

Relation of Distress Tolerance and Self-compassion with Symptoms of Borderline Personality in People with Borderline Personality Disorder Referred to one of the Military Hospitals

Received: 29 July 2015

Revised: 22 August 2015

Accepted: 8 September 2015

ABSTRACT

Reza Mohammadi¹
Sajjad Khanjani^{2*}
Moslem Rajabi³

¹PhD candidate, Psychology, Faculty of Medicine, Baqiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²MSc student, Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³MSc student, Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Background: Investigating and understanding psychological factors related to Symptoms of Borderline Personality in people with borderline personality disorder can be an important step towards identifying the causes of it. Thus, the current study was conducted in order to investigate the role of distress tolerance and self-compassion in predicting Symptoms of Borderline Personality in people with borderline personality disorder.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted with-in correlation and prediction method. All men with borderline personality disorder, referring to the psychiatric section of Imam Sajjad (AS) Hospital of Tehran in the first half of 1393 (April-September, 2014), compromised the statistical population of current study. 94 people were selected from this population by convenience sampling and were asked to respond to questionnaires of Symptoms of Borderline Personality, distress tolerance and self-compassion. Then, data were analyzed via Pearson correlation test and multiple regression analysis using SPSS version 18.

Results: The results showed that the Symptoms of Borderline Personality have negative correlation with total score of distress tolerance ($r=-0.40$; $p<0.001$), and components of regulation ($r=-0.41$; $p<0.001$), evaluation ($r=-0.33$; $p<0.001$), and total score of self-compassion ($r=-0.56$; $p<0.001$), and components of self-kindness ($r=-0.42$; $p<0.001$), common humanity ($r=-0.38$; $p<0.001$), and mindfulness ($r=-0.35$; $p<0.001$), but have positive correlation with self-judgment ($r=0.48$; $p<0.001$), and isolation ($r=0.41$; $p<0.001$). Also the results of regression analysis showed that 20% of variance of Symptoms of Borderline Personality was explained by distress tolerance ($F=5.44$; $p<0.001$) and 40% variance of it was explained by self-compassion ($F=8.99$; $p<0.001$).

Conclusion: These results showed that distress intolerance and low self-compassion can play roles in Symptoms of Borderline Personality in people with borderline personality disorder.

Keywords: distress tolerance, self-compassion, borderline personality disorder

*Corresponding Author:

Sajjad Khanjani
Tel: (+98)9188588926

e-mail: khanjanis23@yahoo.com

ارتباط تحمل آشفتگی و شفقت به خود با علائم شخصیت مرزی در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی مراجعه کننده به یک بیمارستان انتظامی

تاریخ دریافت: ۷ مرداد ۱۳۹۴ تاریخ اصلاح: ۳۱ مرداد ۱۳۹۴ تاریخ پذیرش: ۱۷ شهریور ۱۳۹۴

چکیده

رضا محمدی^۱

سجاد خانجانی^{۲*}

مسلم رجبی^۳

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.
^۲دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۳دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

*نویسنده مسئول:

سجاد خانجانی

تلفن: ۹۱۸۸۵۸۸۹۲۶ (+۹۸)

پست الکترونیک:

khanjanis23@yahoo.com

مقدمه: بررسی و فهم عوامل روان‌شناسی مرتبط با علائم شخصیت مرزی می‌تواند گام مهمی در جهت شناسایی علل آن باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تحمل آشفتگی و شفقت به خود در پیش‌بینی علائم شخصیت مرزی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و پیش‌بینی بود. کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در نیمه اول سال ۱۳۹۳ به بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام سجاد(ع) تهران مراجعه کرده بودند، جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند. از بین جامعه آماری فوق، تعداد ۹۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و بعد از مصاحبه بالینی به پرسش‌نامه‌های مقیاس شخصیت مرزی، تحمل آشفتگی و شفقت به خود پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده نیز با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با کاربرد نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد شخصیت مرزی با نمره کلی تحمل آشفتگی ($r = -0/40$, $P < 0/001$)، مؤلفه‌های تنظیم ($r = -0/41$, $P < 0/001$) ارزیابی ($r = -0/33$, $P < 0/001$)، و نمره کلی شفقت به خود ($r = -0/56$, $P < 0/001$)، مؤلفه‌های مهربانی با خود ($r = -0/42$, $P < 0/001$)، وجه مشترک انسانی ($r = -0/38$, $P < 0/001$)، ذهن آگاهی ($r = -0/35$, $P < 0/001$) رابطه منفی ولی با خوددآوری ($r = 0/48$, $P < 0/001$) و انزوا ($r = 0/41$, $P < 0/001$) رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۲۰ درصد از کل واریانس شخصیت مرزی به وسیله تحمل آشفتگی ($F = 5/44$, $P < 0/001$) و ۴۰ درصد آن به وسیله شفقت به خود ($F = 8/99$, $P < 0/001$) پیش‌بینی می‌شود.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که عدم تحمل آشفتگی و شفقت به خود پایین می‌تواند در علائم شخصیت مرزی افراد مبتلا اختلال به شخصیت مرزی نقش داشته باشد.

