

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

جهانگیر کرمی

دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه رازی

فرشته بخشیان^۱

دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه رازی

سید رضا سعادت مهر

کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت گرفته است. روش مطالعه از نوع تجربی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از مردان مراجعه‌کننده به یکی از مراکز روان‌پزشکی شمال کشور می‌باشد و به صورت در دسترس انتخاب شده‌اند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) گمارده شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) (پاتون، استانفورد و بارت، ۱۹۹۵) و پرسش‌نامه بی‌ثباتی هیجانی (گراتز و رومز، ۲۰۰۴) استفاده شد. گروه آزمایش هشت جلسه آموزش ذهن آگاهی به صورت گروهی دریافت کردند و به گروه کنترل آموزش خاصی داده نشد و اعضای گروه به بحث درباره مسائل اجتماعی روز پرداختند. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل و بعد از اجرای مداخله به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. یافته‌ها نشان داد که پس از تعدیل پیش‌آزمون، اثر آموزش ذهن آگاهی بر نمرات پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری معنادار است ($P < 0/005$). در نتیجه، می‌توان از آموزش ذهن آگاهی برای کاهش تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: آموزش ذهن آگاهی، تکانشگری، بی‌ثباتی هیجانی، اختلال شخصیت مرزی

^۱ نویسنده مسئول

آدرس پست الکترونیکی: fbakhshian1365@yahoo.com

آدرس پستی: مازندران، ساری، بلوار طالقانی، خیابان توانبخشی، توانبخشی ۵، ساختمان افرا، واحد ۳

وصول: ۱۳۹۵/۰۸/۲۷ - پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۲۵

Effectiveness of mindfulness training in reducing impulsiveness and emotional instability in men with borderline personality disorder

Karami, J., Bakhshian, F., Saadatmehr, S.R.

(Received: 17,11,2016-Accepted: 14,01, 2017)

Abstract

This study aims to determine the effectiveness of mindfulness training in reducing impulsivity and emotional instability in men with borderline personality disorder. The study was an experimental research, with a pretest, a post-test and a control group. The samples consisted of 30 men who had been referred to a psychiatric center in the north of the country and were selected by available sampling. The subjects were randomly assigned to an experimental and a control group (15 people each). To collect the data, Bart Impulsiveness Scale (Paton, Estantford & Bart, 1995) and Emotional Instability Questionnaire (Gratz & Romse, 2004) were used. The experimental group received eight sessions of mindfulness training and the control group received no specific training. The subjects in both groups filled out the questionnaire before and after the intervention. In order to analyze the data, MANCOVA were used. Results showed that after pre-test adjustment, the effect of mindfulness training on emotional instability and impulsiveness is significant in the post-test ($p < 0/005$). As a result, mindfulness training can be used to reduce impulsiveness and emotional instability in people with borderline personality disorder.

Keywords: Mindfulness training, Impulsivity, Emotional instability, Borderline personality disorder

مقدمه

بر اساس آمارهای موجود ۱۰ درصد افراد جامعه از اختلالات شخصیت^۱ رنج می‌برند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی^۲ پیوسته در بحران هستند. مهم‌ترین ویژگی آن‌ها نوسانات خلقی و رفتاری است، این نوسانات به صورت احساس افسردگی که به راحتی به احساس اضطراب و سپس به خشم تغییر می‌کند، در این افراد نمایان می‌شود. از ویژگی‌های دیگر بیماران مذکور روابط بین فردی آشفته است؛ آن‌ها به دیگران بسیار وابسته‌اند، برای حفظ

