

اثربخشی معنویت‌درمانی بر تنظیم هیجان، خودمهارگری و خلق مثبت در زنان دارای صفات شخصیت مرزی

مریم ساسانی / دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران m.sasani1994@gmail.com
شهناز خالقی پور / دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران

shkhaleghipour@yahoo.com  orcid.org/0009-0009-8130-4914

دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۱ - پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۱۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر مطالعه اثربخشی معنویت‌درمانی بر تنظیم هیجان، خلق مثبت و خودمهارگری (خودکنترلی) در زنان دارای علائم شخصیت مرزی شهر خرم‌آباد بود. روش پژوهش «نیمه‌آزمایشی» با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه بود. با روش نمونه‌گیری «هدفمند» و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه ۳۰ تن از زنان دارای علائم شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به شهر خرم‌آباد انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند و به پرسشنامه‌های «خودمهارگری» تانجی (۲۰۰۴)، «تنظیم هیجان» گراس و جان (۲۰۰۳)، پرسشنامه «خلق مثبت» واتسون و همکاران (۱۹۸۸) پاسخ دادند. پس از اجرای پیش‌آزمون گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله معنویت‌درمانی را دریافت کردند و گروه گواه در نوبت انتظار قرار گرفتند. برای رعایت اصول اخلاقی هر دو گروه دارو دریافت نکردند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد معنویت‌درمانی بر تنظیم هیجان، خلق مثبت و خودمهارگری زنان مبتلا به علائم شخصیت مرزی اثربخش است. بنابراین مداخله معنوی یک درمان مؤثر است که می‌تواند بر بهبود رفتارهای زنان با علائم شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌درمانی، تنظیم هیجان، خلق مثبت، خودمهارگری، شخصیت مرزی.

«اختلال شخصیت مرزی» (BPD) یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره، خلق و خوی تکانش‌گرانه مشخص و رفتارهای خودکشی، احساس مزمن پوچی و اندیشه‌پردازی مبتنی بر بی‌اعتمادی (پارانویایی) گذرا و مرتبط با تنیدگی است که در اوایل بزرگسالی آغاز شده، در زمینه‌های گوناگون خود را نشان می‌دهد (انجمن روان‌پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳).

اصطلاح «مرزی» اولین بار توسط *آدلف استرن* (۱۹۳۸) برای توصیف گروهی از بیماران که در مرز گروه‌های روان‌گسسته و روان‌آزرده قرار داشتند، استفاده شد. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) «انجمن روان‌پزشکی آمریکا» مشخصه اصلی اختلال شخصیت مرزی ناپایداری خلق، رفتار و عاطفه است. آنها در روابط دوستی بی‌ثبات هستند، تکانشی عمل می‌کنند و در هویت خود مشکل دارند. شیوع متوسط اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۶/۱ درصد، در محیط‌های مراقبت اولیه ۶ درصد، در افرادی که به درمانگاه‌های بهداشت روانی سرپایی مراجعه می‌کنند ۱۰ درصد، و در بیماران روانی بستری ۲۰ درصد گزارش شده است (گنجی، ۱۳۹۲).

کرنبرگ (۱۹۸۹) معتقد است: بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مرز بین روان‌آزردگی و روان‌گسستگی قرار گرفته و با بی‌ثباتی فوق‌العاده عاطفی، خلق، رفتار و اشکال در روابط موضوعی مشخص می‌گردند و شایع‌ترین اختلال در زنان است. «نارساکنش‌وری» هیجانی مشخصه اصلی این اختلال است که به واسطه نارسایی در توانایی درک و تنظیم هیجان مشخص می‌شود (لینهان، ۲۰۱۶). چون این اختلال با نارسایی در پاسخ‌دهی هیجانی مرتبط است، آنها در کار و توسعه روابط بین فردی نقص دارند (زاگ فرنک، ۲۰۱۸).

به منظور تبیین نقصان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در حوزه کنش‌وری هیجانی سازه‌های متعددی، از جمله واکنش‌پذیری خلقی تشدید یافته، هیجان‌پذیری منفی، بی‌ثباتی عاطفی، آسیب‌پذیری هیجانی و هوش هیجانی پایین از سوی پژوهشگران مطرح شده است (گاردنر و کوآتر، ۲۰۰۹).

افراد با اختلال شخصیت مرزی در فرایند پردازش هیجان نقص دارند. تکانش‌گری، خودآسبی، ترس از رهاشدگی و نشانه‌های تجزیه‌ای نشانگر پاسخ‌های نابهنجار به هیجان‌ها و توانایی ناکافی در شناسایی و مهار هیجان‌هاست. روابط بین فردی و آشفتگی در هویت، با ناتوانی در ابراز، به‌کارگیری و مهار هیجان‌ها و پردازش اطلاعات هیجانی ارتباط دارد (صبحی و همکاران، ۲۰۱۲). تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایش‌های مربوط به پاسخ‌های هیجانی است و به راهبردهایی اطلاق می‌شود که برای کاهش، افزایش و نگهداری تجارب هیجانی و تغییر و تعدیل یک حالت هیجانی استفاده می‌شود (ارانگو و همکاران، ۲۰۱۹).

بی‌ثباتی و نوسان در خلق یکی دیگر از مشخصه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. «خلق» به معنای حالت هیجانی مستمر و نافذی است که ادراک فرد از جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش *استرانگ* و

همکاران (۲۰۱۷) و دیویس (۲۰۱۹) نقش تسهیل‌گر یا کاهش‌دهنده خلق مثبت و خلق منفی بر تفکر و عملکرد خلاق را نشان داده است، به گونه‌ای که خلق مثبت موجب بهبود سبک کلی حل مسئله می‌شود. خلق مثبت چگونگی پردازش مسئله را به صورت سریع و نسبتاً خودکار تسهیل می‌کند. همچنین در مقایسه با خلق منفی موجب بینش سریع‌تر می‌شود.