کلید واژه‌ها: تحمل آشفتگی، شفقت به خود، اختلال شخصیت مرزی

مقدمه

می‌شود. شیوع متوسط این اختلال در جمعیت ۱/۶ درصد برآورد شده است [۱]. این اختلال با افزایش خطر آسیب به خود همراه است و احتمال اقدام به خودکشی و خودکشی غیرخودکشی‌گرا در افراد مبتلا به این اختلال بالا است. مطالعات نشان می‌دهند که

اختلال شخصیت مرزی^۱ با الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط میان فردی، خودانگاره، عواطف و تکنشگری محسوس مشخص

همراه شدن با رنج‌های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیر داورانه و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری است». دلسوزی به خود در زمان‌های درد و شکست بهتر مشخص می‌شود. نف سه مؤلفه را برای شفقت به خود در نظر گرفته است که ارتباط درونی با هم دارند. در مفهوم‌بندی نف هر مؤلفه دو بخش را شامل می‌شود و در برابر هر جنبه مثبت یک مؤلفه، جنبه منفی قرار می‌گیرد. این سه مؤلفه به صورت زیر هستند: (الف) مهربانی به خود در برابر خودداری؛ (ب) وجه مشترک انسانی در برابر انزوا؛ (ج) ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی [۱۸]. مهربانی به خود به این موضوع اشاره دارد که فرد به جای این که به طور شدیدی نسبت به خود انتقادگر و قضاتوی باشد، گرایش به درک و مراقبت از خود را داشته باشد. وجه مشترک انسانی شامل تشخیص این نکته است که همه انسان‌ها کامل نیستند، شکست می‌خورند، اشتباه می‌کنند و در رفتارهای ناسالمی درگیر می‌شوند. نهایتاً ذهن آگاهی شامل آگاه بودن از تجربه زمان حال به صورت روشن و متعادل است، طوری که فرد در مورد جنبه‌های ناخوشایند خود یا زندگی نه خیلی نشخوار ذهنی می‌کند و نه آن‌ها را نادیده می‌گیرد [۲۰ و ۱۹]. گرمر^۵ ارتباط بین ذهن آگاهی و شفقت به خود را این گونه توصیف می‌کند: ذهن آگاهی بیان می‌کند که «درد را احساس کن» و شفقت به خود می‌گوید «در زمان درد خودت را تسلی ده». بنابراین می‌توان گفت شفقت به خود نوعی پذیرش است [۲۱].

شواهد روزافزونی نشان می‌دهد که شفقت به خود با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد و به عنوان عامل محافظتی مهمی در نظر گرفته می‌شود که تاب‌آوری هیجانی را ارتقاء می‌دهد. یافته‌های متعدد نشان می‌دهند که شفقت به خود بالاتر با اضطراب و افسردگی کمتر همراه است [۲۲]. شفقت به خود به طور مثبتی با رضایت از زندگی، شادکامی، خوش‌بینی، خرد، ابتکار شخصی، خلاقیت و به طور منفی با افسردگی، اضطراب، عاطفه منفی، نشخوار ذهنی و سرکوب فکر رابطه دارد [۲۳، ۲۰]. گیلبرت^۶ پیشنهاد کرد که شفقت به خود به دلیل این که به افراد کمک می‌کند تا احساس امنیت، پیوستگی و آرامش هیجانی داشته باشند، می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را ارتقا دهد [۲۴]. شفقت به خود توانست امنیت اجتماعی را در دانشجویان پیش‌بینی کند [۲۵]. شفقت به خود با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار به طور مثبت و با راهبردهای اجتنابی به طور منفی ارتباط دارد [۲۶]. نتایج یک فراتحلیل یک رابطه با اندازه اثر قوی بین شفقت به خود و آسیب‌شناسی روانی پیدا کرده است [۲۷]. نتایج مطالعه بشرپور و همکاران نشان داد که انگیزش درمان افراد وابسته به مواد، رابطه معنادار و مستقیمی با

بیش از ۱۰ درصد افراد مبتلا به این اختلال به دلیل خودکشی می‌میرند [۳ و ۲] و نزدیک به ۷۵ درصد مبتلایان نیز سابقه اقدام به خودکشی دارند [۴ و ۳]. در مطالعات روان‌شناختی ۳۳-۲۵ درصد از افرادی که سابقه اعمال خودکشی ناموفق دارند، ملاک‌های تشخیص اختلال شخصیت مرزی را دارند [۶ و ۵] و در ۶۹-۷۵ درصد افراد مبتلا به شخصیت مرزی سابقه حداقل یک بار رفتار خودجرحی وجود دارد [۷]. مطالعات موجود نشان داده است که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تغییرپذیری عاطفی بالا و شدت عاطفه بالاتری نسبت به سایر اختلالات شخصیت دارند [۸]. در همین رابطه بشرپور و همکاران [۹] نشان دادند که سبک‌های منفی پردازش هیجان و ناگویی خلقی در علائم اختلال شخصیت مرزی نقش دارند. درمان پذیرش و تعهد با میانجی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، مهارت‌های تنظیم هیجان و ذهن آگاهی توانست در کاهش نشانه‌های شخصیت مرزی مؤثر باشد [۱۰].