¹ Personality Disorder

² Borderline Personality Disorder

تعادل فکری و رفتاری نه تنها به حمایت، امنیت و تشویق دیگران نیاز دارند، بلکه نسبت به جدایی از منابع حمایتی بسیار آسیب‌پذیرند (میلون و گراسمن^۱، ۲۰۰۷). نگرش این افراد نسبت به اطرافیان به دلیل دوسوگرایی، از تأیید تا خشم شدید در نوسان است. آن‌ها به‌طور معمول با اطرافیان خود مشکل دارند و روابطشان بین قهر و آشتی تغییر می‌کند. همین امر موجب فرسودگی اطرافیان نیز می‌شود و گاه ممکن است موجب بروز انواع مشکلات روان‌شناختی در خانواده گردد (وایس، زلکویتس، فلدمن، ووگل، هیمن و پاریس^۲، ۱۹۹۶). تکانشگری^۳ یکی دیگر از ویژگی‌های بیماران مرزی است. ولخرجی‌های زیاد، برقراری روابط جنسی نایمن، پرخوری، سوء‌مصرف مواد و دارو نمونه‌هایی از رفتارهای تکانه‌ای آنان است. خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در میان این بیماران امری رایج است. ۸۰ درصد آن‌ها در طی زندگی خود تاریخچه‌ای از اقدام به خودکشی دارند. ۷۰ تا ۷۵ درصد از آن‌ها تاریخچه‌ای از رفتارهای آسیب‌رسان مانند بریدن و سوزاندن خود دارند، میانگین روزهای بستری شدن این افراد در بیمارستان‌ها سالیانه به ۶۵ تا ۸۰ روز می‌رسد (بوهاس، پترسون، استیگل مایر، هاف و لیمبرگر^۴، ۲۰۰۴).

درمان اختلال شخصیت مرزی با مشکلات چندی روبروست، به‌طوری که گاهی در روند درمان، درمانگر و مراجع دچار درماندگی و ناامیدی می‌شوند. بسیاری از درمانگران این اختلال را غیرقابل درمان می‌دانند. از نظر بسیاری از درمانگران این تشخیص معادل با مرگ است و گویی به مراجع گفته می‌شود وی دچار سرطان یا اسکیزوفرنی است (سیلک^۵، ۲۰۰۸). پژوهش‌های متعدد نرخ افت درمانی در مورد این بیماران را بین ۴۳ تا ۶۷ درصد برآورد کرده‌اند، حتی روان‌درمانگران ماهر در نگهداشت بیماران برای ادامه درمان با مشکل روبه‌رو هستند. در یکی از مطالعات ۵۴ درصد از بیماران کمتر از ۶ ماه به درمان ادامه دادند و تنها ۳۳ درصد درمان خود را کامل کردند (گاندرسون و والدینگر^۶، ۲۰۰۰). این افراد نسبت به درمانگر خود احساس و نگرشی دوسویه دارند، به این معنا که درمانگر از نظر آن‌ها گاه

^۱ Millon & Grossman

^۲ Weiss, Zerkowitz, Fledman, Vogel, Heyman & Paris

^۳ Impulsivity

^۴ Bohus, Peterson, Stiglmayr, Haff, Limberger

^۵ Silk

^۶ Gunderson, Waldinger

مهربان و قابل اعتماد و گاهی طردکننده است و یا میان این دو در نوسانند، در پاره‌ای از موارد انتقال متقابل نسبت به درمانگر عاملی است که روند درمان را مختل می‌سازند، بنابراین پاسخ آن‌ها به درمان اغلب مطلوب نیست (سوالز و هیرد^۱، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد اختلال شخصیت مرزی قابل درمان بوده و حتی پیش‌آگهی آن بهتر از اختلالات دیگری چون اختلالات خلقی و دوقطبی است. در حال حاضر، رویکردهای درمانی متفاوتی وجود دارد که در کاهش رفتار خودکشی، رفتارهای آسیب‌رسان، افسردگی و اضطراب مؤثرند. در میان آن‌ها می‌توان به رویکردهای روان‌تحلیلی از جمله روان‌درمانی مبتنی بر انتقال (کرنبرگ و کلارک، ۱۹۹۹)، طرح‌واره‌درمانی^۲ (یانگ، ۱۹۹۰)، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳ (لیهان، ۱۹۹۳) و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی اشاره کرد؛ اما علی‌رغم کثرت این رویکردها، پژوهش‌هایی که اثربخشی این رویکردها را با طرح تصادفی بررسی کرده باشد صورت نگرفته یا بسیار محدودند (گاندرسون و دیگران، ۲۰۰۶ به نقل از چاپمن و گراتز، ۲۰۰۷).

