

The effectiveness of mindfulness therapy based on self-compassion on emotion regulation, loneliness and impulsivity in patients with borderline personality disorder

Mahsa Koochi Khajeha¹, Nasere Shakeri², Mahboobe Taher³

¹ MSc Student, Department of Clinical Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Semnan, Iran

² Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Semnan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

Abstract

Background: Borderline personality disorder is a serious and complex mental disorder that contains a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, emotions, and impulsivity. Therefore, the aim of the current study was the effectiveness of self-compassion-based mindfulness therapy on emotion regulation, loneliness, and impulsivity in borderline personality disorder patients.

Materials and methods: The present study was a semi-experimental study with a pre-test- post-test design with two experimental and control groups. Among all the people with borderline personality disorder referred to the clinics in Qochan City, 30 people were selected by available sampling method and replaced in two experimental and control groups. All of them completed the emotion regulation (2003), loneliness (1980) and impulsivity (1994) questionnaires in the pre-test and post-test phases. After that, the experimental group underwent mindfulness intervention. Finally, the data was analyzed using covariance analysis by SPSS version 26 statistical software.

Results: The results showed that the mean emotion regulation score in the experimental group significantly improved after the intervention compared to the control group ($P<0.05$). Mindfulness therapy based on self-compassion in the subjects of the experimental group, unlike the control group, in the post-test phase led to a decrease in loneliness and impulsivity ($P<0.05$).

Conclusion: These findings have further clarified the role of emotional, cognitive and behavioral structures in borderline personality disorder sufferers and the need to use therapeutic approaches combined with mindfulness in order to adjust the symptoms of borderline personality disorder sufferers.

Keywords: *Mindfulness therapy based on compassion, Loneliness, Impulsivity, Emotion regulation, Borderline personality disorder.*

Cited as: Koochi Khajeha M, Shakeri N, Taher M. The effectiveness of mindfulness therapy based on self-compassion on emotion regulation, loneliness and impulsivity in patients with borderline personality disorder. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2024; 34(1): 73-83.

Correspondence to: Nasere Shakeri

Tel: +98 9360230876

E-mail: nr.shakeri@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-4290-2953

Received: 15 Jul 2023; **Accepted:** 13 Sep 2023

اثر بخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی

مهسا کوهی خواجه‌ها^۱، ناصره شاکری^۲، محبوبه طاهر^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، سمنان، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، سمنان، ایران

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

چکیده

سابقه و هدف: اختلال شخصیت مرزی، اختلال روانی جدی و پیچیده‌ای است که حاوی یک الگوی فراگیر بی‌ثبات در روابط بین‌فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری است. از این رو هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. از بین کلیه افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها در شهرستان قوچان تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. همه آن‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون پرسش‌نامه‌های، تنظیم هیجان (۲۰۰۳)، احساس تنهایی (۱۹۸۰) و تکانشگری (۱۹۹۴) را تکمیل کردند. پس از آن گروه آزمایش تحت مداخله ذهن آگاهی قرار گرفت. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش آنالیز کوواریانس با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمره تنظیم هیجان در گروه آزمایش پس از انجام مداخله نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بهبود یافت ($P < 0/05$). درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود در آزمودنی‌های گروه آزمایش برخلاف گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون منجر به کاهش احساس تنهایی و میزان تکانشگری شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیش از پیش نقش سازه‌های عاطفی، شناختی و رفتاری را در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی روشن ساخته و لزوم استفاده از رویکردهای درمانی توأم با ذهن آگاهی را به‌منظور تعدیل علائم مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی آشکار می‌سازد.
واژگان کلیدی: درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت، احساس تنهایی، تکانشگری، تنظیم هیجان، اختلال شخصیت مرزی.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (borderline personality disorder- BPD) یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلالات در محیط‌های روان‌پزشکی است. بنا به تعاریف، اختلال شخصیت مرزی یک الگوی پایدار از تجربیات و رفتاری درونی است که به‌طور چشمگیری از هنجارهای اجتماعی/فرهنگی منحرف شده و از

این‌رو منجر به ناراحتی می‌شود (۱). یافته‌ها حاکی از آن است که این اختلال نسبتاً شایع است (۲،۳)، به‌طوری که تقریباً ۱ الی ۴ درصد از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تا حدودی با اختلال عملکرد در سه حوزه اصلی در تنظیم هیجان (cognitive emotion regulation)، مشکلات رفتاری و حساسیت بیش از حد بین‌فردی مشخص می‌شود (۴). برخی یافته‌ها نشان

علاوه بر این، تکانشگری با رفتارهای آسیب‌شناختی مانند افزایش اقدام به خودکشی و سوء‌مصرف مواد همبستگی دارد. افرادی که سطح تکانشگری بالاتری دارند ممکن است ثبات جامعه را به خطر انداخته و باعث اتلاف گسترده منابع انسانی و مالی شوند (۲۰). از همین‌رو، توجه به افزایش چشمگیر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بسیاری از محققان و روان‌شناسان را بر آن داشته است تا در تلاش برای ابداع و ارائه درمان‌های مؤثر در این زمینه باشند. براساس شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای این اختلال، با توجه به سبب‌شناسی این اختلال اقدامات درمانی متعددی معرفی و به کار گرفته شده است (۲۱). با وجود این، سازوکارهای تکوین و تداوم شخصیت مرزی، فرایند تغییر درون مراجعان در خلال جلسات و فنون خاص درمانی که باعث چنین تغییراتی می‌شوند، چندان مشخص نیست. به بیان دیگر، در خصوص فرایندهای تغییر در این گروه از بیماران همچنان ابهاماتی وجود دارد (۲۲). در این میان از جمله رویکردهای مداخلاتی که توانسته است بر علائم هیجانی و حساسیت بین‌فردی جمعیت‌های مختلف سودمند واقع گردد، درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به خود می‌باشد (۲۳).