تحمل آشفتگی^۱ به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عواطف منفی و توانایی آن‌ها در تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند تعریف شده است [۱۱]. یافته‌های به دست آمده از نمونه‌های مبتنی بر جامعه و روان‌پزشکی نشان می‌دهد که تحمل آشفتگی به طور معکوس با طیفی از رفتارهای ناسازگارانه مانند رفتار ضداجتماعی، قماربازی بیمارگون^۲، خود آسیب زنی عمدی، رفتارهای پرخوری و به طور قابل توجهی مصرف الکل و مواد رابطه دارد [۱۲]. تحمل آشفتگی با حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام رابطه منفی دارد و همچنین با نشانه‌های وسواس فکری-عملی، اضطراب جدایی و اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به اختلالات مربوطه مرتبط است [۱۳]. یا همچنین تا حدی نقش میانجی را بین تکانشگری و انگیزه‌های مقابله با مصرف الکل بعد از کنترل شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه و سایر مشکلات مربوط به مصرف الکل ایفا می‌کند [۱۴]. سطوح پایین تحمل آشفتگی با اختلال شخصیت مرزی ارتباط دارد [۱۵]. از سوی دیگر، تحمل آشفتگی یکی از عوامل میانجی مهم و اساسی در رابطه اختلال شخصیت مرزی و خودکشی است که به عنوان مؤلفه مهمی در رفتاردرمانی دیالکتیک به منظور کاهش رفتارهای خودکشی در بیماران مبتلا به این اختلال که به گونه‌ای مزمن درگیر این رفتارها هستند، در نظر گرفته می‌شود [۱۶].

متغیر دیگری که تصور می‌شود با علائم شخصیت مرزی رابطه دارد، شفقت به خود^۳ است. شفقت به خود، با وجود این که یک مفهوم نسبتاً جدید در زمینه‌های بالینی، شخصیت و روانشناسی اجتماعی است؛ اما در حال حاضر علاقه زیادی به خود ایجاد کرده است [۱۷]. نف^۴ شفقت به خود را این گونه تعریف می‌کند «گشوده بودن و

بازآزمایی ابزار را در فاصله چهار هفته $0/84$ و ضریب آلفای کرنباخ را برای کل مقیاس $0/77$ و برای خرده مقیاس‌های ناامیدی $0/64$ ، تکانشگری $0/58$ ، علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابستگی تئیدی $0/57$ ، گزارش کرده‌اند. همچنین STB از روایی (عاملی و افتراقی) مطلوبی در ایران برخوردار است [۳۳].

۳- پرسش‌نامه تحمل آشفتگی^۱: مقیاس تحمل آشفتگی یک ابزار خود گزارشی ۱۵ آیتمی است که در آن از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود میزان موافقت یا مخالفت خود با جملات این پرسش‌نامه را در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از کاملاً موافق هستم (۱) تا کاملاً مخالف هستم (۵) درجه بندی کنند. نمره بالاتر نشان دهنده میزان بالای تحمل آشفتگی در فرد است. چهار شکل تحمل آشفتگی به وسیله این مقیاس ارزیابی می‌شود: ۱. تحمل (برای مثال، احساسات ناراحتی و آشفتگی من غیرقابل تحمل است)؛ ۲. ارزیابی (برای مثال، ناراحتی و آشفتگی همیشه برای من امتحان بزرگی است)؛ ۳. جذب (برای مثال: احساسات آشفتگی من به حدی شدید است که کاملاً بر من مسلط می‌شوند)؛ ۴. تنظیم (برای مثال: زمانی که احساس آشفتگی یا ناراحتی می‌کنم، فوراً باید فکری به حال آن بکنم). تحمل آشفتگی با ابزارهای آشفتگی عاطفی ($I = -0/59$) و با بدتنظیمی ($I = -0/51$) رابطه منفی و با ابزارهای هیجان‌پذیری مثبت رابطه مثبت معنی‌دار ($I = 0/26$) نشان داده است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم به ترتیب $0/73$ ، $0/84$ ، $0/77$ ، $0/74$ به دست آمده است [۳۴]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ خرده آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم به ترتیب $0/71$ ، $0/85$ ، $0/72$ ، $0/73$ بود.