آموزش‌های مهارت ذهن‌آگاهی^۴ از جمله آموزش‌هایی هستند که می‌توانند بر مشکلات افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تأثیرگذارند. ذهن‌آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند (برون و ریان، ۲۰۰۳). آموزش ذهن‌آگاهی یکی از درمان‌های کاهش استرس می‌باشد که در بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می‌شود (کابات و ماسون، کرسترلر، پترسون، فلتچر و برت^۵، ۱۹۹۲). آموزش ذهن‌آگاهی کاهش پریشانی روان‌شناختی (اوستافین و همکاران، ۲۰۰۶) و نشانه‌های اضطراب و افسردگی (اوانس، فراندو، فیندلر، استول، اسمارت و هاگلین^۶، ۲۰۰۸) را به دنبال دارد و موجب بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی (فلوگل و همکاران، ۲۰۱۰)، بهبود کیفیت خواب (شاپیرو،

¹ Swales, Heard

² Schema Therapy

³ Dialectical Behavioral Therapy

⁴ Mindfulness

⁵ Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher, Bert

⁶ Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart, Haglin

بوتزین، فیگوئردو، لوپر و سوآرتز^۱، ۲۰۰۳) و کاهش نشانه‌های فیزیکی (کیویت، ویسر، گارسن و هودیگ^۲، ۲۰۰۸) می‌شود. در بررسی نقش ذهن آگاهی در عاطفه و خلق، نتایج نشان می‌دهد که ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (برون و ریان^۳، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی باعث کیفیت زندگی بهتر، لذت بردن از زندگی و کاهش افسردگی و خشم می‌شود (کیویت و همکاران، ۲۰۰۸) و نقش مهمی در کاهش نشانه‌های کوتاه‌مدت و درازمدت خلق افسرده دارد (گودفرین و ون هرینگن^۴، ۲۰۱۰). آموزش ذهن آگاهی به‌عنوان یک مهارت در درمان شناختی رفتاری و درمان دیالکتیکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مهارت‌ها که نسخه‌های روان‌شناختی و رفتاری مهارت‌های مراقبه به حساب می‌آیند تا حد زیادی الهام گرفته شده از اعمال ذن هستند و با بسیاری از اعمال مراقبه مشرق زمین و روش‌های تعمقی (تفکری) مغرب زمین نیز هماهنگ و سازگار هستند. هدف بسیار مهم این مهارت، ایجاد توانایی کنترل توجه است. فقدان توانایی در هدایت توجه منجر به مشکلات شایع متعددی می‌شود که شامل متوقف سازی فکر کردن درباره گذشته، آینده یا مشکلات فعلی و ناتوانی در تمرکز بر تکالیف مهم می‌باشد. به‌طور کلی تر هدف مهارت‌های ذهن آگاهی رشد خردورزی، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی به‌منظور تسهیل ظهور رفتار مؤثر و ماهرانه است. راهبردهای مبتنی بر پذیرش ذهن آگاهی برای بیماران راه‌هایی را در جهت کاهش تلاش‌های وی برای کنترل تجارب فراهم می‌آورد. ایده‌های زیر بنایی از این قرار است که اگر بیمار بر پذیرش تجربه‌اش به جای تغییر دادن، تثبیت کردن یا اجتناب کردن از آن تمرکز یابد، خاموشی رفتار یا پاسخ ناخواسته را فراهم می‌آورد (محمود علیلو و شریفی، ۱۳۹۰).

تحقیقات انجام شده در زمینه آموزش ذهن آگاهی نشان‌دهنده تأثیر این آموزش بر توجه (سولرا و همکاران، ۲۰۱۲)، نرخ پایین تر ترک درمان (سولر و همکاران، ۲۰۰۹) افراد مبتلا به

¹ Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez, Schwartz

² Kieviet-Stijnen, Visser, Garsen, Hudig

³ Brown, Ryan

⁴ Godfrin, Van Heeringen

اختلال شخصیت مرزی و همچنین اثربخشی این آموزش بر کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان (بیرامی و عبدی، ۱۳۸۸)، افزایش بهزیستی جسمانی و سلامت روان جانبازان شیمیایی (آریان پوران، نریمانی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۰)، کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان (آذرگون، کیجاف، مولوی و عابدی، ۱۳۸۸)، کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب (کاوینانی، حاتمی و شفیع آبادی، ۱۳۸۴) است.