رویکرد درمانی شفقت‌ورزی روش جدیدی است که در مطالعات اخیر به صورت نسبتاً محدود استفاده شده است و تلفیق شفقت‌ورزی با رویکرد ذهن‌آگاهی می‌تواند فنون متنوع‌تری برای بهبود سلامت روانی و بین‌فردی افراد فراهم آورد (۲۴). درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌های خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. در این رویکرد افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۵). درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره دارد 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 می‌گردد. در نهایت، این شکل از درمان به دنبال تسهیل تغییر از طریق توسعه ذهن‌شفقانه است (۲۶). با توجه به شرایط افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اتخاذ درمان ترجیحی یا ترکیبی از درمان‌هایی که برای وضعیت روانی این افراد مؤثرتر باشد، موضوع مهمی است که باید بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. با اذعان به مطالب بالا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

می‌دهد بی‌نظمی هیجانی یکی از ویژگی‌های اصلی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی می‌باشد (۵). در مدل تنظیم هیجانی ارائه شده توسط گراس (Gross) (۶) دو استراتژی ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب بیانی مطرح شده است. ارزیابی مجدد شناختی یک رهبرد پیشگیرانه است که با تغییر تفسیر و ارزیابی رویداد هیجان‌انگیز، تأثیر عاطفی رویداد محرک هیجان را به یک تجربه مثبت کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، سرکوب بیانی یک استراتژی متمرکز بر پاسخ است که به دنبال سرکوب احساسات تجربه شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان شکلی از راهبردهای مقابله‌ای شناختی می‌باشد که برای پاسخ به رویدادهای استرس‌زای محیطی و همچنین، مدیریت محرک‌هایی که باعث تنظیم هیجان می‌شود، کاربرد دارد (۷). بی‌نظمی هیجانی را می‌توان با حساسیت هیجانی، عاطفه منفی شدید و ناپایدار، نقص در راهبردهای تنظیم سازگار و اتکای بیش از حد به راهبردهای تنظیم ناسازگار مشخص کرد (۸).

از دیگر سو، احساس تنهایی (loneliness) یا انزوای اجتماعی پدیده‌ای رایج است که در عمل بالینی و در جمعیت‌های عمومی مشاهده می‌شود (۹). این در حالی است که شولز (Schulze) و همکاران (۱۰) نشان می‌دهند عدم تحمل تنهایی و حساسیت به طرد از ویژگی‌های بارز در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌باشد. همچنین، مطالعات اخیر نشان می‌دهد که شدت علائم اختلال شخصیت مرزی با مشکلات خودگزارشی در ذهن‌آگاهی مرتبط است و با مشکلاتی همچون احساسات و عواطف خود، احساس تنهایی و مشکلات سلامت روان همراه است (۱۱، ۵).

در عین حال، یافته‌ها گویای آن است که احساس تنهایی با عدم تبعیت از رژیم درمانی و ابتلای به بیماری‌های مزمن طبی (۱۲) و گرایش به سوء‌صرف الکل همراه است (۱۳). از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با اختلالات شدید بین‌فردی مرتبط می‌باشند، احتمالاً پیوندهای اجتماعی خود را رضایت‌بخش نمی‌دانند (۱۴). گزارشات حاکی از آن است که اختلال شخصیت مرزی با الگویی از تکانشگری قابل مشاهده و همچنین، بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره و احساسات در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود (۱۵، ۱۶). در واقع مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی که با واکنش‌های بد و اجتنابی نسبت به احساسات منفی روبه‌رو می‌شوند، برای فرار یا اجتناب از احساسات به شکلی تکانشگرانه اقدام می‌کنند (۱۷). در عین حال، نتایج یک فراتحلیل نشان می‌دهد که بین تکانشگری با گرایش به آسیب‌های روانی و اجتماعی همبستگی معناداری وجود دارد (۱۸).

تکانشگری در مبتلایان به این اختلال آنان را در معرض تجارب استرس‌زای بالاتر از جمعیت عادی جامعه قرار می‌دهد (۱۹).

مواد و روشها

فرضیه اصلی پژوهش شامل "آموزش درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد" بود. فرضیه‌های فرعی شامل موترد زیر بود: "آموزش درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر ارزیابی مجدد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد"، "آموزش درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر سرکوب افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد"، "آموزش درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر فقدان روابط صمیمانه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد"، "آموزش درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر فقدان شبکه‌های اجتماعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد"، "آموزش درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر بی‌برنامگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد"، "آموزش درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر حرکتی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد" و "آموزش درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد".

این مطالعه حاصل پایان‌نامه نویسنده با عنوان "اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی" است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.011 تصویب شد. نسخه آنلاین م‌صوبه در آدرس زیر موجود و در معرض دید عموم است:

<https://ethics.research.ac.ir/IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.011>
روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. تمامی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز درمانی تخصصی شهرستان قوچان در سال ۱۴۰۱ که تعداد آنها ۳۳ نفر بودند، جمعیت آماری این پژوهش را تشکیل دادند. با روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق فرمول کوکران تعداد ۳۰ نفر آزمودنی واجد ملاک ورود به پژوهش انتخاب و به شیوه انتخاب تصادفی (تصادفی ساده) در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل توانایی شرکت در جلسات درمانی تعیین شده، دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن و پاسخ‌دهی کامل به تمامی سؤالات ابزارهای پژوهش، و عدم ابتلای آزمودنی‌ها به سایر مشکلات روان پزشکی همبود و بیماری‌های مزمن طبی بود. غبیت بیش از

یک جلسه از شرکت در جلسات درمانی تعیین شده، برهم‌زدن نظم جلسات درمانی یا عدم همکاری در انجام تمرینات و تکالیف و شرکت در سایر برنامه‌های روان درمانی طی ۳ ماه اخیر به‌عنوان معیارهای خروج از پژوهش تعیین شد. در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به‌صورت کلی اطمینان لازم داده شد. مرحله پس‌آزمون نیز دو هفته بعد از اتمام جلسات مداخله انجام شد.

