

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۷/۱۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۰۱/۲۹

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۷
دوره‌ی چهارم، سال ۲۵، شماره‌ی ۱
ص:ص: ۲۳-۴۴

اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب رسان و کیفیت زندگی دانش آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی

بهرام پیمان‌نیا*
نجمه حمید**
مجید محمودعلیلو***

چکیده

پژوهش حاضر جهت تعیین اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی انجام گردید. این مطالعه از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش با استفاده از روش تصادفی چندمرحله‌ای ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر ۱۷-۱۵ سال (مقطع متوسطه دوم) شهر اهواز انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. دانش‌آموزان عضو گروه آزمایشی یک دوره مداخله ۱۶ جلسه‌ای (هر هفته یک جلسه، به مدت ۱ ساعت) دریافت کردند و اعضای گروه کنترل نیز در انتظار مداخله قرار گرفتند. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل از شروع مداخله، در پایان دوره، و دو ماه پس از پایان دوره (در مرحله پیگیری)، به پرسشنامه رفتار خودآسیب‌رسان کلونسکی و گلن و شاخص کیفیت زندگی کامینز پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت باعث کاهش علائم رفتارهای خودآسیب‌رسان ($F = 64/05$ و $p < 0/001$) و ارتقای کیفیت زندگی ($F = 41/76$ و $p < 0/001$) دانش‌آموزان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است و نتایج درمانی ۲ ماه پس از پایان دوره در گروه آزمایشی حفظ شده است ($p < 0/01$). این مداخله می‌تواند در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و ارتقای کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژگان: ماتریکس، اکت، شفقت، خودآسیب‌رسان

* دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، عضو بنیاد ملی نخبگان وزارت علوم، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران (نویسنده مسئول)
bpeymannia@yahoo.com

** دانشیار، دانشگاه شهیدچمران اهواز، ایران

*** استاد، دانشگاه تبریز، ایران

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه علم روان‌شناسی تاکنون مطالعات محدودی در مورد اختلال شخصیت مرزی در افراد کمتر از ۱۸ سال انجام شده است. برخی مطالعات نشان می‌دهد شیوع اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان تا ۹ درصد متغیر است (Bernstein, Cohen & Velez, 1993). در حالی که پژوهش‌های دیگر نرخ شیوع علائم اختلال شخصیت مرزی را در نوجوانان بین ۱۰/۸ تا ۱۴ درصد برآورد کردند (Bernstein et al., 1993; Chanen, Jackson, McGorry & 2004; Chabrol, Montovany & Chouicha, 2001). اگرچه میزان شیوع این اختلال به صورت کلی در جامعه (با توجه به گذر از مرحله‌ی نوجوانی و ثبات نسبی ویژگی‌های شخصیت در افراد بزرگسال) به مراتب کمتر و در حدود ۱/۶ درصد تا ۵/۶ درصد تخمین زده می‌شود (APA, 2013).

تشخیص به هنگام علائم اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان این امکان را فراهم می‌آورد تا قبل از اینکه الگوی رفتار غیر انطباقی در فرد بارز شده و در دوران بزرگسالی به یک الگوی مقاوم به درمان تبدیل شود، امکان به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی وجود داشته باشد (Miller, Jacobson & Muehlenkamp, 2008). هرچند تشخیص این اختلال در دوران نوجوانی همواره یکی از مباحث مجادله برانگیز میان روان‌شناسان بوده (Miller et al., 2008)، اما با این حال پژوهش‌ها اخیراً شواهد متقاعدکننده‌ای در ارتباط با تشخیص اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان بیان کرده‌اند (Kaess et al., 2013; Kaess, Brunner, & Chanen, 2014; Fonagy et al., 2015; Newton-Howes, Clark & Chanen, 2015). از این رو، تشخیص به موقع اختلال شخصیت مرزی و مداخله هرچه سریع‌تر در دوران نوجوانی می‌تواند نتایج امیدوارکننده و سودمندی در درمان این اختلال به دنبال داشته باشد (Hawes, 2014; Klein & Miller, 2011).

همان‌گونه که پژوهش‌ها نشان می‌دهند اختلال شخصیت مرزی الگوی فراگیر مزمنی از بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره، تجارب عاطفی و تکانش وری را در برمی‌گیرد (APA, 2013) و با اختلالات روانی همبود، خودکشی و هزینه‌های سنگین برای اجتماع همراه است (Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011). مهم‌ترین ویژگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بدتنظیمی شدید هیجانی است (APA, 2013; Alilou, Hashemi, Beyrami, Bakhshipour & Pousharifi, 2014). از سوی دیگر برخی پژوهشگران معتقدند خودکشی و خودزنی بیش از همه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت

مرزی شایع است (Gunderson & Waldinger, 2006). به نحوی که میزان خودکشی در نوجوانان مبتلابه این اختلال ۱۹/۵ درصد، تلاش برای خودکشی ۸/۵ درصد، شیوع رفتارهای خودآسیب رسان بدون هدف خودکشی در نمونه‌های بالینی ۳۸ تا ۶۷ درصد و در نمونه‌های غیر بالینی ۱۰ تا ۴۴ درصد گزارش شده است (Robin et al., 2012).

برای درک رفتارهای خودآسیب رسان در نوجوانان ضروری است بدانیم چرا یک رفتار خاص، در یک، زمان خاص، تحت یک پیامد خاص و توسط یک فرد خاص انجام می‌گیرد (Suymoto, 1998). در همین راستا پژوهش‌ها نشان می‌دهند بین تنفر داشتن از خود و رفتارهای خودآسیب رسان بدون قصد خودکشی در افراد رابطه وجود دارد (Gilbert & Choden, 2013). به عبارتی به نظر می‌رسد نوجوانانی که از خود متنفرند و ارزش کمی برای خویشتن قائل هستند از رفتارهای خودآسیب رسان به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (Yates, 2003).

علاوه بر این کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی است که نقش برجسته‌ای در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی افراد در جوامع و فرهنگ‌های مختلف ایفا می‌کند (Testa & Simonson, 1996). Ryff (1998) کیفیت زندگی را شامل ۶ مؤلفه پذیرش خود، هدف داشتن در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران می‌داند. از این رو، برخی از صاحب نظران کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان را احساس ذهنی و قابل تغییر آنها در مورد سلامتی‌شان می‌دانند و معتقدند که این احساس انعکاسی از خواسته‌ها، امیدها، انتظارات آنها در ارتباط با وضعیت کنونی و آینده زندگی آنهاست (Bakas, McLennon, Carpenter, Buelow, Otte & Hanna, 2012).

