مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۴، شماره ۳، پاییز ۹۳، صفحات ۱۵۹ تا ۱۶۷

**Original Article**

# بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیر منطقی و اضطراب جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی زندان مردان ایلام

**پریساآسمند[۱]، شهرام مامی[۲]، رضاولیزاده[۳]**

[۱] دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات ایلام
[۲] استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات ایلام
[۳] استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

## چکیده

**سابقه و هدف**: *اختلال شخصیت ضداجتماعی، با داشتن ویژگی‌های بارز تکانشگری، هیجانات ناپایدار، پرخاشگری، مشروب خواری و استفاده از مواد مخدر و نیز شروع زود هنگام رفتارهای جنسی در این افراد گاه سبب ساز مشکلات عدیده‌ای برای افراد در تعامل با این شخصیت‌ها و نهایت جامعه می شود. هدف از پژوهش حاضر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیر منطقی و اضطراب جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی زندان مردان ایلام بود.*

**روش بررسی**: *این پژوهش از نوع نیمه تجربی، با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون بود که به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین تمامی زندانیان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی در محدوده سنی ۱۸-۴۰ سال زندان مرکزی شهر ایلام با تعداد۳۲ نفر از زندانیان موافق صورت گرفت. افراد انتخابی به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند و با افراد گروه آزمایش مداخله درمانی بر اساس پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی صورت گرفت. لازم به ذکر است در این پژوهش از پرسشنامه‌های چند محوری بالینی میلون و اضطراب بک وباورهای غیر منطقی جونز استفاده شد.*

**یافته‌ها**: *دربررسی اثربخشی، درمان دیالکتیکی در درمان کلیه زیر مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی ($p<۰/۰۵$) و اضطراب ($p<۰/۰۵$) نمونه‌ها تاثیر گذار بود.*

**نتیجه‌گیری**: *نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی، در مقایسه با گروه کنترل، در درمان هر دو مولفه اضطراب و باورهای غیرمنطقی اثر بخشی معنی‌داری دارد.*

**واژگان کلیدی**: *رفتار درمانی دیالکتیکی، باورهای غیرمنطقی، اضطراب، اختلال شخصیت ضداجتماعی.*

## مقدمه

شخصیت مجموعه‌ای سازمان یافته، واحد و متشکل از خصوصیات نسبتا پایداری است که بر روی هم یک شخص را از شخص یا اشخاص دیگر متمایز می‌کند (۱). اگر صفات شخصیتی غیر قابل انعطاف باشد و به اختلال ذهنی یا اختلال در عملکرد فرد منجر شود، تشخیص اختلال شخصیت مطرح می‌شود (۳،۲). به طور دقیق‌تر، اختلال شخصیت یک الگوی پایدار از رفتار و تجربه درونی است که با انتظارات فرهنگی، به میزان قابل ملاحظه‌ای مغایرت دارد، فراگیر و انعطاف ناپذیر است، در دوران نوجوانی آغاز می‌شود در طی زمان پایدار است و به پریشانی یا اختلال منجر می‌شود (۴). اختلال شخصیت از دسته اختلالات شایع روانی (۵) و مزمنی است که شیوع آن بین ۱۰-۱۵درصد جمعیت عمومی گزارش شده است (۶). مطابق با راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical Manual Of

**آدرس نویسنده مسئول**: ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات ایلام، دکتر شهرام مامی
(**email**: Shahram.mami@yahoo.com)