پرسش‌نامه تنظیم هیجان (Emotion Regulation Scale):

این ابزار به منظور سنجش تنظیم هیجان در سال ۲۰۰۳ به‌وسیله گراس و جان (Gross & John) تدوین یافته است و دارای ۱۰ سؤال با ۲ زیرمقیاس ارزیابی مجدد و سرکوب است. نمره‌گذاری ابزار در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۷) انجام می‌شود. گراس و جان (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۶۹، زیرمقیاس ارزیابی مجدد را ۰/۷۹ و سرکوب را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. در مطالعه لطفی، امینی و شیباسی (۱۴۰۰) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ و روایی ملاکی آن نیز مطلوب گزارش شده است (۲۷). در پژوهش حاضر نیز روایی این پرسش‌نامه به‌وسیله اساتید روان‌شناسی مورد تأیید و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه شد.

پرسش‌نامه احساس تنهایی (Revised University of California, Los Angeles Loneliness Scale):

این ابزار به منظور سنجش احساس تنهایی در سال ۱۹۸۰ به‌وسیله راسل (Russell) و همکاران تدوین یافته است و دارای ۲۰ سؤال با ۲ زیرمقیاس فقدان روابط صمیمانه و فقدان شبکه‌های اجتماعی می‌باشد. نمره‌گذاری ابزار در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز = ۱ تا همیشه = ۴) انجام می‌شود. سؤالات شماره ۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۹، ۶، ۵ و ۱ به شیوه معکوس محاسبه و نمره‌گذاری می‌شوند. راسل و همکاران (۱۹۸۰) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در مطالعه سیدموسوی و محرمی (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۷ و در مطالعه یعقوبی و مردانی (۱۳۹۷) ضریب توافق بین متخصصان برابر با ۰/۵۲ محاسبه شده است (۲۸، ۲۹). در پژوهش حاضر نیز روایی این پرسش‌نامه به‌وسیله اساتید روان‌شناسی مورد تأیید و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شد.

پرسش‌نامه تکانشگری (Impulsivity Inventory):

این ابزار به منظور سنجش تکانشگری در سال ۱۹۹۴ به‌وسیله بارات (Barratt) تدوین یافته است و دارای ۳۰ سؤال با ۳ زیرمقیاس بی‌برنامگی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به خود افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

جلسه/موضوع جلسه	محتوای جلسه
پیش جلسه (معارفه)	جلسات معرفی اعضای حاضر در جلسه و توضیح راجع به فرایند آموزشی-درمانی
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، مفهوم شفقت به خود و سه سیستم تنظیم هیجان، توضیح سازه احساس تنهایی و تکانشگری، انجام تمرینات آرام سازی، خودمهربانی و تنفس محبت آمیز، اجرای پیش آزمون، ارائه تکلیف.
(معرفی کلی و بررسی شفقت به خود)	بررسی و بحث در مورد تکلیف جلسه قبل، توضیحی در مورد ذهن آگاهی و انواع مغز جدید و قدیم، انجام تمرینات تنفس محبت آمیز، زندگی روزانه همراه با ذهن آگاهی و ارائه تکلیف.
جلسه دوم	مرور تمرینات و مطالب جلسه قبل، توضیح ذهن آگاهی و شفقت به خود و اهمیت آن ها، انجام تمریناتی چون قطعه یخ، چگونگی ایجاد یک رنج برای خود و تمرین توجه به مقاومت برای رهایی از مقاومت در مواجهه با مشکل، انجام تمرینات ذهن آگاهی برای توجه منظم و تمرین کنترل هیجان.
(معرفی و آگاهی مقدماتی از ذهن آگاهی)	انجام تمرینات مرتبط به با عطفوت راه رفتن، پیدا کردن عبارات عطفوت، عطفوت با خود، شناسایی صدای انتقاد درونی، یافتن صدای شفقت به خود، با خودشفقتی بدن خود را در آغوش گرفتن، توجه مهربانانه به قسمت های مختلف بدن، مرور جلسه و ارائه تکلیف.
جلسه سوم	بحث در مورد تمرین، بیان سه مرحله شفقت به خود و اینکه در چه مرحله ای هستیم، انجام تمرینات شفقت ورزی و ارزش های اصلی زندگی با تعهد، پوشش نقره ای، دادن و دریافت شفقت به خود و دیگران، مرور جلسه و ارائه تکلیف.
(تأکید بر اهمیت زندگی در تطابق با ارزش های اصلی)	ارائه سه راهکار برای کار با عواطف سخت همچون برچسب گذاری عواطف، آگاه بودن از عواطف بدنی، آرام کردن و اجازه دادن، انجام تمرین شخصی و عواطف سخت، انجام تمرین های کار با باورهای اصلی منفی و کار با احساس تنهایی، مرور جلسه و ارائه تکلیف.
جلسه ششم	معرفی دو نوع درد ارتباطی، ویژگی های افراد دارای شفقت به خود در ارتباط، انجام تمرینات شفقت به خود در تعارضات ارتباطی، برنامه دوست شفیق، کاهش استرس برای مراقبت کنندگان و شفقت با تعادل فکری، تمرین برآوردن نیازهای برآورده نشده، شفقت در زمینه احساس تنهایی، مرور جلسه و ارائه تکلیف.
(آموزش مهارت های مقابله با احساسات دشوار، تکانشگری و احساس تنهایی)	انجام تمرینات بخشش خود و دیگران، حس و درک پیاده روی، لذت بردن از طعم غذا، قدردانی به خاطر رویدادهای کوچک و بزرگ، برقراری ارتباط با ویژگی های خوب خود، قدردانی از خود، جمع بندی و خاتمه جلسه، اجرای پس آزمون.
جلسه پنجم	
(گسترش صدای درونی مهربان بودن)	
جلسه هفتم	
(تمرکز در غلبه بر روابط بین فردی چالش برانگیز)	
جلسه هشتم	
(بررسی ارتباط با جوانب مثبت خود و زندگی یک نفر با قدردانی)	