با توجه به نکات فوق به نظر می‌رسد اختلال شخصیت مرزی بسیار رنج‌آور و نیازمند درمان است. متأسفانه برای چنین افرادی شیوه درمانی کارآمدی به‌ویژه در ایران به کار گرفته نشده است. مداخلات درمانی بیشتر هنگام بروز خودکشی و آن‌هم به صورت مداخله در بحران انجام می‌گیرد، به‌طور معمول آن‌ها تحت درمان‌های معمولی یا درمان‌های کوتاه‌مدت قرار می‌گیرند. دارودرمانی نیز کمک‌چندانی به این افراد نمی‌کند، زیرا اکثر آن‌ها بعد از مدتی استفاده از دارو را قطع می‌کنند. کاهش میزان اعتیاد، طلاق، هزینه‌های درمانی، خودکشی و فراحودکشی از دیگر مزایای درمان اختلال شخصیت مرزی است و اهمیت بررسی و درمان و آموزش‌های خاص در زمینه این اختلال را ضروری‌تر می‌سازد. لذا پژوهش حاضر بر آن است به این پرسش پاسخ دهد که آیا آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تجربی با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه مردان دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی می‌باشد. جامعه آماری در دسترس پژوهش، شامل کلیه مردان مراجعه‌کننده به یکی از مراکز روان‌پزشکی شمال کشور در سال ۹۵ است که تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده‌اند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از مردان مراجعه‌کننده به این مرکز است که بر اساس تشخیص روان‌پزشک تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده‌اند و به‌صورت غیرتصادفی انتخاب شده‌اند. این افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) تخصیص یافتند. ملاک شمول برای شرکت در مطالعه داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال، نداشتن سابقه مصرف

مواد، تمایل به شرکت در جلسات، نداشتن اطلاعات در مورد آموزش ذهن آگاهی و عدم ابتلا به بیماری حاد و مزمن جسمانی بود. افراد شرکت کننده در جریان فرایند پژوهش قرار گرفتند و پس از توضیح شفاف و روشن درباره فرایند تحقیق و تأکید بر حفظ اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه، رضایت خود را در فرمی اعلام کردند.

با مطالعه پیشینه تحقیقاتی تعداد ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه کنترل و در مجموع ۳۰ نفر که دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی هستند، انتخاب شدند. گروه آزمایش هشت جلسه آموزش ذهن آگاهی به صورت گروهی دریافت کردند و به گروه کنترل آموزش خاصی داده نشد و اعضای گروه به بحث درباره مسائل اجتماعی روز پرداختند. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل و بعد از اجرای مداخله و در جلسه هشتم به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.

۱. روش مداخله: برای گروه مداخله، ۸ جلسه مهارت ذهن آگاهی و هر جلسه یک و نیم ساعت آموزش داده شد (به نقل از نریمانی و همکاران، ۱۳۹۰).

جلسه اول: معرفی اعضای گروه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی و آشنایی با نحوه تن آرامی

جلسه دوم: آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها، پیشانی (قسمت پایین) و پیشانی (قسمت بالا).

جلسه سوم: آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه‌ها، آرواره‌ها و پیشانی و لب‌ها و چشم‌ها و تکلیف خانگی تن آرامی

جلسه چهارم: آموزش ذهن آگاهی تنفس: مرور کوتاه جلسه قبل، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکالیف ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه

جلسه پنجم: آموزش تکنیک پایش بدن: آموزش تکنیک توجه به حرکات بدن

هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکت آن‌ها و جستجوی حس‌های فیزیکی (شنوایی، چشایی و ...) و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه غذا).

جلسه ششم: آموزش ذهن آگاهی افکار: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی بدون قضاوت در مورد آن‌ها.

جلسه هفتم: ذهن آگاهی کامل: تکرار جلسات ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه.

جلسه هشتم: جمع‌بندی جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون.

۲. مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11): این پرسش‌نامه دارای ۳۰ پرسش و به صورت چهارگزینه‌ای تدوین شده است که سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند. نمره بیشتر در این مقیاس، نشان از تکانشگری بالاتر دارد. مطالعات متعددی شواهدی دال بر روایی و پایایی قابل قبول این مقیاس گزارش کرده‌اند. نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط اختیاری و همکاران اعتباریابی شده است. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را در دو گروه معتادان و افراد سالم به ترتیب ۰/۸۴۵ و ۰/۸۳۱ گزارش کرده‌اند (به نقل از نجاتی و ملکی، ۱۳۹۱).

۳. مقیاس دشواری تنظیم هیجان: یک شاخص خودگزارشی است که توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) برای دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی.

پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از یک تا پنج قرار می‌گیرد: (۱) تقریباً هرگز (۱۰٪-، (۲) گاهی اوقات (۳۵٪-۱۱٪)، (۳) تقریباً نیمی از اوقات (۶۵٪-۳۶٪)، (۴) بیشتر اوقات (۹۰٪-۶۶٪) و (۵) تقریباً همیشه (۱۰۰٪-۹۱٪). نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجانات است. عبارات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ در این مقیاس به شکل معکوس نمره گذاری می‌شوند.