**تاریخ دریافت مقاله**: ۹۲/۱۱/۳۰
**تاریخ پذیرش مقاله**: ۹۳/۳/۱۲

Mental Disorder IV- Tree revised) اختلالات شخصیت به سه دسته تقسیم می‌شوند. یک دسته از این اختلالات، اختلالات شخصیت دسته B است که از زیر گروه‌های این دسته می‌توان به اختلال شخصیت ضداجتماعی اشاره کرد (۷) که به دلیل رفتارهای مجرمانه و جنایی خود بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد (۸). این اختلال، اختلال پیچیده‌ای است که از خصیصه‌های مرکزی آن می‌توان به فقر دلبستگی عمیق (۹) و عدم مهرورزی و وفاداری نسبت به دیگران (۱۰)، چرب زبانی و توانایی استفاده از روش‌های جالب برای به بازی گرفتن دیگران و استثمار آنان، رفتار فاقد انگیزش کافی و بی‌هدف، رفتار تکانشی (۱۱)، ناتوانی برای یادگیری یا بهره برداری از تجربه، روابط بین فردی آشفته، فقدان وجدان (۱۰) و پشیمانی برای رفتار غیر مسؤولانه (۱۲)، واکنش‌های انحرافی نسبت به تنبیه و شرطی شدن نسبت به تنبیه اشاره کرد. از دیگر خصوصیات افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی که می‌توان آن را از ویژگی‌های دوران نوجوانی دانست می‌توان به دزدی، دروغ گویی، مشاجره، فرار از مدرسه (۱۳) و منزل، سرکشی در مقابل مراجع، نزاع (۲) و سوءمصرف مواد (۱۴) اشاره کرد. در این گروه اغلب رفتارهای جنسی زودتر از دیگران شروع می‌شود. به‌علاوه، اکثر آن‌ها با رفتارهای پرخاشگری (۱۵)، مشروب خواری و استفاده از مواد مخدر نیز همراه می‌شوند (۱۶). در جوانی هم این نوع رفتارها ادامه می‌یابد. به علاوه عدم ثبات در کار و حرفه، عدم توانایی و عدم مسؤلیت در اداره خانواده، عدم سازگاری با قواعد و مقررات جاری اجتماع هم اضافه می‌شود (۱۷) که می‌تواند مطابق با سبب شناسی خود به عوامل خانوادگی، روابط خانوادگی، (۱۴) شرایط زندگی (۱۵)روش‌های فرزند پروری و الگو برداری از والدین مربوط باشد (۱۷). همچنین تجارب یادگیری معیوب در زمینه سازگاری با قوانین و مقررات و ارزش‌های اخلاقی و نیز یادگیری کنترله‌ای معیوب و یا وابستگی معیوب از همسالان نیز موارد دیگری است که می‌توان در علت شناسی به آن‌ها اشاره کرد. شیوع این اختلال در مردان سه درصد و در زنان یک درصد است (۱۴،۱۸) از دیگر ویژگی‌های این افراد باورهای شناختی و فراشناختی نادرست در مورد خود و هویت خویش شامل عدم تعادل بین ابعاد مثبت و منفی خود است (۱۶). بنابراین افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی در یک موقعیت رفتاری فقط از یک زاویه به مسائل می نگرد و آن زاویه‌ای است که منافع شخصی آن‌ها را ارضاء می‌کند. این مسئله می‌تواند ناشی از مولفه‌های روانشناختی ناکارآمد همچون باورهای نادرست آن‌ها در برخورد با مسائل باشد. باورهایی که می‌تواند سبب ساز تحریف‌های شناختی و ایجاد کننده‌ی هیجان‌های منفی همچون پرخاشگری باشد. لازم به ذکر است در کنار این مسائل وجود اختلالات همراه دیگری همچون اضطراب و افسردگی می‌تواند مزید بر علت شود؛ و وجود چنین ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند سبب ساز مشکلات عدیده‌ای برای افراد در تعامل با این نوع از شخصیتها ایجاد کند و افراد نزدیک را در تکاپوی راه درمانی برانگیزاند. در راستای بر داشتن گام درمانی برای آن‌ها به نظر می‌رسد. با توجه به ویژگی‌های ذکر شده اولین وظیفه‌ی درمانگر در درمان، درگیر کردن آن‌ها با افکار و رفتارهای سازگارانه و کاهش دادن شدت مطلق نگری و خودکامگی در افکار و رفتارهای آن‌ها می‌باشد. بنابراین لازم است درمان به سمت کمک به این فرآیند، برنامه‌ریزی و تنظیم شود. در این راستا به‌نظر می‌رسد با توجه به ویژگی‌های درمانی، درمان‌های شناختی بتوان به عنوان یک راه حل درمانی، پژوهشی را پایه ریزی کرد. که به رغم مطالعات صورت گرفته در درمان اختلالات مشابه می‌تواند به عنوان یک راه حل مطلوب مشهود باشد (۱۹،۱۷).

یکی از این درمان‌های شناختی، رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT: Dialectical Behavior Therapy) است که در سال ۱۹۹۳توسط مارشا لاینهان به وجود آمد (۱۹) و به شیوه شناختی رفتاری عمل می‌کند (۲۰). این درمان در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی استفاده شد که اثر بخشی آن برای درمان این اختلال از سوی انجمن روانپزشکی امریکا هم مورد تایید قرار گرفته است (۲۲،۲۱). از آن‌جا که این درمان به صورت یک برنامه درمانی ساختاریافته ارائه شده‌است و کاربرد آن را برای درمانگران ساده کرده‌است، مطابق با مطالعات صورت گرفته به عنوان یک درمان مفید در درمان دیگر اختلالات شخصیت (۱۹،۲۳) نیز مورد استفاده قرار می گیرد. به طوری که تاثیر گذار بودن آن در درمان اختلالات خوردن به ویژه پرخوری عصبی (۲۴)، سوءمصرف مواد (۲۵)، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی (۲۶)، افراد دارای افکار خودکشی (۲۸،۲۷) و افسردگی (۲۷،۲۶) و کاهش اضطراب و تحریک پذیری (۲۸) موفقیت آمیز گزارش شده و نتایج امیدوار کننده‌ای به همراه داشته‌است. لذا با توجه به اهمیت موضوع، یعنی ویژگی‌های افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی و درگیر بودن فرد، خانواده و نهایت جامعه و کارایی اثبات شده روش درمانی مذکور در درمان اختلالات مشابه و نیز با نظر به اینکه پژوهش‌های دقیقی در زمینه اختلال شخصیت ضداجتماعی و تاریخچه آن صورت نگرفته

(۱۵)، با تکیه به بررسی‌های صورت گرفته در پایگاه اطلاعاتی مجلات معتبر داخلی و خارجی، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیرمنطقی و اضطراب جوانان دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی زندان مردان ایلام صورت گرفت.