در حال حاضر مؤسسه ملی ارتقا خدمات بالینی (National Institute for Clinical Excellence) انگلستان اذعان به تشخیص اختلال شخصیت مرزی در افراد کمتر از ۱۸ سال سن دارد و در صورت لزوم حامی درمان و مداخله زودهنگام در این رده سنی است (Winsper et al., 2016). به همین نحو انجمن روان‌پزشکی آمریکا بر پایه‌ی پژوهش‌های بسیاری سودمندی درمان‌های اختلال شخصیت مرزی را برای نوجوانان فرامی‌خواند (APA, 2013).

با ظهور رویکردهای بافتارگرایی کارکردی^۱ موسوم به موج سوم رفتاردرمانی از جمله

1- functional contextualism

درمان پذیرش و تعهد^۱ (Hayes & Strosahl, 2010) و درمان شفقت محور^۲ (Gilbert, 2009)، پژوهش‌های مبتنی بر شواهد نشان داد این رویکردها در شرم و خودسرزنشگری (Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg & Nielsen, 2011)، احساس عدم تعلق و روابط مثبت با دیگران (Hutcherson, Seppala & Gross, 2008)، رفتارهای خودآسیب رسان (Vanvliet & Kalnins, 2011؛ Tapolaa, Lappalainen & Wahlström, 2010)، کیفیت زندگی (Benzo, Kirsch, Abascal-Bolado & Duloher, 2015) و به ویژه علائم اختلال شخصیت مرزی (Morton, Snowden, Gopold & Guymer, 2012؛ Felie-Soler et al., 2016) تا کنون مؤثر بوده‌اند.

ماتریکس^۳ درمان پذیرش و تعهد رویکردی مبتنی بر انتخاب مسیر و ارتقای توانایی افراد در نزدیک شدن به اهداف ارزشمند با وجود مشکلات زندگی است (Polk, Schoendorff, Webster & Olaz, 2016). از این رو، در مدل ماتریکس، دیدگاه‌گیری^۴ از سوی درمانجویان به عنوان محور درمان تلقی شده و با بررسی اقدامات دورشدن و نزدیک شدن به ارزش‌ها و شفقت در راهبردهای تعهد و تغییر، به آنها برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا کمک می‌کند (Polk et al., 2016). قبل از معرفی ماتریکس، درمان پذیرش و تعهد به طور گسترده‌ای با مدل شش ضلعی انعطاف‌پذیری ارائه می‌شد، یک شش ضلعی نشان دهنده‌ی شش مرحله‌ای (گسلش شناختی، پذیرش، اقدام متعهدانه، ارزش‌ها، ارتباط با زمان حال و خود به عنوان بافتار) بود که در مرکز آن انعطاف‌پذیری شناختی قرار داشت (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). با اینکه مدل شش ضلعی درمان پذیرش و تعهد برای اشاره به روند تحقیقات این رویکرد مفید است اما می‌تواند از نظر بالینی بار سنگینی داشته باشد (Polk et al., 2016). اگر چه هدف هر دو مدل ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی درمانجویان است، ولی تفاوت عمده‌ی مدل ماتریکس با مدل شش ضلعی تأکید بر ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از مسیر دیدگاه‌گیری و شفقت‌ورزی است. به عبارت دیگر به افراد کمک می‌کند حتی با وجود افکار، هیجانات

1- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

2- Compassion Focused Therapy (CFT)

3- Matrix

4- Perspective Taking

و احساسات ناخوشایند بتوانند با مرتب‌سازی داستان زندگی خود اقدام به اعمال کارآمد نمایند (Polk et al., 2016). علاوه بر این ماتریکس می‌تواند طبیعت فراتشخیصی درمان پذیرش و تعهد را تقویت کند و بر اساس پژوهش‌ها مشخص شده که یک ابراز پیشرفته‌ی بالینی جهت ادغام با سایر رویکردها است (Reyes, Vargas & Miranda, 2015).

در واقع ذهن‌آگاهی ناشی از دیدگاه‌گیری بستری برای کسب شفقت ایجاد می‌کند و ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی دو بال یک پرند هستند که هر دو در الهام‌بخشی به بشر، تحول او و نیز تکامل فردی برای پرواز کردن نقش به‌سزایی دارند (Tirch, Schoendorff & Silberstein, 2014). به همین نحو Lama-Dalai شفقت را حساس بودن نسبت به درد و رنج خود و دیگران همراه با تعهدی عمیق نسبت به تلاش برای رفع آن تعریف می‌کند (Gilbert, 2009). پژوهش‌ها نشان می‌دهد فعال‌سازی عمدی سامانه شفقت در کنار ذهن‌آگاهی می‌تواند شجاعت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مضاعفی را برای رودرو شدن با چالش‌های زندگی فراهم کند (Tirch et al., 2014). امروزه می‌دانیم که تمرین کردن ابعاد مختلف شفقت، کیفیت زندگی را افزایش داده و عملکرد مغز را به ویژه در حوزه‌ی تنظیم هیجان تحت تأثیر قرار می‌دهد (Begley, 2007). علاوه بر این در ده سال گذشته مطالعات مربوط به بررسی مزایای شفقت افزایش چشم‌گیری داشته است (Fehr, Sprecher & Underwood, 2009). به عنوان مثال: در پژوهشی (Schanche et al., 2011) نشان دادند که شفقت به خود نقش متغیر واسطه‌ای مهمی در کاهش هیجان‌ات منفی همراه با اختلالات شخصیت دارد. همچنین ابراز قدردانی و حق‌شناسی، داشتن مهارت‌های همدلی و قصد‌اندیشی منجر به ایجاد روابط مثبت با دیگران می‌شود که این مسئله نیز به طور معنی‌داری کیفیت زندگی و سلامت جسم و روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Cozolino, 2007, 2008).

