



Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Stress-Based Mindfulness on High-Risk Sexual Behaviors in Individuals with Borderline Personality Disorder

Houshian N¹, Akbari B^{2*}, Kiamarsi A³

1- Ph.D. Student, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Corresponding author: Akbari B, Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Email: kbari44@yahoo.com

Received: 2024/11/22

Accepted: 2025/02/16

Abstract

Introduction: Borderline personality disorder is one of the most complex and challenging mental disorders, characterized by severe mood swings, difficulties in interpersonal relationships, and unstable patterns of self-perception. The present study aimed to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and stress-based mindfulness on high-risk sexual behaviors in individuals with borderline personality disorder.

Methods: The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test design with a control group and a three-month follow-up period. The statistical population consisted of 92 women with borderline personality disorder who referred to Bahar and Avay No counseling and psychotherapy centers in Rasht in the first six months of 2024 in Rasht. 45 eligible individuals were selected based on inclusion and exclusion criteria and through purposive sampling and were randomly assigned to two experimental groups and a control group. The data collection tools were the Sexual Risk Behavior Questionnaire (Zarei et al., 2010) and the Borderline Personality Disorder Questionnaire (Leishnering, 1999) and a structured clinical interview. Both experimental and control groups were pre-tested using the research tools. Then, stress-based mindfulness intervention (Kabat-Zinn, 2009) for 8 sessions and dialectical behavior therapy (Linehan, 1993) for 10 sessions were implemented for their respective experimental groups, but the control group was placed on a waiting list. At the end of the interventions, both experimental and control groups were post-tested using the research instrument. Three months later, a follow-up test was administered to both experimental and control groups. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test.

Results: The findings showed that both treatments (dialectical behavior therapy and stress-based mindfulness) were effective in reducing risky sexual behaviors, and this effect persisted into the follow-up period ($P < 0.05$), however, no significant difference was observed between the two treatment approaches. In general, it seems that both treatments are useful and applicable for individuals with borderline personality disorder.

Conclusions: Dialectical behavior therapy and stress-based mindfulness have been shown to be significantly effective in improving risky sexual behaviors in individuals with borderline personality disorder. Therefore, specialists, researchers, and therapists in this field can use these interventions as effective options in these individuals.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Stress-based mindfulness, High-risk sexual behaviors, Borderline personality.



مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر رفتارهای پرخطر جنسی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

نگین هوشیان^۱، بهمن اکبری^{۲*}، آذر کیامرثی^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۲-استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

نویسنده مسئول: بهمن اکبری، استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
ایمیل: Bakbari44@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۲

چکیده

مقدمه: اختلال شخصیت مرزی، یکی از پیچیده‌ترین و چالش‌برانگیزترین اختلالات روانی است که با نوسانات شدید خلق و خو، مشکلات در روابط بین فردی و الگوهای ناپایدار خودشناسی مشخص می‌شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر رفتارهای پرخطر جنسی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی بهار و آوای نو شهر رشت در شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ در شهر رشت به تعداد ۹۲ نفر بودند. ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط براساس معیارهای ورود و خروج و به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه تخصیص یافتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی (زارعی و همکاران، ۱۳۸۹) و پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (لیشنرینگ، ۱۹۹۹) و مصاحبه بالینی ساختاریافته بود. هر دو گروه آزمایش و گروه گواه، با استفاده از ابزار پژوهش مورد پیش آزمون قرار گرفتند. سپس مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر استرس (کابات‌زین، ۲۰۰۹) به مدت ۸ جلسه و رفتار درمانی دیالکتیک (لینهان، ۱۹۹۳) به مدت ۱۰ جلسه برای گروه‌های آزمایش مختص خود، اجرا شد اما گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت. در پایان مداخلات هر دو گروه آزمایش و گروه گواه، با استفاده از ابزار پژوهش مورد پیش آزمون قرار گرفتند. سه ماه بعد، آزمون پیگیری از هر دو گروه آزمایش و گروه گواه بعمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان (رفتار درمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس) بر کاهش رفتارهای پرخطر جنسی موثر بوده که این تاثیر تا دوره پیگیری هم دوام داشته است ($P < 0/05$)، با این حال تفاوت معناداری بین دو رویکرد درمانی دیده نشد. به طور کلی به نظر می‌رسد هر دو درمان برای افراد با اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده و کاربردی است.

نتیجه گیری: رفتار درمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس از اثربخشی قابل توجهی در جهت بهبود رفتارهای پرخطر جنسی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی برخوردار است. از این رو متخصصین، پژوهشگران و درمانگران این حوزه می‌توانند از این مداخلات به عنوان گزینه‌های موثر در این افراد استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانی دیالکتیک، ذهن آگاهی مبتنی بر استرس، رفتارهای پرخطر جنسی، شخصیت مرزی.

اختلال شخصیت مرزی، یکی از پیچیده‌ترین و چالش‌برانگیزترین اختلالات روانی است که با نوسانات شدید خلق و خو، مشکلات در روابط بین فردی و الگوهای ناپایدار خودشناسی مشخص می‌شود (۱). اختلال شخصیت مرزی اختلال شخصیتی است که در ۳۰ سال گذشته بیشترین رشد را داشته است و با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت مشخص می‌شود (۲). حدود ۲ درصد از جمعیت عمومی، ۱۰ درصد از بیماران روانپزشکی سرپایی و ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سایر اختلالات شخصیت، از این بیماری رنج می‌برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی‌ها یا تجارب تفرقی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آنها گزارش شده است. خودکشی و تلاش برای آسیب زدن به خود، شاخص اصلی این اختلال است. ۷۰ تا ۷۵ درصد این بیماران، سابقه حداقل یک مرتبه آسیب به خود را دارند. این اعمال، از خراش‌های جزئی، کوبیدن سر به دیوار، سوزاندن با سیگار، تا دوزهای بالای دارو، خودزنی با چاقو و خفه شدن گسترده اند (۳). برآورد میزان مرگ در اثر خودکشی بین ۸ تا ۱۰ درصد بیماران بستری گزارش شده است. سیر بیماری عموماً در جهت بی‌ثباتی مزمن در اوایل بزرگسالی است. تخریب حاصل از این اختلال رایج و شدید است؛ از دست دادن‌های مکرر شغل، تحصیل از هم گسیخته، ازدواج از هم گسسته، از جمله این موارد هستند (۴). اکثر مطالعات نشان داده‌اند که اختلالات خلقی در بین بیماران مرزی شیوع بالایی دارد. این اختلال باعث می‌شود فرد نتواند در خود احساس راحتی کند، منجر به مشکل در کنترل تکانه‌ها و احساسات می‌شود. این اختلال همچنین مشکلاتی در ارتباط با افراد دیگر ایجاد می‌کند. افراد مبتلا به این اختلال سطح بالایی از عصبانیت و پریشانی را تجربه می‌کنند. آنها به راحتی از کارهایی که دیگران انجام می‌دهند یا حرفهایی که می‌گویند رنجیده می‌شوند. این افراد افکار و عقاید دردناکی در مورد خود و سایرین پیدا می‌کنند که این امر می‌تواند باعث پریشانی در زندگی شغلی، خانوادگی و اجتماعی آنها شود و باعث شود به خود آسیب بزنند. افراد دارای این اختلال رفتارهای تکانشی و خودتخریبی و آسیب به خود زیاد دارند. عصبانیت‌های انفجاری این افراد همیشه برای خود و دیگران آسیب‌زا بوده است (۵). رفتارهای پرخطر جنسی یکی دیگر از علایم اختلال شخصیت مرزی می‌باشد که