۴- مقیاس شفقت به خود: این ابزار یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ سؤالی است که توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. این مقیاس ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود (۵ آیتم)، خودداوری (۵ آیتم)، وجه مشترک انسانی (۴ آیتم)، انزوا (۴ آیتم)، ذهن آگاهی (۴ آیتم) و همانندسازی بیش از حد (۴ آیتم) را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌ها به سؤالات این مقیاس در مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. میانگین نمرات این شش مقیاس نیز (با احتساب نمرات معکوس) نمره کلی شفقت به خود را به دست می‌دهد. پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده‌اند همه این شش مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تأییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای شفقت به خود این همبستگی درونی را تبیین می‌کند. ثبات درونی این پرسشنامه در تحقیقات گذشته $0/92$ و پایایی بازآزمایی آن نیز $0/93$ بوده است [۳۵]. نتایج مطالعه بشرپور (۱۳۹۲) ، از ساختار ۶ عاملی این مقیاس با روش تحلیل عاملی تأییدی در

مهربانی به خود، خودداوری، وجه مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی بیش از حد دارد [۲۸]. در مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۳ بر روی یک نمونه غیر بالینی از دانشجویان، شفقت به خود با نشانه‌های شخصیت مرزی رابطه منفی داشت و توانست رابطه بین ذهن آگاهی و نشانه‌های شخصیت مرزی را میانجی کند [۲۹]. بررسی مطالعات گذشته نشان می‌دهد که رابطه مؤلفه‌های تحمل آشفتگی و شفقت به خود با نشانه‌های شخصیت مرزی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که می‌تواند گامی مهم در جهت ارتقا دانش نظری در خصوص این اختلال و طراحی برنامه‌های درمانی داشته باشد، مورد مطالعه قرار نگرفته است. با توجه به اهمیت این موضوع، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با علائم شخصیت مرزی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش توصیفی و از نوع همبستگی انجام گرفت. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه مردان ۱۸-۳۰ سال مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۳ به بخش روان پزشکی بیمارستان امام سجاد (ع) ناجا مراجعه کردند. با توجه به این که در مطالعاتی که حجم جامعه نامشخص و وسیع است برای انتخاب نمونه تعداد متغیرهای پیش‌بین مؤثر است؛ یعنی به ازای هر متغیر پیش‌بین باید ۳۰ نمونه انتخاب شود. در این مطالعه دو متغیر پیش‌بین وجود داشته که تعداد ۶۰ نمونه کفایت می‌کند؛ ولی با توجه به اینکه هر چه نمونه بالاتر باشد اعتبار نتایج بیشتر می‌شود نمونه پژوهش شامل ۹۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در این پژوهش شرکت کردند.

ابزارهای پژوهش:

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته: مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال شخصیت مرزی جهت تأیید تشخیص انجام گرفته توسط روان‌پزشک صورت پذیرفت [۱].

۲- مقیاس شخصیت مرزی (STB): این مقیاس به منظور سنجش الگوهای شخصیت مرزی ساخته شده است و شامل ۲۴ ماده می‌باشد که به صورت بله/خیر جواب داده می‌شود. سه زیر مقیاس ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابستگی تئیدی دارد. جکسون و همکاران ضریب اعتبار بازآزمایی این آزمون را $0/61$ گزارش کرده‌اند [۳۰]. رالینگز و همکاران ضریب آلفای $0/08$ را گزارش کرده‌اند [۳۱]. در تحقیقی که با نمونه بالینی بیماران شخصیت مرزی انجام گرفته، روایی افتراقی و سازه STB تأیید شده است [۳۲]. در ایران محمدزاده و همکاران ضریب اعتبار

در پژوهش حاضر دامنه سنی مجموع ۹۴ آزمودنی که در این مطالعه شرکت کردند، ۳۰-۱۸ سال و میانگین (\pm انحراف معیار) سن آن‌ها $(22/77 \pm 0/83)$ بود. جدول ۱ فراوانی و درصد آزمودنی‌های شرکت کننده در پژوهش را بر اساس وضعیت تحصیلی، وضعیت اشتغال و درآمد خانواده نشان می‌دهد. نتایج حاصل از کالموگروف اسمیرنوف نشان می‌دهد که متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. از طرفی استفاده از آزمون لون نشان می‌دهد که واریانس‌ها همگن می‌باشند. جدول ۲ ماتریس همبستگی مؤلفه‌های تحمل آشفتگی و علائم اختلال شخصیت مرزی (نامامیدی، تکانشگری و تجزیه‌ای/پارانویای وابسته به استرس) را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

درصد	فراوانی		
۵/۳۱	۵	ابتدایی	وضعیت تحصیلی
۵۱/۰۶	۴۸	راهنمایی	
۴۰/۴۲	۳۸	دبیرستان	
۳/۱	۳	کارشناسی	
۱۷/۰۳	۱۶	آزاد	وضعیت اشتغال
۷/۴۴	۷	بازنشسته	
۷۵/۵۳	۷۱	بیکار	
۲۶/۶	۲۵	کمتر از ۸۰۰ هزار تومان	درآمد خانواده
۸۵/۵	۵۵	۸۰۰ هزار تا ۱/۵ میلیون تومان	
۱۰/۶	۱۰	۱/۵ تا ۲ میلیون تومان	
۴/۴	۴	بیش از ۲ میلیون تومان	

نمونه ایرانی حمایت کرد ($GFI=0/94$, $RMSEA=0/90$). نتایج ضریب همبستگی ارتباط منفی معناداری را ($CFI=0/92$). بین شفقت به خود با افسردگی و ویژگی‌های شخصیتی به ویژه صفت روان رنجورخوبی آشکار کرد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه نیز در دامنه ۰/۶۱ برای همانندسازی بیش از حد تا ۰/۸۹ برای ذهن‌آگاهی گزارش شده است [۳۶].

روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش به این صورت بود که ابتدا از مراجعین به بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام سجاد (ع) که توسط روان‌پزشک، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده می‌شدند، مصاحبه بالینی ساختاریافته جهت تأیید تشخیص انجام گرفت. بعد از تأیید تشخیص داده شده، از آن‌ها خواسته شد تا پرسش‌نامه‌های تحمل آشفتگی، شفقت به خود و مقیاس شخصیت مرزی را تکمیل کنند. تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس نظر روان‌پزشک و مصاحبه بالینی ساختار یافته، تحصیلات حداقل سوم راهنمایی ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به مطالعه حاضر بود. معیارهای خروج نیز شامل موارد زیر بود: عدم همکاری در مطالعه و ابتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی و روان‌پریشی دیگر، اختلال دوقطبی و ناتوانی عقلی. در این پژوهش، تمام آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش آزادی کامل داشته و قبل از تکمیل پرسش‌نامه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش به آن‌ها توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود توسط کاربرد نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای شفقت به خود، عدم تحمل آشفتگی و خودجرمی

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. تحمل	۵/۲	۲/۵۴	۰/۴۴**	۰/۵۹**	۰/۱۷	۰/۶۸**	۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۴۴**	۰/۱۵	۰/۱۸
۲. ارزیابی	۱۴/۷۵	۴/۱۵	۰/۴۳**	۰/۴۸**	۰/۸۴**	۰/۳۲**	۰/۱۵	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۲۹**	۰/۳۳**
۳. تنظیم	۶/۷۶	۲/۵۷	۰/۳۶**	۰/۷۴**	۰/۱۹	۰/۲۹**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۴۱**
۴. جذب	۷/۰۸	۳/۴۵	۰/۷۱**	۰/۱۳	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۳
۵. عدم تحمل آشفتگی	۳۳/۸	۹/۵۷	۰/۲۰	۰/۲۹**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۳۷**
۶. نامامدی	۸/۱۸	۰/۹۷	۰/۷۰	۰/۲۵*	۰/۵۳**	۰/۲۵*	۰/۲۵*	۰/۲۵*	۰/۲۵*	۰/۲۵*	۰/۲۵*
۷. تکانشگری	۱۰/۷۶	۱/۰۷	۰/۴۵**	۰/۷۱**	۰/۷۱**	۰/۴۵**	۰/۴۵**	۰/۴۵**	۰/۴۵**	۰/۴۵**	۰/۴۵**
۸. تجزیه‌ای/پارانویای وابسته به استرس	۸/۵۶	۱/۰۷									
۹. شخصیت مرزی	۲۷/۶	۲/۴۴									

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ۲۰ درصد از کل واریانس علائم شخصیت مرزی به وسیله تحمل آشفتگی پیش‌بینی می‌شود. نسبت F هم نشان می‌دهد که مدل رگرسیون علائم شخصیت مرزی بر

جدول ۳ ماتریس همبستگی شفقت به خود و علائم اختلال شخصیت مرزی (نامیدی و تکانشگری، تجزیه‌ای/پارانویای وابسته به استرس) را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون علائم شخصیت مرزی بر اساس تحمل آشفتگی

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. مهربانی به خود	۱۱/۸۱	۵/۶۱											
۲. خود-قضاوتی	۱۷/۴۳	۳/۹۹	-۰/۱۶										
۳. وجه مشترک انسانی	۹/۷۸	۴/۰۶	۰/۶۸**	-۰/۰۱									
۴. انزوا	۱۳/۵۷	۳/۲۴	۰/۲۸	-۰/۱۸**	-۰/۲۱								
۵. ذهن آگاهی	۹/۵۷	۳/۷۹	۰/۲۱	۰/۶۳**	-۰/۱۲**	-۰/۱۶							
۶. همانندسازی افراطی	۱۳/۱۷	۳/۴۳	۰/۱۹	۰/۲۹**	۰/۲۱	-۰/۱۶	-۰/۴۷**						
۷. شفقت به خود	۶۳/۸۰	۱۳/۲۵	۰/۱۰	-۰/۴۹**	-۰/۲۷**	-۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۲۶	۰/۱۴				
۸. نامیدی	۸/۱۸	۰/۹۷	۰/۰۷	۰/۲۵*	۰/۰۷	۰/۵۳**							
۹. تکانشگری	۱۰/۷۶	۱/۲۷	۰/۴۵**	۰/۷۲**									
۱۰. تجزیه‌ای/پارانویای وابسته به استرس	۸/۶۵	۱/۰۷											
۱۱. شخصیت مرزی	۲۷/۶	۲/۴۴											