آشنا به درمان‌های موج سوم درمان شناختی-رفتاری و همچنین، استفاده از نظرات استاد راهنما در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه تأیید شده است. در مطالعه طاهری و همکاران (۱۴۰۱) نیز مقدار روایی محتوایی این روش مداخلاتی برابر با ۰/۶۲ محاسبه شده است. در روند برگزاری نشست‌ها برای هیچ یک از آزمودنی‌ها مشکلی پیش نیامد و تمامی افراد در جلسات شرکت کردند (۳۲). برای ترغیب هر چه بیشتر آزمودنی‌ها، جلسات درمانی رایگان انجام گردید و به گروه کنترل تضمین داده شد که پس از پایان پژوهش، فرایند درمان به صورت رایگان برای آن‌ها نیز انجام خواهد شد. در جدول ۱ خلاصه محتوای جلسات مداخله ارائه شده است. داده‌ها با آزمون‌های توصیفی و آنالیز کوارینانس با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. توزیع نرمال داده‌ها توسط آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و همگنی شیب خط رگرسیون بررسی و در سطح ۰/۰۵ تعیین شد.

نمره‌گذاری ابزار در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز= ۱ تا همیشه= ۴) انجام می‌شود. بارات و همکاران (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را در دامنه‌ای بین ۰/۷۹ الی ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در مطالعه جلالی دهکردی و آقابابایی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۷۳ و روایی آن در دامنه‌ای بین ۰/۲۸ تا ۰/۴۱ برآورد شده است (۳۰). همچنین، اختیاری، رضوان فرد و مکرری (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را برابر با ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۳۱). در پژوهش حاضر نیز روایی این پرسش‌نامه به وسیله اساتید روان‌شناسی مورد تأیید و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها: گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) با توجه به پروتوکول درمانی تدوین یافته توسط نف و جرمر (۲۰۱۳) و توسط روان‌درمانگر متخصص دارای تجربه و در یکی از اتاق‌های مرکز درمانی، برنامه آزمایشی را دریافت نمودند، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفتند. روایی محتوایی این روش مداخلاتی با نظرخواهی از متخصصین روان‌شناسی بالینی و

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته به تفکیک گروه و در مراحل مختلف سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
تنظیم هیجان	آزمایش	۱۵ نفر	انحراف معیار ± میانگین ۱/۷۷ ± ۰/۴۰	انحراف معیار ± میانگین ۵/۹۶ ± ۰/۳۹
	کنترل	۱۵ نفر	۱/۸۳ ± ۰/۴۶	۱/۸۸ ± ۰/۴۱
احساس تنهایی	آزمایش	۱۵ نفر	۱/۴۳ ± ۰/۱۶	۳/۴۱ ± ۰/۱۰
	کنترل	۱۵ نفر	۱/۴۹ ± ۰/۱۴	۱/۵۱ ± ۰/۱۳
تکانشگری	آزمایش	۱۵ نفر	۳/۲۹ ± ۰/۲۲	۲/۰۶ ± ۰/۱۳
	کنترل	۱۵ نفر	۳/۴۰ ± ۰/۲۰	۳/۵۱ ± ۰/۲۴

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف و لوین جهت رعایت پیش فرض‌های آماری

متغیر پژوهش	ضریب F	آزمون لوین		آزمون کلموگراف-اسمیرنوف		
		درجه آزادی	سطح معنی‌داری	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری
تنظیم هیجان	۰/۷۱۴	۱	۲۸	۰/۱۹۷	۱۵	۰/۱۲۱
احساس تنهایی	۰/۶۵۷	۱	۲۸	۰/۲۱۹	۱۵	۰/۱۵۱
تکانشگری	۰/۰۴۸	۱	۲۸	۰/۸۲۸	۱۵	۰/۱۵۵

یافته‌ها

میانگین (± انحراف معیار) سن در آزمودنی‌های گروه آزمایش ۳۱/۰۷ ± ۲۲/۲۰ سال و در آزمودنی‌های گروه کنترل ۲/۱۱ ± ۲۱/۴۱ سال بود. در گروه آزمایش ۱۲ درصد (۲ نفر) دارای تحصیلات زیردیپلم، ۳۴ درصد (۵ نفر) دیپلم و ۵۴ درصد (۸ نفر) تحصیلات کارشناسی بودند، در گروه کنترل نیز به ترتیب ۲۰ درصد (۳ نفر) زیردیپلم، ۴۰ درصد (۶ نفر) دیپلم و ۴۰ درصد (۶ نفر) کارشناسی بودند. ۶۶ درصد (۱۰ نفر) از آزمودنی‌های گروه آزمایش مجرد و ۳۴ درصد (۵ نفر) متأهل و در گروه کنترل ۷۴ درصد (۱۱ نفر) مجرد و ۲۶ درصد (۴ نفر) متأهل بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته به تفکیک آزمودنی‌های دو گروه و در مراحل مختلف سنجش در جدول ۲ ارائه شده است.

پیش از تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های لازم برای آنالیز کوواریانس بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (آزمون لوین) و نرمال بودن (آزمون کلموگراف-اسمیرنوف) برقرار است (P>۰/۰۵). همچنین، بررسی همگنی شیب رگرسیون از معنادار نبودن شرایط و پیش‌آزمون حمایت کرد. لذا استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع شناخته شد (جدول ۳).

