

Received: 2024/7/24

Accepted: 2024/9/20

How to cite:

Farzi A, Mahmoud Alilou M, Esmailpour Kh. The effectiveness of emotional regulation and mindfulness techniques based on dialectical behavior therapy in improving self-harm and Substance abuse in borderline personality disorder. *EBNESINA* 2024;26(3):22-36.

DOI: 10.22034/26.3.22

Original Article

The effectiveness of emotional regulation and mindfulness techniques based on dialectical behavior therapy in improving self-harm and Substance abuse in borderline personality disorder

Aisan Farzi^{1✉}, Majid Mahmoud Alilou², Khalil Esmailpour²

Abstract

Background and aims: Self-injury and substance abuse in people with borderline personality disorder can lead to serious harm to themselves and those around them. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness and emotion regulation therapy based on dialectical behavior therapy on substance abuse and self-injury in people with borderline personality disorder (BPD).

Methods: This research was conducted using a single-case experimental design (SCED) of the multiple baseline type, consisting of eight one-hour sessions for three patients, followed by a one-month follow-up period. The statistical population included patients diagnosed with PBD. Three individuals were selected based on their voluntary participation and adherence to the research criteria, utilizing targeted and available sampling methods. Inclusion was based on a psychiatrist's diagnosis and a structured clinical interview. They received dialectical behavior therapy based on emotion regulation and mindfulness for eight sessions. Data were collected using the Risky Behaviors Questionnaire by Mohammadkhani and the Personality Assessment Inventory Borderline Features Scale (PAI-BFS).

Results: Data analysis, presented through graphs and tables for SCED, indicated that mindfulness and emotion regulation interventions based on dialectical behavior therapy resulted in significant changes. The effect sizes for the first subject in the variables of self-harm and substance abuse were 4.526 and 2.260, respectively; for the second subject, they were 6.253 and 6.772; and for the third subject, they were 3.651 and 6.134.

Conclusion: This treatment method has led to statistically significant improvements in the symptoms of substance abuse and self-harm among patients with BPD.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Emotional Regulation, Mindfulness, Self Harm, Substance Abuses

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 26, No. 3, Serial 88 Autumn 2024)

1. PhD in psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

✉ Corresponding Author:

Aisan Farzi

Address: Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Tel: +98 (41) 36673480

E-mail: Aisanfarzi@gmail.com



Copyright© 2024. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajums.ac.ir>

اثر بخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی و ذهن آگاهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود سوء مصرف مواد و خودزنی در اختلال شخصیت مرزی

آيسان فرضی^۱، مجید محمودعلیلو^۲، خلیل اسماعیل پور^۲

چکیده

زمینه و اهداف: خودزنی و سوء مصرف مواد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌تواند منجر به آسیب بسیار جدی به خود و اطرافیان گردد. از این رو هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان ذهن-آگاهی و تنظیم-هیجان مبتنی بر رفتار-درمانی دیالکتیکی بر سوء مصرف مواد و خودزنی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

روش بررسی: این پژوهش در چهارچوب آزمایش تک موردی از نوع خط پایه چندگانه پلکانی، طی هشت جلسه، هر جلسه به مدت یک ساعت بر روی سه بیمار و با دوره پیگیری یک ماهه صورت گرفت. جامعه آماری در این پژوهش بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند که از میان آنها سه نفر با تشخیص اختلال شخصیت مرزی و با توجه به داوطلب بودن و با تطبیق با معیارهای پژوهش به صورت نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شده و بر اساس تشخیص روانپزشک و مصاحبه بالینی ساختار یافته وارد پژوهش شدند و به مدت ۸ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی مبتنی بر تنظیم هیجان و ذهن آگاهی را دریافت کردند. داده‌ها از طریق مقیاس رفتارهای خودزنی از پرسشنامه ارزیابی شخصیت-مقیاس ویژگی‌های مرزی و پرسشنامه رفتارهای پرخطر محمدخانی جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از نمودار و جدول ویژه طرح‌های تک آزمودنی، نشان داد که به دنبال مداخلات ذهن آگاهی و تنظیم هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی، اندازه اثر برای آزمودنی اول در متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب: ۴/۵۲۶ و ۳/۷۷۹، برای آزمودنی دوم ۶/۲۵۳ و ۶/۷۷۲ و برای آزمودنی سوم ۳/۶۵۱ و ۶/۱۳۴ است.

نتیجه گیری: این روش درمانی تغییرات معنی‌دار و قابل توجهی به لحاظ آماری در نشانه‌های خودزنی و سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ایجاد کرده است.

کلمات کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، خودزنی، سوء مصرف مواد

۱. دکتری روانشناسی، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه آموزشی روانشناسی، تبریز، ایران
۲. استاد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه آموزشی روانشناسی، تبریز، ایران

نویسنده مسئول: آيسان فرضی

آدرس: دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه آموزشی روانشناسی، تبریز، ایران
تلفن: ۳۶۶۷۳۴۸۰ (۴۱) ۹۸+
ایمیل: Aisanfarzi@gmail.com

(سال بیست و ششم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۳، مسلسل ۸۸)
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۳۰

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۳

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (BPD)^۱ دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف به همراه تکانشگری بارز است. این اختلال، اختلال روانی شدید و مداومی است که به وسیله الگوهای روابط بین فردی، بحران‌های مکرر بی‌ثباتی عاطفی، رفتارهای خودآزارانه و تکانشگری مشخص شده است که در اوایل بزرگسالی شروع شده و در موقعیت‌های مختلف در سراسر زندگی ادامه می‌یابد [۱]. از بین اختلالات شخصیت، BPD از جدی‌ترین اختلالات روانپزشکی است [۲].

سازمان بهداشت جهانی در یک بررسی اپیدمیولوژیک شیوع BPD را در جمعیت‌های عمومی ۱/۵٪ و در بیماران مبتلا به اختلال روانی حدود ۲۵٪ گزارش کرده است [۳].

برای تشخیص این اختلال وجود پنج مورد از مجموعه‌ای از نشانه‌ها، شامل الگوی بی‌ثبات روابط، خودانگاره، تکانشگری، احساس جدایی یا طرد، اختلال هویت یا رفتار تهدید یا ژست خودکشی‌گرا، خشم کنترل نشده، تحریک‌پذیری و اندیشه‌پردازی پارانوئید موقتی مرتبط با استرس، بی‌ثباتی عاطفی ناشی از تحریک‌پذیری خلق یا اضطراب ضروری است [۱].

بر طبق نظریه زیستی-اجتماعی لینهان^۲، BPD نقص در تنظیم هیجان است که در اثر تعامل آسیب‌پذیری هیجانی مزاج با محیط نامعتبر^۳ کودک بروز می‌یابد. محیط نامعتبر در زمان کودکی این افراد، مدام پیام‌های متناقض داده و به کودک می‌فهماند که تظاهرات تجربیات درونی، اشتباه یا نامتناسبند. این محیط به جای این که به کودک مهارت تنظیم هیجان‌هایش را یاد بدهد، به او یاد می‌دهد که بین‌بازداری هیجان از یک سو و ابراز مفرط هیجان از سوی دیگر نوسان کند. بنابراین کودک به افکار و هیجان‌هایش نامطمئن شده و از

هیجان‌هایی که شدید، گیج‌کننده و علت بسیاری از رنج‌ها هستند می‌ترسد و به رفتارهای تکانشی مثل آسیب به خود و سوءمصرف مواد برای فرار از موقعیت‌های هیجانی ترس‌آور پناه می‌برد [۴].