همچنین پایایی همسانی درونی فرم ترجمه‌شده به فارسی این مقیاس طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجو دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ($Sd=17/78, M=91/31, \alpha=0/86$) در یک جمعیت ایرانی نشان داد (علوی، ۱۳۸۸).
به منظور تجزیه و تحلیل داده پس از بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو و بررسی همگنی واریانس با استفاده از آزمون لون، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $27/17 \pm 6/89$ و $26/64 \pm 7/08$ بوده است. همچنین نتایج در زمینه وضعیت تأهل گروه آزمایش $26/7$ درصد آزمودنی‌ها متأهل، $53/3$ درصد مجرد، $6/7$ درصد طلاق گرفته و $13/3$ درصد جدا زندگی می‌کنند. وضعیت تأهل گروه کنترل نشان‌دهنده این است که $33/3$ درصد آزمودنی‌ها متأهل، $46/7$ درصد مجرد، $13/3$ درصد طلاق گرفته و $6/7$ درصد آزمودنی‌ها جدا زندگی می‌کنند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کلی پیش‌آزمون تکانشگری آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ($113/46 \pm 1/59$) و کنترل ($7/73$ $\pm 102/86$) می‌باشد. یافته‌های مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پس‌آزمون تکانشگری آزمودنی‌ها نشان‌دهنده این است که این نمرات در گروه آزمایش ($100 \pm 2/59$) و گروه کنترل ($97/53 \pm 7/15$) است. میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کلی پیش‌آزمون

بی ثباتی هیجانی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ($138 \pm 7/68$) و کنترل ($132 \pm 4/95$) می‌باشد. همچنین یافته‌های مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی آزمودنی‌ها نشان‌دهنده این است که این نمرات در گروه آزمایش ($127/93 \pm 6/41$) و گروه کنترل ($126 \pm 4/53$) است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی در دو گروه

گروه کنترل		گروه آزمایش		آزمون‌ها	متغیرها
SD	M	SD	M		
7/73	102/86	1/59	113/46	پیش‌آزمون	تکانشگری
7/15	97/53	2/59	100	پس‌آزمون	
4/95	132	7/68	138	پیش‌آزمون	بی‌ثباتی هیجانی
4/53	126	6/41	127/93	پس‌آزمون	

از آنجایی که نتایج آزمون شاپیرو نشان داد سطح معنی‌داری همه متغیرها بزرگ‌تر از $0/05$ بوده، طبیعی بودن توزیع داده‌ها مورد تأیید قرار گرفت ($P > 0.05$)، از این رو از آمار پارامتریک در آزمون فرضیه‌های این تحقیق استفاده شد. همچنین نتایج آماره لوین نشان داد از ابتدا تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات آزمودنی‌ها وجود نداشت ($F = 4/04$, $sig = 0/55$) و محقق بدین وسیله از همسانی واریانس‌ها اطمینان حاصل پیدا کرد.

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا)

نام آزمون	شاخص آماری	مقدار	فرضیه (df)	اشتباه (df)	نسبت (F)	سطح معنی‌داری (P)
اثر پیلاپی		0/842	2	25	66/864	0/000
لمبیدی ویلکز		0/158	2	25	66/864	0/000
اثر هتلینگ		5/349	2	25	66/864	0/000
بزرگ‌ترین ریشه روی		5/349	2	25	66/864	0/000

جدول ۲ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارند، بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و

کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/000$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در پس‌آزمون آزمون تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل نشان داد که تعامل بین گروه و پیش‌آزمون تکانشگری ($F=0/2/897, p=0/07$) و بی‌ثباتی هیجانی ($F=38/939, p=0/18$) معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند. سپس به منظور آزمون معنی‌داری تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته (تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی) از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد تا اثر پیش‌آزمون نیز کنترل شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی بر اساس گروه آموزش ذهن آگاهی و کنترل

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	
						تکانشگری	بی‌ثباتی هیجانی
0/75	0/000	77/467	3449/037	1	3449/037	اثر آموزش	تکانشگری
				26	1157/590	خطا	
0/67	0/000	52/526	497/292	1	497/292	اثر آموزش	بی‌ثباتی هیجانی
				26	246/158	خطا	

با توجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود که آموزش ذهن آگاهی بر تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی تأثیر معنی‌داری داشته است. چرا که سطح معنی‌داری مقدار F به دست آمده (77/467) و (52/526) با درجه آزادی ۱ و ۲۶ کمتر از ($P < 0/05$) است؛ بنابراین تفاوت میانگین نمرات تکانشگری در گروه کنترل و آزمایش معنی‌دار بوده و با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب تکانشگری شده، با توجه به مجذور اتم مقدار این تأثیر حدود ۷۵ درصد است. از طرفی دیگر آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش بی‌ثباتی هیجانی شده، با توجه به مجذور اتم مقدار این تأثیر حدود ۶۷ درصد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری و بی‌ثباتی

هیجانی مردان داری اختلال شخصیت مرزی بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده، نتایج این پژوهش نشان‌دهنده تأثیر جلسات آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی مردان دارای اختلال شخصیت مرزی است. این یافته‌ها با نتایج کروگر و همکاران (۲۰۰۶) سولرا و همکاران، (۲۰۱۲) و سولر و همکاران (۲۰۰۹) در زمینه مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در متغیرهای مربوط به افراد دارای اختلال شخصیت مرزی همسو است. بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حساس و شکننده است. فریمن، استون و مارتین (۲۰۰۵) آسیب‌پذیری و شکنندگی بیمار مرزی را به «یک‌لنگه‌پا ایستادن بر نوک کوه» تشبیه کرده‌اند. مقصود از چنین استعاره‌ای این است که سرآسیمگی‌ها، تکانش‌ورزی‌ها، نوسان‌های خلقی و واکنش‌های رفتاری تندوتیز بیمار مرزی، از سر لجاجت، خودخواهی، کنترل و بازی دادن اطرافیان نیست. بلکه همه این‌ها، تلاش‌های لجام‌گسیخته از سوی انسانی است که از ترس تنهایی و رهاشدگی، هر آن، بیم‌لغزیدن و فروافتادنش می‌رود و تمام سعی خود را می‌کند تا تعادلش را بر نوک قله حفظ کند (علوی و همکاران، ۱۳۸۹، به نقل از قمری و همکاران، ۹۳). از نظر لینهان بیشتر رفتارهای مرتبط با اختلال شخصیت مرزی یا کوششی است که فرد از طریق آن عواطف منفی خود را تنظیم می‌کند و یا این رفتارها نتیجه بدتنظیمی هیجانی است. مطالعات بر روی زنان دارای اختلال شخصیت مرزی نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب تغییرات عصب‌شناختی در ناحیه هیپوکامپ، سینگولا و منطقه پیش‌پیشانی شده است. بیشترین تغییرات در فعال‌شدگی سینگولا رخ داده بود. این ساختار نقش مهمی در برجسته کردن محرک‌های هیجانی و درعین حال استفاده از راهبردهای شناختی و ذهن آگاهی در کاهش احساس‌های منفی دارد. همچنین ذهن آگاهی، با به وجود آوردن احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند (برون و ریان، ۲۰۰۳) و مهارت‌های تنظیم هیجان را آموزش می‌دهد. همچنین این درمان با افزایش اعتمادبه‌نفس، عزت‌نفس، احترام به خود و افزایش خود ارزشی در آزمودنی‌ها و همچنین با افزایش توانایی و قدرت تحمل ناکامی‌ها، کاهش رفتار تهدیدکننده زندگی، افزایش آگاهی نسبت به رفتار و به دست احساس آزادی و

لذت در آن‌ها در کاهش رفتارهای تکانش گرانه مفید واقع شد (جبرئیلی، جلیل باباپور و محمودعلیلو، ۱۳۹۲).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم پیگیری نتایج بوده است. در این راستا، پیشنهاد می‌شود برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، مطالعات آزمایشی دیگر با پیگیری بلندمدت انجام گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این روش در کاهش علائم شخصیت مرزی با دیگر درمان‌ها مقایسه شود. از آنجاکه در میان افرادی که خودکشی می‌کنند و به مراکز اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند، اغلب افرادی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دیده می‌شوند، پیشنهاد می‌شود این شیوه در بیمارستان‌ها و مراکز اورژانس خودکشی پس از شناسایی موارد دارای این اختلال به صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

منابع

آریان پوران، سعید، نریمانی، محمد، ابوالقاسمی، عباس، احدی، بتول (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی جانبازان شیمیایی. دو ماهنامه علمی پژوهشی بهبود. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. ۵، ۱۵، ۳۵۷-۳۴۷