فرد در ارتباطات خود مرزبندی مشخصی ندارد و دست به رفتارهای پرخطری در این زمینه می‌زند (۶). رفتار پرخطر جنسی به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال پیامدهای ناخواسته فعالیت جنسی (به عنوان مثال بیماری‌های مقاربتی) را افزایش می‌دهد و عبارتند از: استفاده ناکافی از موانع محافظتی، برخورد‌های جنسی تحت تاثیر الکل و مواد مخدر و شرکای جنسی متعدد (۷). رفتارهای پرخطر جنسی علاوه بر بیماری‌های مقاربتی و عفونت می‌تواند منجر به پیامدهایی مانند بارداری ناخواسته، ناباروری و بیماری التهابی لگن در دازمت شود (۸). رفتارهای پرخطر جنسی سلامت فرد را مورد تهدید قرار داده و به دو دسته تقسیم می‌شوند: دسته اول شامل رفتارهایی می‌شوند که بروز آنها سلامت خود فرد را به خطر می‌اندازد و گروه دوم رفتارهایی که سلامت و تندرستی دیگر افراد جامعه را تهدید می‌کند و بر این اساس شیوع این رفتارها در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر است. آنچه حائز اهمیت است این مساله است که انجمن روانپزشکی آمریکا درمان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی را چالش برانگیز دانسته اند (۹). با این حال شناسایی درمان‌های موثر برای این دسته از افراد ضروری به نظر می‌رسد.

یکی از مداخلات موثر در زمینه اختلالات، رفتاردرمانی دیالکتیک است. Linehan این نوع درمان را برای کمک به بیماران مرزی ابداع کرده است. درمان بیمارانی که ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را به طور کامل دریافت می‌کنند، به صورت بستری بیمارستانی، هم‌گرا تمام می‌شود و هم بسیار وسیع است (حدود ۴۰ درصد از خدمات روان پزشکی سطح بالای آمریکا)؛ لذا رفتاردرمانی دیالکتیک در ابتدا به عنوان یک برنامه درمانی سرپایی برای آن دسته از بیماران مرزی در نظر گرفته شد که به گونه‌ای، خودکشی گرا بودند (۱۰). در واقع، رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسئله شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند. درمان دیالکتیک جزو درمان‌های شناختی-رفتاری می‌باشد و بی‌ثباتی عاطفی و تکانشگری را هدف قرار داده است (۱۱). طبق تحقیقات انجام شده، رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش تلاش خودکشی، افسردگی، افزایش کنترل خشم پیش از رخداد و کاهش خودآسیبی به کار رفته و نقش داشته است (۱۲). Jamshidi و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به بررسی «تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر

رضایت زناشویی و تنظیم هیجانی و تاب آوری زنان متقاضی طلاق در شهر تهران» پرداختند. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد، در هر سه متغیر رضایت زناشویی و تنظیم هیجانی و تاب آوری بین پیش آزمون و پس آزمون، همچنین بین پیگیری و پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (۱۳). Assmann و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی پرداخته و نشان دادند که این نوع از درمان برای این دسته از بیماران می تواند مثرتر واقع شود (۱۴). Smith و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان با اختلالات شدید هیجانی شده بود (۱۵). Euler و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیق خود با عنوان «آموزش مهارتهای رفتاردرمانی دیالکتیک بر مکانیسم های دفاعی در اختلال شخصیت مرزی: رویکرد یکپارچه مکانیسم ها در روان درمانی» نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک یک درمان موثر بر مکانیسم های دفاعی بوده و از آن طریق توجه فرد به تکانه ها را افزایش داده و از خطر انجام رفتارهای پرخطر می کاهد (۱۶).

گرچه این درمان برای کمک به بیماران مرزی به کار رفته است، با این حال ممکن است درمان های دیگر نیز به اندازه این درمان موثر واقع شوند. از دیگر درمان های روان شناختی که می تواند بر مشکلات ناشی از اختلال شخصیت مرزی تاثیر مثبت داشته باشد، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس است (۱۷). ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی بوده و روشی موثر برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد است. حضور ذهن به این معنی است که شخص آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف کند. زمانی که فرد، در حال حاضر حضور داشته باشد واقعیت را با تمام جنبه های درونی و بیرونی اش می بیند و درمی یابد که ذهن به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می دهد دائماً در حال نشخوار و گفتگوی درونی است (۱۸). برخی پژوهش ها از اثربخشی این نوع درمان نیز در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت کرده اند (۱۹). Shabani و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به بررسی «اثربخشی گروهی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش

استرس بر تاب آوری و رفتارهای پرخطر دانش آموزان دارای تجربه آسیب به خود در شهرستان راز و جرگلان» پرداختند. نتایج به دست آمده تاثیر آموزش ذهن آگاهی را بر افزایش تاب آوری و کاهش رفتارهای پرخطر و مولفه های آنها در گروه آزمایشی را تایید می کند (۲۰). Falah و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به بررسی «مقایسه اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی» پرداختند. هر دو شیوه مداخله بر بهبود متغیر های تحمل پریشانی و رفتارهای پرخطر تاثیرگذار بود و اثر آن در طول زمان نیز ثابت باقی مانده است (۲۱). Hosseinzhad hallaji و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش به بررسی اثربخشی مداخله ذهن آگاهی در سکس تراپی بر هیجان خواهی جنسی، روابط فرا زناشویی و سرخوردگی زناشویی زوجین دارای روابط فرا زناشویی پرداختند. نتایج نشان داد که مداخله ذهن آگاهی در سکس تراپی می تواند به طور معناداری موجب کاهش هیجان خواهی جنسی، روابط فرا زناشویی و سرخوردگی زناشویی زوجین گردد و این نتایج در مرحله پیگیری پایدار بود. در واقع مداخله ذهن آگاهی موجب کاهش رفتارهای پرخطر جنسی در زوجین گردید (۲۲). Hosseinian & Nooripour (۲۰۱۹) به این نتیجه رسیدند که درمان ذهن آگاهی یک درمان موثر در جهت کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش تاب آوری در افراد است (۲۳).