در واقع بدتنظیمی هیجان^۴ گاهی به عنوان یکی از خصوصیات اصلی BPD مطرح می‌شود. منظور از بدتنظیمی هیجان، نقص در توانایی تنظیم تجربه، ابراز هیجان‌ها و حفظ رفتار معطوف به هدف، در صورت وقوع عاطفه منفی شدید است [۵]. عدم توانایی برای پاسخ دادن منعطف به هیجان‌ها و کنترل (مدیریت) آنها، ساده‌ترین تعریفی است که از بدتنظیمی هیجانی ارائه شده است [۶]. خودزنی که یکی از معیارهای تشخیصی BPD است، شامل رفتاری آگاهانه نظیر بریدن، سوزاندن، زخمی کردن است که بدون قصد خودکشی با هدف آسیب به بدن انجام می‌شود و جزء آداب و رسوم فرهنگی به شمار نمی‌رود [۷]. بنابراین بر اساس نظریه‌های مطرح‌شده اصلی‌ترین عاملی که منجر به رفتارهای خودزنی در بیماران مبتلا به BPD می‌گردد، مشکل در تنظیم هیجانات است [۴]. مطالعات صورت گرفته بر روی نمونه بزرگی از افراد مبتلا به BPD گزارش کرده‌اند که در ۶۵ الی ۸۰٪ موارد خودزنی اتفاق می‌افتد [۸]. اخیراً مطالعه‌ای گزارش می‌دهد که بین خودزنی و بی‌ثباتی هیجانی ارتباط وجود دارد. همچنین نتایج مطالعات قبلی تأیید می‌کنند که خودزنی راهبردی برای تنظیم هیجانات است. در واقع صدمه به خود در این بیماران را می‌توان به عنوان یک استراتژی رایج برای کاهش هیجانات منفی حاد درک کرد. به عبارتی صدمه به خود عمدی با تغییر هیجانات به سمت خنثی یا مثبت در افراد مبتلا به BPD، به عنوان یک عامل تنظیم‌کننده هیجانات عمل می‌کند [۹].

از جمله اختلالاتی که در بین افراد مبتلا به BPD بسیار شایع است، اختلال مصرف مواد است. به طوری که ۷۸٪ از افراد معیارهای تشخیصی را دارند [۱]. BPD و اختلال مصرف

1. Borderline Personality Disorder

2. Linehan

3. invalidating environment

4. emotion dysregulation

مواد دارای ویژگی‌های اساسی مشابهی مانند اختلال در کنترل تکانه (تکانشگری) و اختلال در تنظیم هیجان هستند [۱۰]. لذا ناتوانی در تنظیم هیجانی در این افراد احتمالاً زمینه‌ساز گرایش به سوءمصرف مواد است. به عبارتی انگیزه مصرف مواد در این گروه از افراد بیشتر تنظیم هیجان‌های منفی مانند افسردگی، خشم و اضطراب است [۱۱].

مبتنی بر شواهد نظری در خصوص BPD و شیوع بالای آن اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته و شواهد پژوهشی نیز تأثیرپذیری آنها را به اثبات رسانده است، یکی از درمان‌های مؤثر رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)^۱ است که توسط لینهان، برای درمان بیماران مبتلا به شخصیت مرزی که به طور مکرر خودکشی می‌کنند، ابداع شده است. این روش بر سه پایه، رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکی و آیین ذهن استوار است. DBT چهار دسته مهارت بنیادین را که شامل مهارت تحمل آشفتگی، مهارت ارتباط مؤثر، مهارت تنظیم هیجان و مهارت ذهن آگاهی است را به افراد آموزش می‌دهد. که با استفاده از آنها هم می‌توانند شدت هیجان‌های خود را کاهش دهند و هم اینکه می‌توانند در مواقع بحرانی، تعادل هیجانی خود را حفظ کنند.

مهارت ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند که زمان حال را با آگاهی بیشتری تجربه کنند، در عین حال ذهن فرد کمتر درگیر تجارب دردناک گذشته و تهدیدهای آینده شود. علاوه بر این، ذهن آگاهی، ابزاری در اختیار فرد قرار می‌دهد تا از قضاوت‌ها و افکار منفی (چه درباره خودش و چه درباره دیگران) دست بردارند. به عبارتی ذهن آگاهی حضور آگاهانه در یک تجربه و توانایی فرد برای استفاده از راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجان را افزایش و گرایش به اجتناب را کاهش می‌دهد. در واقع افراد نحوه پذیرش هیجانات و افکار ناخواسته را یاد می‌گیرند و می‌پذیرند که این تجربیات گذراست، بنابراین استفاده از خودزنی و سوءمصرف مواد به عنوان تقویت‌کننده

مثبت و منفی (حذف هیجان آزارنده) کاهش می‌یابد [۴]. پژوهش پیترز^۲ و همکاران [۱۲] اثر قابل ملاحظه تعامل مهارت‌های معطوف به آگاهی و مهارت‌های معطوف به عدم قضاوت را بر چند مشکل (مشکلاتی در روابط، تکانشگری وابسته به هیجان و اندیشناکی خشم) که در BPD متداول هستند ثابت کرده است. مهارت‌های تنظیم هیجان نیز به افراد کمک می‌کنند تا احساس‌های خود را دقیق‌تر بشناسند و بتوانند بدون درگیر شدن با هیجان‌های آشفته‌ساز به مشاهده آنها بپردازند. در واقع هدف این مهارت‌ها تنظیم یا تعدیل هیجانات است. بدون اینکه واکنش منفی و مخربی از خود بروز دهند. اگرچه DBT به طور خاص اختلال در تنظیم هیجانات را به عنوان مشکل اصلی BPD شناسایی می‌کند، اما مشکل در ذهن آگاهی را نیز مرتبط با بدتنظیمی هیجان توصیف می‌کند [۵].

ناتوانی در تنظیم هیجانات در این افراد زمینه‌ساز گرایش به رفتارهای تکانشی مانند سوءمصرف مواد و خودزنی است. در واقع این افراد برای تنظیم هیجان‌های منفی مانند افسردگی، خشم و اضطراب به سوءمصرف مواد پناه می‌برند [۱۳]. به عبارتی DBT بر این نکته تأکید می‌کند که رفتارهای غیرانطباقی بیماران (مثل، خودزنی، رفتارهای خودکشی گرایانه، سوءمصرف مواد) در خدمت تنظیم تجربه‌های هیجانی آزاردهنده است. به دنبال این رفتارهای غیرانطباقی، کاهش موقتی در برانگیختگی هیجانی رخ می‌دهد و در نتیجه استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی به صورت منفی تقویت می‌شود. بنابراین بدنه اصلی تمرکز DBT، حول یادگیری، به‌کارگیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاص است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به بیمار برای شکستن و فایق آمدن بر این چرخه معیوب است [۱۴]. با توجه به آنچه ذکر شد افراد مبتلا به BPD از روش‌های غیرانطباقی مانند خودزنی، خودکشی و سوءمصرف مواد ... برای تنظیم

2. Peters

1. Dialectical Behavior Therapy

روش بررسی

طرح کلی این پژوهش، تک موردی از نوع خط پایه چندگانه با شرکت‌کننده‌های متفاوت بود. تعداد کم افراد نمونه، خاص بودن ویژگی‌های آزمودنی‌ها و ناهمگن بودن افراد نمونه از جمله دلایلی است که استفاده از طرح‌های گروهی را ناممکن می‌کند. در این مواقع که پژوهشگر با چنین قید و بندهای اخلاقی و عملی مواجه می‌شود، طرح‌های تک آزمودنی تنها الگوی ارزیابی مناسب برای بالین‌گر است [۱۷]. این طرح‌ها مانند طرح‌های گروهی آزمایشی با دستکاری فعالانه متغیر مستقل (درمان) امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی را فراهم می‌کند. همچنین به جای استفاده از گروه کنترل در اینگونه طرح‌ها از موقعیت خط پایه استفاده می‌شود. دلیل استفاده از چندخط پایه این است که اگر داده‌های افراد در موقعیت خط پایه دارای نوسانات زیادی باشد نمی‌توان آزمودنی‌ها را وارد موقعیت آزمایش کرد زیرا در آن صورت نمی‌توان تعیین کرد که آیا در موقعیت آزمایش، کاربندی آزمایشی باعث بهبود رفتار آزمودنی‌ها شده است؟ یا متغیرهای مزاحمی تغییر در ثبات داده‌ها را موجب شده‌اند که در موقعیت خط پایه نیز باعث شده بودند [۱۸].