آذرگون، حسن، کیجاف، محمدباقر، مولوی، حسین، عابدی، محمدرضا (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار. ۱۶، ۲۱-۱۳

بیرامی، منصور، عبدی، رضا (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان. علوم تربیتی. ۲، ۵۴-۳۵

جبرئیلی، شهلا، جلیل باباپور، خیرالدین، محمودعلیلو، مجید (۱۳۹۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای خودکشی گرایانه در اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. ۸، ۳۲، ۹۳-۸۰

قمی، حسین، صنوبر، لاله، آحادی، سمیرا (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودآسیبی و نوسان خلقی اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی. ۳، ۶، ۱۱۱-۹۳

علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد

کاوایی، حسین، حاتمی، ندا، شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده غیربالینی. تازه‌های علوم شناختی. ۴، ۱۰، ۴۸-۳۹

محمودعلیلو، مجید، شریفی، محمدامین (۱۳۹۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی. تهران: انتشارات

مرکز مشاوره دانشجویی

نجاتی، وحید، ملکی، قیصر (۱۳۹۱). رابطه بین تکانشگری و تأمل گرایی با عملکرد حل مسئله. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان. ۱۴، ۱، ۸۱-۷۶

نریمانی، محمد، آریاپوران، سعید، ابوالقاسمی، عباس، احدی، بتول (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روان شناختی جانبازان شیمیایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود).

۱۵: ۳۵۷-۳۴۷

Bohus, M, Peterson, E.W, stiglmayr, C, Haff, B., Limberger, M. F (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A controll trial. Behavior Research and Therapy. 42, 5, 487-499.

Brown KW, Ryan RM (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 84(4):822-48.

Chapman, A L., Gratz, K. L (2007). The borderline personality disorder, New Harbinger publication, Inc.

Evans, S, Ferrando, S, Findler, M, Stowell, C, Smart, C, Haglin, D (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. J Anxiety Disorder. 22,4,716-21.

Flugel Colle, K.F, Vincent, A, Cha, S.S, Loehrer, L.L, Bauer, B.A, Wahner-Roedler, D.L (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. Complement Ther Clin Pract. 16, 1,36-40.

Soler, J, Carlos Pascual, J, Tiana, T, Cebrià, N, Barrachina, J, Campins, J, Gich, I, Alvarez, Víctor Pérez, E (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. Behaviour Research and Therapy, 47, 5, 353-358

Gratz, K.L., & Roemer, L (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26, 1,41-54

Gunderson, J.G, Waldinger, A. C (2000). The rate of droupourt in borderline personality disorder. Am J Psychiatry. V.28, 212-219.

Godfrin, K. A, van Heeringen, C (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. Behaviour Research Ther, 48, 8, 738-46

Kieviet-Stijnen, A, Visser, A, Garssen, B, Hudig, W (2008). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: patients' appraisal and changes in well-being. Patient Educ Couns, 72, 3, 436-42.

Kabat-Zinn, J, Massion, A. O, Kristeller, J, Peterson, L. G, Fletcher, K. E, Pbert, L, et al (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry, 149, 7, 936-43.

Millon, T & Grossman, S (2007). Moderating severe personality disorders- a personalized psychotherapy approach. New Jersey, USA- Jhon Wiley & Sons, Inc. Neuropsychologia, V 41, 1668-1682.

Paris, J (2006). Borderline personality disorder What is it, What is causes it, How can we treat it. Canda Leading Medical Journal, V.172, 12.

Ostafin, B. D, Chawla, N, Bowen, S, Dillworth, T. M, Witkiewitz, K, Marlatt, G. A (2006). Intensive Mindfulness Training and the Reduction of Psychological Distress: A Preliminary Study.

Cognitive and Behavioral Practice, 13, 3, 191-7.

Swales, M.A., Heard, H.L (2009). Dialectical behavior therapy. New York. Rutledge

Shapiro, S. L., Bootzin, R. R, Figueredo, A. J, Lopez, A. M, Schwartz, G. E(2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. J Psychosom Res, 54, 1, 85-91.

Silk, K.R (2008). Augmenting psychotherapy for borderline personality disorder: The STEPPS. Am J Psychiatry. V.165, 4, 413-415.

Weiss, M, Zerkowitz, p, Fledman, R.B, Vogel, J, Heyman, M, & Paris, J (1996). Psychopathology of offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. Canadian Journal of Psychiatry. V. 41, 285-290.