ضرورت مطالعه حاضر از چندین جنبه قابل توجه است. اختلال شخصیت مرزی یکی از چالش برانگیزترین اختلالات روانشناختی است که با نوسانات شدید عاطفی، مشکلات بین فردی و رفتارهای خودآسیب رسان همراه است (۲۴). در میان ویژگی های مرتبط با این اختلال، رفتارهای پرخطر، که شامل استفاده ناکافی از موانع محافظتی، برخوردهای جنسی تحت تاثیر الکل و مواد مخدر و شرکای جنسی متعدد است، نقش مهمی در شدت و پایداری علائم دارد (۷). با این حال، درمان های روانشناختی موجود برای این افراد، به ویژه در مورد جنبه های خاصی نظیر رفتارهای پرخطر، محدودیت هایی دارند. این مسئله نیاز به مداخلاتی هدفمند و مبتنی بر شواهد را بیش از پیش آشکار می کند. شکاف پژوهشی اصلی در این حوزه، فقدان مطالعات مقایسه ای درباره تاثیر روش های درمانی مختلف بر کاهش رفتارهای پرخطر در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی بهار و آوای نو شهر رشت در شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ در شهر رشت به تعداد ۹۲ نفر بودند. تعداد ۴۵ نفر از جامعه موردنظر به شیوه هدفمند انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. معیارهای ورود به مطالعه در این پژوهش عبارت بودند از: تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی در آزمودنی‌ها براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و کسب نمره ۱۰ و بالاتر در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (۲۵)، تمایل به حضور در مداخله، توانایی صحبت کردن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، توانایی حضور منظم در جلسات درمانی و معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ابتلا به بیماری جسمی و روانی خاص، مصرف مواد یا الکل، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، غیبت بیش از دو جلسه، عدم شرکت در مرحله پیگیری. با توجه به روش پژوهش، ابتدا مجوزهای لازم و تاییدیه اخلاقی کسب شد، سپس تمامی شرکت‌کنندگان به ابزار پژوهش پاسخ دادند و پس از آن گروه آزمایش اول به مدت ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۲ ماه و نیم (رفتاردرمانی دیالکتیک) و گروه آزمایش دوم به مدت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۲ ماه (درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس) را دریافت کردند اما گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. در پایان مداخلات، از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد. پس از گذشت ۳ ماه، جهت پیگیری نتایج و اثربخشی مداخلات، مجدداً از تمامی آزمودنی‌های هر سه گروه درخواست شد تا به پرسش‌نامه پژوهش پاسخ دهند. برای تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی، از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی در بخش کمی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد.

ابزارها

پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی: توسط Leichsenring (۱۹۹۹) و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده و به صورت بلی / خیر جواب داده می‌شود (۲۵). این مقیاس در اصل دارای ۵۳ آیتم است که براساس مفهوم کرنبرگ از سازمان بندی شخصیت مرزی ساخته شده است. دو سؤال آخر این مقیاس در هیچ یک از طبقات عاملی یا سایر طبقات

است. رفتار درمانی دیالکتیک به‌عنوان یکی از مداخلات شناخته‌شده در درمان اختلال شخصیت مرزی، به تنظیم هیجانی، بهبود روابط بین‌فردی و کاهش رفتارهای پرخطر کمک می‌کند. از سوی دیگر، ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با تمرکز بر آگاهی لحظه‌به‌لحظه و پذیرش بدون قضاوت، می‌تواند حساسیت هیجانی و خودانتقادی را کاهش دهد. با این حال، پژوهش‌های موجود بیشتر به اثربخشی کلی این روش‌ها پرداخته‌اند و تأثیرات خاص آن‌ها بر جنبه‌های رفتاری همچون رفتارهای پرخطر جنسی کمتر بررسی شده است. نوآوری این مطالعه در دو جنبه اصلی نهفته است. نخست، این پژوهش برای اولین بار به‌طور خاص به مقایسه اثربخشی دو مداخله رفتار درمانی دیالکتیک و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر رفتارهای پرخطر جنسی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌پردازد و پاسخی به شکاف پژوهشی موجود ارائه می‌دهد. دوم، تمرکز بر رفتارهای پرخطر جنسی به‌عنوان یک جنبه کلیدی و کمتر مورد توجه قرار گرفته از اختلال شخصیت مرزی، می‌تواند راه‌گشای درک عمیق‌تر از مکانیسم‌های روانشناختی این اختلال باشد و همچنین مداخلات درمانی آینده را هدفمندتر سازد. نتایج این مطالعه می‌تواند به توسعه راهکارهای درمانی دقیق‌تر و مؤثرتر برای جمعیتی که اغلب به دلیل پیچیدگی علائم‌شان به‌درستی پاسخ درمانی دریافت نمی‌کنند، کمک کند. با توجه به اینکه رفتاردرمانی دیالکتیک برای کمک به بیماران مرزی ابداع شد و دارای نتایج مثبتی در این حوزه است همواره مورد توجه بوده در حالی که همانگونه که ذکر شد پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی نیز هست. تعدد مداخلات در یک حوزه می‌تواند برای درمانگران آشفته‌گی فکری ایجاد نماید لذا مقایسه آنها با یکدیگر به افراد متخصص این امکان را می‌دهد که بهترین و قوی‌ترین رویکرد را انتخاب نمایند. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش بود که آیا بین اثربخشی، رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن‌آگاهی مبتنی بر استرس بر رفتارهای پرخطر جنسی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

Zarie و همکاران در سال ۱۳۸۹ ساخته شده و مشتمل بر ۹ سوال در زمینه ارتباط نامشروع و نایمن با جنس مخالف است. پاسخ های پرسشنامه به صورت چندگزینه ای تنظیم شده اند. نمره گذاری سؤال ۱ از ۰ تا ۱ و سؤالات ۲ تا ۷ از ۰ تا ۴ صورت می گیرد. نمره گذاری سؤالات ۸ و ۹ از نمره ۰ (هرگز) تا نمره ۳ (همیشه) انجام می شوند. نمره بالاتر نشان دهنده میزان بیشتر رفتار پرخطر ارتباط با جنس مخالف است. برای مشخص کردن روایی محتوایی پرسشنامه بعد از تنظیم سؤالات براساس پیشینه موجود، از ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاهها و دانشجویان دکتری خواسته شد تا سؤالات را از نظر محتوایی بررسی و ضمن مشخص کردن موارد مبهم و نامأنوس، آنها را اصلاح کنند. همچنین ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۶۸ به دست آمد (۲۷) در این پژوهش نمره آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۷۳ برآورد شد.

مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر استرس: در این پژوهش، ذهن آگاهی مبتنی بر استرس شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود که براساس پروتکل تدوین شده براساس مدل درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (۲۸) به صورت هفته ای یک بار برای افراد اجرا شد.

این مقیاس قرار نمی گیرند، به همین دلیل در نسخه ایرانی حذف شده است. این مقیاس دارای خرده مقیاس های آشفتگی هویتی، مکانیزم های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی و ترس از صمیمیت است. همچنین تعداد ۲۰ سوال از این مقیاس، بعنوان عامل تشخیصی برای وجود علائم شخصیت مرزی مشخص شده اند که کسب نمره ۱۰ و بالاتر نشان دهنده احتمال بالای فرد به اختلال شخصیت مرزی است. (Leichsenring (۱۹۹۹) در پژوهش خود نشان داد همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این آزمون در حد رضایت بخشی قرار دارد؛ به شکلی که آلفای کرونباخ مؤلفه های این آزمون در دامنه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ بود. همچنین میزان همبستگی بازآزمایی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ بدست آمد. در پژوهش Mohammadzadeh & Rezaie (۲۰۱۲) روایی و پایایی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دونیمه سازی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای مؤلفه های اختلال شخصیت مرزی از ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ بود (۲۶).

پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی: این پرسشنامه توسط

جدول ۱: محتوای جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر استرس

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	مرور موافقت و رهنمودهای شرکت در برنامه، معرفی کوتاه برنامه به وسیله درمان گر، گفتگو درمورد نگرشی که تمرین مراقبه بر مبنای آن ساخته شده، مورد بحث قرار دادن هفت مؤلفه توجه آگاهی. معرفی شرکت کنندگان، بیان هدف و انتظارات خود از حضور در برنامه، صحبت از چند مورد از ویژگی های مثبت خود برای دیگران، تمرین خوردن کشمش، گرفتن بازخورد و بحث در مورد تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدن، گرفتن بازخورد و بحث در مورد تمرین واریسی بدن
جلسه دوم	تمرین واریسی بدن، مرور تمرین خانگی، تقویم رویدادهای خوشایند، معرفی مراقبه نشسته همراه با توجه آگاهی از تنفس به عنوان هدف اولیه توجه
جلسه سوم	مراقبه نشسته با تمرکز بر آگاهی نسبت به تنفس و بدن، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی شامل واریسی بدن، مراقبه های نشسته روزانه، توجه آگاهی از فعالیتهای روزمره و تقویم رویدادهای خوشایند، پیاده روی با توجه آگاهی و مرور آن، تقویم رویدادهای ناخوشایند
جلسه چهارم	مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس، حس های بدنی، صداها و افکار، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی شامل واریسی بدن، نگرش و احساس شرکت کنندگان و نکاتی که یاد گرفته اند، اکتشاف با گروه: استرس چیست؟ و چگونه بر ذهن، بدن و تنفس (روانی و جسمانی) اثر می گذارد؟ بحث راجع به تقویم رویدادهای ناخوشایند
جلسه پنجم	مراقبه نشسته هدایت شده، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، خواندن شعر مولوی مهمان خانه، بحث در مورد مشاهداتی که افراد از واکنش به رویدادهای استرس زا در هفته قبل داشتند، بحث درباره تغییرات زندگی و ارتباط آنها با سلامتی، بحث درباره پیاده روی همراه با توجه آگاهی، تمام کردن جلسه با یک مراقبه نشسته کوتاه
جلسه ششم	مراقبه کوتاه: تجسم کوه برای مراقبه، مراقبه دریاچه، مرور تمرین، مرور تمرین خانگی، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه های جایگزین، یک مراقبه نشسته کوتاه
جلسه هفتم	صحبت در مورد آگاهی از دل بستگی به یک مکان، تمرین نشستن با استفاده از تنفس به عنوان لنگرگاه، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی، راه رفتن با توجه آگاهی، یادآوری در مورد ارزیابی و سنجش بعد از اتمام درمان
جلسه هشتم	بررسی بدنی، مراقبه نشستن، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی.

نگین هوشیان و همکاران

خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک: در این پژوهش، رفتاردرمانی دیالکتیک شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که براساس پروتکل تدوین‌شده براساس مدل رفتاردرمانی دیالکتیک (۲۹) به‌صورت هفته‌ای یک بار برای افراد اجرا شد.

جدول ۲: محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	خوش‌آمدگویی، بیان هدف از تشکیل جلسات آموزش، طول مدت زمان آن، تعداد جلسات، شرایط خروج از جلسات و تکالیف خانگی در بین جلسات، یک فعالیت برای شکستن سکوت و آغاز، بیان قواعد گروه، توافقات و مفروضه‌های درمان گر راجع به آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک، آشنایی اعضا با یکدیگر.
جلسه دوم	جهت‌گیری به سمت یک مدل زیستی-اجتماعی از رفتاردرمانی دیالکتیک و آموزش روانی مرتبط با مفهوم دیالکتیک، انجام یک بازی که به اعضا کمک می‌کند اسم همدیگر را به خاطر بسپارند، تکالیف خانگی
جلسه سوم	گروه با مرور کوتاه اسم‌ها آغاز می‌شود، مرور تکالیف خانگی، مهارت‌های آموزشی مقدمه‌ای بر ذهن آگاهی با تأکید بر مهارت‌های «چه چیزی»، توضیح درمورد هدف ذهن آگاهی و فایده به کارگیری در زندگی
جلسه چهارم	تمرین ذهن آگاهی پنج دقیقه‌ای، مرور تکالیف خانگی برای درک مهارت، آموزش دو بحران بقای نخست یعنی منحرف کردن ذهن با مهارت‌های موسوم به ACCEPTS و تسکین خود با حواس پنج‌گانه، تکالیف خانگی
جلسه پنجم	تمرین سه دقیقه‌ای ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی به منظور درک مهارت‌ها، راه‌انداختن یک تحلیل زنجیره‌ای و مبتنی بر راه‌حل، مهارت‌های راهی از بحران
جلسه ششم	تمرین ذهن آگاهی تصویرسازی ذهنی، مرور تکالیف خانگی راهی از بحران به منظور درک مهارت، مهارت استراتژی‌های پذیرش و آموزش پذیرش متضاد، تغییر ذهن و میل (رضایت)، تکالیف خانگی
جلسه هفتم	انجام یک تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی به منظور درک مهارت‌های پذیرش، مهارت‌های مورد توجه در این جلسه، مهارت‌های ذهن آگاهی «چه چیزی» هستند، آموزش بدون قضاوت، مؤثر و ذهن آگاه بودن نسبت به یک چیز و انجام تمرین ذهن آگاهی لیخند، انجام تمرین «رئیس و سرخ پوستان»، تمرین ذهن آگاهی سوم، تکالیف خانگی
جلسه هشتم	انجام یک تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی برای درک مهارت، درمان گر تفاوت‌های بین اثربخشی عینی (رسیدن به هدف)، اثربخشی روابط (هتر حفظ و بهبود کیفیت روابط) و اثربخشی احترام به خود (تقویت احساسات خوب مربوط به خود و در عین احترام به ارزش‌ها و باورهای خود) را شرح می‌دهد، آموزش مهارت موسوم به GIVE به عنوان روشی برای اثربخشی روابط، تکالیف خانگی
جلسه نهم	انجام یک تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی به منظور درک مهارت، گرفتن فیدبک راجع به مفیدترین مهارت‌ها، راهبردهای پرت کردن حواس، رویارویی با هیجانات دردناک.
جلسه دهم	آموزش توانش‌های تحمل‌پزیشانی تعریف پذیرش بنیادین و چگونگی استفاده از این توانش، آموزش تغییر شیوه‌های تفکر، ایجاد انگیزه (اراده) برای عمل متعهدانه.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ نفر نهایی در سه گروه ۱۵ نفری شرکت داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش اول (رفتاردرمانی دیالکتیک) $34/3 \pm 66/77$ ، گروه آزمایش دوم (ذهن آگاهی) $33/3 \pm 87/59$ ، برای گروه گواه $33/29 \pm 5/47$ ، بر حسب سال همگن بود. میزان تحصیلات برای گروه آزمایش اول (رفتاردرمانی دیالکتیک) در رده دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، فوق دیپلم ۵ نفر (۳۳/۳ درصد)، کارشناسی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد)، کارشناسی ارشد ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) بود که در مقایسه با گروه آزمایش دوم (ذهن آگاهی) که در رده دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، فوق دیپلم ۵ نفر (۳۳/۳ درصد)، کارشناسی ۸ نفر (۵۰ درصد)، کارشناسی ارشد ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) و گروه گواه که در رده دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، فوق دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، کارشناسی ۱۲ نفر (۷۰ درصد)، کارشناسی ارشد ۳ نفر (۱۷/۶ درصد) بودند، ناهمگنی خاصی در این مورد نیز دیده نشد. در جدول ۳ به ارائه شاخص‌های توصیفی رفتارهای پرخطر جنسی بین دو گروه آزمایشی دیالکتیک و ذهن آگاهی و نیز گروه گواه پرداخته شده است. برای ارزیابی نرمال بودن داده‌ها نیز از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است.