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون علائم شخصیت مرزی بر اساس تحمل آشفتگی

متغیر پیش‌بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SE.B	T	P	آماره‌های هم خطی تحمل	VIF
مقدار ثابت	۰/۴۴	۰/۲۰	۵/۴۴	۰/۰۰۱	۲۱/۲۸	۱/۰۷	۱۹/۷۶	۰/۰۰		
تحمل					-۰/۰۳	۰/۱۲	-۰/۲۷	۰/۷۹	۰/۶۷	۱/۴۸
ارزیابی					-۰/۰۶	۰/۰۶	-۰/۱۲	۰/۳۲	۰/۶۱	۱/۶۴
جذب					-۰/۱۴	۰/۱۳	-۰/۱۲	۰/۲۸	۰/۶۹	۱/۴۴
تنظیم					-۰/۴۱	۰/۱۶	-۰/۳۱	۰/۰۱*	۰/۶۱	۱/۶۳

هستند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تحمل آشفتگی و شفقت به خود با علائم شخصیت مرزی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که نمره کلی تحمل آشفتگی و مؤلفه‌های تنظیم و ارزیابی به طور منفی با علائم شخصیت مرزی رابطه دارند. نتایج تحلیل رگرسیون هم آشکار کرد که ۲۰ درصد از کل واریانس علائم شخصیت مرزی به وسیله

اساس تحمل آشفتگی معنی دار است ($F=5/44; P<0/001$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین مؤلفه‌های تحمل آشفتگی فقط t حاصل از تنظیم ($t=-2/58; P<0/001$) در پیش‌بینی علائم شخصیت مرزی افراد مبتلا به شخصیت مرزی از لحاظ آماری معنی دار است، یعنی فقط این دو مؤلفه به صورت معنی دار این علائم را پیش‌بینی کنند.

جدول ۵ نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از کل واریانس علائم شخصیت مرزی به وسیله شفقت به خود پیش‌بینی می‌شود. نسبت F هم نشان می‌دهد که مدل رگرسیون علائم شخصیت مرزی بر

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون علائم شخصیت مرزی بر اساس شفقت به خود

متغیر پیش‌بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SE.B	□	T	P	آماره‌های هم خطی	VIF
مقدار ثابت	۰/۶۳	۰/۴۰	۹/۶۰	۰/۰۰۱	۸/۹۹	۲/۲۷		۳/۹۷	۰/۰۰		
مهربانی به خود	-۰/۱۶				-۰/۱۶	۰/۰۸	-۰/۲۸	-۲/۰۵	۰/۰۴*	۰/۳۷	۲/۷۱
خودداوری	۰/۲۷				۰/۲۷	۰/۱۰	۰/۲۷	۲/۶۸	۰/۰۰**	۰/۶۸	۱/۴۸
وجه مشترک انسانی	-۰/۰۶				-۰/۰۶	۰/۰۹	-۰/۰۸	-۰/۶۳	۰/۵۳	۰/۳۸	۲/۶۴
انزوا	۰/۳۴				۰/۳۴	۰/۱۱	۰/۲۹	۳/۱۵	۰/۰۰**	۰/۸۴	۱/۲۰
ذهن آگاهی	۰/۰۱				۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۴۲	۲/۳۹
هماندسازی	-۰/۳۰				-۰/۳۰	۰/۰۷	-۰/۰۴	-۰/۵۱	۰/۶۱	۰/۸۹	۱/۱۳

تحمل آشفتگی پیش‌بینی می‌شود. نتایج این مطالعه با مطالعات بورنووالوا^۱ و همکاران [۱۲]، لاپوزا^۲ و همکاران [۱۳] مارشال-برنز^۳ و همکاران [۱۴] لینهان^۴ [۱۵] و فان اوردن^۵ [۱۶] همسو است. مطابق نتایج این پژوهش افراد مبتلا به شخصیت مرزی که توانایی تحمل بالایی در برابر تجربه آشفتگی داشته و به راحتی می‌توانند احساسات آشفتگی و درماندگی خود را ارزیابی و تنظیم نمایند به احتمال کمتری به هنگام تجربه هیجانات منفی مثل تنش، اضطراب، سرزنش کردن خود و یا حل کردن مشکلات بین فردی، علائم

