه‌ماهه، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود: نخست، نمونه‌گیری از یک جامعه بالینی خاص، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. دوم، کنترل کامل عوامل زمینه‌ای مؤثر بر درمان (مانند شدت تروما، تفاوت‌های جنسیتی و سابقه درمانی) امکان‌پذیر نبود. سوم، استفاده از یک پرسش‌نامه واحد برای سنجش افسردگی، اضطراب و استرس (به دلیل ناپایداری هیجانی و کم‌حوصلگی بیماران)، امکان ارزیابی دقیق و مجزای هر مؤلفه را کاهش داد. بنابراین، پژوهش‌های آتی با نمونه‌های متنوع‌تر، کنترل دقیق‌تر متغیرهای مداخله‌گر و استفاده از پرسش‌نامه‌های جداگانه پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که درمان ترکیبی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به‌طور مؤثر افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش دهد. این درمان با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر و هم‌چنین پردازش خاطرات آسیب‌زا، به بهبود سلامت روان و کاهش آسیب‌های روانی-هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمک می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهند که این مداخله ترکیبی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد عملی و مؤثر در درمان اختلال شخصیت مرزی و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس پیشنهاد شود و راهنمای بالینی ارزشمندی برای روان‌درمانگران باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری روان شناسی در دانشگاه سمنان است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که با همکاری صمیمانه خود در تکمیل پرسش‌نامه‌ها و حضور در جلسات آموزشی ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع: این پژوهش فاقد هرگونه تعارض منافع است.

حامی مالی: این مطالعه از هیچ منبع حمایتی بهره‌مند نبوده است.

CCBY-NC.4.0 DEED

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات جمع‌آوری‌شده به صورت محرمانه و ناشناس نگه‌داری و تحلیل خواهد شد. بر اساس برنامه‌ریزی، داده‌ها حداکثر پنج ماه پس از انتشار مقاله حذف خواهند شد. لازم به ذکر است که این پژوهش با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1403.28 از دانشگاه علوم پزشکی سمنان است. هم‌چنین ثبت کارآزمایی بالینی این پژوهش با شماره IRCT20250116064396N1 در پایگاه IRCT صورت گرفت.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** محمود نجفی، لیلا حفاظی طرقبه
- **روش کار:** محمود نجفی، لیلا حفاظی طرقبه
- **جمع‌آوری داده‌ها:** لیلا حفاظی طرقبه
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** لیلا حفاظی طرقبه
- **نظارت:** محمود نجفی
- **مدیریت پروژه:** محمود نجفی
- **نگارش – پیش‌نویس اصلی:** محمود نجفی، لیلا حفاظی طرقبه
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** محمود نجفی، لیلا حفاظی طرقبه

References

1. American Psychiatric Association A, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Washington, DC; American psychiatric association 2025; p. 118-25. 5th ed., text rev. Washington (DC). *American Psychiatric Association* 2025. (p. 118-25).
2. Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *Lancet* 2021; 398(10310): 1528-40.
3. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 4: 18029.
4. Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol* 2021; 37: 139-44.
5. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2018; 41(4): 561-73.
6. Menzies RE, Sharpe L, Favaloro B, Kearney J. The role of existential concerns in borderline personality disorder and their responsiveness to dialectical behaviour therapy. *Clin Psychol* 2025; 29(1): 29-42.
7. Assmann N, Kaiser T, Herzog P, Arntz A, Klein JP, Fassbinder E, et al. Differential effectiveness of dialectical behavioral therapy and schema therapy in patients with borderline personality disorder: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *Behav Res Ther* 2025; 104899.
8. Jørgensen MS, Høgenhaug SS, Sharp C, Bo S. Mentalization-based therapy for borderline personality disorder: state of the-science and future directions. *Clin Psychol Psychother* 2025; 32(4): e70120.
9. Arif H, Shah SU, Tajummal A. Evaluation of the effectiveness of cognitive behavioral therapy on emotional regulation, impulsivity and interpersonal functioning in adolescents with borderline personality traits. *J Soc Signs Rev* 2025; 3(5): 340-55.
10. Linehan MM. Dialectical behavior therapy in clinical practice. New York: Guilford Publications; 2020; p. 240.
11. Malas O, Gómez-Domenech A. Effect of dialectical behavior therapy on negative affect, and symptoms of

CCBY-NC.4.0 DEED

depression and anxiety in individuals with borderline personality disorder during COVID-19 pandemic. *J Clin Med* 2024; 13(9): 2603.