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش اول (رفتاردرمانی دیالکتیک) $34/3 \pm 66/77$ ، گروه آزمایش دوم (ذهن آگاهی) $33/3 \pm 87/59$ ، برای گروه کنترل $33/29 \pm 5/47$ بود. جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

در این پژوهش ۴۵ نفر نهایی در سه گروه ۱۵ نفری شرکت داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش اول (رفتاردرمانی دیالکتیک) $34/3 \pm 66/77$ ، گروه آزمایش دوم (ذهن آگاهی) $33/3 \pm 87/59$ ، برای گروه گواه $33/29 \pm 5/47$ ، بر حسب سال همگن بود. میزان تحصیلات برای گروه آزمایش اول (رفتاردرمانی دیالکتیک) در رده دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، فوق دیپلم ۵ نفر (۳۳/۳ درصد)، کارشناسی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد)، کارشناسی ارشد ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) بود که در مقایسه با گروه آزمایش دوم (ذهن آگاهی) که در رده دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، فوق دیپلم ۵ نفر (۳۳/۳ درصد)، کارشناسی ۸ نفر (۵۰ درصد)، کارشناسی ارشد ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) و گروه گواه که در رده دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، فوق دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، کارشناسی ۱۲ نفر (۷۰ درصد)، کارشناسی ارشد ۳ نفر (۱۷/۶ درصد) بودند، ناهمگنی خاصی در این مورد نیز دیده نشد. در جدول ۳ به ارائه شاخص‌های توصیفی رفتارهای پرخطر جنسی بین دو گروه آزمایشی دیالکتیک و ذهن آگاهی و نیز گروه گواه پرداخته شده است. برای ارزیابی نرمال بودن داده‌ها نیز از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است.

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش اول (رفتاردرمانی دیالکتیک) $34/3 \pm 66/77$ ، گروه آزمایش دوم (ذهن آگاهی) $33/3 \pm 87/59$ ، برای گروه کنترل $33/29 \pm 5/47$ بود. جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رفتارهای پرخطر جنسی	دیالکتیک	۱۰/۴۰	۳/۳۱	۶/۶۰	۲/۸۹	۳/۲۰
	ذهن آگاهی	۱۱/۷۵	۳/۶۴	۷/۵۰	۳/۳۴	۳/۰۸
	کنترل	۱۲/۰۵	۲/۹۲	۱۱/۴۱	۲/۷۳	۳/۱۲

نتایج حاصله از جدول ۳ نشان داد که رفتارهای پرخطر جنسی در هر دو گروه آموزشی دیالکتیک و ذهن آگاهی پس از مداخله و در مرحله پس-آزمون کاهش داشته که این میزان برای گروه دیالکتیک بیشتر از گروه ذهن آگاهی بود. در دوره پیگیری نیز میزان رفتارهای پرخطر جنسی نسبت به پس آزمون روند کاهشی را در هر دو گروه نشان می دهد ولی این کاهش نسبت به پیش آزمون کمتر بوده است. آزمون شاپیرو نیز بر اساس زمان های مختلف و به تفکیک گروه ها نشان از نرمال بودن داده ها داشت ($P-Value > 0.05$). جهت بررسی همگونی واریانس ها از آزمون لون استفاده شد که میزان آن برای پیش آزمون

نتایج حاصله از جدول ۳ نشان داد که رفتارهای پرخطر جنسی در هر دو گروه آموزشی دیالکتیک و ذهن آگاهی پس از مداخله و در مرحله پس-آزمون کاهش داشته که این میزان برای گروه دیالکتیک بیشتر از گروه ذهن آگاهی بود. در دوره پیگیری نیز میزان رفتارهای پرخطر جنسی نسبت به پس آزمون روند کاهشی را در هر دو گروه نشان می دهد ولی این کاهش نسبت به پیش آزمون کمتر بوده است. آزمون شاپیرو نیز بر اساس زمان های مختلف و به تفکیک گروه ها نشان از نرمال بودن داده ها داشت ($P-Value > 0.05$). جهت بررسی همگونی واریانس ها از آزمون لون استفاده شد که میزان آن برای پیش آزمون

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رفتارهای پرخطر جنسی

منبع	آزمون	SS	Df	MS	F	Sig.	Eta
زمان	پذیرش کروییت	۳۵۷/۵۵	۲	۱۷۸/۷۷	۶۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸
	گرینهاوس-گیسر	۳۵۷/۵۵	۱/۲۲	۲۹۲/۲۲	۶۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸
	هیون-فلت	۳۵۷/۵۵	۱/۲۲	۲۷۵/۹۰	۶۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸
	حد پایین	۳۵۷/۵۵	۱	۳۵۷/۵۵	۶۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸
زمان * گروه	پذیرش کروییت	۹۴/۸۵	۴	۲۳/۷۱	۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲
	گرینهاوس-گیسر	۹۴/۸۵	۲/۴۴	۳۸/۷۶	۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲
	هیون-فلت	۹۴/۸۵	۲/۵۹	۳۶/۵۹	۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲
	حد پایین	۹۴/۸۵	۲	۴۷/۴۲	۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲

جدول ۴، نتایج معناداری اثر زمان و نیز زمان در گروه را در متغیر رفتارهای پرخطر جنسی نشان می دهد. سطح معناداری به دست آمده در ردیف گرینهاوس-گیسر، برای هر دو حالت اثر زمان و نیز زمان در گروه معنادار است ($P < 0.05$)؛ این نشان می دهد که در مراحل مختلف آزمون (پیش آزمون،

پس آزمون و پیگیری) و نیز در تعامل مراحل مختلف آزمون و گروه های پژوهش تفاوت معناداری در رفتارهای پرخطر جنسی وجود دارد. بنابراین به منظور بررسی تفاوت بین مراحل مختلف آزمون از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن به صورت زیر است:

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه مراحل مختلف آزمون رفتارهای پرخطر جنسی در گروه دیالکتیک

مرحله آزمون	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig.
پیش آزمون	پس آزمون	۳/۸۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵	۰/۰۰۱
پس آزمون	پیش آزمون	-۳/۸۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۲۰	۰/۰۰۵
پیگیری	پیش آزمون	-۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۱/۲۰	۰/۰۰۵

نگین هوشیان و همکاران

بر اساس نتایج جدول ۵ میزان سطح معناداری بین مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری کمتر از ۰/۰۵ است ($P < ۰/۰۵$). این امر نشان می‌دهد که در گروه آزمایش بین مراحل مختلف رفتارهای پرخطر جنسی تفاوت وجود دارد.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه مراحل مختلف آزمون رفتارهای پرخطر جنسی در گروه ذهن آگاهی

مرحله آزمون	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig.
پس‌آزمون	۴/۲۵	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	۴/۸۱	۰/۸۰۲	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	-۴/۲۵	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	۰/۵۶۳	۰/۲۵۸	۰/۱۳۶
پس‌آزمون	-۴/۸۱	۰/۸۰۲	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	-۰/۵۶۲	۰/۲۵۸	۰/۱۳۶

