

The effectiveness of compassion focused therapy on impulsiveness, interpersonal sensitivity and self mutilation in borderline personality disorder

Nazila Rezaei. M.A.

Clinical Psychology, Islamic Azad University of Hamedan, Iran.

Ahmad Sohrabi. Ph.D.

Academic member, University of Kurdistan, Iran.

Mohammad Reza Zoghipaidar. Ph.D.

Academic member, University of Bu-Ali Sina, Iran.

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of compassion-based therapy on impulsivity, interpersonal sensitivity and self-harm in people with borderline personality disorder with self-reported history. This research was conducted within the framework of a single subject design with a baseline, with a simultaneous start, in 9 sessions for one hour on five patient follow-up trials. The statistical population in this study was patients with borderline personality disorder, of whom five were identified with the borderline personality disorder and according to volunteering and adapted to the criteria of the study, they were selected through targeted sampling, which was determined according to the diagnosis of a psychiatrist with this disorder. Data were collected through Emotional Intelligence Questionnaire (Bar-On, 1980) and Interpersonal Impulsiveness and Interpersonal Sensitivity subscales. Data analysis by diagram and change coefficient showed that the intervention had significant and significant changes in signs and symptoms of self-mutilation of border patients. Contra-based treatment interventions have been effective on impulsiveness, interpersonal sensitivity, and self-confidence in people with borderline personality disorder.

Keywords: borderline personality disorder, self-mutilation, compassion-focused therapy, impulsiveness, interpersonal sensitivity

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

نازیلا رضایی

کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران.

احمد سهرابی*

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه کردستان، کردستان، ایران.

محمد رضا ذوقی پایدار

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با سابقه خودزنی انجام شده است. این پژوهش در چارچوب طرح تک آزمودنی با یک خط پایه، با شروع همزمان، طی ۹ جلسه به مدت یک ساعت بر روی پنج بیمار و یک دوره پیگیری سه‌ماهه صورت گرفت. جامعه آماری در این پژوهش، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند که از میان آن‌ها ۵ نفر با تشخیص اختلال شخصیت مرزی و با توجه به داوطلب بودن و تطبیق با معیارهای پژوهش به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند که بر اساس تشخیص روان‌پزشک دارای این اختلال تشخیص داده شده بودند. داده‌ها از طریق پرسشنامه هوش هیجانی (بار-ان، ۱۹۸۰) و خرده‌مقیاس‌های تکانش‌پذیری و حساسیت بین فردی جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها به وسیله نمودار و ضریب تغییر، نشان داد که مداخله به عمل آمده تغییرات معنادار و قابل توجهی در نشانه‌ها و اعمال خودزنی بیماران مرزی ایجاد کرده است. مداخلات درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، خودزنی، درمان مبتنی بر شفقت، تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی

* نویسنده مسئول: sohrabya@gmail.com

مقدمه

رفتار ملاکی برای آن‌ها است (اتکینسون، ادوارد، اسمیت، برن و سوسان^۲، ۲۰۰۰).

خودزنی در بیماران مبتلا به اختلال مرزی دارای کیفیتی تکراری بوده و منجر به مرگ آن‌ها نمی‌گردد و تصور می‌شود به‌طور موقتی باعث بهبود وضعیت خلقی آن‌ها می‌گردد، همچنین این رفتار در ۷۰ تا ۸۰ درصد از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی گزارش شده است. بررسی و درمان این‌گونه بیماران که معمولاً با بریدن، خراشیدن یا سوزاندن پوست خود اقدام به خودزنی می‌نمایند، سلامت بیماران را به شدت مورد تهدید قرار می‌دهد و از موارد مشکل روان‌درمانی محسوب می‌شوند (بنزاده و غفاری‌نژاد، ۲۰۰۴). ۸۰ درصد بیماران مرزی سابقه خودزنی دارند. مشخص شده است بیمارانی که رفتارهای آسیب به خود بیشتری نشان می‌دهند در زمینه اجتماعی و بین فردی مشکلات بیشتری دارند و وقتی سوطن، گوش‌به‌زنگی و عصبانی بودند در بیماران با اختلال شخصیت مرزی همراه باشد، رفتارهای آسیب به خود بیشتر است. در افراد جوان‌تر، افکار و اقدام به خودکشی بیشتر است. در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همراه با رفتار خودزنی، پرخوری یا بی‌اشتهایی عصبی و اختلال افسردگی عمده بیشتر دیده می‌شود (علیلو و شریفی، ۱۳۹۱). درمان متمرکز بر دلسوزی شکلی از درمان است که توسعه‌دهنده و ترکیب یافته با درمان شناختی- رفتاری است. سه عنصر اصلی شفقت به خود شامل: مهربانی، احساسات مشترک بشری و ذهن‌آگاهی است (سالزبرگ و لوینگ‌کیندنس^{۱۳}، ۱۹۹۷). این مدل درمانی برای کمک به افراد باشرم، خودانتقادی و سرزنش به خود بالا، مؤثر است (نف^{۱۴}، ۲۰۰۳). در جلسه‌های آموزش متمرکز بر دلسوزی، علاوه بر آموزش دلسوزی و اصول آن، هر جلسه از درمان به یکی از تمرینات دلسوزی به خود اختصاص داده شده است که نمونه‌های این تمرینات شامل، تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک، شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر، تمرین به هشیاری در ردیابی افکار و احساسات، تمرین تصویرپردازی

اختلال شخصیت مرزی^۱ دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف به همراه تکانشگری بارز است (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). این اختلال، اختلال روانی شدید و مداومی است که به‌وسیله الگوهای روابط بین فردی، بحران‌های مکرر بی‌ثباتی عاطفی، رفتارهای خودآزارانه^۲ و تکانش‌گری^۳ مشخص شده است که در اوایل بزرگسالی شروع شده و در موقعیت‌های مختلف در سراسر زندگی ادامه می‌یابد (DSM-5^۴، ۲۰۱۳).

اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که متمایزترین مشخصه آن‌ها بی‌ثباتی در روابط بین فردی و خودانگاره و بیش حساسیتی آن‌ها به طرد است (پاریس^۵، ۲۰۰۵). بر طبق DSM-5 میانگین شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۱/۶ درصد تخمین زده می‌شود، اگرچه ممکن است تا ۵/۹ درصد هم بالا برود. ۷۵ درصد کل جمعیت این بیماران را زنان تشکیل می‌دهند (گاندرسون^۶، ۲۰۱۱). میزان رها کردن درمان در این بیمار بالا و میزان بهبودی‌شان متغیر است و تعداد خیلی کمی از آن‌ها به درمان دارویی روان‌پزشکی پاسخ می‌دهند (سولوف^۷، ۲۰۰۰). حدود ۶۹ درصد تا ۷۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رفتارهای خودزنی دارند (کلارکین، لوی، لنزنوگرلوی^۸، ۲۰۰۷). فراوانی رفتارهای خودزنی در این اختلال، بیشتر از سایر تشخیص‌های روان‌پزشکی است (استنل، وینچل، ملچو و سیمون^۹، ۱۹۹۲). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی خشم‌های غیرقابل کنترل دارند و هرگز قادر نیستند که تأثیرات خلقشان را روی دیگران پیش‌بینی کنند (میلون^{۱۰}، ۲۰۰۴). این بیماران به‌طور مکرر دوره‌های طولانی و شدید از برانگیختگی آزارنده هر روزه، در موقعیت‌های مختلف زندگی را گزارش می‌کنند (استیگلمایر، شاپیرو، استیگلیتز، لیمبرگر، بوهوس^{۱۱}، ۲۰۰۱). تنها در اختلال شخصیت مرزی است که رفتار خودکشی یک

1. Borderline personality disorder

3. Impulsiveness

5. Paris

7. Soloff

9. Stanley, winchel, Molcho & Simon

11. Stiglmayr, Shapiro, Stiegitz, Limberger & Bohus

13. Salzberg, Lovingkindness

2. Self harm behaviors

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

6. Gunderson

8. Clarkin, Levy, Lenzenweger

10. Millon

12. Atkinson, Edward, Smith, Bem & Susan

14. Neff

انجام درمان مبتنی بر شفقت، درمان دیگری را دریافت می‌کردند.

ابزار سنجش

پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان: برای سنجش تکانش پذیری و حساسیت بین فردی از خرده مقیاس‌های پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان^۲ استفاده شد. این آزمون، دارای ۹۰ سؤال و ۱۵ مقیاس است که توسط بار-ان بر روی ۳۸۳۱ نفر از ۶ کشور انجام شد. پاسخ‌های آزمون بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. مقیاس‌های آزمون عبارت‌اند از: خودآگاهی هیجانی، خودابرازی، عزت‌نفس، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، روابط بین فردی، واقع‌گرایی، انعطاف‌پذیری، حل مسئله، تحمل فشار روانی، کنترل تکانش، خوش‌بینی و شادمانی. لازم به ذکر است این پرسشنامه بر روی دانشجویان ایرانی نرم شده است و تعداد عبارت‌های آن به ۹۰ کاهش یافته است و اعتبار این پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای دانشجویان پسر ۷۴ درصد و برای دانشجویان دختر ۶۸ درصد و برای کل افراد ۹۳ درصد گزارش شده است (فتحی آشتیانی، ۲۰۰۹). این آزمون در ایران انجام شده است و پایایی آن از طریق محاسبه آلفای کرونباخ تقریباً ۹۳ درصد است (طغیانی و تاجی، ۱۳۸۹). (لازم به ذکر است نمرات پرسشنامه‌های شفقت و تکانش‌پذیری و حساسیت بین فردی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود). دو خرده‌مقیاسی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، به اختصار توضیح داده می‌شود.

خرده‌مقیاس تکانش‌پذیری: توانایی مقاومت در برابر یک

تکانش، سائق یا فعالیت‌های آزمایشی و یا کاهش آن‌ها، بدون جا زدن و یا رویاروی فعال و ثبت با فشار. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه به این صورت است: "بدجوری خشمگین می‌شوم". "دیگران به من می‌گویند هنگام بحث آرام‌تر صحبت کنم."

خرده‌مقیاس حساسیت بین فردی: توانایی ایجاد و حفظ

روابط رضایت‌بخش متقابل که به وسیله نزدیکی عاطفی، صمیمیت، محبت کردن و محبت گرفتن توصیه می‌شود. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه به این صورت است: "به‌خوبی با

ذهنی جلسه همراه با یک فرد دلسوز، انجام مدیتیشن و تصویرپردازی ذهنی خود دلسوز، ثبت روزانه ذهن شفقت‌ورز، تمرین گفت‌وگوی درونی بین سه خود را شامل می‌شود. از آنجاکه درمان مبتنی بر شفقت، سازه‌ای نوپا در روانشناسی است و به دلیل تأثیرگذار بودن این درمان بر روی اختلالات شخصیت همچنین تأثیر مؤلفه‌های این درمان بر روی نشانگان اختلال‌های شخصیت (گیلبرت و آندروز، ۱۹۹۸). ضروریات انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل برای برداشتن گام‌های بلند در درمان این بیماری به ذهن متبادر می‌کند. از آنجایی که تاکنون درمان مبتنی بر شفقت بر روی بیماران اختلال شخصیت مرزی انجام نشده است، در این پژوهش سعی شد تا اثربخشی این درمان بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با سابقه خودزنی، مورد بررسی قرار گیرد. فرضیه اصلی پژوهش این بود که درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد؛ بنابراین در این پژوهش فرضیه‌های ذیل مطرح شد:

فرضیه اول: درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش رفتارهای خودزنی در بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌شود.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش بیش حساسیت بین فردی در بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌شود.

فرضیه سوم: درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش تکانش‌پذیری در بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌شود.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این طرح در چارچوب طرح تک آزمودنی با یک خط پایه، با شروع همزمان مورد بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان، از بین مراجعان به مطب یکی از روان‌پزشکان، پنج نفر با تشخیص اختلال شخصیت مرزی و با توجه به داوطلب بودن و تطبیق با معیارهای لازم در پژوهش انتخاب شدند و همچنین در ابتدای پژوهش از آزمون بالینی میلون ۳ برای ورود بیماران در پژوهش استفاده شد. علاوه بر این آزمودنی‌ها نباید حین

انجام عمل خودزنی مورد بررسی قرار می‌گرفت. رویدادهای ماشه چکان شامل اتفاقات اضطراب برانگیز و رویدادهای همراه فشار روانی بالا می‌بودند. علائم جسمانی مورد بررسی اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا، پرش افکار بودند. چکلیست تهیه شده توسط درمانگر در پایان هر جلسه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده می‌شد که خودزنی آن‌ها در هفته گذشته مورد بازبینی قرار می‌گرفت.

دیگران همراهی می‌کنم". "روابط صمیمی با دوستانم برای هر دو طرفمان اهمیت دارد".

چکلیست: در این پژوهش چکلیستی توسط درمانگر تهیه شده بود که در پایان هر جلسه در اختیار شرکت‌کننده در درمان قرار داده می‌شد و خودزنی بیمار در هفته قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت. این ابزار برای آگاهی درمانگر از انجام خودزنی درمان‌جو بود. در این چکلیست شماره جلسات، رویدادهای ماشه چکان، تجربه علائم جسمانی و

شماره جلسه	رویداد ماشه چکان	تجربه علائم جسمانی	انجام عمل خودزنی
خط پایه	-	-	-
جلسه اول	-	اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا، پرش افکار	-
جلسه دوم	-	اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا، پرش افکار	-
جلسه سوم	-	اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا، پرش افکار	-
جلسه چهارم	-	اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا، پرش افکار	-
جلسه پنجم	-	اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا، پرش افکار	-
جلسه ششم	-	اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا و دست، پرش افکار	-
جلسه هفتم	-	اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا و دست، پرش افکار	-
جلسه هشتم	-	اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا و دست، پرش افکار	-
جلسه نهم	-	اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پا و دست، پرش افکار	-

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در یک کارخانه کار می‌کند و تاکنون ۲ بار به دلیل پرخاشگری از کارهای قبلی خود اخراج شده است. او ۴ سال پیش از همسرش جدا شده بود. پدر و مادر او بیماری خاصی ندارند و وی فرزند اول خانواده بود. او از ۳ سال پیش تاکنون ۲ بار اقدام به خودکشی کرده بود. بیمار پنجم خانم و ۲۰ ساله است. او در مقطع سوم دبیرستان ترک تحصیل کرده بود، در کودکی مورد تجاوز قرار گرفته بود. پدر وی معتاد است. وی سابقه خودزنی‌های مکرر را دارد.

پس از انجام خط پایه و شروع جلسات آموزش شفقت به خود در ۹ جلسه یک‌ساعته که در هر هفته یک‌بار انجام می‌شد، بر روی شرکت‌کنندگان در درمان اجرا شد. جلسات بر اساس درمان مبتنی بر شفقت خود گیلبرت (۲۰۰۹) و به نقل از سایبی‌نیا (۱۳۹۳) برگزار شد. پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان برای سنجش تکانش‌پذیری و حساسیت بین فردی در

درمان در قالب ۹ جلسه یک‌ساعته در اتاق مخصوص انجام جلسات درمانی در دانشگاه برگزار گردید. بیمار اول آقای ۱۹ ساله، دیپلم تجربی و در حال مطالعه برای کنکور بود. او تک‌فرزند و سابقه خودزنی‌های مکرر داشت. پدر وی دارای اختلال وسواس شستشو بود. بیمار دوم آقای ۲۰ ساله بود. او دانشجوی رشته مهندسی عمران بود. وی فرزند دوم خانواده است و در خانواده وی سابقه اختلال روان‌شناختی وجود ندارد. او سابقه ۳ بار خودزنی را داشت. بیمار سوم خانمی ۲۳ ساله بود که دانشجوی رشته گرافیک است. والدین وی ۶ سال پیش از هم جدا شده بودند و او فرزند سوم خانواده بود و در خانواده سابقه هیچ‌گونه اختلال روان‌شناختی وجود نداشته است. وی سابقه خودزنی‌های مکرر را داشت. بیمار چهارم خانم ۲۶ ساله و دیپلمه است. او