اساس دلسوزی به خود معنی دار است ($F=8/99; P<0/001$). به این معنی که مدل رگرسیون مورد نظر از لحاظ آماری معنی دار است. نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های شفقت به خود فقط t حاصل از مهربانی به خود ($t=-2/05; P<0/04$) خودداوری ($t=2/68; P<0/001$)، و انزوا ($t=3/15; P<0/001$) معنی دار می‌باشد. یعنی فقط این سه مؤلفه به صورت معنی دار علائم شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کنند. آماره‌های هم خطی هم نشان می‌دهند که متغیرهای پیش‌بین به صورت خطی مستقل از هم

از سوی دیگر، افرادی که در زمان تجربه شرایط ناگوار خود را منزوی و جدای از دیگران می‌دانند؛ وجود، شکست‌ها و هیجان‌های خود را شرم‌آور می‌دانند و اغلب سعی می‌کنند خود واقعی خود را مخفی کنند. این افراد احساس می‌کنند تنها آن‌ها با بی‌کفایتی‌ها یا شکست‌ها دست و پنجه نرم می‌کنند. در نتیجه افرادی که خودداوری بالایی دارند و خود را منزوی می‌دانند و افسردگی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند [۱۹ و ۱۸]. بر همین اساس افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با رویدادهای دردناک آگاهانه و با مهربانی برخورد نمی‌کنند، به خودداوری و سرزنش خود می‌پردازند و خودشان را تنها فردی می‌دانند که تا این حد از مشکلات رنج می‌برند.

در مجموع، اختلال شخصیت مرزی، به‌عنوان یکی از اختلالات شخصیتی شدید، به طور بالقوه با پیامدهای شدیدی همراه است. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در افراد مبتلا به شخصیت مرزی تحمل آشفتگی و شفقت به خود پایین با علائم شخصیت مرزی ارتباط دارد. به همین منظور مداخلات مؤثرتری لازم است تا این متغیرها را در بافت درمان در نظر بگیرد. مطالعات نشان داده است که درمان‌های موج سوم شناختی- رفتاری (مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت) سطح تحمل آشفتگی را در بیماران بالا می‌برند و شفقت به خود و نگرشی غیرقضاوتی را در آن‌ها پرورش می‌دهند [۲۷ و ۱۰]. این یافته‌ها با نتایج تحقیق حاضر نیز همخوانی دارد. به همین دلیل، پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی اثربخشی این مداخلات را با نقش میانجی تحمل آشفتگی و شفقت به خود بررسی کنند. منحصراً بودن مطالعه حاضر به آزمودنی‌های سرپایی و مرد، روش نمونه‌گیری در دسترس و استفاده از طرح تحقیق همبستگی که امکان استخراج نتایج علی را فراهم نمی‌کند از محدودیت‌های اصلی این پژوهش بود. مطالعات بعدی می‌تواند محدودیت‌های این مطالعه را نیز مد نظر قرار دهد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیریت محترم بیمارستان امام سجاد (ع) ناجای تهران و کارکنان بخش روان‌پزشکی آن به خاطر همکاری ارزشمند آن‌ها در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

شخصیت مرزی (ناممیدی، تکانشگری و تجزیه‌ای/پارانویای وابسته به استرس) را تجربه می‌کنند. نتایج این مطالعه مزایای بالینی نیز در بر دارد و به طور خاص یافته‌های این پژوهش از پرداختن به مشکلات مربوط به تحمل آشفتگی در رفتاردرمانی دیالکتیک حمایت می‌کند.