بر اساس نتایج جدول ۶، میزان سطح معناداری بین مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری کمتر از ۰/۰۵ است ($P < ۰/۰۵$) اما بین پس‌آزمون با پیگیری بالاتر از ۰/۰۵ است ($P > ۰/۰۵$). این امر نشان می‌دهد که در گروه آزمایش بین مراحل مختلف رفتارهای پرخطر جنسی تفاوت وجود دارد.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه مراحل مختلف آزمون رفتارهای پرخطر جنسی در گروه کنترل

مرحله آزمون	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig.
پس‌آزمون	۰/۶۴۷	۰/۲۵۶	۰/۰۶۸
پیش‌آزمون	۱/۱۷	۰/۳۷۶	۰/۰۱۹
پس‌آزمون	-۰/۶۴۷	۰/۲۵۶	۰/۰۶۸
پیش‌آزمون	-۰/۵۲۹	۰/۲۱۲	۰/۰۷۲
پس‌آزمون	-۱/۱۷	۰/۳۷۶	۰/۰۱۹
پیش‌آزمون	-۰/۵۲۹	۰/۲۱۲	۰/۰۷۲

بر اساس نتایج جدول ۷، میزان سطح معناداری بین مرحله پیش‌آزمون با پیگیری کمتر از ۰/۰۵ است ($P < ۰/۰۵$) اما بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین پس‌آزمون با پیگیری بالاتر از ۰/۰۵ است ($P > ۰/۰۵$). این امر نشان می‌دهد که در گروه کنترل بین مراحل مختلف رفتارهای پرخطر جنسی تفاوت محسوسی وجود ندارد.

جدول ۸: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در رفتارهای پرخطر جنسی

مرحله	گروه	تفاوت میانگین	Sig.	اندازه اثر
پس‌آزمون	ذهن آگاهی	-۰/۰۷۸	۱	-
	دیالکتیک	-۳/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
	کنترل	۰/۰۷۸	۱	-
	دیالکتیک	-۳/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴
پیش‌آزمون	ذهن آگاهی	-۰/۷۲۵	۱	-
	دیالکتیک	-۴/۴۸	۰/۰۰۱	-۰/۴۷۵
	کنترل	۰/۷۲۵	۱	-
	دیالکتیک	-۳/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۹

بر اساس نتایج جدول ۸، میزان سطح معناداری بین گروه‌های آزمایش با کنترل کمتر از ۰/۰۵ است ($P < ۰/۰۵$) اما بین گروه آزمایش دیالکتیک و ذهن آگاهی بالاتر از ۰/۰۵ است ($P > ۰/۰۵$). این امر نشان می‌دهد که بین

گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر رفتارهای پرخطر جنسی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو درمان در بهبود رفتارهای پرخطر جنسی موثر بوده و بین آنها تفاوت معناداری وجود ندارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر علایم رفتارهای پرخطر جنسی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی اثربخش و پس از گذشت زمان ماندگار است. جمشیدی و همکاران در پژوهشی خود نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی بر رضایت زناشویی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری اثربخش است (۱۳). Assmann و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی پرداخته و نشان دادند که این نوع از درمان برای این دسته از بیماران می‌تواند مثرتر واقع شود (۱۴). Smith و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان با اختلالات شدید هیجانی شده بود (۱۵). Euler و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیق خود نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک یک درمان موثر بر مکانیسم‌های دفاعی بوده و از آن طریق توجه فرد به تکانه‌ها را افزایش داده و از خطر انجام رفتارهای پرخطر می‌کاهد (۱۶).

در تبیین این یافته می‌توان اینگونه بیان کرد که یکی از دلایل اصلی این امر، تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش آگاهی فرد از احساسات و افکار خود است. با یادگیری شناسایی و درک احساسات، افراد می‌توانند به جای واکنش‌های فوری و هیجانی، به طور مؤثرتری به وضعیت‌های عاطفی خود پاسخ دهند. این آگاهی به آنها کمک می‌کند تا رفتارهای خود را بهتر کنترل کنند و از الگوهای مخرب فاصله بگیرند. رفتار درمانی دیالکتیک همچنین بر روی مهارت‌های تنظیم هیجانی تمرکز دارد که به افراد کمک می‌کند تا احساسات منفی را مدیریت کنند. افراد معمولاً در مواجهه با احساسات شدید، به رفتارهای پرخطر جنسی روی می‌آورند تا به نوعی تسکین یابند. با یادگیری تکنیک‌های تنظیم هیجانی، مانند تنفس

عمیق و مدیتیشن، آنها می‌توانند بدون نیاز به این رفتارها، احساسات خود را مدیریت کنند (۱۳). این تغییر در نحوه مواجهه با احساسات می‌تواند به کاهش رفتارهای پرخطر منجر شود. تکنیک‌های ذهن آگاهی در رفتاردرمانی دیالکتیک نیز نقش مهمی در کاهش رفتارهای پرخطر جنسی دارند. با تمرین ذهن آگاهی، افراد یاد می‌گیرند که در لحظه حاضر زندگی کنند و از افکار و احساسات خود فاصله بگیرند. این فاصله‌گذاری به آنها اجازه می‌دهد تا بدون واکنش فوری و احساسی، به موقعیت‌ها پاسخ دهند. توانایی کنترل واکنش‌ها در مواجهه با تحریکات جنسی می‌تواند به کاهش رفتارهای پرخطر کمک کند.

از سوی دیگر از آنجا که دشواری تنظیم هیجان و مواجهه با وقایع آسیب‌زا در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی می‌تواند موجب آسیب‌پذیری بیشتر در برابر رفتار پرخطر جنسی شده و زمینه ایجاد رفتار پرخطر جنسی را فراهم کند درمان دیالکتیک با ترکیب پذیرش و همدلی مراجع‌محور با حل مسئله شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بی‌ثباتی عاطفی و تکانشگری را هدف قرار می‌دهد (۳۰) و از این طریق مهارت‌های مقابله‌ای را بهبود می‌بخشد که در نهایت منجر به کاهش رفتارهای پرخطر در افراد می‌گردد. در واقع درمان دیالکتیک با یادگیری اصول و مهارت‌هایی مانند فکر کردن، مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های تنظیم هیجان برای افزایش هیجانات مثبت به تقویت تعاملات فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته و از تحریک‌پذیری و هیجانات منفی آنها می‌کاهد که نهایتاً منجر به کاهش رفتارهای پرخطر می‌شود (۳۱).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر علایم رفتارهای پرخطر جنسی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی اثربخش و پس از گذشت زمان ماندگار است. Shabani و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به این نتیجه رسید که آموزش ذهن آگاهی منجر به افزایش تاب‌آوری و کاهش رفتارهای پرخطر و مولفه‌های آنها در گروه آزمایشی را شده است (۲۰). Falah و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که جلسات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت در بهبود تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی در دانش‌آموزان دارای رفتارهای خودجرحی می‌تواند موثر باشد (۲۱). Hosseinzhad hallaji و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مداخله ذهن آگاهی در سکس

کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، زیرا یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (۳۲).

همچنین ذهن آگاهی با گواه توجه و تنظیم هیجانی مرتبط است و از این رو می تواند با افزایش گواه بر سرخ‌های دیداری رفتارهای پرخطر جنسی موثر واقع شود بنابراین تمرین ذهن آگاهی توانایی مراجعان را برای تحمل حالت های هیجانی منفی افزایش می دهد و آنها را به مقابله موثر قادر می سازد به نظر می رسد چنین حالتی می تواند رفتارهای پرخطر را کاهش دهد (۳۳).