## مواد و روشها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی، باگروه کنترل وگروه آزمایش و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون انجام شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده از بین تمامی زندانیان در محدوده سنی ۱۸-۴۰ سال شهر ایلام با تعداد ۳۲ نفر از زندانیان که پس از گرفتن آزمون میلون توسط پژوهشگر، و بر اساس تفسیر آزمون و همچنین مطابق با تایید روانشناس و روانپزشک زندان بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته محور دوم DSM تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی بر آن‌ها گذاشته شده و نیز در طول حداقل یک سال آینده محکومیت به زندان داشتند انتخاب صورت گرفت. نمونه‌ها بطور تصادفی جهت کار درمانی به دو گروه ۱۶ نفره شامل گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل تقسیم شدند. در ابتدای کار از هر نفر آزمون‌های باورهای غیرمنطقی، اضطراب و افسردگی جهت مقایسه با میزان افسردگی، اضطراب و باورهای غیرمنطقی شخص در پایان جلسات گرفته شد و با هر نفر از گروه آزمایش به صورت فردی ۱۶ جلسه درمانی مربوطه کار شد. لازم به ذکر است پس از گذشت ۲۰ روز ازآخرین جلسه درمانی جهت بررسی تاثیر درمان از هر دو گروه به عنوان پس آزمون پرسشنامه‌های مربوطه مجددا آزمون گرفته شد.

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون ( Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)): این پرسشنامه از ۱۷۵ پرسش درست-نادرست تشکیل شده‌است و شامل سه مقیاس اعتباری، ده مقیاس الگوی شخصیت بالینی (۲۹)، سه مقیاس آسیب شناختی شخصیتی شدید، شش مقیاس نشانگان بالینی و سه مقیاس نشانگان شدید می باشد (۱۷). پایایی، بازآزمایی، همسانی درونی و اعتبار این پرسشنامه در پژوهش‌های خارجی (۳۰) و داخلی صورت گرفته‌است. در ایران مطابق با مطالعات صورت گرفته ضریب پایایی ۸۵٪ و ضریب بازآزمایی ۸۶٪ گزارش شده است (۳۱).

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه که در سال ۱۹۸۸ به وسیله بک و همکاران ساخته شده‌است، یک آزمون ۲۱ سوالی است. آزمودنی شدت هر یک از علایم را با استفاده از مقیاسی چهار درجه ای از (اصلا) تا (شدید، نمی توانم آن را تحمل کنم) درجه بندی می‌کند. نمره گذاری با جمع نمره های ۲۱ پرسش انجام می‌شود و بین ۰-۶۳ می‌باشد (۳۲). بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی بر روی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله یک هفته، ۷۵/ نشان دادند. در پژوهش صورت گرفته در ایران روایی آزمون ۷۲٪ پایایی ۸۳٪ و ثبات درونی آن ۹۲٪ گزارش شده است (۳۳).

پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز: برای اندازه‌گیری و سنجش عقاید غیرمنطقی از پرسشنامه‌ی باورهای غیرمنطقی جونز (۱۹۶۹) استفاده گردید. این پرسشنامه دارای صد سؤال بوده و از ده زیر مقیاس تشکیل شده است. هر زیر مقیاس در بردارنده ده پرسش است. درجه‌بندی پرسش‌ها بر پایه مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است و آزمودنی میزان موافقت یا مخالفت خود را با توجه به درجات (به شدت مخالف، تا حدی مخالف، نه مخالف و نه موافق، تا حدی موافق، به شدت موافق) مشخص می‌کند. برای نمره گذاری هر مقیاس کلید تهیه شده است. در هر مقیاس نمره بالا نشان دهنده شدت باور غیرمنطقی است. نمره کل باورهای غیرمنطقی از جمع جبری همه نمره‌های خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمره بالا در این آزمون نشان دهنده باور غیرمنطقی بیشتر است. جونز در سال ۱۹۶۹ اعتبار کل پرسشنامه به روش بازآزمایی را ۰/۹۲ و برای هریک از خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش نموده است. تقی‌پور (۱۳۷۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار پرسشنامه را ۰/۷۱، داوودی در سال ۱۳۷۸، ۰/۶۸، سودانی در سال ۱۳۷۵، ۰/۷۹، و وزیری و لطفی در سال ۱۳۷۶، ۰/۸۲ به دست آوردند. همچنین دوناپوش در سال ۱۳۷۷ با بررسی روایی همگرا همبستگی بین پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک محاسبه و ضریب همبستگی ۰/۸۲ به دست آورد (۳۴).

## یافته‌ها

در این مطالعه با وجود ۳۲ نمونه انتخابی در قالب دو گروه آزمایش و کنترل به بررسی یافته‌های توصیفی و استنباطی حاصل از پژوهش پرداختیم.

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بیشترین میانگین سنی نمونه‌ها در گروه سنی ۲۰-۲۵ سال بود، به طوری که فراوانی این میزان در گروه دیالکتیکی ۳۷/۵ و در گروه کنترل ۵۰ درصد بود. بیشترین فراوانی زندانی شدن با سابقه دو و سه بار با فراوانی ۳۱/۲ و ۲۵درصد بود. از نظر میزان تحصیلات اکثر نمونه‌ها دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند که فراوانی این مولفه در هر دو گروه به طور مساوی ۳۷/۵ درصد بود. در بحث اعتیاد در هر گروه ۳۱/۲ درصد به طور مساوی دارای اعتیاد بودند.