12. Rajabi P, Amirpour B. The effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing psychological distress, increasing mental health literacy of men who were members of Narcotics Anonymous. *Community Health J* 2024; 18(1): 34-45. [Farsi]
13. Snoek AC, van den End A, Beekman AT, Dekker J, Aarts I, Blankers M, et al. Eye movement desensitization and reprocessing with and without dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder and comorbid borderline personality disorder symptoms: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2025; 94(3): 175-93.
14. Hafkemeijer L, Starrenburg A, van der Palen J, Slotema K, de Jongh A. Does EMDR therapy have an effect on memories of emotional abuse, neglect and other types of adverse events in patients with a personality disorder? Preliminary data. *J Clin Med* 2021; 10(19): 4333.
15. Slotema CW, Wilhelmus B, Arends LR, Franken IH. Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis of its efficacy and safety. *Eur J Psychotraumatol* 2020; 11(1): 1796188.
16. Hefazi Torghabeh L, Najafi M. A Structural Model of the Tendency toward Substance Abuse Based on Childhood Trauma in Adolescents: The Mediating Roles of Self-Compassion and Mentalization. *J Res Psychopathol* 2025; 6(2): 23-30.
17. Sveen CA, Pedersen G, Hummelen B, Kvarstein EH. Personality disorders: the impact of severity on societal costs. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2025; 275(1): 181-92.
18. Snoek A, Beekman AT, Dekker J, Aarts I, van Grootheest G, Blankers M, et al. A randomized controlled trial comparing the clinical efficacy and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and integrated EMDR-Dialectical Behavioural Therapy (DBT) in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and comorbid (sub)clinical borderline personality disorder: study design. *BMC Psychiatry* 2020; 20: 1-18.
19. Delavar A. Research methods in psychology and education. 5th ed. Tehran: Virayesh Publishing; 2023. (p. 67). [Farsi]
20. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33(3): 335-43.
21. Keshmiri M, Fathi-Ashtiani A, Jalali P. Mediating role of mindfulness in the relationship between depression, anxiety and stress and psychological well-being. *J Psychol* 2019; 23(2): 217-31. [Farsi]
22. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: basic principles, protocols, and procedures. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2018. p. 120.
23. Junkes L, Gherman BR, Appolinario JC, Nardi AE. Dialectical behavior therapy as an intervention for treatment resistant depression in adults: a protocol for systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2024; 19(5): e0303967.

CCBY-NC.4.0 DEED

24. Seok JW, Kim JI. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing treatment for depression: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Clin Med* 2024; 13(18): 5633.

25. de Jongh A, de Roos C, El-Leithy S. State of the science: eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *J Trauma Stress* 2024; 37(2): 205-16.

26. Chen MY, Chen TY, Wang YJ, Cheng SM, Lin WS, Wan FJ, et al. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) improves symptoms of anxiety and depression, blood pressure, and heart rate variability in patients with hypertension: a randomized controlled trial. *Psychol Health Med* 2025; 32(4)1-20.

27. Montaser AA, El Malky MI, Atia MM. The effect of dialectical behavioral therapy on anxiety level and emotional regulation among drug addict patients. *Menoufia Nurs J* 2023; 8(2): 431-49.