همچنین نتایج نشان داد که هر دو درمان درمانهای موثری بر رفتارهای پرخطر می باشند. درمان دیالکتیک با ترکیب پذیرش و همدلی مراجع محور با حل مسئله شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بی ثباتی عاطفی و تکانشگری را هدف قرار می دهد (۳۰) و از این طریق مهارت‌های مقابله ای را بهبود می بخشد که در نهایت منجر کاهش رفتارهای پرخطر در افراد می گردد. تمرین ذهن آگاهی نیز توانایی مراجعان را برای تحمل حالت های هیجانی منفی افزایش می دهد و آنها را به مقابله موثر قادر می سازد به نظر می رسد چنین حالتی می تواند رفتارهای پرخطر را کاهش دهد (۳۳). به طور کلی به نظر می رسد هر دو درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان ذهن آگاهی به دلیل تکنیک ها و ایده های مشترکی که دارند اثربخشی موثری بر مولفه های موردنظر در این پژوهش دارند. تمرینها و تکنیکهای مشترکی همچون ذهن آگاهی، توجه به زمان حال، افزایش تاب اوری و پریشانی موجب شده است تا هر دو درمان در کاهش رفتارهای پرخطر جنسی موثر واقع شده و تفاوت قابل قبولی بین آنها نباشد.

نتیجه گیری

به طور کلی به نظر می رسد هر دو درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان ذهن آگاهی به دلیل تکنیک ها و ایده های مشترکی که دارند اثربخشی موثری بر مولفه های موردنظر در این پژوهش دارند. تمرینها و تکنیکهای مشترکی همچون ذهن آگاهی، توجه به زمان حال، افزایش تاب اوری و پریشانی موجب شده است تا هر دو درمان در کاهش خودشیفتگی آسیب پذیر، بدتنظیمی هیجانی و

تراپی می تواند به طور معناداری موجب کاهش هیجان خواهی جنسی، روابط فرا زناشویی و سرخوردگی زناشویی زوجین گردد و این نتایج در مرحله پیگیری پایدار بود. در واقع مداخله ذهن آگاهی موجب کاهش رفتارهای پرخطر جنسی در زوجین گردید (۲۲). Hosseinian & Nooripour (۲۰۱۹) به این نتیجه رسیدند که درمان ذهن آگاهی یک درمان موثر در جهت کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش تاب اوری در افراد است (۲۳).

در تبیین یافته‌ی بدست آمده می توان این گونه بیان کرد که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به عنوان یک رویکرد درمانی، به افراد کمک می کند تا با توجه به لحظه حال، آگاهی خود را افزایش دهند و از واکنش‌های خودکار دوری کنند. این آگاهی می تواند به ویژه برای افرادی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند، مفید باشد، زیرا این افراد معمولاً با نوسانات شدید عاطفی و رفتارهای تکانشی مواجه‌اند. با تمرین ذهن آگاهی، این افراد می توانند احساسات و افکار خود را بهتر شناسایی کرده و در نتیجه، از رفتارهای پرخطر جنسی که ممکن است ناشی از این نوسانات باشد، جلوگیری کنند (۲۰). ذهن آگاهی همچنین به افراد کمک می کند تا درک بهتری از بدن و نیازهای خود پیدا کنند. افرادی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند، ممکن است نسبت به بدن خود بی توجه یا حتی بی احساس باشند. با تمرین ذهن آگاهی، آنها می توانند نسبت به نیازها و احساسات جسمانی خود حساس تر شوند و در نتیجه، تصمیمات بهتری در مورد روابط جنسی و رفتارهای مرتبط اتخاذ کنند. این حساسیت می تواند به کاهش رفتارهای پرخطر منجر شود. ذهن آگاهی همچنین به افراد کمک می کند تا احساسات خود را بهتر مدیریت کنند. افرادی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند، ممکن است احساساتی مانند خشم، اضطراب یا افسردگی را تجربه کنند که می تواند منجر به رفتارهای پرخطر شود. با یادگیری تکنیک‌های آرامش بخش و مدیریت استرس از طریق ذهن آگاهی، آنها می توانند این احساسات را بهتر کنترل کنند و در نتیجه از واکنش‌های تکانشی خودداری کنند (۳۲).

همچنین می توان اینگونه بیان کرد که از نظر تئوری نظریه ذهن آگاهی بیشتر بر روی هیجانات کار می کند به عبارت دیگر می توان گفت که درمان حضور ذهن، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات مثبت جسمانی و روانی بیشتر می

دارای محدودیت‌هایی همچون حواس‌پرتی، بی‌دقتی، خطای قضاوتی، تعبیر نادرست دستورالعمل است که این امر می‌تواند در نتایج پژوهش اثرگذار باشد. در ادامه به‌منظور ارتقاء نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات همچون مصاحبه و مشاهده نیز استفاده گردد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی متغیرهای مداخله‌گری چون تأثیر خرده‌فرهنگ‌ها و شرایط اجتماعی، اقتصادی نیز لحاظ شود. پیشنهاد می‌گردد پژوهش بعدی با زنان و مردان و از جوامع و محیط‌های اجتماعی دیگری نمونه‌گیری شود. پیشنهاد می‌شود تا مداخلات این پژوهش برای بررسی بیشتر با رویکردهای دیگر نیز مقایسه شود.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی نویسنده اول و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.1402.057.RASHT.REC. از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش که بدون همکاری آنها انجام این پژوهش مقدور نبود، صمیمانه تشکر و قدرانی نمایند.

تضاد منافع

در زمینه اجرا و چاپ مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نشد.

رفتارهای پرخطر جنسی موثر واقع شده و تفاوت قابل قبولی بین آنها نباشد. درمان دیالکتیک با ترکیب پذیرش و همدلی مراجع‌محور با حل‌مسئله شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بی‌ثباتی عاطفی و تکانشگری را هدف قرار می‌دهد (۳۰) و از این طریق مهارت‌های مقابله‌ای را بهبود می‌بخشد که در نهایت منجر کاهش رفتارهای پرخطر در افراد می‌گردد. تمرین ذهن آگاهی نیز توانایی مراجعان را برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله موثر قادر می‌سازد به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند رفتارهای پرخطر را کاهش دهد (۳۴). باید توجه داشت که یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم شوند. نخست آنکه نمونه پژوهش حاضر منحصر به زنان منطقه جغرافیایی خاص، با تعداد محدود و به صورت هدفمند بوده است، شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند، همچنین با توجه به این که این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود، پژوهش‌های طولی برای اطلاعات جامع‌تر در این خصوص لازم است. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم کنترل متغیرهایی همچون ویژگی‌های شخصیتی، متغیرهای اقتصادی و متغیرهایی در ارتباط با خانواده بود. در این پژوهش جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه صورت گرفته است و پاسخ‌ها بر اساس خود گزارش‌دهی ارزیابی شده و پاسخ‌های داده شده به صداقت فرد و ارزیابی از خود وابسته است؛ از آنجاکه این روش ذاتاً

References

1. Chang C. C, Chen M. H, Bai Y. M, Tsai S. J, Chen T. J, Liou Y. J. Elevated risk of sexually transmitted infections among adolescents and young adults with borderline personality disorder: a retrospective longitudinal nationwide population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2024; 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02464-0>
2. Mazinan R. G, Dudek C, Warkentin H, Finkenstaedt M, Schröder J, Musil R, ... & Biedermann S. V. Borderline personality disorder and sexuality: causes and consequences of dissociative symptoms. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2024; 11(1): 8. <https://doi.org/10.1186/s40479-024-00251-6>
3. Karami J, Soliemani B, Ghorbani H, Daşt‌baz