با توجه به نتایج جدول ۴ با توجه به اینکه سطح معنی‌داری متغیرهای وابسته مورد مطالعه برابر با ۰/۰۰۱ به دست آمده است، می‌توان بیان نمود که انتخاب متغیرها به درستی انجام

شده است. در ادامه (جدول ۵) برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شده است. با توجه به نتایج جدول ۵ آزمودنی‌های گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری (P=۰/۰۰۱) نسبت به گروه کنترل بعد از شرکت در جلسات درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به خود در نمرات تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری بهبود نشان دادند. بررسی اثربخشی متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته در جدول‌های ۶، ۷ و ۸ بررسی شده‌اند.

با توجه به جدول ۶ تنظیم هیجان در گروه آزمایش در قسمت پس آزمون افزایش قابل توجهی نسبت به پیش آزمون داشته است که این افزایش قابل توجه در گروه کنترل دیده نمی‌شود.

با توجه به جدول ۷ احساس تنهایی در گروه آزمایش در قسمت پس آزمون افزایش قابل توجهی نسبت به پیش آزمون داشته است که این افزایش قابل توجه در گروه کنترل دیده نمی‌شود.

با توجه به جدول ۸ احساس تنهایی در گروه آزمایش در قسمت پس آزمون کاهش قابل توجهی نسبت به پیش آزمون داشته است که این افزایش قابل توجه در گروه کنترل دیده نمی‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون آنکووا برای متغیرهای پژوهش

سطح معنی‌داری	میانگین تعدیل شده	df	ضریب F	متغیر پژوهش
۰/۰۰۱	۲۱/۱۱	۶	۲۰۹/۲۰	متغیر کوریت (تنظیم هیجان)
۰/۰۰۱	۱۴/۷۳	۱	۱۴۶/۲۱	متغیر مستقل (گروه)
۰/۰۰۱	۴/۵۲	۶	۴۰۰/۰۵	متغیر کوریت (احساس تنهایی)
۰/۰۰۱	۲/۴۹	۱	۲۲۰/۳۶	متغیر مستقل (گروه)
۰/۰۰۱	۲/۶۹	۶	۷۲/۳۵	متغیر کوریت (تکانشگری)
۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱	۲۲/۳۹	متغیر مستقل (گروه)

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی

سطح معنی‌داری	اختلاف استاندارد	تفاوت میانگین	شاخص	متغیر پژوهش
۰/۰۰۱	۰/۱۲	۴/۰۶	گروه * آزمایش	تنظیم هیجان
۰/۰۰۱	۰/۱۲	-۴/۰۶	گروه * کنترل	تنظیم هیجان
۰/۰۰۱	۰/۰۴	۱/۹۲	گروه * آزمایش	احساس تنهایی
۰/۰۰۱	۰/۰۴	-۱/۹۲	گروه * کنترل	احساس تنهایی
۰/۰۰۱	۰/۰۷	-۱/۴۰	گروه * آزمایش	تکانشگری
۰/۰۰۱	۰/۰۷	۱/۴۰	گروه * کنترل	تکانشگری

جدول ۶. تنظیم هیجان گروه آزمایش و کنترل

مجذور ای‌تا	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	متغیرها
۰/۴۶	۱۹/۳	۵۷/۱	پیش آزمون	تنظیم هیجان
۰/۳۴	۱۵/۴	۷۲/۴	پس آزمون	تنظیم هیجان
۰/۳۵	۱۱/۷	۵۶/۷	پیش آزمون	کنترل
۰/۲۳	۱۴/۶	۵۵/۲	پس آزمون	کنترل

جدول ۷. احساس تنهایی در گروه آزمایش و کنترل

مجذور ای‌تا	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	متغیرها
۰/۳۳	۱۱/۴	۴۹/۳	پیش آزمون	احساس تنهایی
۰/۱۵	۱۰/۲	۶۳/۲	پس آزمون	احساس تنهایی
۰/۲۴	۱۷/۸	۵۰/۱	پیش آزمون	کنترل
۰/۲۰	۲۱/۵	۵۲/۳	پس آزمون	کنترل

جدول ۸. تکانشگری در گروه آزمایش و کنترل

مجذور ای‌تا	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	متغیرها
۰/۴۴	۱۴/۵	۳۶/۲	پیش آزمون	تکانشگری
۰/۴۱	۱۳/۵	۳۳/۳	پس آزمون	تکانشگری
۰/۵۶	۱۴/۳	۵۹/۶	پیش آزمون	کنترل
۰/۵۵	۱۸/۲	۶۰/۳	پس آزمون	کنترل

بحث

است. میانگین نمرات تعدیل شده نشان می‌دهد افرادی که آموزش ذهن آگاهی را دریافت کردند در مقایسه با گروه کنترل، از تنظیم هیجان بالاتری برخوردار شدند. از طرفی افرادی که

براساس نتایج ملاحظه می‌شود که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی‌دار عامل گروهی ($P \leq 0/001$) و وجود داشته