در مجموع با توجه به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شفقت بر طیف گسترده‌ای از علائم اختلال شخصیت مرزی از یک سو و از سوی دیگر فقدان پژوهشی از این دست در کشور که به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی در دانش‌آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی پردازد، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی بود. بنابراین در راستای تحقق هدف مورد نظر

این سوال مطرح است که آیا درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی در دانش‌آموزان دختر دارای علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر در چارچوب یک مطالعه‌ی آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون-پیگیری با گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) انجام گردید. بر این اساس مداخله‌ی درمانی گروه آزمایشی به صورت ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی برای دانش‌آموزان برگزار گردید. در طول این مدت افراد گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند و تنها در فهرست انتظار قرار گرفتند.

نمونه و جامعه آماری

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر اهواز بود که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ در مقطع متوسطه دوم (کلاس دهم، یازدهم و دوازدهم) مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر بر اساس شیوه تصادفی چندمرحله‌ای در چهار مدرسه از نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر اهواز انجام گرفت. بدین‌صورت که بر اساس استعلام از آموزش و پرورش شهر اهواز تعداد دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم برابر با ۶۲۲۹۸ نفر اعلام گردید. ابتدا به منظور به دست آوردن تعداد نمونه کافی از فرمول کوکران استفاده شد، که حجم نمونه را ۴۰۰ نفر برآورد گردید. اما با توجه به شیوع ۱۰ الی ۱۴ درصدی علائم اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان و احتمال افت آزمودنی، حجم نمونه ابتدایی ۶۰۰ نفر محاسبه شد. سپس چهار مدرسه دخترانه به صورت تصادفی انتخاب شدند. در گام بعدی از هر مدرسه شش کلاس (دو کلاس دهم، دو کلاس یازدهم و دو کلاس دوازدهم) و از هر کلاس تعداد ۲۵ دانش‌آموز به صورت تصادفی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان را تکمیل نمودند.

در مرحله بعد ۵۰ نفر از نوجوانانی که بر اساس پرسشنامه مذکور بیشترین نمره را دریافت کردند و دارای سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان (بر اساس گزارش معلمان و پرونده‌ی تربیتی) بودند، به‌عنوان نمونه‌ی اولیه انتخاب شدند. سپس و به‌منظور انتخاب نهایی نوجوانان تحت مصاحبه ساختار یافته اختلالات محور II مبتنی بر DSM-IV-TR قرار گرفتند و در نهایت ۳۰ نفر از نوجوانانی که در آن‌ها علائم اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه ساختار یافته

تأیید شد، به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در گروه درمان (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. لازم به ذکر است که جایگزینی تصادفی افراد در گروه‌ها و جایگزینی تصادفی درمان برای گروه نمونه رعایت شد. بنابراین نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ دانش‌آموز دختر با ملاک‌های ورود و خروج بود. ملاک‌های ورود و خروج عبارت بودند از: ۱- دریافت بالاترین نمره بر اساس مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان ۲- دریافت ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه ساختاریافته اختلالات محور II مبتنی بر DSM-IV-TR، ۳- سابقه‌ی رفتارهای خودآسیب رسان (بر اساس گزارش معلمان و پرونده‌ی تربیتی)، سن حداقل ۱۵ سال و حداکثر ۱۷ سال، ۴- در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان دارو مصرفی در طی مدت پژوهش، و ۴- پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش پس از امضاء رضایت‌نامه کتبی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل ۱- داشتن سایر بیماری‌های روانی یا جسمانی، ۲- سوءمصرف سیگار یا سایر مواد مخدر، ۳- وجود مخاطراتی برای بیمار مثل افکار جدی خودکشی که امکان عدم دریافت دارو یا ثابت نگه‌داشتن آن را ناممکن می‌سازد، و ۴- عدم حضور بیش از دو جلسه شرکت‌کنندگان در مراحل درمان بود.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان^۱ (BPFS-C)

این مقیاس یک ابزار خود سنجی ۲۴ ماده‌ای است که برای ارزیابی ویژگی‌های شخصیت مرزی در کودکان طراحی شده است. این ابزار توسط Crik et al. (2005) و با اقتباس از پرسشنامه ارزیابی شخصیت - مقیاس ویژگی‌های مرزی ساخته شد (Sharp, Pane & Venta, 2011). مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان چهار بعد بدتنظیمی هیجان (۶ ماده)، مشکلات هویتی (۶ ماده)، مشکلات میان فردی (۶ ماده) و خود جرحی (۶ ماده) را ارزیابی می‌کند و برای سنجش ویژگی‌های شخصیت مرزی در رده سنی ۹ تا ۱۷ سال طراحی شده است. از نوجوانان خواسته می‌شود احساساتشان را در رابطه با خود و دیگران روی مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت (یک تا پنج) درجه‌بندی کنند، نمره‌های بالا بیانگر سطوح بالای علائم مرزی و نمره‌های

1- Borderline Personality Feature Scale for Children

پایین منعکس‌کننده علائم حداقل است. همسانی درونی این مقیاس $\alpha > 0/76$ به دست آمد (Sharp et al., 2011). همچنین در پژوهش دیگری روایی این مقیاس $\alpha = 0/90$ به دست آمده است (Sharp & Michonski, 2012). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط (Zargar, et al., 2014) محاسبه گردید. اعتبار (BPFS- C) به سه روش تحلیل عامل تأییدی، اعتبار هم‌زمان و اعتبار ملاک سنجیده شد و به منظور سنجش پایایی مقیاس از ضریب همبستگی آلفای کرونباخ و تنصیف ارزیابی شد. نتایج این پژوهش نشان داد همبستگی بین مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان و مقیاس شخصیت مرزی در سطح $(p < 0/001)$ معنی‌دار است $(r = 0/51)$. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $(0/84)$ و برای خرده مقیاس‌های بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات هویتی، روابط منفی و خود جرحی، به ترتیب برابر با $0/78$ ، $0/77$ ، $0/77$ ، $0/76$ در این پژوهش گزارش شده است. علاوه بر این نتایج حاصل از تحلیل عامل تأییدی $(RMSEA = 0/05)$ گویای برازندگی نسبتاً خوب ساختار چهار عاملی مقیاس شخصیت مرزی کودکان است (Zargar, et al., 2014).