جلسات ۲، ۶، ۹ انجام شد. پس از پایان جلسات، یک دوره سه ماهه پیگیری انجام شد. داده‌ها با تحلیل تست‌ها و انجام ضریب تغییر بررسی شدند. جلسات آموزش شفقت به خود به صورت جدول ۱ انجام شدند.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش به صورت ضریب تغییر و نمودار تحلیل شد. همان‌طور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود، ضریب تغییر هر پنج آزمودنی ارائه شده است. در فرمول ضریب تغییر، نمره فرد در پیش‌آزمون از نمره فرد در پس‌آزمون کم شد و حاصل آن بر نمره پیش‌آزمون تقسیم شد. در این

پژوهش ابتدا خط پایه به وسیله پرسشنامه‌های شفقت به خود، میلون ۳ و خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی بار-ان که شامل مقیاس‌های تکانش‌پذیری و حساسیت بین فردی است، مشخص شد و بعد از ۲ هفته از گذشت خط پایه کار پژوهشی آغاز شد. هر پنج بیمار در مقیاس‌های تکانش‌پذیری و حساسیت بین فردی درصد قابل قبولی از تغییر را نشان داده‌اند. با توجه به اطلاعات مشاهده شده در نمودارهای ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، نمرات بیمار اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم در تمامی مقیاس‌های مورد سنجش در مرحله خط پایه، درمان و پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود گیلبرت (۲۰۰۹) (به نقل از سایه نیا، ۱۳۹۳)

جلسات	شرح اهداف
جلسه اول	در این جلسه که عمدتاً محتوای آموزشی دارد پس از برقراری رابطه اولیه و ارزیابی شدت مشکلات مراجع و بررسی وضعیت فعلی مشکلات افراد برای شناخت بیشتر نسبت به آن‌ها مطالبی در رابطه با اختلال شخصیت مرزی به افراد ارائه شد. بیان منطق درمان مبتنی بر شفقت. آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک انجام شد. تکلیف خانگی: تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک.
جلسه دوم	بررسی نوع برخورد مراجع با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر)، تعریف خودانتقادی، علل و پیامدهای آن، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها باهم، تعریف شفقت. انجام دادن تمرین انواع خود در پایان جلسه. تکلیف خانگی: تمرین تنفس ریتمیک یا انواع خود، شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر.
جلسه سوم	شفقت به خود چیست؟ ویژگی‌ها و مهارت‌های آن، چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روحی فرد. توضیح درباره حضور ذهن و آموزش آن. انجام تمرین تنفس با حضور ذهن در پایان جلسه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه و پاسخ به سؤال چقدر به خود شفقت می‌ورزید.
جلسه چهارم	تمرین یوگا (ریلکسیشن، برای مهار اضطراب و تکانش‌پذیری)، معرفی تصویرسازی ذهنی و آموزش آن. انجام تمرین تصویرسازی دلسوزانه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه، کامل کردن جدول مربوط به مهارت‌های شفقت
جلسه پنجم	پرورش خود شفقت ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت. انجام تکلیف نوشتن نامه دلسوزانه. انجام تمرین تنفس همراه با خرد، توانایی، گرمی. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه و نوشتن یک نامه دلسوزانه.
جلسه ششم	نوشتن قسمت دوم نامه دلسوزانه. آموزش مفهوم به‌شیاری و منطق آن. انجام تمرین اسکن دلسوزانه در پایان جلسه. تمرین خانگی: انجام تمرین جلسه.
جلسه هفتم	تمرکز بر خود شفقت ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس، رفتار). بحث درباره تفکر شفقت‌ورز و آموزش تأثیر افکار بر روی خشم، اضطراب و هیجان‌ها. انجام تمرین کشمش خوردن با حضور ذهن. تکلیف خانگی: تصویرپردازی ذهنی خودشفقت‌ورز
جلسه هشتم	یادآوری مهارت‌های شفقت و توضیح نقش شفقت بر کنترل هیجان‌ها، هدایت نحوه تفکر. بحث درباره حساسیت‌های بین فردی و واکنش به طردشدگی و بکار بردن مهارت‌های شفقت در کنترل و کاهش این واکنش‌ها. اجرای تمرین مانترای شخصی دلسوزانه. تمرین خانگی: انجام تمرین جلسه، کامل کردن تمرین مهارت‌های شفقت
جلسه نهم	مرور کلی از جلسات قبل و صحبت درباره کیفیت جلسات. از مراجع خواسته شد تا از میان تمرین‌های جلسات قبل یک تمرین را که دوست داشت و از نظر او مفید بود را انتخاب کرده و انجام دهد.

در جدول ۲ ویژگی‌هایی همچون جنسیت، سن، وضعیت تحصیلی و مدت ابتلا به بیماری بیان می‌شود.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

مورد	جنس	سن	وضعیت تحصیلی	مدت تقریبی ابتلا به بیماری به سال
۱	مذکر	۱۹	دانش آموز	۲ سال
۲	مذکر	۲۰	دانشجو	۳ سال
۳	مؤنث	۲۳	دانشجو	۵ سال
۴	مؤنث	۲۶	شاغل	۳ سال
۵	مؤنث	۲۰	بیکار	۲ سال

در جدول ۳ نتایج به دست آمده از تست‌های شفقت به خود و خرده‌مقیاس‌های تکانش‌پذیری و حساسیت بین فردی که با ضریب تغییر سنجیده شده، بیان شده است.