**جدول ۱.** فراوانی سن، تحصیلات، سابقه‌ی زندانی و اعتیاد

| متغیر | | گروه | تعداد | فراوانی | درصد |
|---|---|---|---|---|---|
| سن | | | | | |
| | ۱۸-۲۰ | دیالکتیکی | ۱۶ | ۳ | ۱۸/۸ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۱ | ۶/۲ |
| | ۲۰-۲۵ | دیالکتیکی | ۱۶ | ۶ | ۳۷/۵ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۸ | ۵۰ |
| | ۲۶-۳۰ | دیالکتیکی | ۱۶ | ۶ | ۳۷/۵ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۲ | ۱۲/۵ |
| | ۳۱-۳۵ | دیالکتیکی | ۱۶ | ۱ | ۶/۲ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۳ | ۱۸/۸ |
| | ۳۵-۴۰ | دیالکتیکی | ۱۶ | ۲ | ۱۵/۵ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۰ | ۰ |
| سابقه زندانی | | | | | |
| | ندارد | دیالکتیکی | ۱۶ | ۸ | ۵۰ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۹ | ۵۶/۲ |
| | یک بار | دیالکتیکی | ۱۶ | ۱ | ۶/۲ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۰ | ۰ |
| | دو بار | دیالکتیکی | ۱۶ | ۱ | ۶/۲ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۵ | ۳۱/۲ |
| | سه بار | دیالکتیکی | ۱۶ | ۴ | ۲۵ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۲ | ۱۲/۵ |
| | بیشتر از چهار بار | دیالکتیکی | ۱۶ | ۲ | ۱۲/۵ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۰ | ۰ |
| میزان تحصیلات | | | | | |
| | ابتدایی | دیالکتیکی | ۱۶ | ۳ | ۱۸/۸ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۲ | ۱۲/۵ |
| | راهنمایی | دیالکتیکی | ۱۶ | ۳ | ۱۸/۸ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۵ | ۳۱/۲ |
| | دبیرستان | دیالکتیکی | ۱۶ | ۲ | ۱۲/۵ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۲ | ۱۲/۵ |
| | دیپلم | دیالکتیکی | ۱۶ | ۶ | ۳۷/۵ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۶ | ۳۷/۵ |
| | فوق دیپلم | دیالکتیکی | ۱۶ | ۲ | ۱۲/۵ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۱ | ۶/۲ |
| اعتیاد | | | | | |
| | بلی | دیالکتیکی | ۱۶ | ۵ | ۳۱/۲ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۵ | ۳۱/۲ |
| | خیر | دیالکتیکی | ۱۶ | ۱۱ | ۶۸/۸ |
| | | کنترل | ۱۶ | ۱۱ | ۶۸/۸ |

در جدول ۲ که به بررسی نتایج حاصل از باورهای غیر منطقی دو گروه کنترل و آزمایش می‌پردازد مطابق با نتایج آزمون تحلیل واریانس یک سویه با توجه به آزمون کلوموگروف-اسمیرنوف و نرمال بودن توزیع نمرات، برای مقایسه پیش آزمون باورهای غیرمنطقی بین دو گروه دیالکتیکی و گروه کنترل نشان می‌دهد که در ۱۰ خرده مقیاس باورهای غیر منطقی همسانی بین آزمودنی‌ها دو گروه دیالکتیکی و کنترل وجود ندارد، به طوری که تنها بین ۵ خرده مقیاس تمایل به سرزنش (p=۰/۰۱)، واکنش به ناکامی (p=۰/۰۰۳)، نگرانی زیاد توام با اضطراب (p<۰/۰۰۰۱)، اجتناب از مشکلات (p=۰/۰۲۶) و کمالگرایی (p=۰/۰۲۳) اختلاف معناداری وجود دارد. نتایج بعد از دوره درمان بین دو گروه کنترل و دیالکتیکی نیز نشان داد در هیچ کدام از خرده مقیاس ها بین دو گروه اختلاف معناداری وجود ندارد که نشان دهنده عدم اختلاف زیاد بین میزان خرده مقیاس های باور منطقی بین دو گروه است. به بررسی نمرات هر کدام از خورده مقیاس‌ها در قبل و بعد از دوره درمانی به طور جداگانه پرداخته شد تا مقایسه‌ای از همسان بودن و یا نبودن نمرات را نشان دهد.

در جدول ۳ آزمون تی همبسته برای بررسی و مقایسه میزان تاثیر گذاری دوره درمانی دیالکتیکی بر باورهای غیر منطقی در جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی نشان می‌دهد که دوره درمانی دیالکتیکی بر ۱۰ خرده مقیاس (p<۰/۰۵) باورهای غیر منطقی تاثیر معنی‌داری داشت و نتایج گروه کنترل نیز نشان داد که نتایج قبل و بعد در این گروه اختلاف معنی‌داری نداشت.

در جدول ۴ نتایج آزمون تی مستقل با توجه به آزمون کلوموگروف-امیرنوف و نرمال بودن توزیع نمرات، برای مقایسه پیش آزمون بین دو گروه دیالکتیکی و کنترل نشان می‌دهد که میزان اضطراب دو گروه قبل و بعد از تمرین اختلاف معنی‌داری با یکدیگر ندارند.