شناسایی و به این طریق بتوانند به شکلی مؤثر هیجانات و احساسات خود را بیان و ابراز نمایند. به طور کلی مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت از طریق مکانیسم افزایش پردازش عصبی مرتبط با شناسایی حالات و احساسات می تواند موجب کاهش سرکوب هیجانی و در نهایت بهبود تنظیم هیجان گردد. دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود در آزمودنی های گروه آزمایش برخلاف آزمودنی های گروه کنترل در مرحله پس آزمون منجر به کاهش احساس تنهایی شده است. این یافته از پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعات پیشین مانند دشت بزرگی (۳۸)، کامران، میرمهدی و غفاری (۳۹) و لیندسی، یانگ، وارن-براون و کرسویل (۴۰) بود. در همین راستا نتایج مطالعه ولوتی، روگر، بومونتی-زوبل، کاستلانو و تامبلی (۲۰۲۰) نشان داد که مداخله بالینی ذهن آگاهی می تواند تنظیم حالات هیجانی منفی و احساس تنهایی را کنترل نماید و از این طریق روابط صمیمانه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را بهبود ببخشد (۴۱). همچنین، کامران و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که مداخله به عمل آمده تغییرات معنادار و قابل توجهی در بهبود روابط بین فردی ایجاد کرده است (۴۲). در تبیین یافته فوق می توان بیان نمود که فقدان روابط صمیمی و نداشتن شبکه اجتماعی حمایتی، با نداشتن مهارت در برقراری و حفظ روابط میان فردی همراه خواهد بود. ذهن آگاهی با افزایش ظرفیت برای حفظ و هدف گیری توجه همراه است و این امر می تواند احتمال درک درست از نیازهای دیگری را افزایش و امکان برقراری روابط اجتماعی با کیفیت را به فرد بدهد. در عین حال، ذهن آگاهی اغلب با افزایش آگاهی از حالات بدنی و عاطفی فرد همراه است و این امر خود ممکن است بستری مناسب برای افزایش صمیمیت در روابط را فراهم سازد.

برآیند دیگر یافته پژوهش حاضر در راستا و همسو با نتایج مطالعات محققان پیشین مانند قوی پنجه و همکاران (۱۳۹۹) و کتی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود در آزمودنی های گروه آزمایش برخلاف آزمودنی های گروه کنترل در مرحله پس آزمون منجر به کاهش نمره تکانشگری شده است (۴۲،۴۳). در تبیین این یافته می توان بیان داشت که انسان امروز به دلیل بی برنامه گی و استفاده نادرست از تکنولوژی و عدم خود آگاهی دچار سرگشتگی شده و از این رو شادی در زندگی وی کم رنگ شده است. آموزش و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود به افراد فرصت می دهد تا خود اتوماتیک را بهتر بشناسند و با درک و تلاش برای رسیدن به خود واقعی به درون خود توجه نمایند و به این

آموزش ذهن آگاهی را دیافت کردند، در مقایسه با گروه کنترل که دریافت نکردند، در افراد گروه آزمایش احساس تنهایی و تکانشگری کاهش یافت. بنابراین با اطمینان ۹۹ درصد می توان نتیجه گرفت که آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری افراد تاثیر دارد. توان آماری ۱ حاکی از دقت آماری قابل قبول است. این پژوهش با هدف تعیین میزان تاثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود در آزمودنی های گروه آزمایش برخلاف آزمودنی های گروه کنترل در مرحله پس آزمون منجر به بهبود نمره تنظیم هیجان شده است. این یافته در راستای نتایج مطالعه سالگو، سزگالمی، باجزات، بران و اونکا (۲۰۲۱) است که نشان دادند ذهن آگاهی، شفقت به خود و استفاده از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان می تواند در درمان اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد (۳۳). همچنین، یافته های رودیگر، استیونز و براکمن (۲۰۱۸) و داروس و ویلیامز (۲۰۱۹) در راستای نتیجه مطالعه حاضر بودند (۳۴،۳۵). در تبیین این یافته می توان بیان داشت که ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود به افراد کمک می کند تا بتوانند افکار منفی و الگوی چرخه افکار خود را شناسایی کنند و به این ترتیب ارزیابی دوباره ای نسبت به هیجانات خود داشته باشند. همچنین، این نوع آموزش کمک می کند تا افراد نسبت به خود نگاه شفقت آمیز همراه با پذیرش تجربه داشته باشند، در پردازش اطلاعات هیجانی تغییرات اساسی در خود ایجاد نمایند. در واقع، از آنجایی که مؤلفه های اصلی ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود شامل مهربانی با خود، ذهن آگاهی و اشتراکات انسانی است، می توان نتیجه گرفته که این رویکرد درمانی بتواند بر ارزیابی مجدد شناختی و کاهش سرکوب گری هیجانات مفید واقع گردد و به این ترتیب به فرد در مدیریت و تنظیم هر چه کارآمدتر هیجانات کمک نماید. همچنین، دالوند (۱۳۹۷) همسو با یافته فوق نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش ناگویی هیجانی مؤثر بوده است (۳۶). در همین راستا، کرینگ و اسلون (۲۰۱۰) بیان می دارند که سرکوب هیجانی افراد به مشکل و دشواری آنان در شناسایی احساسات ناشی از غرق شدن در این هیجانات و اجتناب بیشتر منجر می گردد (۳۷). این در حالی است که آموزش و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود به افراد دارای مشکل در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی فرصت می دهد تا بتوانند توجه خود را به اتفاقاتی که در زمان حال در حال وقوع است، متمرکز نموده، احساسات و عواطف خود را

مانند دیگر مطالعات حوزه علوم رفتاری با محدودیت‌هایی همراه بود. نخستین محدودیت مطالعه حاضر مربوط به جمعیت نمونه می‌باشد. به دلیل اینکه تمامی بیماران دارای علائم اختلال شخصیت مرزی امکان شرکت در مطالعه را نداشته‌اند و نمونه تنها از بین مراجعین به مراکز درمانی تخصصی یک شهرستان انتخاب شده‌اند، لازم است در تعمیم نتایج به سایر بیماران این حوزه احتیاط گردد. دیگر محدودیت پژوهش مربوط به ابزار گردآوری اطلاعات و نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی است که امکان و توان تعمیم نتایج را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد. همچنین، در این مطالعه امکان انجام دوره پیگیری به منظور سنجش ثبات و پایداری اثرات برنامه درمانی مذکور فراهم نبود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی جهت گردآوری اطلاعات در کنار پرسش‌نامه از سایر روش‌ها مانند مصاحبه نیز استفاده گردد و دوره پیگیری ۳ الی ۶ ماهه نیز مدنظر قرار گیرد. همچنین، استفاده از این روش مداخلاتی بر روی سایر سازه‌های روانی-شخصیتی در سایر مبتلایان به اختلالات شخصیت و نیز بیماران مبتلا به مشکلات خلقی و اضطرابی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مهسا کوهی خواجه‌ها، دانش‌آموخته رشته روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و نیز مسئولین مراکز درمانی که امکان اجرای این مطالعه را فراهم ساختند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