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور II در DSM-IV (SCID-II)^۱

یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته با ۱۱۹ گویه برای ارزیابی اختلال‌های شخصیت است (Firest et al., 1997). در یک بررسی برای تعیین پایایی باز آزمایی بافاصله دو هفته روی ۲۸۴ آزمودنی در چهار مرکز بیماران روان‌پزشکی و دو مرکز بیماران غیرروانپزشکی، ضریب کاپای کلی برای بیماران روانپزشکی $0/53$ و از $0/24$ برای اختلال شخصیت وسواسی تا $0/74$ برای اختلال شخصیت نمایشی به دست آمد. توافق بین ارزیاب‌ها در گروه بیماران غیر روان‌پزشکی پایین‌تر (کاپای کلی $0/38$) بود (Firest & et al., 1997). در پژوهش Bakhtiyari (۲۰۰۰) اعتبار محتوای نسخه فارسی به‌وسیله چند نفر از اساتید روان‌شناسی بالینی تأیید و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله یک هفته $0/87$ گزارش شد (Bakhtiyari, 2000).

پرسشنامه رفتار خودآسیب رسان

پرسشنامه خودگزارشی رفتارهای خودآسیب‌رسان^۲ (Klonsky & Glenn, 2009) یک ابزار خودگزارشی است که فراوانی و کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان به‌قصد غیر خودکشی^۳ (NSSI)

-
- 1- Structured Clinical Interview for DSM
 - 2- inventory of self-injury
 - 3- nonsuicidal self-Injury

را ارزیابی می‌کند. این سیاهه ۱۳ کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان را به وسیله ۳۹ سوال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۱۳ کارکرد زیر دو عامل کلی طبقه‌بندی شده‌اند: کارکردهای درون فردی^۱ (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خود تنبیهی) و کارکردهای بین فردی^۲ (استقلال، حریم‌های بین فردی، تأثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی). نمرات به صورت لیکرت سه گزینه‌ای از ۰ (کاملاً غیر مرتبط)، ۱ (تاحدی مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط) درجه‌بندی شده است. بنابراین هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند. همچنین میانگین کلی رفتارهای خودآسیب رسان از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها (کارکرد درون فردی و کارکرد برون فردی) به دست می‌آید. سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (Klonsky & Glenn, 2009) همچنین در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی را نشان می‌دهد (برای بخش درون فردی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای بخش بین فردی آلفای ۰/۷۵). در ایران برای اولین بار در پژوهش (Safariniya, Nikugoftar, & Nahavandiyan, 2014) پایایی این سیاهه ۰/۷۶ محاسبه گردیده است. همچنین در پژوهش مذکور روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه با نظر اساتید دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است. علاوه بر این در پژوهش حاضر پایایی این سیاهه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد (Safariniya, Nikugoftar, & Nahavandiyan, 2014).

شاخص کیفیت زندگی، نسخه دانش آموزان^۳

این شاخص توسط Cummins (۲۰۰۲) برای دانش‌آموزان ۱۸-۱۲ ساله تهیه شده و شامل هفت گویه است که هر گویه رضایت‌مندی از یک حوزه از کیفیت زندگی را می‌سنجد. این گویه‌ها به ترتیب عبارت‌اند از: سلامتی، موفقیت‌ها، سازگاری با دیگران، ایمنی، پول و سایر تعلقات، فعالیت‌های اجتماعی و اتفاقاتی که ممکن است در آینده برای فرد روی دهند. این ابزار علاوه بر هفت سؤال اصلی دارای یک سؤال اضافی نیز است که کیفیت زندگی کلی را می‌سنجد. سؤالات به صورت لیکرتی از ۰ تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های به دست آمده در هر یک از سؤالات اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمره کل کیفیت زندگی برای مقیاس به دست آید که دارای گستره‌ای بین ۰ تا ۷۰ است. سرانجام این نمرات تراز شده تا نمره‌ای بین ۰ تا

1- intrapersonal functions

2- interpersonal functions

3- Comprehensive Quality of Life Questionnaire (School Children)

۱۰۰ به دست آید و نمره‌های به‌دست‌آمده با داده‌های هنجاری مقایسه گردد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس در پژوهش به ترتیب ضریب پایایی برای حوزه‌های کیفیت زندگی در مطالعات ملی تکرار شده به فاصله‌ی ۶ ماه در استرالیا بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ ذکر شده است (Cummins, Eckersley, Pallant, Davern & Misajon, 2004). در ایران بر اساس پژوهش (Nainiyan, Gohari, Matlab & Baluchan, 2013) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه کامل (۰/۸۱)، ضریب آلفای کرونباخ دونیمه (۰/۶۹ و ۰/۶۲) و ضریب همبستگی مربوط به باز آزمایی آن (۰/۸۷) دارای پایایی مناسبی گزارش شده است. همچنین در پژوهش مذکور روایی همگرا و روایی سازه‌ی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۳۵ و ۰/۵۳ محاسبه گردیده است.

روند اجرای پژوهش

۱. مراجعه به چهار مدرسه از نواحی چهارگانه شهر اهواز و تکمیل پرسشنامه مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان (BPFS-C) توسط دانش‌آموزان
۲. مصاحبه با دبیران و کسب اطلاعات در مورد رفتارهای خودآسیب‌رسان دانش‌آموزانی که بالاترین نمره را در مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان کسب کرده بودند.
۳. انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور II در DSM-IV (SCID-II) با دانش‌آموزانی که بر اساس گزارش معلم‌های آن‌ها دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بودند و بالاترین نمرات را در مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان کسب کرده بودند.
۴. قراردادن افراد در فهرست درمان یا انتظار بر اساس شماره‌های تصادفی که از قبل تنظیم شده بود.
۵. اعضای گروه آزمایشی و کنترل پیش از شروع جلسات درمانی پرسشنامه رفتار خود آسیب‌رسان کلونسکی و شاخص کیفیت زندگی را تکمیل نمودند.
۶. اجرای جلسات بر اساس مدل ماتریکس اکت با شفقت (Polk et al. 2016) برای گروه درمان، در قالب ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی.
۷. انجام ارزیابی مجدد گروه درمان پس از اجرای مداخله- درمانی و اجرای دومین مرحله ارزیابی افراد گروه کنترل.
۸. انجام ارزیابی سوم هر دو گروه (پیگیری)، دو ماه پس از ارزیابی دوم.
۹. اجرای یک جلسه برای گروه کنترل و ارائه جزوات- مربوط به دوره آموزشی

محتوای ۱۶ جلسه درمان

جلسه اول) آشنایی و معارفه اعضا گروه با یکدیگر، یادگیری مفهوم چهارچوب‌های ارتباطی ذهن، آمیختگی با هیجان و بدتنظیمی هیجان در اختلال شخصیت مرزی.