در جدول ۵ نتایج آزمون تی همبسته برای بررسی میزان تاثیرگذاری دوره درمانی در هر یک از گروه های دیالکتیکی و کنترل نشان می‌دهد که دوره درمانی دیالکتیکی تاثیر گذاری معنی‌داری بر میزان اضطراب این افراد دارد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیر منطقی، اضطراب و افسردگی جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی زندان مردان ایلام مورد تحلیل قرار گرفت. مطابق با جدول ۱، توصیف بررسی شده گویای برخی ویژگی‌های همراه اختلال شخصیت ضداجتماعی همچون اعتیاد (۱۰،۱۴)، رفتارهای مجرمانه (۸) که نهایت باعث زندانی شدن‌های مکرر می‌گردد. در جدول ۲ که به بررسی نتایج حاصل از باورهای غیرمنطقی دو گروه کنترل و آزمایش می‌پردازد مطابق با نتایج آزمون تحلیل واریانس یک سویه با توجه به آزمون کلوموگروف-اسمیرنوف و نرمال بودن توزیع نمرات، برای مقایسه پیش‌آزمون بین دو گروه دیالکتیکی و گروه کنترل نشان می‌دهد که در ۱۰ خرده مقیاس باورهای غیر منطقی همسانی بین آزمودنی‌ها دو گروه دیالکتیکی و کنترل وجود ندارد، به طوری که تنها بین ۵ خرده مقیاس تمایل به سرزنش (p=۰/۰۱)، واکنش به ناکامی

**جدول ۲.** نتایج آزمون تحلیل واریانس یک سویه باورهای غیر منطقی بین گروهی دوره درمانی دیالکتیکی بر نمونه‌ها

| متغیر | خرده مقیاس | گروه | | میانگین | انحراف استاندارد | F | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| باورهای غیر منطقی | نیاز به تایید بالا | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۷/۶۸ | ۳/۹۹ | ۲/۴۴ | ۰/۱۲۸ |
| | | | کنترل | ۲۵/۰۶ | ۵/۳۹ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۲۳/۰۶ | ۶/۶۷ | ۰/۴۳ | ۰/۵۱۶ |
| | | | کنترل | ۲۴/۶۸ | ۷/۲۸ | | |
| | انتظار بالا از خود | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۵/۳۷ | ۴/۰۳ | ۳/۶۳ | ۰/۰۶۶ |
| | | | کنترل | ۲۲/۵۰ | ۴/۴۸ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۲۱/۲۵ | ۵/۹۶ | ۰/۴۴۶ | ۰/۵۰۹ |
| | | | کنترل | ۲۲/۵۶ | ۵/۱۲ | | |
| | تمایل به سرزنش | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۸/۵۰ | ۴/۰۴ | ۷/۵۴ | ۰/۰۱ |
| | | | کنترل | ۲۲/۹۳ | ۷/۰۱ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۲۲/۹۳ | ۶/۶۲ | ۰/۰۱۲ | ۰/۹۱۳ |
| | | | کنترل | ۲۲/۶۸ | ۶/۲۳ | | |
| | واکنش به ناکامی | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۷/۴۳ | ۴/۲۱ | ۱۰/۰۹ | ۰/۰۰۳ |
| | | | کنترل | ۲۳/۰۶ | ۳/۵۴ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۲۲/۵۰ | ۵/۵۷ | ۰/۰۶۱ | ۰/۸۰۷ |
| | | | کنترل | ۲۲/۰۶ | ۴/۴۱ | | |
| | بی مسئولیتی هیجانی | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۸/۳۷۵۰ | ۶/۹۸ | ۳/۴۷ | ۰/۰۷۲ |
| | | | کنترل | ۲۴/۵۶ | ۴/۲۵ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۲۱.۵۶ | ۶.۱۲ | ۳.۴۹ | ۰.۰۷۱ |
| | | | کنترل | ۲۵.۰۰ | ۴.۰۸ | | |
| | نگرانی زیاد توام با اضطراب | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۶.۱۲ | ۳.۲۶ | ۱۶.۵۱ | ۰/۰۰۰ |
| | | | کنترل | ۲۱.۰۰ | ۳.۸۴ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۱۸/۸۱ | ۳/۲۲ | ۱/۴۷ | ۰/۰۲۳ |
| | | | کنترل | ۲۰/۲۵ | ۳/۴۵ | | |
| | اجتناب از مشکلات | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۵/۹۳ | ۴/۲۹ | ۵/۴۵ | ۰/۰۲۶ |
| | | | کنترل | ۲۲/۸۱ | ۳/۱۸ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۱۹/۸۷ | ۶/۱۸ | ۲/۸۵ | ۰/۱۰۱ |
| | | | کنترل | ۲۳/۱۸ | ۴/۸۱ | | |
| | وابستگی | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۸/۹۳ | ۶/۶۵ | ۸/۵۵ | ۰/۰۷ |
| | | | کنترل | ۲۳/۲۵ | ۴/۰۲ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۲۲/۸۷۵۰ | ۴/۴۷ | ۰/۰۳۵ | ۰/۸۵۲ |
| | | | کنترل | ۲۲/۵۶ | ۴/۹۲ | | |
| | درماندگی نسبت به تغییر | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۶/۰۰ | ۴/۳۶ | ۰/۲۳۱ | ۰/۶۳۴ |
| | | | کنترل | ۲۵/۱۲ | ۵/۵۲ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۲۲/۰۰ | ۴/۷۷ | ۱/۲۰ | ۰/۲۸۱ |
| | | | کنترل | ۲۳/۸۷ | ۴/۸۸ | | |
| | کمالگرایی | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۷/۷۵ | ۷/۹۸ | ۵/۷۶ | ۰/۰۲۳ |
| | | | کنترل | ۲۲/۳۱ | ۴/۲۶ | | |
| | | پس آزمون | دیالکتیکی | ۲۲/۰۰ | ۵/۸۰ | ۰/۰۱۶ | ۰/۹۰ |