شرکت‌کننده‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری شرکت کردند. نمونه این پژوهش شامل ۳ بیمار زن مبتلا به BPD بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند از بین بیماران مبتلا به BPD که در سه ماهه اول سال ۱۴۰۱ برای دریافت خدمات روانشناختی به دفاتر مشاوره دانشجویی دانشگاه تبریز مراجعه کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی و پله‌ای وارد جریان درمان شدند. در این پژوهش با استفاده از ابزار مصاحبه بالینی ساختار یافته پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (SCID-5)^۱ و تشخیص روانپزشک مرکز، ملاک‌های ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفت.

هیجان‌ات منفی خود استفاده می‌کنند، لذا آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و ذهن آگاهی، منجر به استفاده از روش درست برای کاهش هیجان‌ات منفی شده و به دنبال آن رفتارهای غیر انطباقی مانند خودزنی، خودکشی و سوءمصرف مواد کاهش می‌یابد. همچنین به نظر می‌رسد توجه اولیه به رفتارهای خودکشی‌گرا، به دلیل ارتباط آن با اقدام به خودکشی‌های بعدی، از ضرورت واضحی برخوردار باشد. ۱۲ ماه پس از یک خودزنی، احتمال خودکشی بین ۵۰ تا ۱۰۰ برابر بیشتر می‌شود. همچنین ۵۰٪ کسانی که با خودکشی مرده‌اند، سابقه خودزنی داشته‌اند؛ این عدد در مورد نوجوانان حدود ۷۵٪ است [۱۵]. بنابراین جرح خویشتن ممکن است خیلی جدی یا خیلی فوری به نظر نیاید، اما ارتباط آن با خودکشی و آسیب تصادفی یا مرگ، موجب می‌شود که قسمتی از هدف اولیه درمان قرار بگیرد.

از طرفی تعداد زیاد مصرف‌کنندگان مواد و عوارض و هزینه‌های زیاد جسمی و روانی، اقتصادی و اجتماعی سوء مصرف مواد برای افراد مصرف‌کننده، خانواده‌های آنها و نیز سیستم بهداشتی کشور، لزوم توجه به درمان معتادان را برجسته کرده است. با این حال درمان‌های مختلف به کارگرفته شده در این زمینه موفقیت کمی داشته است و افراد چند هفته پس از کنار گذاشتن مواد اغلب به دلیل ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها، لغزش کردند و مصرف را از سر گرفتند. بنابراین ارائه راهکار و درمان‌هایی که به مدیریت هیجان در مصرف‌کنندگان کمک کند ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا گرچه شواهدی برای اثربخشی درمان ذهن آگاهی وجود داشت، بررسی‌ها در زمینه اثربخشی این درمان‌ها بر تنظیم هیجان و به‌ویژه بدتنظیمی هیجان در مصرف‌کنندگان مواد بسیار اندک بود [۱۶].

بنا به موارد بیان شده و اهمیت موضوع ازجمله‌های مختلف و با توجه به اینکه مطالعه‌ای در این زمینه بر روی مبتلایان به BPD صورت نگرفته است، لذا این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی و تنظیم هیجان مبتنی بر DBT بر سوءمصرف مواد و خودزنی در افراد مبتلا به BPD انجام شد.

1. Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-5 از جمله سوء مصرف مواد و خودزنی برای BPD (بنا به تشخیص روانشناس)؛ ۲) در صورت مصرف دارو امکان ثابت نگهداشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی پژوهش (تا اثربخشی مداخلات درمانی به خوبی مشخص شود و اطمینان حاصل شود که این تغییرات ناشی از تغییر دوز دارو نیست)؛ ۳) موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایتنامه کتبی؛ و ۴) محدوده سنی ۱۸ تا ۴۰ سال. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱) داشتن اختلال روانپریشانه؛ ۲) درگیری فعلی در سایر روان‌درمانی‌ها، دریافت سایر درمان‌ها تا سه ماه قبل از ورود به پژوهش؛ ۳) داشتن اختلالات همبود (اختلال خلقی، اختلال اضطرابی و اختلال استرس پس از سانحه) قبل از شروع مداخله.

به منظور تعیین خط پایه، ۳ بار پیش‌آزمون به فاصله یک هفته به طور همزمان از هر سه شرکت‌کننده گرفته شد. در هفته سوم، در حالی که هر سه شرکت‌کننده در مرحله خط پایه قرار داشتند، شرکت‌کننده اول با تکمیل پرسشنامه‌ها وارد برنامه درمانی شد و در جلسه دوم شرکت‌کننده اول، شرکت‌کننده دوم نیز وارد طرح درمان شد و در جلسه دوم شرکت‌کننده دوم و جلسه سوم شرکت‌کننده اول، شرکت‌کننده سوم وارد طرح درمان شد. ابزار سنجش در مرحله خط پایه، جلسه سوم، پنجم و هشتم تکمیل شدند همچنین به فاصله یک ماه پس از اتمام جلسات درمانی پیگیری به عمل آمد. فرایند اجرای پژوهش از اول خرداد تا اواخر مرداد سال ۱۴۰۱ در دانشکده روانشناسی دانشگاه تبریز انجام شد.

پرسشنامه رفتارهای پرخطر با اقتباس از پرسشنامه مرکز پیشگیری از رفتارهای پرخطر [مرکز کنترل بیماری‌ها (CDC)، ۲۰۰۸] طراحی شده است. این ابزار شامل دو بخش جمعیت‌شناختی و رفتارهای پرخطر است که شیوع هفت گروه از رفتارهای پرخطر مانند ۱) مصرف سیگار و قلیان؛ ۲) مصرف

مشروبات الکلی؛ ۳) مصرف مواد روان‌گردان؛ ۴) رفتارهای پرخاشگرانه؛ ۵) فکر و اقدام به خودکشی؛ ۶) فرار؛ و ۷) ارتباط با جنس مخالف را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه خودسنجی میزان شیوع رفتارهای پرخطر را در طول عمر، ۱۲ ماه گذشته و یک ماه اخیر و تمایل به مصرف انواع مواد، در آینده را ارزیابی می‌کند. محمدخانی پایایی آن را ۸۷٪ گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی آن در پژوهش وی، بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. پرسشنامه شامل ۱۰۵ سؤال به صورت خودسنجی است. برخی سؤالات به صورت بلی-خیر و برخی چندگزینه‌ای است [۱۹].

برای ارزیابی رفتار خودزنی بیماران مبتلا به BPD، از خرده مقیاس رفتار خودزنی پرسشنامه ارزیابی شخصیت-ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی (PAI-BOR)^۲ استفاده شد. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۴ سؤالی برای ارزیابی الگوی BPD شامل بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات در روابط بین فردی، آشفتگی هویت و رفتار خودزنی است که توسط مورای^۳ در سال ۱۹۹۱ تدوین گردیده است و در یک مقیاس چهار درجه‌ای شامل غلط، تاحدی درست، درست و کاملاً درست پاسخ داده می‌شود. ضریب همسانی کلی پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است [۲۰].

در داخل ایران نیز ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. روایی و پایایی سازه در این پرسشنامه در نمونه ۳۹۶ نفری از دانشجویان مقطع کارشناسی با روش تحلیل عاملی تأییدی محاسبه شده است. همسانی درونی این پرسشنامه برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۶۹ تا ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۱].