جلسه دوم) آشنایی با ماتریکس اکت، تفاوت حواس پنجگانه و دنیای درونی ذهن، تمرین دیدگاه‌گیری

جلسه سوم) مرور تکالیف خانگی، درک اثرات حرکات بیرونی، اقدامات دور شونده و نزدیک شونده و آشنایی با دو شخصیت خوش خلق و بد خلق

جلسه چهارم) مرور تکالیف خانگی، تحلیل کارکردی رفتار در بلندمدت و کوتاه مدت

جلسه پنجم) مرور تکالیف خانگی، مشکلات و سختی‌های تلاش برای کنترل کردن توجه دزدها، تمرین مهارت ماهی توجه و قلاب توجه دزد

جلسه ششم) مرور تکالیف خانگی، تمرین مهارت آیکیدو کلامی

جلسه هفتم) مرور تکالیف خانگی، آشنایی با مفهوم شفقت بر خود، شناسایی منابع هیجان‌نا منفی مانند شرم و خودسرزنشگری، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی (سیستم تهدید، پاداش و تسکین بخش) و نوشتن نامه مشفقانه به خود

جلسه هشتم) مرور تکالیف خانگی، تمرین مهارت معلم مشفق یا معلم سخت‌گیر، استعاره‌ی گربه‌ی مادر

جلسه نهم الی دهم): مرور تکالیف خانگی، ترکیب مهارت آیکیدو کلامی با سایر استعاره‌های مشفقانه (نظیر: استعاره باب اسفنجی و پاتریک، پینوکیو و روباه مکار).

جلسه یازدهم الی دوازدهم): مرور تکالیف خانگی، تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی، در این فرآیند درمانگر به نوجوانان کمک می‌کند تا نسبت به تجربه درد، رنج و کشمکش با پذیرش و ذهن آگاهی بنگرد.

جلسه سیزدهم الی چهاردهم): مرور تکالیف خانگی، تمرین بهره‌برداری از قدرت دیدگاه‌گیری در موقعیت‌های چالش برانگیز و روابط بین فردی در آینده

جلسه پانزدهم): مرور تمامی جلسات گروهی با استفاده از مهارت‌های دیدگاه‌گیری، آیکیدو کلامی، ذهن آگاهی و شفقت ورزی

جلسه شانزدهم): تکمیل پرسشنامه رفتارهای خودآسیب رسان و کیفیت زندگی، پرسش و پاسخ و اختتام جلسات درمان.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی در این پژوهش استفاده شد: در مرحله‌ی اول جهت تحلیل توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شده است. همچنین جهت مقایسه‌ی بین دو گروه آزمایش و گواه از شاخص‌های آمار استنباطی (آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت تعیین بهنجار بودن توزیع نمرات، آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها، همگنی ضرایب رگرسیون و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری) استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱.

شاخص‌های توصیفی رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی و گروه کنترل

متغیر	موقعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۱/۸۰	۴/۱۶
		کنترل	۴۰/۲۳	۴/۳۷
رفتارهای خودآسیب‌رسان	پس‌آزمون	آزمایش	۲۴/۷۳	۳/۸۱
		کنترل	۴۱/۰۶	۴/۲۲
	پیگیری	آزمایش	۲۷/۱۶	۳/۱۴
		کنترل	۴۳/۶۴	۳/۲۵
	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۹/۱۵	۵/۱۱
		کنترل	۳۰/۶۸	۶/۰۸
کیفیت زندگی	پس‌آزمون	آزمایش	۳۹/۵۶	۴/۶۱
		کنترل	۳۲/۱۳	۴/۲۸
	پیگیری	آزمایش	۳۷/۲۳	۴/۱۳
		کنترل	۳۱/۱۹	۵/۲۸

همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایشی چشمگیر و نشان‌دهنده کاهش میانگین نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی است.

با توجه به مقادیر ارائه شده در جدول ۲ می‌توان استنباط کرد که متغیرهای مورد نظر پژوهش (رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی) در هر دو گروه از توزیع نرمال برخوردار است. یکی دیگر از مفروضه‌های مهم در تحلیل کوواریانس همگنی ضرایب رگرسیون است که قبل از

جدول ۲.

بررسی نرمال بودن توزیع رفتارهای خودآسیب رسان و کیفیت زندگی با استفاده از آزمون کالموگروف و اسمیرنوف

مقدار احتمال	z	مولفه‌ها
۰/۱۶	۰/۹۷۳	رفتارهای خودآسیب‌رسان
۰/۳۲	۰/۹۱۰	کیفیت زندگی

اجرای تحلیل کواریانس در گروهها بررسی شد و با توجه به اینکه مقدار $F = ۱/۱۶$ برای متغیر رفتارهای خودآسیب رسان و مقدار $F = ۲/۰۳$ برای متغیر کیفیت زندگی معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$)، مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار بوده است. همچنین مفروضه دیگر تحلیل کواریانس، همگنی واریانس است که این امر با استفاده از آزمون لوین انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳.

نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات درون گروهی آزمودنی‌ها

متغیر	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
رفتارهای خودآسیب رسان	۱/۳۸	۱	۲۸	۰/۴۲
کیفیت زندگی	۱/۲۶	۱	۲۸	۰/۳۸

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مقدار $F = ۱/۳۸$ برای رفتارهای خودآسیب‌رسان و مقدار $F = ۱/۲۶$ برای کیفیت زندگی معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$)، بنابراین مفروضه همگنی واریانس داده‌ها نیز برقرار است. علاوه بر این با توجه به مقدار لامبدای ویلکز ($\lambda = ۰/۰۷$) و لامبدای ویلکز، ($F = ۱۸/۰۱$ و $p \leq ۰/۰۰۱$)، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان‌دهنده معنی‌داری ترکیب خطی متغیرها در گروه آزمایشی و گروه کنترل می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی این تفاوت تحلیل کواریانس روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

باتوجه به نتایج جدول ۴، می‌توان بیان کرد که درمان پذیرش و تعهد با شفقت در کاهش علائم رفتارهای خودآسیب رسان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان موثر بوده است. ضریب اتا نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد با شفقت ۴۷ درصد از کاهش علائم رفتارهای

جدول ۴.