(p=۰/۰۰۳)، نگرانی زیاد توام با اضطراب (p<۰/۰۰۰۱)، اجتناب از مشکلات (p=۰/۰۲۶) و کمالگرایی (p=۰/۰۲۳) اختلاف معنی‌داری وجود داشت و نتایج بعد از دوره درمان بین دو گروه کنترل و دیالکتیکی نیز نشان داد در هیچ کدام از خرده مقیاس‌ها بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود ندارد که نشان دهنده عدم اختلاف زیاد بین میزان خرده مقیاسهای باور منطقی بین دو گروه است. از لحاظ مقایسه نمرات درون گروهی در پس آزمون بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت محسوس وجود نداشت. مطابق با جدول ۴ نتایج آزمون تی مستقل با توجه به آزمون کلوموگروف-امیرنوف و نرمال بودن توزیع نمرات، برای مقایسه اضطراب پیش‌آزمون بین دو گروه دیالکتیکی و کنترل نشان می‌دهد که میزان اضطراب دو گروه

**جدول ۳.** نتایج آزمون تی همبسته میزان تاثیر گذاری دوره درمانی دیالکتیکی بر باورهای غیر منطقی نمونه‌ها

| متغیر | خرده مقیاس | گروه | پیش از تمرین | بعد از تمرین | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | | |
| باورهای غیر منطقی | نیاز به تایید بالا | دیالکتیکی | (۳/۹۹)۲۷/۶۸ | (۶/۶۷)۲۳/۰۶ | ۲/۳۹ | ۰/۰۳ |
| | | کنترل | (۵/۳۹)۲۵/۰۶ | (۷/۲۸)۲۴/۶۸ | ۰/۲۳۶ | ۰/۸۱ |
| | انتظار بالا از خود | دیالکتیکی | (۴/۰۳)۲۵/۳۷ | (۴/۴۸)۲۱/۲۵ | ۲/۴۸ | ۰/۰۲۵ |
| | | کنترل | (۴/۴۸)۲۲/۵۰ | (۵/۱۲)۲۲/۵۶ | -۰/۰۷ | ۰/۹۴ |
| | تمایل به سرزنش | دیالکتیکی | (۴/۰۴)۲۸/۵۰ | (۶.۶۲)۲۲/۹۳ | ۲/۷۲ | ۰/۰۱۶ |
| | | کنترل | (۷/۰۱)۲۲/۹۳ | (۶.۲۳)۲۲/۶۸ | ۰/۱۲۱ | ۰/۹۰۵ |
| | واکنش به ناکامی | دیالکتیکی | (۴/۲۱)۲۷/۴۳ | (۵.۵۷)۲۲/۵۰ | ۳/۳۲ | ۰/۰۰۵ |
| | | کنترل | (۳/۵۴)۲۳/۰۶ | (۴.۴۱)۲۲/۰۶ | ۰/۹۳۹ | ۰/۳۶۲ |
| | بی مسئولیتی هیجانی | دیالکتیکی | (۶/۹۸)۲۸/۳۷۵۰ | (۶.۱۲)۲۱/۵۶ | ۲/۵۹ | ۰/۰۲۰ |
| | | کنترل | (۴/۲۵)۲۴/۵۶ | (۴.۰۸)۲۵/۰۰ | -۰/۴۸ | ۰/۶۳ |
| | نگرانی زیاد توام با اضطراب | دیالکتیکی | (۳/۲۶)۲۶/۱۲ | (۳.۲۲)۱۸/۸۱ | ۶/۱۶ | ۰/۰۰ |
| | | کنترل | (۳/۸۴)۲۱/۰۰ | (۳.۴۵)۲۰/۲۵ | ۰/۸۷۳ | ۰/۳۹۶ |
| | اجتناب از مشکلات | دیالکتیکی | (۴/۲۹)۲۵/۹۳ | (۶.۱۸)۱۹/۸۷ | ۳/۶۳ | ۰/۰۰۲ |
| | | کنترل | (۳/۱۸)۲۲/۸۱ | (۴.۸۱)۲۳/۱۸ | -۰/۲۹۶ | ۰/۷۷ |
| | وابستگی | دیالکتیکی | (۶/۶۵)۲۸/۹۳ | (۴/۴۷)۲۲/۸۷۵۰ | ۳/۶۷ | ۰/۰۰۲ |
| | | کنترل | (۴/۰۲)۲۳/۲۵ | (۴/۹۲)۲۲/۵۶ | ۱/۰۰ | ۰/۳۳ |
| | درماندگی نسبت به تغییر | دیالکتیکی | (۴/۳۶)۲۶/۰۰ | (۴/۷۷)۲۲/۰۰ | ۳/۹۳ | ۰/۰۰۱ |
| | | کنترل | (۵/۵۲)۲۵/۱۲ | (۴/۸۸)۲۳/۸۷ | ۱/۸۷ | ۰/۰۸ |
| | کمالگرایی | دیالکتیکی | (۷/۹۸)۲۷/۷۵ | (۵/۸۰)۲۲/۰۰ | ۲/۳۱ | ۰/۰۳۵ |
| | | کنترل | (۴/۲۶)۲۲/۳۱ | (۵/۲۹)۲۲/۲۵ | ۰/۰۴۴ | ۰/۹۶ |