در ارتباط با رابطه شفقت به خود و علائم شخصیت مرزی، ضرایب همبستگی نشان داد که علائم شخصیت مرزی با نمره کلی شفقت به خود و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و مهربانی به خود و وجه مشترک انسانی رابطه منفی ولی با خودداوری و انزوا رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون هم نشان داد که ۴۰ درصد از واریانس علائم شخصیت مرزی را دلسوزی به خود پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با نتایج مطالعات گرم^۱ [۲۱]، رائس^۲ [۲۲]، گیلبرت^۳ [۲۴]، آکین^۴ [۲۵]، نف و همکاران [۲۶]، مک‌بث^۵ [۲۷]، بشرپور و همکاران [۲۸] و ریورا^۶ [۲۸] که نشان داده‌اند شفقت به خود نقش مهمی در آسیب‌شناسی روانی و بهزیستی روان‌شناختی ایفا می‌کند، همسو است. نتایج این مطالعه نشان داد که شفقت به خود بالا با علائم شخصیت مرزی کمتر همراه است. همچنین، این یافته‌ها با نتایج تحقیقات نف [۲۳ و ۱۹]، که نشان داد شفقت به خود می‌تواند به عنوان راهبرد تنظیم هیجانی در نظر گرفته شود که در آن احساس‌های منفی با آگاهی و مهربانی نگریسته می‌شود و حسی از تجربه مشترک بشری را در فرد پدید می‌آورد، همسو است. افرادی که از شفقت به خود بالایی برخوردار هستند زمانی که رویدادهای منفی را تجربه می‌کنند، نسبت به خود مهربان هستند و کمتر به قضاوت منفی در مورد خود می‌پردازند، آن‌ها تجربه این رویدادها را تجربه مشترک بشری می‌دانند و خود را جدای از دیگران نمی‌دانند. همچنین افرادی که شفقت به خود بالایی دارند در برابر رویدادهای منفی، ذهن‌آگاه هستند و خود را با افکار، احساس‌ها، رفتارها و حس‌های بدنی ناشی از رویدادهای منفی همسان نمی‌دانند و با آن‌ها همانندسازی افراطی نمی‌کنند [۱۸]. افرادی که خودداوری بالایی دارند، نسبت به خود به گونه خصمانه، پرتوقع و انتقادگر رفتار می‌کنند. همچنین این افراد احساس‌ها، افکار، تکانه‌ها، اعمال و ارزش خود را رد می‌کنند. خودداوری یکی از منابع اصلی رنج است.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. 2013.
2. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nor J Psychi* 2005; 59(5): 319–324.
3. Stone MH, Stone DK, Hurt SW. Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychi Clinics North Ame* 1987; 10: 185–206.
4. Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Wadman BE. Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *Ame J Psychi*, 1988; 145: 1424–1427.
5. Runeson B, Beskow J. Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J Nerv Men Dis* 1991; 179(3): 153–156.
6. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Euro Arch Psychi Clin Neuro* 2006; 256(1): 17–27.
7. Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. *British J Psychi*, 1993; 162: 299–313.
8. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res* 2001;35(6):307-12.
9. Basharpour S, Tolo Mehmandoostolya A, Nari-mani M, Atadokht A. Relation of emotion processing styles and alexithymia with symptoms of borderline personality disorder. *J Babol Univ Med Sci* 2014;16(7): 55-62.
10. Morton J, Snowdon Sh, Gopold M, Guymmer E. Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice* 19 (2012) 527-544.
11. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Cur Dire Psycho Sci* 2010; 19(6): 406–10.
12. Bornovalova MA, Gratz KL, Daughters SB, Hunt ED, CW, Lejuez CW. Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug Alcohol Depen* 2012; 122: 70-76.
13. Laposa J M, Collimore K C, Hawley L L, Rector N A. Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders* 33 (2015) 8–14.
14. Marshall-Berenz E C, Vujanovic A A, MacPherson L. Impulsivity and alcohol use coping motives in a trauma-exposed sample: The mediating role of distress tolerance. *Personality and Individual Differences* 50 (2011) 588–592.
15. Linehan MM, Heard HL. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives*. New York: Guilford Press; 1992. p. 248-67.
16. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 2010; 117: 575–600.
17. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non clinical sample. *Mindful* 2011; 2: 33–36.
18. Barnard LK, Curry JF. Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Rev Gen Psycho*. 2011; 15(4): 289–303.
19. Neff KD. Self-compassion: an Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity* 2003; 2(2): 85–102.
20. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hseih Y. Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *J Cross-Cultural Psycho* 2008; 39: 267–285.
21. Germer CK. *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: Guilford Press. 2009.
22. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Perso Indivi Dif* 2010; 48: 757–761.
23. Neff KD, Kirkpatrick K, Rude SS. Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *J Res Perso* 2007; 41: 139–154.
24. Gilbert P. Compassion and cruelty: a bio psychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp: 9–74). London: Routledge, 2005.
25. Akin A, Akin U. Self-compassion as a predictor of social safeness in Turkish university students. *Rev Latinoam Psicol*. 2015;47(1):43-49.
26. Neff KD, Hseih Y, Dejithirat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Iden* 2005; 4: 263-287.
27. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psycho Rev* 2012; 32: 545–552.
28. Basharpour S, Atadokht A, Khosravinia D, Nari-mani M. (2014). Evaluating treatment motivation based on cognitive self-Control and self-Compassion in People with Substance Dependence. *Journal of Gulian university of medical science*, 2014; 23(92): 42-52.
29. Rivera AC. Mindfulness and self-compassion in relation to Borderline Personality Disorder. *AL-LIANT INTERNATIONAL UNIVERSITY*, 2013, 108 pages; 3591048.
30. Jackson M, Claridge G. Reliability and validity of a

- psychotic trait questionnaire [STQ]. Br J Clin Psychol 1991; 30(4):311-23.
31. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the schizotypal personality scale [STA] and the borderline personality scale [STB]. Pers Individ Dif 2001;31(3):409-19.
32. Shankar R. Borderline personality disorder and the psychosis spectrum: A personality and divided visual field study. Oxford University; 1998. [Dissertation]
33. Mohammadzadeh A, Goodarzi MA, Taghavi MR, Mollazadeh M. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale in Shiraz university students. J Fundam Mental Health 2005;27(7):75-89. [in Persian]
34. Simons J, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Moti Emo 2005; 29(2): 83-102.
35. Neff KD. Self-compassion: an Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. Self and Identity 2003; 2(2): 85-102.
36. Basharpour S. Psychometrics characteristics of the Persian version of self-compassion in university students. J res psycho health, 2013; 2(26): 66-75.