در پژوهش حاضر، درمان بر اساس راهنمای DBT لینهان برای BPD انجام شد. بر اساس این راهنما دو حوزه مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان، به آزمودنی‌ها آموزش داده شد. طبق این راهنما، درمان در ۲۰ جلسه ۶۰-۵۰ دقیقه‌ای

2. Personality Assessment Inventory-Borderline Scale

3. Morey

1. Centers for Disease Control and Prevention

لحاظ نور و متراژ مناسب و همچنین سایر لوازم مورد نیاز مانند تخته سفید مجهز بود. نتایج به دست آمده در پایان جلسه هشتم، به عنوان پس آزمون در نظر گرفته شد. در نهایت، یک ماه پس از پایان درمان، پیگیری وضعیت شرکت کنندگان نیز به عمل آمد. در ادامه شرح مختصری از روند جلسات ذکر می شود.

ملاحظات اخلاقی

هر سه شرکت کننده به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی با ماهیت و نحوه همکاری در اجرای پژوهش آشنا شده و رضایتنامه کتبی شرکت آگاهانه در پژوهش را امضاء کردند و به هر سه اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده از آنها محرمانه خواهد ماند.

تجزیه و تحلیل آماری

برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل دیداری نمودارها^۱، شاخص تغییر پایا (RCI)^۲، اندازه اثر (ES)^۳، درصد داده های غیرهمپوش (PND)^۴ و درصد داده های همپوش (POD)^۵ استفاده شده است. در این پژوهش اگر نتیجه به دست آمده بزرگتر از سطح معنی داری نمره Z یعنی ۹۶/۱ باشد، می توان با ۹۵٪ اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد ($p < 0.05$). همچنین بر طبق فرمول درصد بهبودی، ۵۰٪ کاهش در علایم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵٪ تا ۴۹٪ به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علایم تا حد زیر ۲۵٪ به عنوان شکست درمانی تلقی می شود. از SPSS نسخه ۲۲ برای تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها

بیمار اول، دختری ۲۴ ساله، دانشجوی سال پنجم پزشکی، اهل مرنده، ساکن خوابگاه، مجرد و عضو یک خانواده ۴ نفره و

تنظیم شده است که در این پژوهش، تعداد جلسات به دلیل عدم آموزش دو مهارت تحمل پریشانی و روابط بین فردی به ۸ جلسه تقلیل یافت. با توجه به اینکه ذهن آگاهی و تنظیم هیجان دو توانایی مهم برای درک، ارزیابی و پذیرش هیجانات - که عامل اصلی در گرایش به سوء مصرف مواد و خودزنی است - در نظر گرفته شده اند [۲۲]، لذا در این پژوهش به بررسی این دو متغیر پرداخته شد.

درمان تنظیم هیجان و ذهن آگاهی مبتنی بر DBT در این پژوهش به صورت درمان انفرادی به کار گرفته شد. درمان شامل ۸ جلسه هفتگی یک ساعته روان درمانی بود. ۲۰ دقیقه ابتدایی هر جلسه - به جز جلسه اول که به معرفی DBT اختصاص یافت - به بررسی و کاوش و مرور مهارت های آموزش داده شده و بررسی برگه ثبت تکالیف خانگی اختصاص یافت و زمان باقی مانده به آموزش مهارت های جدید پرداخته شد.

افراد بر اساس ملاک های مورد نظر، پس از مطالعه و امضای فرم رضایت نامه وارد پژوهش شدند. درمان توسط پژوهشگر با فواصل یک جلسه برای هر شرکت کننده آغاز شد به این صورت که هر جلسه به مدت یک ساعت و هر هفته یک جلسه، به مدت ۸ هفته از اول خرداد تا اواخر تیر سال ۱۴۰۱ در ساعت مقرری که انتخاب شده بود برگزار شد. قبل از شروع مداخله، به منظور تعیین خط پایه، ۳ بار پیش آزمون به فاصله یک هفته از هم گرفته شد. شرکت کننده اول با تکمیل پرسشنامه ها وارد برنامه درمانی شد و در جلسه دوم شرکت کننده اول، شرکت کننده دوم نیز وارد طرح درمان شد و در جلسه دوم شرکت کننده دوم، شرکت کننده سوم وارد طرح درمان شد. در جلسه سوم، پنجم، هشتم بعد از برنامه درمانی، آزمون های مرحله خط پایه تکمیل شدند یک ماه بعد پیگیری به عمل آمد. در انتهای هر جلسه برگه ثبت تکلیف خانگی مربوط به شرکت کننده تحویل داده می شد و در ابتدای جلسه بعدی برگه ها مورد ارزیابی قرار می گرفتند. محل برگزاری جلسات در دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی بود. فضای فیزیکی اتاق به

1. Visual analysis
2. Reliable change index
3. Effect size
4. Percentage of Non-Overlapping Data
5. Percentage of Overlapping Data

فرزند سوم خانواده بود. سابقه بیماری‌های روانی در خانواده ایشان وجود نداشت. اخیراً تجربه شکست عاطفی منجر به افزایش خودزنی (سابقه خودزنی در سال‌های قبل وجود داشته است) و مصرف سیگار در وی گردیده بود. افکار خودکشی بدون اقدام به خودکشی وجود داشت. وی شدیداً به روابط خود و طرد شدن حساس بود و همواره به این فکر می‌کرد که هر کس با من وارد رابطه می‌شود بعد از مدتی دل‌زده شده و رابطه را خاتمه می‌دهد، همین‌طور از ناتوانی خود در ابراز صحیح هیجانات بسیار ناراحت بود و اعتماد به نفس پایینی داشت.

بیمار دوم، دختری ۲۱ ساله، دانشجوی کارشناسی شیمی، اهل تبریز و مجرد بود. وی عضو خانواده‌ای ۵ نفره و فرزند دوم خانواده بود، مادر ایشان دچار اختلال وسواس فکری-عملی و اضطراب بود. بیمار سابقه خودزنی داشت و به خودکشی فکر می‌کرد. مصرف سیگار، قلیان و مشروبات الکلی در حد کم وجود داشت که در هنگام مواجهه با مسائل گرایش به مصرف مواد و خودزنی افزایش می‌یافت. قبلاً برایشان تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی گذاشته شده بود و به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان قرار گرفته بودند که بنا به اظهارات خودشان بی‌تأثیر بود. از بی‌ثباتی واکنش خود به افراد و مسائل بسیار رنج می‌برد و معتقد بود خانواده از اوایل کودکی به شکل افراطی سعی در فراهم کردن و برآوردن نیازها و خواسته‌های او، بدون دخالت نظر شخصی‌اش داشته‌اند.

بیمار سوم، دختری ۲۹ ساله مجرد، اهل تبریز دانشجوی کارشناسی ارشد میکروبیولوژی، از خانواده ۳ نفره و تنها فرزند خانواده بود. روابط خانوادگی ایشان مطلوب نبود و در تصمیم‌گیری‌ها نظر ایشان هیچ اهمیتی نداشت و معتقد بود هیچ وقت نتوانسته دنبال علایق و خواسته‌هایش برود چون باب میل خانواده نبود. قبلاً مصرف دارو تحت نظر روانپزشک منجر به بهبودی شده بود ولی بعد از کنکور کارشناسی ارشد دوباره علائم با شدت بالا بروز کرده بود. همچنین سابقه خودزنی و افکار خودکشی وجود داشت. ایشان زمانی که با مسائل و چالش‌هایی روبرو می‌شد، رفتار خودارضایی افزایش می‌یافت و

بعد منجر به احساس گناه و به دنبال آن خودزنی و افزایش مصرف سیگار و گل (کانابیس) می‌شد.