ترتیب با شناسایی خود واقعی امکان بیشتری برای تلاش هدفمند، برنامه‌ریزی، اقدام با فکر و درک بهتر اهداف در زندگی را به‌دست آورند. درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به خود به افراد کمک می‌کند تا در زندگی خود هدفمند و با برنامه‌ریزی پیش بروند، به این ترتیب وقتی فرد بتواند طبق هدف و با برنامه از قبل تدوین شده اقدام کند احتمال اینکه بدون تفکر حرکت یا تصمیمی اتخاذ نماید پایین می‌آید. همچنین، همسو با یافته فوق‌نیکبخت و همکاران (۱۴۰۱) و بنی‌کریمی و همکاران (۴۴) در مطالعات مستقلی دریافتند که میزان تکانشگری افراد به دنبال تمرینات ذهن‌آگاهی تعدیل یافته است. به‌طور کلی باید گفت تمرین مهارت‌های حرکتی و تنفسی در برنامه ذهن‌آگاهی و تمرکز بر زمان حال می‌تواند میزان تکانشگری حرکتی و شناختی را تحت تأثیر قرار دهد. فرد با انجام تمرینات در این روش مداخلاتی نوعی از اعتماد شناختی را کسب می‌نماید و نیاز به کنترل افکار در وی کاهش می‌یابد. وقتی خودآگاهی شناختی افزایش یافت فرد ممکن است به جای حذف یا کنترل افکار ناکارآمد، رابطه‌اش را با این افکار بهتر درک نموده و افکار ناکارآمد را فقط به‌عنوان افکار در نظر بگیرد. در نهایت این امر منجر به کاهش تکانشگری می‌گردد.

با توجه به این که نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به خود می‌تواند باعث کاهش تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی شود؛ لذا آگاهی روانشناسان، مشاوران و متخصصان بالینی و سلامت از این متغیرها می‌تواند در جهت کاهش مشکلات افراد دارای اختلال شخصیت مرزی و کمک‌کننده به آنها باشد. این پژوهش نیز

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association; 2013.
2. Prasad D, Kuhathasan N, de Azevedo Cardoso T, Suh JS, Frey BN. The prevalence of borderline personality features and borderline personality disorder during the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. Arch Womens Ment Health 2022 ;25:277-289.
3. Penner F, Wall K, Jardin C, Brown JL, Sales JM, Sharp C. A study of risky sexual behavior, beliefs about sexual behavior, and sexual self-efficacy in adolescent inpatients with and without borderline personality disorder. Personal Disord 2019;10:524-535.
4. Cardona ND, Southward MW, Furbish K, Comeau A, Sauer-Zavala S. Nomothetic and idiographic patterns of responses to emotions in borderline personality disorder. Personal Disord 2021;12:354-364.
5. Natividad A, Huxley E, Townsend ML, Grenyer BFS, Pickard JA. What aspects of mindfulness and emotion regulation underpin self-harm in individuals with borderline personality disorder? J Ment Health 2023;1-9.
6. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology 2002;39:281-91.
7. Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: factors that explain the relation between perceived social support and well-being. Pers Individ Dif 2020; 7: 109-126.
8. Wentz B, Miller-Graff LE, Merrilees CE, Cummings EM. A Developmental Psychopathology Perspective on Political Violence and Youth Adjustment. Int J Environ Res Public Health. 2023;20:5864.