جدول ۳. نتایج ضریب تغییر

مورد	شفقت به خود	تکانش پذیری	حساسیت بین فردی
۱	۳۶/۴۶	۶/۵۰	۴۶/۷۱
۲	۴۹/۱۴	۲۳/۲۸	۲۶
۳	۴۹/۰۸	۳۵/۰۷	۳۴/۵۱
۴	۴۸/۳۹	۴۹/۹۷	۲۱/۶۳
۵	۴۸/۲۵	۲۳/۶۱	۴۴/۹۵

فرضیه سوم: درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش رفتارهای خودزنی در بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌شود. در پایان درمان این فرضیه تأیید شد.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش بیش حساسیت بین فردی در بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌شود. در پایان درمان این فرضیه تأیید شد.

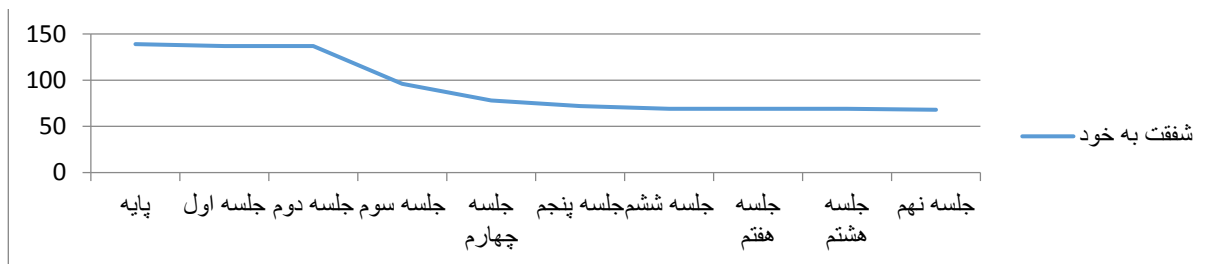
فرضیه اول: درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش رفتارهای خودزنی در بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌شود. در پایان درمان این فرضیه تأیید شد.

فرضیه سوم: درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش بیش حساسیت بین فردی در بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌شود. در پایان درمان این فرضیه تأیید شد.

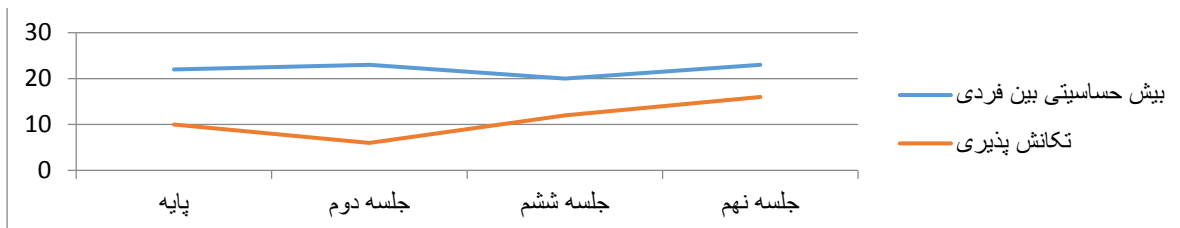
جدول ۴. چک‌لیست مربوط به خودزنی

انجام عمل خودزنی					تجربه علائم جسمانی					رویداد ماشه چکان				
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱
هیچ کدام از درمان‌جوها خودزنی نداشتند.					اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پانویست، پرش انگار					جلسه ۱				
هیچ کدام از درمان‌جوها خودزنی نداشتند.					اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پانویست، پرش انگار					جلسه ۲				
هیچ کدام از درمان‌جوها خودزنی نداشتند.					کف دست، پرش انگار					جلسه ۳				
هیچ کدام از درمان‌جوها خودزنی نداشتند.					دست، لرزش پانویست، پرش انگار					جلسه ۴				
هیچ کدام از درمان‌جوها خودزنی نداشتند.					اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پانویست، پرش انگار					جلسه ۵				
هیچ کدام از درمان‌جوها خودزنی نداشتند.					اضطراب، تعریق کف دست، لرزش پانویست، پرش انگار					جلسه ۶				
هیچ کدام از درمان‌جوها خودزنی نداشتند.					اضطراب					جلسه ۷				
هیچ کدام از درمان‌جوها خودزنی نداشتند.					اضطراب، لرزش پانویست، پرش انگار					جلسه ۸				
هیچ کدام از درمان‌جوها خودزنی نداشتند.										جلسه ۹				

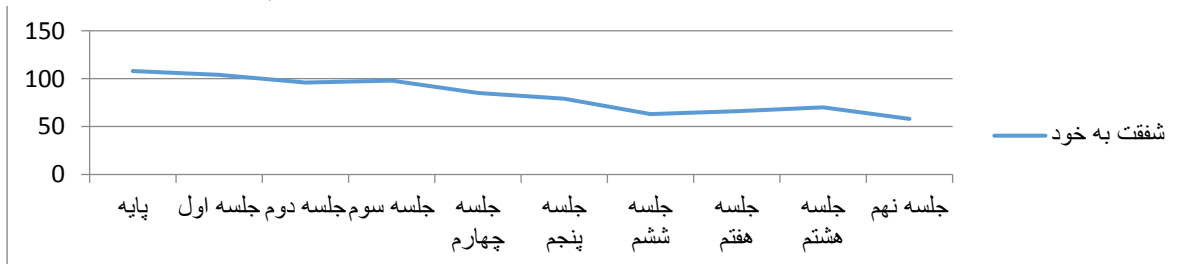
نمودار ۱. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شفقت به خود در بیمار اول