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخلات و پیگیری در جدول ۱ آمده است.

براساس نمودار ۱-الف و جدول ۱، میانگین نمره شرکت‌کننده اول در متغیر خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب از مرحله خط پایه ($\bar{X}=19$) و ($\bar{X}=27$) به مرحله مداخله ($\bar{X}=10/33$) و ($\bar{X}=20$) کاهش یافته است. همچنین روند داده‌ها ضمن حفظ ثبات (۱۰۰٪ و ۱۰۰٪) از جهت صفر به کاهشی تغییر کرده است. درصد داده‌های غیر همپوش (۱۰۰٪) و درصد داده‌های همپوش (۰٪) نشان می‌دهد؛ که تمام داده‌ها در وضعیت مداخله خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا در متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب ($1/96 > 18/26$) و ($16/77 > 1/96$) مشخص می‌کند که تغییر در نمره از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، از نظر آماری معنادار است. به علاوه، میزان اندازه اثر متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب ($ES=4/526$)، ($ES=3/779$) است که بیانگر نقش مؤثر ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان مبتنی بر DBT در خودزنی و سوء مصرف مواد است. با در نظر گرفتن شاخص درصد بهبودی، مراجع اول در پایان جلسات مداخله در متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به ۴۵/۶۱٪ و ۲۵/۹۲٪ بهبودی دست یافته است که روند بهبودی در پایان دوره پیگیری به ۵۲/۶۳٪ و ۲۹/۶۲٪ افزایش یافته است. اما این میزان بهبودی از نظر بالینی برای متغیر سوء مصرف مواد معنادار نیست، ولی برای متغیر خودزنی به لحاظ بالینی معنادار است.

جدول ۱- تغییرات بین موقعیتی و درون موقعیتی شرکت کنندگان

شرکت کننده اول		شرکت کننده دوم		شرکت کننده سوم	
سوء مصرف مواد	خودزنی	سوء مصرف مواد	خودزنی	سوء مصرف مواد	خودزنی
بین موقعیتی		بین موقعیتی		بین موقعیتی	
مقایسه موقعیت		مقایسه موقعیت		مقایسه موقعیت	
خط پایه		خط پایه		خط پایه	
خط مداخله		خط مداخله		خط مداخله	
تغییرات روند		تغییرات روند		تغییرات روند	
تغییر جهت		تغییر جهت		تغییر جهت	
اثر وابسته به هدف		اثر وابسته به هدف		اثر وابسته به هدف	
تغییر ثبات		تغییر ثبات		تغییر ثبات	
تغییر نسبی		تغییر نسبی		تغییر نسبی	
تغییر مطلق		تغییر مطلق		تغییر مطلق	
تغییر میانه		تغییر میانه		تغییر میانه	
تغییر میانگین		تغییر میانگین		تغییر میانگین	
درصد PND		درصد PND		درصد PND	
درصد POD		درصد POD		درصد POD	
RCI		RCI		RCI	
ES		ES		ES	
درصد بهبودی در مرحله مداخله		درصد بهبودی در مرحله مداخله		درصد بهبودی در مرحله مداخله	
درصد بهبودی در مرحله پیگیری		درصد بهبودی در مرحله پیگیری		درصد بهبودی در مرحله پیگیری	
درون موقعیتی		درون موقعیتی		درون موقعیتی	
توالی موقعیت ها (A: خط پایه، B: خط مداخله)		توالی موقعیت ها (A: خط پایه، B: خط مداخله)		توالی موقعیت ها (A: خط پایه، B: خط مداخله)	
طول موقعیت ها		طول موقعیت ها		طول موقعیت ها	
سطح		سطح		سطح	
میانگین		میانگین		میانگین	
میانگین		میانگین		میانگین	
دامنه تغییرات		دامنه تغییرات		دامنه تغییرات	
دامنه تغییرات محفظه ثبات (۸۰-۲۰٪)		دامنه تغییرات محفظه ثبات (۸۰-۲۰٪)		دامنه تغییرات محفظه ثبات (۸۰-۲۰٪)	
تغییر نسبی		تغییر نسبی		تغییر نسبی	
تغییر مطلق		تغییر مطلق		تغییر مطلق	
جهت		جهت		جهت	
ثبات		ثبات		ثبات	
جهت های متعدد در روند		جهت های متعدد در روند		جهت های متعدد در روند	

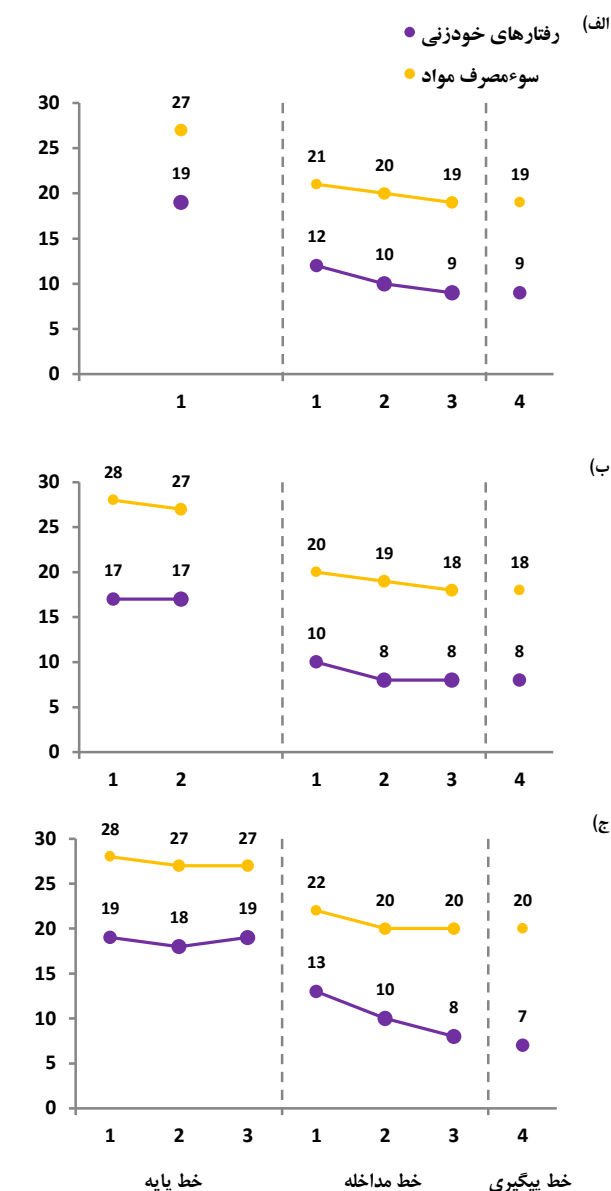
ES: اندازه اثر؛ PND: درصد داده های غیر همپوش؛ POD: درصد داده های همپوش؛ RCI: شاخص تغییر پایا

بر اساس نمودار ۱-ب و جدول ۱، میانگین نمره

شرکت کننده دوم در متغیر خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب از مرحله خط پایه ($\bar{X}=17$) و ($\bar{X}=27/5$) به مرحله مداخله ($\bar{X}=8/66$) و ($\bar{X}=19$) کاهش یافته است. همچنین روند داده ها ضمن حفظ ثبات (۱۰۰٪ و ۱۰۰٪) از جهت صفر به کاهشی تغییر کرده است درصد داده های غیر همپوش (۱۰۰٪) و درصد داده های همپوش (۰٪) نشان می دهد که تمام داده ها در وضعیت مداخله خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا در متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب ($19/75 > 1/96$) و ($19/01 > 1/96$) مشخص می کند که تغییر در نمره از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، از نظر آماری معنادار است. به علاوه، میزان اندازه اثر متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب ($ES=6/253$)، ($ES=6/772$) است که بیانگر نقش مؤثر ذهن آگاهی و تنظیم

هیجان مبتنی بر DBT در در خودزنی و سوء مصرف مواد است. با در نظر گرفتن شاخص درصد بهبودی، مراجع دوم در پایان جلسات مداخله در متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به ۴۹/۰۱٪ و ۳۰/۹۰٪ بهبودی دست یافته است که روند بهبودی در پایان دوره پیگیری به ۵۲/۹۴ و ۳۴/۵۴٪ افزایش یافته است. اما این میزان بهبودی از نظر بالینی برای متغیر سوء مصرف مواد معنادار نیست، ولی برای متغیر خودزنی به لحاظ بالینی معنادار است.