**جدول ۴.** نتایج آزمون تی مستقل عملکرد بین گروهی دوره درمانی دیالکتیکی بر اضطراب نمونه‌ها

| متغیر | گروه | | میانگین | انحراف استاندارد | F | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| اضطراب | پیش آزمون | دیالکتیکی | ۲۴/۵۶ | ۱۷/۶۸ | ۱/۲۷ | ۰/۰۶ |
| | | کنترل | ۳۵/۱۸ | ۱۴/۰۲ | | |
| | پس آزمون | دیالکتیکی | ۳۳/۳۱ | ۱۴/۷۴ | ۰/۲۲ | ۰/۹۲ |
| | | کنترل | ۳۳/۸۱ | ۱۳/۶۶ | | |

**جدول ۵.** نتایج آزمون تی همبسته تاثیر گذار بودن درمان بر اضطراب نمونه‌ها

| متغیر | گروه | پیش از تمرین | بعد از تمرین | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | | |
| اضطراب | دیالکتیکی | ۲۴/۵۶ (۱۷/۶۸) | ۳۳/۳۱ (۱۴/۷۴) | -۲/۷۷ | ۰/۰۱۴ |
| | کنترل | ۳۵/۱۸ (۱۴/۰۲) | ۳۳/۸۱ (۱۳/۶۶) | ۰/۴۶۱ | ۰/۶۵ |

قبل از تمرین اختلاف معناداری با یکدیگر ندارند (P=۰/۰۶) که بیانگر همگن بودن گروه‌های آزمودنی می‌باشد. اما نتایج بعد از اتمام دوره درمانی نیز مشابه بود، به طوری که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد (P=۰/۹۲) مقایسه بعد از دوره درمانی نشان می‌دهد که میزان تاثیر پذیری آزمودنی‌ها از دوره درمان به میزانی بوده که بین آن دو اختلاف معنی داری وجود ندارد و نشان دهنده تاثیرگذاری برنامه تمرینی نیست. در جدول ۵ نتایج آزمون تی همبسته برای بررسی میزان تاثیرگذاری دوره درمانی بر اضطراب در هر یک از گروه-های دیالکتیکی و کنترل نشان می‌دهد که دوره درمانی دیالکتیکی تاثیرگذاری معنی‌داری بر میزان اضطراب این افراد دارد (P=۰/۰۱۴). نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش

صالحی که در سال۱۳۹۰ با عنوان تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیکی، بر علائم مشکلات هیجانی انجام داد. همسو است. در تبیین نتایج حاصل از درمان رفتار درمانی دیالکتیکی بر باورهای غیر منطقی افراد نمونه می‌توان به این نکته اشاره کرد که با عنایت به تاثیر گذار بودن باورهای غیر منطقی بر هیجان‌های منفی شخص و نیز با عنایت به این موضوع که افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی چسبندگی بسیاری با این باورها دارند. لذا در برخود و تلاش برای تغییر این باورها نیاز هست که در مرحله اول شخص را مورد پذیرش قرار دهیم و به صورت غیر مستقیم این تغییر را ایجاد نماییم که این موضوع در اصول درمان دیالکتیکی به روشنی به چشم می‌خورد. همچنین در پژوهش ذکر شده نتایج حاصل، گویای آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش علائم اضطراب در افراد نمونه گروه آزمایش شده‌است که این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش صالحی (۱۳۹۰) و کروگر (۲۰۰۶) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج حاصل از پژوهش می‌توان گفت از آن‌جا که اختلال شخصیت ضداجتماعی با اضطراب مرتبط است (بیگدلی،۱۳۹۰) و با عنایت به این‌که شرایط زندان می‌تواند تشدید کننده اضطراب در شخص باشد. بنابراین نیاز هست شخص با آموختن و تمرین مهارت‌هایی توانایی تمرکز بر شرایط زمان حال را داشته باشد تا بتواند خود را استرس و نهایت اضطراب بسیاری از افکار مرتبط به آینده در امان نگاه دارد که این مهارت‌ها به روشنی در رفتار درمانی دیالکتیکی به چشم می‌خورد.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با مشکلات خاص خود همراه بوده‌است که در ذیل به آن‌ها اشاره می‌گردد:

۱. نبود فضای مناسب و اختصاصی برای برگذاری جلسات درمان

۲. مسائل اختصاصی محیط زندان که گاها باعث نامنظم بودن جلسات درمانی می‌شد.

۳. مسائل اختصاصی هر کدام از نمونه‌ها که حضور مستمر آنها را با مشکل مواجه می‌کرد.

۴. دسترسی محدود به پروتکل درمانی متناسب با نوع اختلال و درمان‌های بکار رفته در پژوهش

۵. تعداد کم نمونه آماری به دلیل محدودیت‌ها و مسائل پیش‌بینی نشده در جامعه آماری مورد پژوهش

با عنایت به محدودیت‌های پژوهش که می‌تواند عامل تاثیرگذاری در ناکارآمدی برخی از نتایج درمان باشد، انجام دادن کار درمان در شرایطی که مساعدت بیشتری وجود داشته باشد پیشنهاد می‌گردد.

از آن‌جایی که اختلال شخصیت ضداجتماعی یکی از پیچیده‌ترین اختلالات روانپزشکی و روانشناختی است و افراد دارای این اختلال از مقاوم ترین افراد به درمان می‌باشند. به نظر می‌رسد با عنایت به نتایج حاصل از پژوهش و نیز با توجه به نکته پیشنهادی پژوهش تلفیق بیشتر کار روانپزشک با روانشناس بالینی در مراکز روانپزشکی بیمارستان‌ها و یا مراکز خصوصی درمان می‌تواند نتایج تاثیرگذارتری در درمان افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی به دنبال داشته باشد.