تحلیل کوواریانس در متن مانکوا رو نمرات پس آزمون

مولفه	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
رفتارهای خودآسیب رسان	گروه	۱۷۸۵/۳۴	۱	۱۷۸۵/۳۴	۶۴/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
کیفیت زندگی	گروه	۷۷۱/۱۹	۱	۷۷۱/۱۹	۴۱/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۶

خودآسیب‌رسان و ۴۶ درصد از کیفیت زندگی دانش‌آموزان را تبیین می‌کند. همچنین جهت بررسی اثربخشی درمان در مرحله پیگیری، تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات پیگیری پیش‌آزمون انجام گرفت. با توجه به مقدار لامبدای ویلکز ($0/94 = \text{لامبدای ویلکز}$)، $F = 24/19$ و $(p \leq 0/001)$ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان‌دهنده معنی‌داری ترکیب خطی متغیرها در گروه آزمایشی و گروه کنترل می‌باشد. جهت بررسی این تفاوت تحلیل واریانس یک‌راهه روی متغیرهای وابسته در مرحله‌ی پیگیری انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵.

تحلیل کوواریانس برای بررسی تغییرات نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی در پیگیری

مولفه	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
رفتارهای خودآسیب رسان	گروه	۱۵۹۰/۲۴	۱	۱۵۹۰/۲۴	۵۸/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۲
کیفیت زندگی	گروه	۶۷۳/۴۷	۱	۶۷۳/۴۷	۳۹/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۰

باتوجه به نتایج جدول ۵، می‌توان بیان کرد که درمان پذیرش و تعهد با شفقت در مرحله پیگیری موثر بوده است. ضریب اتا نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد با شفقت ۴۲ درصد از کاهش علائم رفتارهای خودآسیب‌رسان و ۴۰ درصد از کیفیت زندگی دانش‌آموزان را در مرحله‌ی پیگیری تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای

خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی در دانش‌آموزان دختر دارای علائم اختلال شخصیت مرزی شهر اهواز انجام گردید. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بین میانگین گروه آزمایشی و گروه کنترل در رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری در پس‌آزمون وجود دارد و استفاده از روش درمان پذیرش و تعهد با شفقت سبب کاهش معنی‌دار رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است. لازم به یادآوری است تاکنون در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با شفقت (مدل ماتریکس) بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی در نوجوانان پژوهشی انجام نشده است، اگرچه در پژوهش‌های مشابهی (Tapolaa et al., 2010) بر مبنای مدل شش ضلعی انعطاف‌پذیری^۱ بدون شفقت نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در زنان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی می‌شود. همچنین در پژوهش دیگری (Felic-Soler et al., 2010) نشان دادند که مداخله‌ی شفقت محور در کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد علائم اختلال شخصیت مرزی عموماً بواسطه‌ی اجتناب تجربه‌ای از عواطف و احساسات ناخوشایند در این بیماران است (Polk, et al., 2016؛ Chapman, Specht & Cellucci, 2005). در واقع احساسات منفی شدید منشاء مشکلات در این افراد نیست، بلکه آنها برای اجتناب از تجارب و احساسات ناخوشایند خویش اقدام به راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی نظیر رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌کنند (Chapman, Gratz & Brown, 2006؛ Razaque, 2013). در همین راستا برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد علائم اختلال شخصیت مرزی بیش از بدتنظیمی هیجان ناشی از اجتناب تجربه‌ای در این بیماران است (Iverson, Follette & Pistorello, 2012). به عبارتی پاسخ‌های اجتنابی اغلب از طریق کاهش فوری هیجان‌های ناخوشایند، تقویت منفی می‌شوند و رفتارهای خودآسیب‌رسان یکی از مثال‌های بارز فرآیند مذکور است. همچنین اجتناب تجربه‌ای خودسرزنشگری و واکنش‌های انتقادی نسبت به تجارب درونی را در افراد افزایش می‌دهد (Gross & Levenson, 1993). بر این اساس به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر اساس مدل ماتریکس با ترسیم ماتریکس زندگی نوجوانان، توجه آنها را به دو جنبه

اساسی از تجارب دنیای واقعی خود مبنی بر تلاش برای نزدیک شدن به افراد و ارزش‌ها مهم زندگی و تلاش برای دور شدن از افکار و احساسات آزارنده جلب می‌کند. به بیان دیگر ماتریکس با مرتب‌سازی داستان زندگی، شناسایی ارزش‌ها و حرکت در مسیر ارزش‌ها منجر به ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمانجویان خواهد شد (Polk et al., 2016). نوجوانان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی با استفاده از ماتریکس دیدگاه‌گیری برای زندگی خود را اکتساب می‌کنند و یاد می‌گیرند هشیارانه بدون آمیختگی در دام^۱ توجه دزدها، با تحلیل کارکردی رفتار، توجه خود را به تجربه‌ای که اینجا و اکنون از سر می‌گذرانند معطوف نمایند. در چنین شرایطی وقتی نوجوان می‌آموزد تجربه‌های درونی خود را با پذیرش نظاره کند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس‌های بدنی دردناک نیز به عنوان یک توجه دزد که گیر افتادن^۲ در دام آن می‌تواند وی را از نزدیک شدن به ارزش‌های اساسی زندگی بازدارد، در نظر گرفته می‌شود. در نهایت دیدگاه‌گیری به این شیوه به درمانجویان کمک می‌کند از دام اجتناب تجربه‌ای‌رهایی‌یابند و رابطه خود با افکار و احساسات دردناک را به نحوی مشاهده کرده تا تأثیر و نفوذ آن‌ها بر زندگی شان کمتر شود (Polk et al., 2016).