بر اساس نمودار ۱-ج و جدول ۱، میانگین نمره شرکت کننده سوم در متغیر خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب از مرحله خط پایه ($\bar{X}=18/66$) و ($\bar{X}=27/66$) به مرحله مداخله ($\bar{X}=10/33$) و ($\bar{X}=20/66$) کاهش یافته است. همچنین روند داده ها ضمن حفظ ثبات (۱۰۰٪ و ۱۰۰٪) از جهت صفر به کاهشی تغییر کرده است درصد داده های غیر همپوش (۱۰۰٪) و



نمودار ۱- میانگین نمره متغیر خودزنی و سوء مصرف مواد در شرکت کننده اول (الف)؛ شرکت کننده دوم (ب)؛ و شرکت کننده سوم (ج)

پرورش یافته‌اند. آسیب‌پذیری هیجانی^۱ به همراه پرورش در محیط نامعتبر ساز باعث می‌شود فرد با نقایصی در توانایی، انگیزش و تنظیم هیجان‌ها و مشکلات زندگی خود مواجه شود [۲۳]. رویکرد DBT بر اساس این مدل شکل گرفته است و ابتدا برای زنان خودکشی‌گرا استفاده می‌شد؛ اما به تدریج این رویکرد برای سایر افراد مبتلا به BPD نیز به کار گرفته شد. ناتوانی در تنظیم هیجانی در این افراد احتمالاً زمینه‌ساز گرایش به سوء مصرف مواد است. به عبارتی انگیزه مصرف مواد در این گروه از افراد بیشتر تنظیم هیجان‌های منفی مانند افسردگی،

درصد داده‌های همپوش (۰٪) نشان می‌دهد که تمام داده‌ها در وضعیت مداخله خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا در متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب $(1/96 < 28/82)$ و $(1/96 < 19/17)$ مشخص می‌کند که تغییر در نمره از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، از نظر آماری معنادار است. به علاوه، میزان اندازه اثر متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به ترتیب $(ES=3/651)$ ، $(ES=6/134)$ است که بیانگر نقش مؤثر ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان مبتنی بر DBT در خودزنی و سوء مصرف مواد است. با در نظر گرفتن شاخص درصد بهبودی، مراجع سوم در پایان جلسات مداخله در متغیرهای خودزنی و سوء مصرف مواد به $44/64\%$ و $25/30\%$ دست یافته است که روند بهبودی در پایان دوره پیگیری به $62/5\%$ و $27/71\%$ افزایش یافته است. اما این میزان بهبودی از نظر بالینی برای متغیر سوء مصرف مواد معنادار نیست، ولی برای متغیر خودزنی به لحاظ بالینی معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی مبتنی بر DBT بر سوء مصرف مواد و خودزنی در افراد دارای BPD پرداخته است. آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان مبتنی بر DBT که در چارچوب یک طرح تجربی تک آزمودنی به مرحله اجرا درآمد، در هر سه شرکت کننده بهبودی در متغیرهای سوء مصرف مواد و خودزنی ایجاد کرد که این تأثیر تا دوره پیگیری یک ماهه حفظ شده بود و این بهبودی به لحاظ آماری در هر دو متغیر و هر سه شرکت کننده معنی‌دار بود. اما میزان بهبودی حاصل در متغیر سوء مصرف مواد در هیچ یک از شرکت کننده‌ها به لحاظ بالینی معنی‌دار نبود ولی در متغیر خودزنی در هر سه شرکت کننده معنی‌داری بالینی وجود داشت.

بر طبق مدل روانی-اجتماعی لینهان افراد مبتلا به BPD از لحاظ زیست‌شناختی آسیب‌پذیری دارند و در محیط‌هایی که به طور مکرر تجارب درونی فرد و رفتارهای او را نامعتبر می‌سازند،

1. Emotional vulnerability

خشم و اضطراب است [۱۴]. طبق مدل زیستی اجتماعی لینهان رفتارهای تکانشگرانه مثل سوءمصرف مواد، خودزنی یا اختلال خوردن تلاشی برای مقابله با هیجانات منفی است، بنابراین می تواند پیامد بدتنظیمی هیجان باشد [۲۳]. به عبارتی استفاده از مواد ممکن است تلاشی برای تنظیم هیجانات منفی از طریق یک فرآیند تقویت منفی باشد. در واقع مقابله با هیجانات منفی یکی از انگیزه های اصلی مصرف مواد است [۱۹].

با توجه به آنچه ذکر شد، افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، به منظور مدیریت حالت های هیجانی نامطلوب مواد را مصرف می کنند؛ حالت های هیجانی که به خاطر مشکلاتی در فهم و برخورد مؤثر با آن هیجان ها به طور غیرقابل کنترل تجربه می شوند [۲۴]. در یک نگاه کلی می توان گفت که حالت های هیجانی به خصوص حالت های هیجانی منفی نقش مهمی در شروع، تداوم و بازگشت مصرف مواد دارند. به عنوان مثال پژوهش ها نشان داده اند که ۳۲٪ بازگشت پس از حالت های هیجانی منفی و ۵٪ پس از حالت های هیجانی مثبت اتفاق می افتد. در این راستا نتایج پژوهش های مختلف نشان می دهند که بدتنظیمی هیجان یکی از عوامل آسیب شناختی اساسی در وابستگی به مواد است [۲۵]. بنابراین با توجه به مطالب فوق می توان اذعان داشت که بدتنظیمی هیجان از هسته های اساسی سوءمصرف مواد و وسوسه مصرف است. در نتیجه مداخلاتی که بر تعدیل و مدیریت راهبردهای تنظیم هیجان تأکید دارند، می توانند نقش مهمی در درمان، پیشگیری از بازگشت و بروز وسوسه داشته باشند. یکی از نوآوری ها در درمان های روان شناختی به ویژه سوءمصرف مواد و اعتیاد که به مهارت های تنظیم هیجان، توجه خاصی داشته DBT است. در DBT برای افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، میل نزولی و کاهش وسوسه مصرف یکی از راهبردهای خاص رفتاری است [۲۶]. مهارت تنظیم هیجان مبتنی بر DBT می تواند در انتخاب راهبردهای مقابله ای با میل و وسوسه و همچنین حالت های هیجانی که می تواند منجر به بازگشت رفتارهای مصرفی و اجباری در سوءمصرف مواد شوند، مؤثر واقع گردد. بنابراین

استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان یکی از برنامه های درمانی جامع در پیشگیری از بازگشت اعتیاد مطرح است [۲۷]. تمرینات ذهن آگاهی مبتنی بر DBT نیز به وسیله افزایش توانایی فرد در چرخش توجه از آنچه مفید یا مؤثر نیست (مثلاً وسوسه مصرف مواد)، به آنچه مفید و مؤثر است به تعدیل هیجانی یا به عبارتی به انعطاف پذیری توجه در او کمک می کند [۲۸]. در نتیجه با آموزش این مهارت ها می توان گامی در جهت کاهش سوءمصرف مواد برداشت.