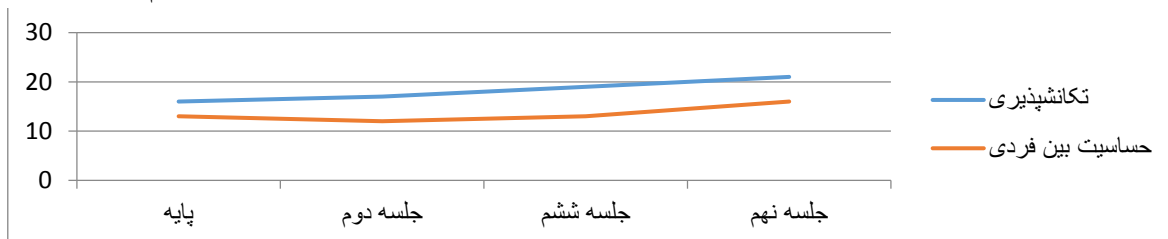
نمودار ۲. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بیش حساسیتی بین فردی و تکانشگری در بیمار اول



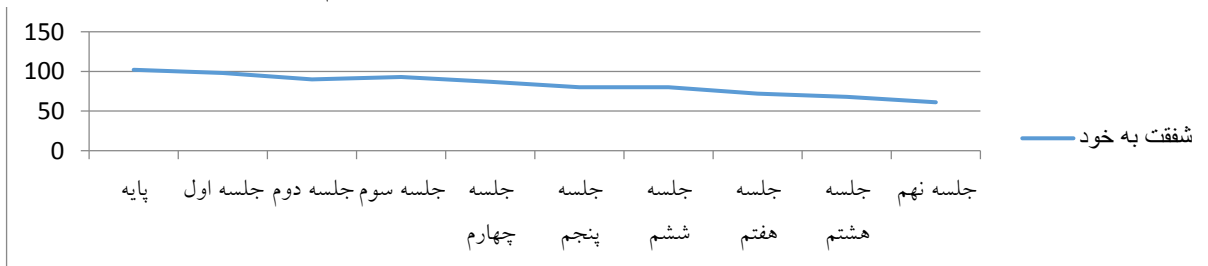
نمودار ۳. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شفقت به خود در بیمار دوم



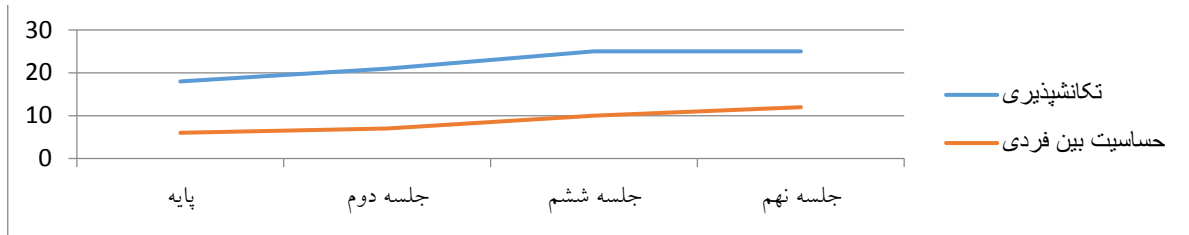
نمودار ۴. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بیش حساسیتی بین فردی و تکانشگری در بیمار دوم



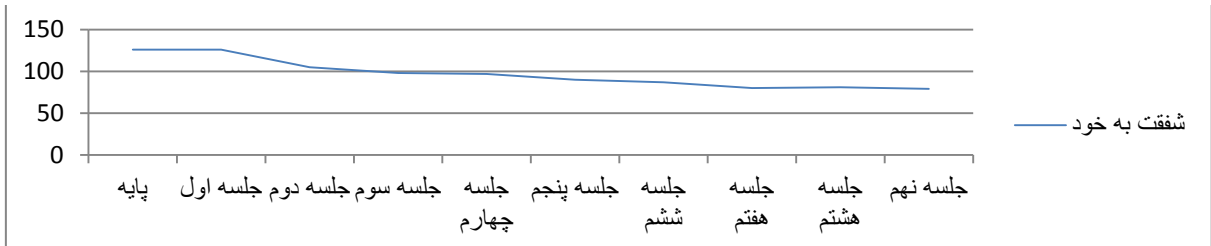
نمودار ۵. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود در بیمار سوم



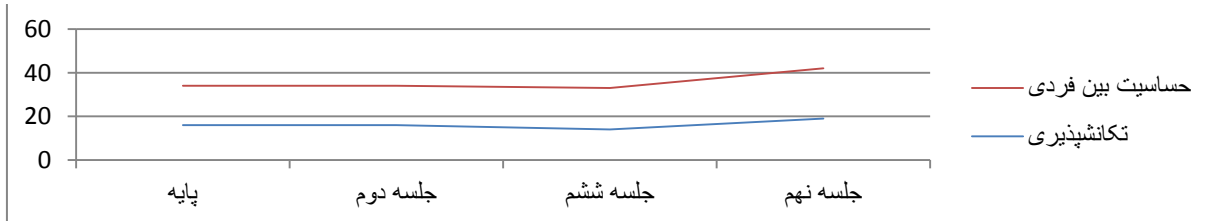
نمودار ۶. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بیش حساسیتی بین فردی و تکانشگری در بیمار سوم



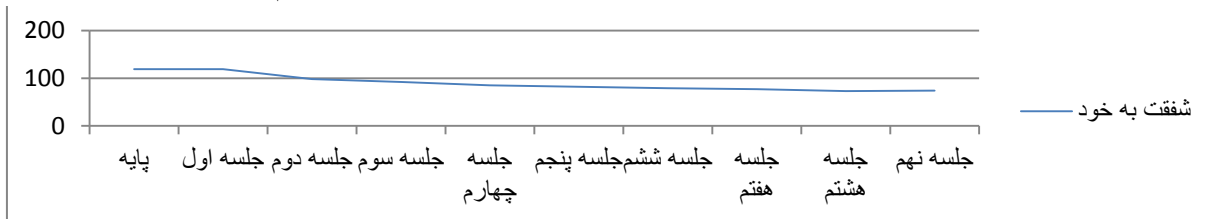
نمودار ۷. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شفقت به خود در بیمار چهارم