28. Afshari B, Jafarian Dehkordi F, Asgharnejad Farid AA, Aramfar B, Balagabri Z, Mohebi M, et al. Study of the effects of cognitive behavioral therapy versus dialectical behavior therapy on executive function and reduction of symptoms in generalized anxiety disorder. *Trends Psychiatry Psychother* 2022; 44: e20200156. [Farsi]

29. Khan Z, Messiri NE, Iqbal E, Hassan H, Tanweer MS, Sadia SR, et al. On the role of epigenetic modifications of HPA axis in posttraumatic stress disorder and resilience. *J Neurophysiol* 2025; 133(3): 742-59.

30. Hefazi Torghabeh L, Najafi M. The relationship between childhood trauma and suicidal thoughts in students: the mediating role of mentalization and mindfulness. *J Educ Psychol Stud* 2024; 21(56): 51-27. [Farsi]

CCBY-NC.4.0 DEED

The Effectiveness of Combined Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Dialectical Behavior Therapy (DBT) Intervention on Depression, Anxiety, and Stress in Individuals with Borderline Personality Disorder: A Quasi-Experimental Study

Leila Hefazi Torghabeh[1], Mahmoud Najafi[2]

Received: 28/01/26 Sent for Revision: 29/03/26 Received Revised Manuscript: 05/05/26 Accepted: 09/05/26

Background and Objectives: Borderline Personality Disorder (BPD) is typically characterized by internalizing disorders such as depression and anxiety. The present study aimed to examine the impact of an integrated Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) intervention on depression, anxiety, and stress among individuals with Borderline Personality Disorder (BPD).

Materials and Methods: The study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest structure and a 3-month follow-up, including a control group. The study population consisted of patients diagnosed with BPD who referred to psychotherapy centers in Mashhad City during 2024 and 2025. A total of 50 participants were selected through convenience sampling; they were then randomly assigned and matched based on demographic variables and clinical history to experimental and control groups, with 25 participants in each. The experimental group received 20 weekly sessions of the combined EMDR+DBT intervention. The control group received either DBT or the combined treatment of their choice after the intervention phase concluded. Depression, anxiety, and stress were assessed using the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995). Data were analyzed using a two-way repeated measures analysis of variance (ANOVA).

Results: The results indicated a significant difference between the mean scores of depression, anxiety, and stress across the pre-test, post-test, and follow-up stages ($p<0.001$). Furthermore, the interaction effect of time and group membership was found to be significant ($p<0.001$).

Conclusion: The findings suggest that integrating these two therapies, with a simultaneous focus on emotion regulation and trauma processing, leads to improved psychological distress in individuals with BPD. Therefore, it is recommended that clinicians should incorporate this combined treatment approach into their intervention protocols for BPD.

Keywords: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Dialectical Behavior Therapy (DBT), Depression, Anxiety, Stress, Borderline Personality Disorder (BPD)

Funding: This study did not receive any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Semnan University of Medical Sciences approved the study (IR.SEMUMS.REC.1403.28).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Mahmoud Najafi, Leila Hefazi Torghabeh
- **Methodology:** Mahmoud Najafi, Leila Hefazi Torghabeh
- **Data collection:** Leila Hefazi Torghabeh
- **Formal analysis:** Leila Hefazi Torghabeh
- **Supervision:** Mahmoud Najafi
- **Project administration:** Mahmoud Najafi
- **Writing – original draft:** Mahmoud Najafi, Leila Hefazi Torghabeh
- **Writing – review & editing:** Mahmoud Najafi, Leila Hefazi Torghabeh

Citation: Hefazi Torghabeh L, Najafi M. The Effectiveness of Combined Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Dialectical Behavior Therapy (DBT) Intervention on Depression, Anxiety, and Stress in Individuals with Borderline Personality Disorder: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2026; 25 (2): 133-46. doi: 10.66224/jrums.25.2.133. [Farsi].

1- PhD Candidate in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

2- Associate Professor., Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
ORCID: 0000-0002-1160-2117
(Corresponding Author) Tel: (023) 31533059, E-mail: m_najafi@semnan.ac.ir

CCBY-NC.4.0 DEED