ادبیات تجربی و نظری نشان می دهد که روشی که در خودزنی به عنوان تنظیم هیجان عمل می کند، اجتناب تجربی^۱ (یعنی تلاش برای اجتناب از تجارب درونی ناخواسته) است. مدل اجتناب تجربی توضیح می دهد که چگونه افراد مبتلا به BPD ممکن است راهبردهای مقابله ای اجتنابی برای مدیریت افکار و هیجانات آزارنده، که منجر به افزایش متناقض و تکرار ناخواسته افکار و هیجانات می شود، ایجاد کنند. پژوهش ها نشان می دهند که ذهن آگاهی می تواند چرخه اجتناب تجربی را بشکند [۲۹].

به عبارتی ذهن آگاهی حضور آگاهانه در یک تجربه و توانایی فرد برای استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را افزایش و گرایش به اجتناب را کاهش می دهد. در واقع افراد نحوه پذیرش هیجانات و افکار ناخواسته را یاد می گیرند و می پذیرند که این تجربیات گذراست، بنابراین استفاده از خودزنی به عنوان تقویت کننده مثبت و منفی (حذف هیجان آزارنده) کاهش می یابد [۱۳].

همینطور مطالعات اشاره می کنند که در افراد مبتلا به BPD، خودزنی احتمالاً ناشی از انواع خاصی اجتناب است که عبارتند از سرکوب فکر و عدم بیان عاطفی [۳۰]. که این در نتیجه راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد؛ ندانستن و ناتوانی در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان سالم، وضوح هیجانی ضعیف (توانایی تشخیص، افتراق و درک هیجانات)، نقص در

1. experiential avoidance

توصیف مهارت‌ها و همینطور نقص در واکنش به احساسات و تجارب است [۳۱]. لذا اگر افراد بتوانند هیجانات خود را درست شناسایی و بیان کنند، به احتمال زیاد نیازی به بیان آن به صورت رفتاری مانند خودزنی نخواهند داشت. اما در صورت نداشتن دسترسی یا آگاهی و عدم استفاده از مکانسیم‌های مقابله‌ای صحیح شرایط بدتر می‌شود [۳۲].

مطابق با موارد مطرح شده با توجه به اینکه افراد مبتلا به BPD در توصیف هیجانات و عدم واکنش به تجارب و هیجانات دچار مشکل هستند، به احتمال زیادی رفتار خودزنی را تجربه می‌کنند، مهارت ذهن آگاهی به این افراد کمک می‌کند تا در مهارت توصیف و عدم واکنش پیشرفت کنند و نیز رفتار خودزنی را بهبود ببخشند. همینطور کمک به افراد برای رشد راهبردهای تنظیم هیجانی نیز در بهبود خودزنی می‌تواند مفید باشد [۳۳].

همچنین یافته‌های قمری کیوی و همکاران [۳۳]، نشان می‌دهد که DBT موجب کاهش خودآسیبی در افراد دچار BPD می‌شود. همینطور نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های نکسیو^۱ و همکاران [۳۴]، که نشان دادند DBT در کاهش خودآسیبی و خودزنی بیماران مؤثر بوده، همسو است.

مهارت ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در کنار هم می‌توانند نشانه‌های BPD را کاهش دهند. عباسی آبرزگه و همکاران [۳۵] مطرح می‌کنند که آموزش مهارت‌های DBT از جمله مهارت‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان باعث کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و تکانشگری در بین زنان مبتلا به همبودی اختلالات سوءمصرف مواد و شخصیت مرزی می‌شود.

همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که DBT درمان مؤثری برای افراد مبتلا به اختلال‌های هم‌زمان شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد است [۳۶]. یکی از علل شکست خوردن در ترک اعتیاد افراد با BPD نداشتن شیوه‌های مناسب برای تنظیم هیجانی است، بنابراین با آموزش این مهارت‌ها در

بیمارانی که همبودی BPD و سوء مصرف مواد دارند می‌توان میزان شکست درمانی را کاهش داد در واقع آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، با افزایش توانایی و قدرت تحمل ناکامی، افزایش مهارت‌های رفتاری و خودآگاهی و تنظیم هیجان روی زنان مبتلا به BPD و دارای سوءمصرف مواد مؤثر است [۳۷].

یافته‌های پژوهش عباسی آبرزگه و همکاران [۳۵] نشان می‌دهد که DBT باعث کاهش تکانشگری در افراد دارای همبودی سوءمصرف مواد و BPD می‌شود. این یافته‌ها با نتایج حاصل از تحقیق تأثیر DBT بر کاهش تکانشگری اکسلرود^۲ و همکاران [۳۸] و فلیشهاکر^۳ و همکاران [۳۹]، همخوان است. این محققان نشان دادند که DBT بر کاهش رفتارهای تکانشگرانه و خودآسیب‌رسان افراد دارای شخصیت مرزی مؤثر است. همچنین این نتایج با یافته‌های لیتفیلد^۴ و همکاران [۴۰]، مبنی بر اثربخشی DBT بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و سوءمصرف مواد در BPD همسو است.

اگرچه نتیجه مطالعه حاضر مبین اثربخشی تنظیم هیجان و ذهن آگاهی مبتنی بر DBT بر خودزنی و سوءمصرف مواد در افراد مبتلا به BPD است، اما به دلیل پایین بودن تعداد شرکت‌کننده‌ها، مانند سایر طرح‌های تک آزمودنی از اعتبار بیرونی پایینی برخوردار بوده، لذا در ارتباط با تعمیم نتایج دچار مشکل است. همچنین وجود محدودیت در انتخاب بیماران، عدم تمایل بیماران به همکاری یا قطع درمان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. به دلایل وجود موانعی در جهت اجرای گسترده‌تر به پژوهشگران علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی نمونه گسترده‌تری از بیماران مرزی (نمونه‌های گروهی)، همینطور بر روی هر دو جنس و دامنه سنی گسترده‌تر و با پیگیری بلندمدت صورت بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر این مداخله آموزشی را در

2. Axelrod
3. Fleischhaker
4. Littlefield

1. Neacsiu

IR.TABRIZU.REC.1400.026 مصوب دانشگاه تبریز است. از تمامی همکاری شرکت‌کنندگان و افرادی که با مساعدت در شرکت در جلسات درمانی، پژوهشگران را یاری نمودند، کمال تشکر و سپاس به عمل می‌آید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در ایده‌پردازی و انجام طرح، همچنین نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهمی بوده‌اند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع مالی

در این پژوهش از هیچ ارگانی کمک مالی دریافت نگردید.

مقایسه با سایر مهارت‌های مبتنی بر DBT و یا سایر رویکردهای درمانی مورد مقایسه قرار دهند.