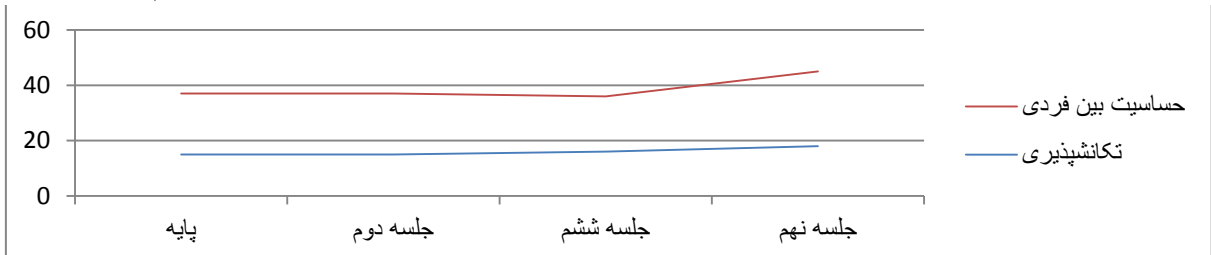
نمودار ۸. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بیش حساسیتی بین فردی و تکانشگری در بیمار چهارم



نمودار ۹. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شفقت به خود در بیمار پنجم



نمودار ۱۰. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بیش حساسیتی بین فردی و تکانشگری در بیمار پنجم



در این افراد دیده نشد. این فرضیه با توجه به نتایج تأیید شد. خود آسیبی به طور نوعی در حدود ۶۱ درصد تا ۷۵ درصد افراد مرزی، مشخص شده است و پیش‌بینی‌کننده مهمی برای خودکشی است (کلی، سولوف، لینچ، هاس، مان^۱، ۲۰۰۰). شیوع بالای اختلال به اضافه نتایج درمانی پایین در درمان‌های سنتی، مقبولیت کم درمان، میزان بالای بستری شدن، خطر جدی خودکشی، تمایل به رفتارهای خصومت‌آمیز، خشونت خانگی و قماربازی مرضی که استرس درمانگر را افزایش داده، پیشنهاد می‌کند که هر درمان جدیدی حتی با داده‌های کم، به وسیله جامعه بالینی با جدیت تمام پیگیری شود (یانگ، کلوسکو، ویشیر^۲، ۲۰۰۳). با التفات به این اظهار جفری یانگ که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب کمترین دلسوزی و بیشترین سرزنش را از درمانگر دریافت می‌کنند (درک عمیق بیماران مرزی نسبت به زندگی)، می‌تواند دلیل اصلی انتخاب رویکردی متواضعانه و توأم با دلسوزی بیشتر باشد.

نتایج به دست آمده از آزمون بار-ان نشان می‌دهد که بیش حساسیتی این بیماران کاهش یافته است و نتایج دال بر تأیید این فرضیه است. لریو و همکاران (۲۰۰۷) در چند مطالعه آزمایشی در ارتباط با شفقت به خود نشان دادند که شفقت به خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده شامل شکست، طرد، خجالت و دیگر حوادث منفی است. بنا بر نتایج قبلی، مطالعات نشان می‌دهند که وجود نگرش مشفقانه در افراد به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند (نف، مگهی^۳، ۲۰۱۰) و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند.

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش تکانش‌پذیری در بیماران اختلال شخصیت مرزی شد. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود با آموزش سیستم‌های شفقت به خود که باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی می‌شوند می‌توان سیستم تهدید

بیماران بهبود معناداری در نشانه‌های مقیاس‌های ذکر شده نشان دادند. در مقیاس شفقت به خود، نمره آزمودنی اول از ۱۳۹ و آزمودنی دوم از ۱۰۸ و آزمودنی سوم از ۱۰۲ و آزمودنی چهارم از ۱۲۶ و آزمودنی پنجم از ۱۱۹ در مرحله پیش از مداخلات درمانی به ترتیب ۶۴ و ۴۹ و ۶۱ و ۷۹ و ۷۴ در مرحله پس از درمان کاهش یافت. همچنین در مقیاس‌های تکانش‌پذیری نمرات آزمودنی اول از ۱۰ و ۱۳ و ۱۳ و ۱۳ و ۱۳ از ۱۵ در مرحله پیش از مداخلات درمانی به ترتیب ۱۶ و ۲۳ و ۲۳ و ۱۹ و ۱۸ کاهش یافت. در مقیاس حساسیت بین فردی نمرات آزمودنی اول از ۲۲ و ۱۶ و ۱۶ و ۱۶ و ۱۶ از ۲۳ و ۲۳ و ۲۳ و ۳۰ و ۳۰ و ۲۷ بعد از درمان تغییر یافت. از هر پنج آزمودنی یک آزمون خط پایه گرفته شد. آزمون شفقت به خود در تمام جلسات اجرا گردید و آزمون بار-ان سه بار در طول جلسات اجرا شدند. هر پنج بیمار در مقیاس‌های، افسردگی، تکانش‌پذیری و حساسیت بین فردی درصد قابل قبولی از تغییر را نشان داده‌اند.