## تشکر و قدر دانی

لازم می‌دانیم از کلیه مسئولین اداره زندان‌ها و مددجویان موافق به همکاری که به عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. و دیگرکسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند صمیمانه تشکر نماییم.

## *REFERENCES*

1.Karimi Y, editor. Personality psychology. 13th ed. Tehran: Roshd; 2009. [In Persian]

2. Jazayeri A. Evaluation and comparison of the relationship between the individual components and coping strategies for addicted. Journal of Addiction Studies 2001;4: 98-101. [In Persian]

3.Azad H, editor. Psychopathology. Tehran: Besat; 2007. [In Persian]

4. Clarkin JF, editor. Psychodynamic psychotherapy for personality disorder. New York: APA; 2010.

5.Svrakik DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. Acta Psychiatr Scand 2002; 106:189-95.

6.FaridHoseini F. Decision making under risk assessment in patients with borderline personality disorder and antisocial. Journal of Mental Health 2008; 2: 87-95. [In Persian]

7.Maj M, Akiskal HS, Mexxich JE, Okasa A, editors. Personality disorders. 5th ed. London: John Wiley andsons; 2007. P.125-70.

9.Narud K, Mykletun A, Dahl A. Therapists' handling of patients with cluster B personality disorders in individual psychotherapy. Compr Psychiatry 2005; 46:186-91.

10. Ghoddoosi A. Factors in patients with schizophrenia compared to crime and antisocial personality disorder. Legal Medical Journal 2001;6: 21-33. [In Persian]

11.Gholamloo J. The study of the criminology of serial murder phenomenon. Journal of medical Law 2009: 8: 68-74.

12. Yusefi M. Personality disorder. Journal of Happiness and Success 2009; 82: 106-116. [In Persian]

13.Jazayeri A. Coping strategies in addicted people. Journal of Addiction Studies. 2000;3:66-78. [In Persian]

14. National Institute For Health And Clinieal Exllence (NICE). Antisocial personality disorder. London: NICE: 2009.

15. Black DW, editor. Bad boy bad men : confronting antisocial personality disorder. Oxford; Oxford University Press; 2013.

16.Khademi A. Effects of cognitive training component in reducing anti-social behavior among young prisoners in Orumieh. Journal of Behavioral Sciences 2009; 13: 26-33. [In Persian]

17.Akbari J. Effectiveness of cognitive-behavioral and pharmacological treatment of anxiety and impulsivity in men with borderline personality disorder. Journal of Mental Health 2008; 40: 33-39. [In Persian]

18.Ebrahimi MR. Prevalence of personality disorders among runaway soldiers referred to the hospital. Journal of the Iranian Army 2007; 6: 48-53. [In Persian]

19.Prvjska J, Syed Mohammad Y, translator. Theories of psychotherapy. Tehran: Psychology Press: 2012.

20.Alavi Kh. Efficacy of dialectical behavior therapy group style (based on the fundamental components of pervasive awareness, distress tolerance, and emotional regulation) on depressive symptoms in students. Mental Health Journal 2011;43: 66-72. [In Persian]

21.Wagner A, Rizvi SL, Harned MS. Application of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation not fit all. J Trauma Stress 2007; 31: 391-400.

22.Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. Am J Geriatr Psychiatr 2003; 41:33-45.

23.Soler J, Pascual J, Tiana T, Barrachina J, Gich I, Alvarez E. Dialectical behavior therapy skills training ompared to standard group therapy in borderline personality disorder. Behaviour Research and Therapy 2009;44: 128-33.

24.Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavioral therapy for binge eating disorder. J Couns Psychol 2001; 38: 1061-65.

25.Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alchohol Depend. 2002; 67:13-29.

26.Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykierek P, Richter H, Berner M, et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a pilot study using a structured skills training program. Eur Arch Psychol Clin 2002; 252: 177-84.

27.Leichsenring, E, Leibing E. the effectiveness of psychodynamic psychotherapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorder. Am J Psychiatry 2003; 160:1223-32.

28.Kroger C, Schweiger U.S, Valerija A, Ruediger K, Rudolf S, Reinecker H. Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behaviour Research and Therapy. 2006; 44:1211-17.

29.Sharifi AA. Mellon multiaxial diagnostic validity. Journal of Knowledge and Research in Psychology, Isfahan University 2007; 34: 32-42. [In Persian]

30. Millon T, Davis RD. Directions The MCMI-III: present and future 30. J Pers Assess 1997;68:69-85.

31.Garoosi F. Comparison of the Personality traits and coping styles of offenders' and normal subjects. Journal of Contemporary 2001; 1: 225-31. [In Persian]

32.Salvati M. Effectiveness of schema therapy on women with borderline personality disorder [Thesis]. Tehran: Tehran University; 2007. [In Persian]

33.Kaviani H. Psychometric properties of the Beck anxiety inventory age and sex classes of the population of Iran. Tehran University of Medical Sciences Journal 2008; 2: 65-74.

34.Hamid Poor H. The efficacy and effectiveness of cognitive therapy in the treatment of depression [MA Dissertation]. Mashhad: Ferdowsi University; 2003. [In Persian]