لازم به یادآوری است کودکانی که به طور مزمن در معرض تعارضات خصمانه و حل نشده والدین قرار دارند دچار مشکلات شدید هیجانی می‌شوند (Peymannia, Poursarifi & Mahmoud-alilou, 2013). از این رو، برای درک رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان ضروری است به نقش کارکردی این رفتارها در محیط خانواده نیز توجه کنیم. به عقیده‌ی ضروری (2007) Lloyd-Richardson رفتارهای خودآسیب‌رسان ممکن است به صورت تقویت مثبت خودکار برای ایجاد بعضی از حالت‌های خوشایند درونی (مانند: افزایش ترشح دوپامین)، و یا تقویت منفی خودکار باهدف متوقف کردن یا حذف حالت‌های عاطفی و شناختی نامطلوب عمل کنند (مانند: کاهش دردهای عاطفی و بیان خشم نسبت به دیگران). در همین راستا استفاده از مهارت‌های تحلیل کارکردی رفتار و آیکیدوی کلامی^۳ در درمان پذیرش و تعهد با شفقت، موجب پرورش سبک حل مسئله‌ی کارآمد در نوجوانان می‌گردد.

دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد با شفقت موجب ارتقای

1- Hooks

2- stuck

3- Verbal Aikido

کیفیت زندگی در دانش‌آموزان دختر دارای علائم اختلال شخصیت مرزی شهر اهواز گردید. پژوهشی که بتوان در همسو یا ناهمسو بودن با نتایج این پژوهش ارایه کرد یافت نشد. اگر چه نتایج پژوهش (Benzo, 2015) نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت (بدون پذیرش و تعهد) در ارتقای کیفیت زندگی بیماری مزمن انسداد ریه^۱ مؤثر است. علاوه بر این پژوهش (Ghasemiharandi & Furozande, 2016) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر مبنای مدل شش ضلعی انعطاف‌پذیری (بدون شفقت) در افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر اصفهان مؤثر است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت بر اساس تاریخچه‌ی تکاملی بشر و نظریه چهارچوب‌های ارتباطی^۲ افراد معمولاً به تجربیات هیجانی ناخوشایند و رویدادهای روانی دردناک از طریق تلاش‌های اجتنابی یا کنترل افراطی پاسخ می‌دهند (Tirch et al., 2014). در چنین شرایطی ذهن به ما می‌گوید باید موقعیت را بهتر کنترل کنیم و نباید افکار و احساسات ناخوشایندی داشته باشیم. بدیهی است چنانچه این نوع نگرش تند، منتقدانه و نارزنده ساز باشد در تضاد کامل با شفقت‌ورزی به خود قرار می‌گیرد. علاوه بر این شواهد نشان می‌دهد آن نوع خودی^۳ که می‌خواهیم بشویم کیفیت زندگی و روابط اجتماعی مان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و هویت مشفقانه در مقایسه با هویت خودسرزنشگرانه با نتایج بهتری همراه است (Crocker & Canevello, 2008). از این رو، شفقت‌ورزی بر خلاف ذهن آگاهی در درمان پذیرش و تعهد سنتی به تنهایی یک حالت توجه ساده و خنثی نیست، بلکه مراقبه‌ها و تجسمات موجود در آموزش ذهن مشفقانه شکلی خاص از مهارت‌های خودیاری^۴ و تمرین‌های عصبی رفتاری را برای افراد مهیا ساخته که ذهن مشفقانه را در زندگی پرورش می‌دهد (Tirch et al., 2014). به نظر می‌رسد مهارت شفقت‌ورزی و مرتب سازی داستان زندگی با انواع استعاره‌ی مشفقانه بستر مضاعفی برای کسب انعطاف‌پذیری روانشناختی و ارتقای کیفیت زندگی در نوجوانان مبتلا به علائم اختلال شخصیت مرزی بوجود می‌آورد.

در مجموع نوجوانان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی جمعیتی هستند که کمتر در پژوهش‌های بالینی مورد توجه قرار می‌گیرند. نتایج این پژوهش نشان داد علی‌رغم وجود

1- Chronic obstructive pulmonary disease

2- relational frame theory

3- self

4- self-help

تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی میان گروه پژوهش حاضر نسبت به گروه‌های مورد بررسی در جوامع و فرهنگ‌های دیگر، انجام درمان پذیرش و تعهد با شفقت در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر است. این رویکرد به دنبال آن است که به نوجوانان بیاموزد چگونه با دیدگاه‌گیری از محتوای فکر بگسلد، به جای گیر افتادن در گذشته و آینده مفهوم سازی شده در زمان حال زندگی کند، داستان زندگی خود را مرتب سازی کند، ارزش‌ها و افراد مهم زندگی خود را شناسایی کند و در نهایت بتواند برای نزدیک شدن به این اهداف و ارزش‌ها بدون گیر افتادن در دام توجه دزدها همراه با شفقت به خود و دیگران گام بردارد. در انتها لازم به یادآوری است که پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه است که بر تعمیم پذیری نتایج اثر می‌گذارد. در وهله اول به دلیل استفاده از ابزار خودگزارش دهی برای جمع‌آوری داده‌ها، لازم است تفسیر نتایج با احتیاط صورت پذیرد. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری فقط از دانش‌آموزان دختر ۱۷ تا ۱۵ ساله اشاره کرد. بر این اساس از آنجا که پژوهشی بدین شکل برای نخستین بار در ایران انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سایر محققین یافته‌های این پژوهش را در مقایسه با دیگر رویکردها و در جامعه آماری پسران و سایر سنین تحولی نیز مورد پژوهش قرار دهند. بدیهی است یافته‌های تکمیلی می‌توانند نکات جدید و افق‌های نوینی را در این راه آشکار سازند تا تعمیم نتایج به نمونه‌های ایرانی در حد قابل اطمینان ری میسر گردد.

سپاسگزاری: در پایان لازم می‌دانیم بدین گونه از تمامی مسئولین آموزش و پرورش، دبیران ارجمند به‌ویژه سرکار خانم نجف‌پور و نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر مراتب قدردانی و سپاسگزاری خود را اعلام نماییم، چرا که اگر یاری این عزیزان نبود هرگز این پژوهش و رساله‌ی دکتری به سرانجام نمی‌رسید.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Ed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Begley, S. (2007). *Train your mind, change your brain*. New York: Ballantine Books.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., & Velez, C. N. (1993). Prevalence and stability of the DSM III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1 (50), 1237–1243.

- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., & Hanna, K. M. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10 (1), 134-138.
- Bakhtiari, M. (2000). Mental disorders in patients with body dysmorphic disorder. MA thesis, clinical psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran. [Persian].
- Benzo, R., Kirsch, J., Abascal-Bolado, B., & Dulohery, M., M. (2015). Impact of self-compassion on quality of life, emotions and self-management abilities in COPD. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191, A61-84.
- Chabrol, H., Montovany, A., & Chouicha, K. (2001). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry*. 4(6): 847-849.
- Chanen, A., M. Jackson, H., J., & McGorry, P., D. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*. 1 (8), 526-541.
- Cozolino, L. (2007). *The neuroscience of human relationships: attachment and the developing brain*. New York: Norton.
- Cozolino, L. (2008). *The healthy aging brain: sustaining attachment, attaining wisdom*. New York: Norton.
- Crick, N., R. Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Dev Psychopathol*. 17 (4), 1051-70.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (3), 371-394.
- Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4), 388-399.
- Crocker, J., & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology*. 95, 555-575.
- Cummins, A. R. (2002). *Personal Wellbeing Index-Comprehensive quality of life questionnaire*. New York. Guilford press.
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., Misajon, R., & Davern, M. (2004). *Australian Unity Wellbeing Index: Survey 10, Report 10*. Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
- Fehr, C., Sprecher S., & Underwood, L. G. (2009). *The Science compassionate Love: theory, research and application*. Chichester, UK: Wiley.
- Felie-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martin-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., Simon, V., & Soler, J. (2016). Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: A randomized pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 278-286. doi: 10.1002/cpp.2000.

- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J., B., W. & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). ESCAP expert article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–14.
- Gunderson, J., G. & Waldinger, A., C. (2008). The rate of dropout in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 2 (8), 212-219.
- Ghasemiharandi, A., & Froozandeh E. (2016). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on self-efficacy and quality of life in derelict and bad guardian adolescents in Isfahan city. International conference on modern approach in humanities. Tehran, Iran, December.
- Gilbert, P., & Choden, S. (2013). *Mindful compassion*. London: Constable and Robinson.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Constable and Robinson.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37 (1), 25-35.
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Arlington: American Psychiatric Press.
- Hawes, D., J. (2014). Does the concept of borderline personality features have clinical utility in childhood? *Current Opinion in Psychiatry*, 2 (7), 87–93.
- Hayes, S. C., & Strosahl K. D (2010). *A practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*, second edition. New York: Guilford.
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8, 720.
- Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A. E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3 (4), 415-425.
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 13 (4), 782–793.
- Kaess, M., Resch, F., Parzer, P., von Ceumern-Lindenstjerna, I., A., Henze, R., & Brunner, R. (2013). Temperamental patterns in female adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 20 (1), 109–115.
- Klein, D. A., & Miller, A. L. (2011). Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adolesc*

Psychiatric, 20, 205–216.

- Klonsky, E. D., & Glenn, C. G. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 3 (1), 215-219.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 37 (7), 74–84.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183-1192.
- Mahmoud-alilou, M., Hashemi, T., Beyrami, M., Bakhshipour, A., & Sharifi, M. A. (2014). relationship between childhood abuse, loss and initial separation and emotional dysregulation with borderline personality disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 21 (2), 88-65. [Persian].
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*. 2 (8), 969–981.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527–544.
- Nainian, M. R., Gohari, Z., Motabi, S., & Baluchan, M. (2013). Basic Evaluation of Validity and Reliability of Personal Welfare (Life Quality) Index, Student Copy (PWI-SC). *CPAP*, 2 (9), 119-128. [Persian].
- Newton-Howes, G., Clark, L. A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 3 (85), 727–734.
- Peymannia, B., Poursarifi, H., Mahmoud-alilou, M. (2013). The effect of group therapy based on the relation of child- parent- (CPRT) on Improvement of Conduct Disorder symptoms at school children in Ahvaz. *Journal of Psychological Achievements*, 20 (2), 141-160. [Persian].
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. (2016). *The Essential Guide to the ACT Matrix*. Context Press, An imprint of New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA.
- Razzaque, R. (2013). An acceptance and commitment therapy based protocol for the management of acute self-harm and violence in severe mental illness. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 9 (02), 72–76.
- Rahimi, M., & Khayyer, M. (2007). The relationship between family communication patterns and quality of life in Shiraz high school. *Educational Studies and Psychology Ferdowsi University of Mashhad*, 1, 5-25. [Persian].
- Reyes, M., Vargas, N., & Miranda, E. (2015). Comparison of 4 brief contextual behavioral interventions for borderline personality disorder: The process of building an empirically supported treatment as usual. In K. Strosahl (Chair), Brief ACT interventions: Understanding their benefit and processes of change. Symposium conducted at the Association for Contextual Behavioral Science World Conference 13, Berlin, Germany.

- Robin, M., Scottez, A. P., Curt, F., Bigre, C. P. L., Spranza, M., Sapinho, D., Coros, M., Berthoz, S., & Kedia, G. (2012). Decreased sensitivity to facial emotion in adolescent with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 200, 417-421.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychology Inquiry*, 19, 91-28.
- Saffarinia, M., Nikoogoftar, M., & Damavandian, A. (2014). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Reducing Self-Harming Behaviors in Juvenile Offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre. *Journal of Clinical Psychology*, 4 (15), 141-158. [Persian].
- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, 48, 293.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A., B., & Sturek, J. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50 (6), 563-73.
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., & Carbone, C. (2012). Borderline personality Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Compr Psychiatry*, 53 (disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV 6, 765-74.
- Strosahl, K. D. (2004). ACT with the multi-problem patient. In S.C. Hayes & K.D. Strosahl (Eds.) a practical guide to acceptance and commitment therapy (209-245). New York: Springer US.
- Suymoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554.
- Tapolaa, V., Lappalainen, R., & Wahlström, J. (2010). Brief intervention for deliberate self-harm: An exploratory study. *Suicidology Online*, 1, 95-108.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of Quality of Life Outcomes. *N Eng J Med*, 334, 835- 40.
- Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, R. L. (2014). The ACT Practitioner's Guide to the Science of Compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility. New Harbinger Publications.
- VanVliet, K., J., & Kalnins, G., R. C. (2011). A compassion-focused approach to nonsuicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 33 (4), 295-311.
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: A Systematic Review. *Psychological Medicine*, 45, 2237-2251.
- Zargar, Y., Sajjadi, F., Mehrabizadeh, H. M., & Arshadi, N. (2014). Validation of the Borderlin Personality Features Scale for children on students in Shiraz. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 25 (4), 338-352.