با توجه به اطلاعات مشاهده شده در نمودارهای مربوط به نتایج درمان بیماران، نمرات بیمار اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم در تمامی مقیاس‌های مورد سنجش در مرحله خط پایه، درمان و پیگیری نشان داده شده است. بیماران در نشانه‌های مقیاس‌های ذکر شده، به محض ارائه درمان بهبود نشان می‌دهند و تأثیرات درمانی در دوره پیگیری باقی مانده‌اند (لازم به ذکر است در مقیاس شفقت به خود نمرات به صورت معکوس نمره‌گذاری شده است).

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش ۳ فرضیه مطرح شده است که به تفکیک بررسی می‌شوند. در انتهای ۹ جلسه درمان و ۳ ماه بعد از آن در جلسه پیگیری نیز، با توجه به در نظر گرفتن چک‌لیست، خودزنی

درمان‌های دیگر و مقایسه آن‌ها با یکدیگر در جهت ارائه نتایج به جامعه علمی که بتوان از آن‌ها برای درمان بیمارهای روانی استفاده کرد. برگزار کردن جلسات یادآور در مدت زمان پیگیری و درنهایت انجام درمان به صورت طولانی مدت که بتوان نتایج دقیق‌تری به دست آورد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد کم نمونه و نداشتن دوره پیگیری طولانی مدت اشاره کرد.

منابع

- بنازاده، ح؛ غفاری‌نژاد، ع. (۱۳۸۳). گزارش یک مورد خون‌آشامی در بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۲(۱)، ۸۰-۸۴.
- غفایانی، م؛ تاجی، ه. (۱۳۸۹). چکیده پایان‌نامه تحصیلات تکمیلی سال ۱۳۸۴ دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. اصفهان: نشر دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- علیلو، م؛ شریفی، م. (۱۳۹۱). *رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی*. تهران: نشر ناردیس.
- فتحی آشتیانی، ع؛ داستانی، م. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزیابی شخصیت و روان*. تهران: بعثت.
- نوربالا، ف؛ برجلی، ا؛ نوربالا، ا. (۱۳۹۲). اثر تعاملی «شفقت به خود» و نشخوار فکری بیماران افسرده در «درمان مبتنی بر شفقت»، *ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور*، ۲۰(۱۰۴)، ۷۷-۸۴.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). *Hilgard's Introduction to Psychology. History, Theory, Research, and Applications*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Bennett-Goleman, T. (2002). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. Harmony.
- Clarkin, J. F., Levvy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. Oxford University Press on Demand.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Gilbert, P. (20۰۹). Social mentalities: Internal 'Social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K.G. Bailey (eds.), *Genes on the couch*

را خشتی کرد (این سیستم مربوط به احساساتی مانند ناامنی، دفاع و تحریکات اتوماتیک است) و سیستم مراقبت را فعال کرد (این سیستم مربوط به احساساتی مانند امنیت، دلبستگی و سیستم مخدر اکسی‌توسین است) در کنترل و کاهش خشم و تکانش‌گری شرکت‌کنندگان در درمان تلاش شد با آگاه ساختن افراد از این سیستم، تکانش‌گری آن‌ها را به میزان قابل توجهی کاهش داد. همچنین با انجام تمرینات مربوط به ذهن‌آگاهی و تنفس و همچنین آموزش این تمرینات، قدرت کنترل خشم شرکت‌کنندگان بسیار بالا رفت.

از آنجاکه شفقت به خود نیازمند آگاهی هشیار از هیجان‌های خود است (بنتگلمن^۱، ۲۰۰۲)، دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شود؛ بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند. در انجام این درمان سعی شد تا با آموزش شفقت به خود و توانایی‌هایی چون پذیرش احساسات منفی و جایگزین نکردن احساسات مثبت در افراد، خوش‌بینی، ابتکارات فردی، به شرکت‌کنندگان در درمان از بیش حساسیتی آن‌ها به خصوص در روابط بین فردی آن‌ها کاسته شود. با کمک به آن‌ها برای تغییر تفاسیر آن‌ها از توانایی‌های خود در ارتباط با دیگران و شناخت بیشتر خود و روابطی که با آن مواجه خواهند شد، سعی شد تا درک درست‌تری از روابط بین فردی به آن‌ها داد. همچنین می‌توان گفت که دلسوزی به خود می‌تواند با ایجاد برخی ویژگی‌های مثبت چون ادراک معقول خود، صبر و بردباری و تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار و همچنین یادآوری این نکته به شخص که ناملایمات و بدبختی‌ها برای همگان اتفاق می‌افتاد از اثرات منفی آن‌ها پیش‌گیری نموده به‌عنوان یک سپر دفاعی در برابر افسردگی و خشم قرار بگیرد (گیلبرت^۲ و پروکتر، ۲۰۰۶). نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است.

پیشنهاد می‌شود تأثیر این سبک درمانی در دیگر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بررسی شود. تعداد بیشتری آزمودنی همراه چند درمانگر دیگر در آن پژوهش شرکت کنند. بررسی ترکیب درم «ان مبتنی بر شفقت با

- Explorations in Evolutionary Psychotherapy*. 118-150. Hove: Brenner-Routledge.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.
- Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(21), 2037-2042.
- Kelly, T. M., Soloff, P. H., Lynch, K. G., Haas, G. L., & Mann, J. J. (2000). Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 14, 316-326.
- Lear, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887.
- Millon, T. (2004). *Masters of the mind: Exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium*. John Wiley & Sons.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583.
- Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 4-10.
- Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D., & Stanley M. (1992). Self mutilation: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 4(2), 149-155.
- Salzberg, S. (2002). *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness*. Shambhala Publications.
- Soloff, P. H. (2000). Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 169-192.
- Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder—a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35(2), 111-118.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.