9. Keller FM, Derksen C, Kötting L, Dahmen A, Lippke S. Distress, loneliness, and mental health during the COVID-19 pandemic: Test of the extension of the Evolutionary Theory of Loneliness. *Appl Psychol Health Well Being* 2023;15:24-48.
10. Schulze A, Streit F, Zillich L, Awasthi S, Hall ASM, Jungkunz M, et al. Evidence for a shared genetic contribution to loneliness and borderline personality disorder. *Transl Psychiatry* 2023;13:398.
11. Roberts A, de Visser R, Rosten C, Startup H, Strauss C. Does trait mindfulness mediate the relationship between borderline personality symptoms and emotion dysregulation? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2023;10:19.
12. Kandola A, Solmi F, Ajnakina O, Ingram E, Iob E, Lee S, et al. The role of loneliness in the association between chronic physical illness and depressive symptoms among older adults: A prospective cohort study. *J Affect Disord* 2023;334:220-226.
13. Keum BT, Li X. Online racism, rumination, and vigilance: Impact on distress, loneliness, and alcohol use. *Counseling Psychol* 2023; 51: 422-448.
14. Schulze A, Biermann M, Atanasova K, Unterseher F, Winkler L, Bohus M, et al. Social Touch, Social Isolation, and Loneliness in Borderline Personality Disorder During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry* 2022;13:876413.
15. Cao W, Liu Y, Zhong M, Liao H, Cai S, Chu J, et al. Altered intrinsic functional network connectivity is associated with impulsivity and emotion dysregulation in drug-naïve young patients with borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2023;10:21.
16. Pires S, Felgueiras P, Borges S, Jorge J. Autism Spectrum Disorder in Females and Borderline Personality Disorder: The Diagnostic Challenge. *Cureus* 2023;15:e40279.
17. Semcho SA, Southward MW, Stumpp NE, MacLean DL, Hood CO, Wolitzky-Taylor K, et al. Aversive Reactivity: A Transdiagnostic Functional Bridge Between Neuroticism and Avoidant Behavioral Coping. *J Emot Psychopathol* 2023;1:23-40.
18. Qadeer Shah A, Prasad D, Caropreso L, Frey BN, de Azevedo Cardoso T. The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2023;164:304-314.
19. Arneberg VS, Sundsvold V, Bjørndal LD, Ystrom E. (2023, March 27). Borderline personality disorder symptoms and stressful life events: An evaluation of gene-environment interplay. Available from: <https://doi.org/10.31234/osf.io/54b8k>
20. Stephenson M, Lannoy S, Edwards AC. Shared genetic liability for alcohol consumption, alcohol problems, and suicide attempt: Evaluating the role of impulsivity. *Transl Psychiatry* 2023;13:87.
21. Cheney L, Dudas RB, Traynor JM, Beatson JA, Rao S, Choi-Kain LW. Co-Occurring Autism Spectrum and Borderline Personality Disorder: An Emerging Clinical Challenge Seeking Informed Interventions. *Harv Rev Psychiatry* 2023;31:83-91.
22. Fathi F, Vaziri S, Poursaghar M, Nasri M. The effectiveness of psychotherapy based on acceptance and commitment on personality organization and defense style of people with borderline personality disorder. *J Psychol Dev* 2021; 10: 144-132. [In Persian]
23. Foroughi AA, Raisi S, Montazeri N, Naseri M. Effectiveness of mindful self-compassion therapy on sleep quality, rumination and self-compassion in people with cardiovascular diseases. *J Cogn Psychol Psychiatry* 2022; 9: 152-137. [In Persian]
24. Germer C. Self-Compassion in Psychotherapy: Clinical Integration, Evidence Base, and Mechanisms of Change. In: Finlay-Jones A, Bluth K, Neff K, Eds. *Handbook of Self-Compassion*. Cham: Springer Int Publish; 2023. P.379-415.
25. Marchand WR, Lackner R, Hartquist A, Finnell L, Nazarenko E. Evaluation of a mindfulness and self-compassion-based psychotherapy incorporating horses for Veterans who have experienced trauma. *Complement Ther Med* 2023;72:102914.
26. Qasimzadeh Mohammadi M, Mojre A, Hashemi Z. The effect of mindfulness-based compassion training on self-criticism and anxiety of mothers with children with phenylketonuria. *New Psychol Res Quart* 2022; 17: 237-230. [In Persian]
27. Lotfi M, Amini M, Shiasi Y. Comparison of intrapersonal and interpersonal models of emotion regulation in explaining anxiety and depression syndromes. *Iran J Psychiat Clin Psychol* 2021; 27: 288-301. [In Persian]
28. Seyed Mousavi M, Moharrami J. Emotional dyslexia, feelings of loneliness and fear of intimacy: predictors of attitudes towards infidelity in men. *Contemporary Psychol J* 2018; 14: 11-21. [In Persian]

29. Yaqoubi H, Mardani LS. The mediating role of loneliness in the relationship between abnormal dimensions of personality and Internet addiction in social network users. *Health Res J* 2017; 3: 186-177. [In Persian]
30. Jalali Dehkordi N, Vahidi Z. Comparison of emotion regulation, mindfulness and psychological well-being in mothers of students with and without learning disabilities. *Learn Disabil J* 2014; 4: 21-35. [In Persian]
31. Eekhtiyari H, Rizvan Fard M, Makri A. Impulsivity and its various evaluation tools: Reviewing the views and studies done. *Iran J Psychiat Clin Psychol* 2008; 14: 257-246. [In Persian]
32. Taheri A, Marashi SA, Hamid N, Beshlideh K. The effectiveness of compassion-focused therapy on improving psychological well-being and enhancing the meaning of life of mothers with children with mental-developmental disorders. *Iran J Psychiat Clin Psychol* 2022; 28: 20-33. [In Persian]
33. Salgó E, Szeghalmi L, Bajzát B, Berán E, Unoka Z. Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *PLOS One* 2021; 16:e0248409.
34. Roediger E, Stevens B, Brockman R, Eds. *Contextual Schema Therapy*. Oakland, California: Context Press; 2018.
35. Daros AR, Williams GE. A Meta-analysis and Systematic Review of Emotion-Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2019; 27: 217-232.
36. Dalvand E. Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on dyslexia and cognitive impairment in women with depressive disorder (Dissertation). Tehran: Payam Noor University, South Tehran Center; 2017. [In Persian]
37. Kring AM, Sloan DM. *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press; 2010.
38. Dashte Bozorgi Z. The effect of intervention based on self-compassion on feelings of loneliness and emotional regulation of women affected by marital infidelity. *J Knowl Res Appl Psychol* 2016; 18: 79-72. [In Persian]
39. Kamran A, Mirmahdi SR, Ghaffari M. The effectiveness of mindfulness therapy on improving interpersonal relationships and reducing impulsivity in bipolar disorder. *J Knowl Res Appl Psychol*. 2022; 23: 198-187. [In Persian]
40. Lindsay EK, Young S, Brown KW, Smyth JM, Creswell JD. Mindfulness training reduces loneliness and increases social contact in a randomized controlled trial. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2019; 116: 3488-93.
41. Velotti P, Rogier G, Beomonte Zobel S, Castellano R, Tambelli R. Loneliness, Emotion Dysregulation, and Internalizing Symptoms During Coronavirus Disease 2019: A Structural Equation Modeling Approach. *Front Psychiatry* 2021; 11: 581494.
42. Ghavi panje b, Mohib N, Abdi R, Ismailpour Kh. Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on temptation and impulsivity of opioid addicts. *New Psychol Res Quart* 2019; 15: 198-208. [In Persian]
43. Kate L, Brooke M, Clarissa W, Eric B. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Impulsive Decision - Making. *J Behav Modificate* 2020; 44: 600-623.
44. Banikarimi SB, Hadian Fard H, d Rostami R. The effect of basic motor skills training on cognitive impulsivity, motor impulsivity and sustained attention in students with symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Sports and Motor Development and Learning* 2017; 10: 257-239. [In Persian]