- A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Cognitive Fusion, Perceived Stress, and Autobiographical memory in People with Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2020; 11(40): 1-26.
4. Hajihasani M, Mahmoud Panahi E. S, Mirzaeian B. Comparison of Sensory and Semantic Processing between People with Borderline Personality Disorder and Normal. *Clinical Psychology Studies*. 2017; 7(25): 149-171.
5. Rimmington D, Roberts R, Sawyer A, Sved-Williams A. Dissociation in mothers with borderline personality disorder: a possible mechanism for transmission of intergenerational trauma? A scoping review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2024; 11(1): 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-024->

- [00250-7](#)
6. Finkenstaedt M, Biedermann D, Schröder J, Mazinan R. G, Fuss J, Biedermann S. V. Delay discounting of protected sex and compulsive sexual behavior in women with borderline personality disorder. *Journal of Behavioral Addictions*. 2024; 13(1): 250-261. <https://doi.org/10.1556/2006.2024.00003>
 7. Mazinan R. G, Dudek C, Warkentin H, Finkenstaedt M, Schröder J, Musil R, ... Biedermann S. V. Borderline personality disorder and sexuality: causes and consequences of dissociative symptoms. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2024; 11(1): 8. <https://doi.org/10.1186/s40479-024-00251-6>
 8. Chan H, Beech A. Risky Sexual Behavior and Psychopathy: Testing the Relationship in a Non-Clinical Sample of Young Adults in Hong Kong. *Behavioral Sciences*. 2024; 14(2): 94. <https://doi.org/10.3390/bs14020094>
 9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. Translated by Mehdi Ganji. 2023: Tehran: Savalan.
 10. Dimidjian S, Linehan M. M. Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003; 10(2): 166. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg019>
 11. Gillespie C, Murphy M, Joyce M. Dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder: a systematic review of outcomes after one year of follow-up. *Journal of personality disorders*. 2022; 36(4): 431-454. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.4.431>
 12. Mohammadzadeh L, Makundi B, Pasha R, Bakhtiarpour S, Hafizi F. Measuring the effectiveness of dialectical behavior therapy and schema therapy on reducing the amount of impulsive behavior in borderline personality disorder. *Journal of Gilan University of Medical Sciences*. 2017; 29(106): 44-53.
 13. Jamshidi E, Ahmadi S, Shokrkon H, Sharifi T. Determining the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Marital Satisfaction, Emotional Regulation, and Resilience of Women Applying for Divorce. *MEJDS*. 2024; 14: 38-38. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2932-en.html>
 14. Assmann N, Schaich A, Arntz A, Wagner T, Herzog P, Alvarez-Fischer D, ... Fassbinder E. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Compared to Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2024; 93(4): 249-263. <https://doi.org/10.1159/000538404>
 15. Smith L, Hunt K, Parker S, Camp J, Stewart C, Morris A. Parent and carer skills groups in dialectical behaviour therapy for high-risk adolescents with severe emotion dysregulation: a mixed-methods evaluation of participants' outcomes and experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(14): 6334. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146334>
 16. Euler S, Stalujanis E, Allenbach G, Kolly S, De Roten Y, Despland J. N, Kramer U. Dialectical behavior therapy skills training affects defense mechanisms in borderline personality disorder: An integrative approach of mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy research*. 2019; 29(8): 1074-1085. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497214>
 17. Kounidas G, Kaštora S. Mindfulness training for borderline personality disorder: A systematic review of contemporary literature. *Personality and Mental Health*. 2022; 16(3): 180-189. <https://doi.org/10.1002/pmh.1529>
 18. Greenland S. *Child and Mindfulness: How to Help Your Child Manage Anxiety and Live a Happier and Kinder Life*. Translated by Sarah Gooderzi. 2017. Tehran: Bird.
 19. SeyedEbrahimi S. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and positive thinking on improving mental health, perfectionism and cognitive emotion regulation strategies in family heads with major depressive disorder. *Journal of Applied Family Therapy*. 2020; 1(2): 162-184. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.1.2.9>
 20. Shabani J, Fani R, Badeleh Shamushaki M T. Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Group Training on Resilience and high-risk Behaviors of Students with Self-harm Experience in Raz and Jorjlan Cities. *refahj*. 2024; 24(93): 9 <https://doi.org/10.32598/refahj.24.93.4135.1>
 21. Falah A, Heydari SH, Emadian S O. Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress

- Reduction and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance, High-Risk Behaviors and Feelings of Loneliness in Students with Self-Injurious Behaviors. *Jmsthums*. 2023; 11 (2): 99-113. URL: <http://jms.thums.ac.ir/article-1-1209-en.html>
22. Hosseinneshad hallaji S, Khademi A, Alivandi Vafa M, Esmali A. The efficacy of mindfulness in sex therapy on sexual sensation seeking, extramarital relationships and marital disillusionment of couples. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(106): 1865-1879. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1865>
 23. Hosseinian S, Nooripour R. Effectiveness of mindfulness-based intervention on risky behaviors, resilience, and distress tolerance in adolescents. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 2019; 8(4). <https://doi.org/10.5812/ijhrba.93481>
 24. Kaufmann M, Rosing K, Baumann N. Being mindful does not always benefit everyone: Mindfulness-based practices may promote alienation among psychologically vulnerable people. *Cognition and Emotion*. 2021; 35(2): 241-255. <https://doi.org/10.1080/02699931.2020.1825337>
 25. Leichsenring F. Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*. 1999; 73(1): 45-63. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104>
 26. Mohammadzadeh A, Rezaie A. Validation of the borderline personality inventory in Iran. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 5(3): 269. https://www.behavsci.ir/article_67743.html
 27. Zarie F, Khakbaz H, Karami H. Determining the Effectiveness of Self-Awareness Skill Training on Reducing High-Risk Behaviors Associated with the Opposite Sex Addict. *Etiadpajohi*. 2010; 4 (15) :63-70. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-378-en.html>
 28. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hachette UK. 2023.
 29. Linehan M. M. *Building a life worth living: A memoir*. 2021. Random House Trade Paperbacks.
 30. Gillespie C, Murphy M, Joyce M. Dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder: a systematic review of outcomes after one year of follow-up. *Journal of personality disorders*. 2022; 36(4): 431-454. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.4.431>
 31. Shamsnajafi Z. S, Hasanzadeh R, Emadian S. O. Comparison of the effectiveness of compassionate mind-based therapy and dialectical behavior therapy on cognitive deficits, emotional processing defects and impulsivity of adolescent soldiers aged 18 to 20 years with high-risk behaviors. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2023; 4(5): 59-71. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.5.6>
 32. SeyedEbrahimi S. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and positive thinking on improving mental health, perfectionism and cognitive emotion regulation strategies in family heads with major depressive disorder. *Journal of Applied Family Therapy*. 2020; 1(2): 162-184. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.1.2.9>
 33. Hosseinian S, Nooripour R. Effectiveness of mindfulness-based intervention on risky behaviors, resilience, and distress tolerance in adolescents. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 2019; 8(4). <https://doi.org/10.5812/ijhrba.93481>