از آنجایی که افراد مبتلا به BPD برای تنظیم تجربه‌های هیجانی آزارنده به رفتارهای غیرانطباقی مانند سوءمصرف مواد، خودزنی و خودکشی پناه می‌برند و به دنبال آن کاهش موقتی در برانگیختگی هیجانی رخ می‌دهد بنابراین استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی به صورت منفی تقویت می‌شود. از این رو آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان مبتنی بر DBT و کمک به تعمیم این مهارت‌های انطباقی، در شکستن و فایق آمدن بیماران بر این چرخه معیوب بسیار کارساز است. آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی، منجر به تنظیم هیجانات منفی آزارنده شده بنابراین موجب کاهش سوء مصرف مواد و خودزنی در افراد مبتلا به BPD می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله پژوهشی مستخرج از رساله دکتری روانشناسی نویسنده اول با راهنمایی نویسندگان دوم و سوم، با کد اخلاق

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed (text rev.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing; 2022.
2. Livesley WJ, Larstone R. Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment. New York, NY, US: Guilford Publications; 2018.
3. Bozzatello P, Rocca P, De Rosa ML, Bellino S. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2019;21(1):47-61. doi:10.1080/14656566.2019.1686482
4. Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. Psychological Assessment. 2006;18(3):303-312. doi:10.1037/1040-3590.18.3.303
5. Herr NR, Rosenthal MZ, Geiger PJ, Erikson K. Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. Personality and Mental Health. 2012;7(3):191-202. doi:10.1002/pmh.1204
6. Hart N, McGowan J, Minati L, Critchley HD. Emotional regulation and bodily sensation: interoceptive awareness is intact in borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders. 2013;27(4):506-518. doi:10.1521/pedi.2012.26.049
7. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. Child and Adolescent Psychiatry and Mental health. 2015;9:1-13. doi:10.1186/s13034-015-0062-7
8. Brickman LJ, Ammerman BA, Look AE, Berman ME, McCloskey MS. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 2014;1:1-8. doi:10.1186/2051-6673-1-14
9. Brereton A, McGlinchey E. Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. Archives of Suicide Research. 2019;24(sup1):1-24. doi:10.1080/13811118.2018.1563575
10. J. Conrod P, Nikolaou K. Annual research review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2016;57(3):371-394. doi:10.1111/jcpp.12516

11. Natividad A, Huxley E, Townsend ML, Grenyer BFS, Pickard JA. What aspects of mindfulness and emotion regulation underpin self-harm in individuals with borderline personality disorder? *Journal of Mental Health*. 2023;33(2):141-149.
[doi:10.1080/09638237.2023.2182425](https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2182425)
12. Peters JR, Erisman SM, Upton BT, Baer RA, Roemer L. A preliminary investigation of the relationships between dispositional mindfulness and impulsivity. *Mindfulness*. 2011;2(4):228-235. [doi:10.1007/s12671-011-0065-2](https://doi.org/10.1007/s12671-011-0065-2)
13. Bornovalova MA, Daughters SB. How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical psychology review*. 2007;27(8):923-943.
[doi:10.1016/j.cpr.2007.01.013](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.013)
14. Cooper ML, Kuntsche E, Levitt A, Barber LL, Wolf S. Motivational models of substance use: A review of theory and research on motives for using alcohol, marijuana, and tobacco. In: Sher KJ, ed. *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders*. Vol 1;2016:375-421.
15. Litten RZ, Ryan ML, Falk DE, Reilly M, Fertig JB, Koob GF. Heterogeneity of alcohol use disorder: Understanding mechanisms to advance personalized treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2015;39(4):579-584. [doi:10.1111/acer.12669](https://doi.org/10.1111/acer.12669)
16. Ghanbari Pirkashani N, Shahidi S, Heidari M, Nejati V. Effectiveness of interpersonal and social rhythm therapy with and without computer-based cognitive rehabilitation therapy on emotion regulation and response inhibition in methamphetamine abusers. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 2021;10(4):1-9. [doi:10.5812/ijhrba.111372](https://doi.org/10.5812/ijhrba.111372)
17. Gast DL. *Single subject research methodology in behavioral sciences*. Routledge New York; 2007.
18. Cipani E. *Practical Research Methods for Educators: Becoming an Evidence-Based Practitioner*. Springer Publishing Company; 2009
19. Mohammadkhani Sh. Elaboration and standardization of the risk and protective factors for alcohol, cigarette and other substances to identify high-risk students. *United Nations Office on Drugs and Crime in Iran*. 2012; 1(2): 113-125. [Persian]
20. Jackson KM, Trull TJ. The factor structure of the Personality Assessment Inventory-Borderline Features (PAI-BOR) Scale in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*. 2001;15(6):536-545.
[doi:10.1521/pedi.15.6.536.19187](https://doi.org/10.1521/pedi.15.6.536.19187)
21. Esmaeilian N, Dehghani M, Moradi A, Khatibi A. Attention bias and working memory in people with borderline personality symptoms with and without non-suicidal self-injury. *Advances in Cognitive Sciences*. 2020;22(1):36-48. [Persian] [doi:10.30699/icss.22.1.36](https://doi.org/10.30699/icss.22.1.36)
22. Jafarri AM, Omid Shamami M, Fahimi S. The comparative study of mindfulness and emotion regulation in substance abuser resistant to treatment. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University*. 2017;27(1):62-70. [Persian]
23. Guendelman S, Medeiros S, Rampes H. Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:1-23.
[doi:10.3389/fpsyg.2017.00220](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220)
24. Bornovalova MA, Gratz KL, Daughters SB, Nick B, Delany-Brumsey A, Lynch TR, et al. A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research*. 2008;42(9):717-726.
[doi:10.1016/j.jpsychires.2007.07.014](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.07.014)
25. Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2008;4(2):39-47. [doi:10.1151/ascp084239](https://doi.org/10.1151/ascp084239)
26. Lynch TR, Bronner LL. *Mindfulness and Dialectical Behavior Therapy (DBT): Application with Depressed Older Adults with Personality Disorders*. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press; 2006:217-236.
[doi:10.1016/B978-012088519-0/50011-3](https://doi.org/10.1016/B978-012088519-0/50011-3)
27. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(6):1152-1168.
[doi:10.1037/0022-006x.64.6.1152](https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.6.1152)
28. Chapman AL, Specht MW, Cellucci T. Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(4):388-399.
[doi:10.1521/suli.2005.35.4.388](https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.388)
29. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(2):265-276. [doi:10.1016/j.cbpra.2010.12.003](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.12.003)
30. You J, Ren Y, Zhang X, Wu Z, Xu S, Lin MP. Emotional dysregulation and non-suicidal self-injury: A meta-analytic review. *Neuropsychiatry*. 2018;08(02):733-748.
[doi:10.4172/neuropsychiatry.1000399](https://doi.org/10.4172/neuropsychiatry.1000399)
31. Kwako LE, Momenan R, Litten RZ, Koob GF, Goldman D. Addictions neuroclinical assessment: A neuroscience-based framework for addictive disorders. *Biological Psychiatry*. 2016;80(3):179-189.
[doi:10.1016/j.biopsych.2015.10.024](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.024)
32. Morton J, Snowden S, Gopold M, Guymer E. Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(4):527-544.
[doi:10.1016/j.cbpra.2012.03.005](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.005)
33. Ghamari Kivih H, Senobar L, Ahadi S. Efficacy of dialectical behavior therapy on self injury and mood swings in persons with borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*. 2015;3(6):93-111. [Persian]
34. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(9):832-839.
[doi:10.1016/j.brat.2010.05.017](https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017)
35. Abbasiabrazgah M, Zargham Hajebi M, Aghayousefi A. The role of impulse control, cognitive strategies of emotional regulation, tolerance of emotional distress and rumination in predicting self-harm behaviors in adolescents referring to transitory harm reduction centers in Tehran. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2023;65(6):1-14. [Persian] [doi:10.22038/mjms.2023.22736](https://doi.org/10.22038/mjms.2023.22736)

36. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*. 2015;39:147-155. doi:10.1016/j.chiabu.2014.08.008
37. Thghizadeh M, Ghorbani T, Saffarinia M. Effectiveness of emotion regulation techniques of dialectical behavior therapy on emotion regulation strategies in women with borderline personality disorder and substance abuse disorder: Multiple baseline design. *Journal of Research in Psychological Health*. 2015;9(3):66-73. [Persian]
38. Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2011;37(1):37-42. doi:10.3109/00952990.2010.535582
39. Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz E. 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*. 2011;5(1):1-10. doi:10.1186/1753-2000-5-3
40. Littlefield AK, Sher KJ. 351 Personality and Substance Use Disorders. In: Sher KJ, ed. *The Oxford Handbook of Substance Use and Substance Use Disorders: Volume 1*. Vol 1: Oxford University Press; 2016:351-374. doi:10.1093/oxfordhb/9780199381678.013.006