بخش قابل توجهی از آسیب‌شناسی روانی و رفتاری افراد با صفات شخصیت مرزی به نارسایی در خودمهارگری مربوط می‌شود. «خودمهارگری» (self-regulation) به قدرت اراده و مقاومت در برابر وسوسه‌های کوتاه‌مدت به منظور دستیابی به اهداف بلندمدت تعریف می‌گردد و پیش‌بینی کننده روابط بین فردی موفق‌تر با آسیب روانی کمتر و سازگاری بهتر است (تانجی، بونه و بامیستر، ۲۰۱۸).

«خودمهارگری» هر پاسخ یا زنجیره‌ای از پاسخ‌ها به وسیله فرد است که احتمال پاسخ بعدی به رویداد را تغییر می‌دهد. همچنین مدت زمانی است که فرد برای رسیدن به پیامد ارزشمندتر، رفتار خود را به تأخیر می‌اندازد. نارسایی خودمهارگری با تکانش‌گری رابطه دارد و نقص در خودمهارگری پیش‌بینی کننده صفات شخصیت مرزی است و نشانگر ناتوانی در تفکر درباره پیامد رفتار است که فرد در آرام ساختن خود به علت ناکامی با نقص مواجه است (جانسون، اشی و ویلسون، ۲۰۱۷).

تقویت و بهبود مهار رفتار و تنظیم هیجان در افراد با شخصیت مرزی با رویکردهای گوناگون روان‌شناختی همانند «طرحواره درمانی» و «درمان دیالکتیکی» بررسی شده است، ولی در زمینه معنویت و تأثیر آن بر بهبود رفتارهای افراد با صفات شخصیت مرزی پژوهشی مشاهده نشد. روان‌درمانی معنوی با تأکید بر بعد معنوی، بین ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی، انسجام و یکپارچگی ایجاد می‌کند. روان‌شناسان حوزه سلامت نقش معنویت، باورهای دینی و اخلاقی را در سلامت و تکامل روح مؤثر می‌دانند (کوئینگ و همکاران، ۲۰۱۹). آنها معتقدند: استفاده از روش‌های رفتاری سنتی برای درمان اختلالات روانی کافی نیست و لازم است به درمان‌های موج چهارم توجه شود (عباسی و همکاران، ۱۳۹۷).

«معنویت» احساس ارتباط با موجودی برتر از خود و توجه به یک منبع آرامش‌بخش و درک عمیق خود معنوی و تقویت آن برای دستیابی به حالت تعادل و تعالی‌یافتگی و رشدیافتگی معنوی است که در آن حالت روان‌شناختی مثبت و سلامت کامل ذهن و بدن یافت می‌شود.

در معنویت‌درمانی با استفاده از اصول روان‌شناختی با تأکید بر نیازهای معنوی، کشف و توسعه این نیازها و شاخص‌های معنوی به وسیله رفتار، به بیماران کمک می‌شود تا به ادراکی معنوی از خود، جهان و روابط با دیگران دست یابند؛ از طریق پیوند رفتارهای خود با توجه به این مسئله که خداوند نظاره‌گر اعمال انسان هاست و اینکه توجه به ارزش‌ها و رشد و توسعه معنوی آنها حالت مثبت و متعادل در انسان ایجاد می‌کند، به صورتی که با آگاهی‌افزایی تحمل و پذیرش مشکلات تسهیل می‌شود (کوئینگ، ۲۰۱۹).

در معنویت‌درمانی، در جهت استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمانجو، ارزش‌های اخلاقی و باورها و نیازهای معنوی در او فعال می‌شود. در دهه‌های اخیر به نقش معنویت در کاهش تنیدگی روانی و تنظیم هیجان بیشتر توجه شده است. اندیشه معنوی، توبه، دعا، عبادات و مناسک، خودآگاهی معنوی، بخشودگی، آموزش‌های اخلاقی و خودمراقبتی معنوی در کاهش رفتارهای منفی و تنکردی جسم اثربخش گزارش شده است (کروس، پارگامنت و ایرسون، ۲۰۱۸).

در پژوهش‌های گوناگون به اثربخشی معنویت‌درمانی در کاهش اجتناب شناختی و پریشانی روان‌شناختی سالمندان (عشوندی و همکاران، ۱۳۹۶)، سبک زندگی سالمندان (خالقی پور م همکاران، ۱۳۹۵)، بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان (پیرس و کونیک، ۲۰۱۶)، بهزیستی معنوی زنان مبتلا به سرطان (جعفری و همکاران ۲۰۱۳)، کاهش اضطراب مرگ در بیماران همودیلیز (حسینی و همکاران، ۲۰۲۲) اشاره شده است.

گریسون و همکاران (۲۰۱۱) مطرح کردند که باورهای مذهبی در بهبود سلامت روانی، به‌ویژه در حوزه آسیب‌های هیجانی و بیماری‌های روان‌تنی تأثیر مثبت دارد. جوکار و کمال (۱۳۹۹) اظهار داشته‌اند که ابعاد معنویت (شامل: تعالی، احساس معنا و هدفمندی) راهبردهای سازش‌یافته را به صورت مثبت پیش‌بینی می‌کند. *سوراجاگول* و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند معنویت‌درمانی بر معنای زندگی افراد مبتلا به اختلال افسردگی شدید که مصرف‌کننده دارو هستند مؤثر است. هیلز و همکاران (۲۰۰۵) و *دوتیل و فارل* (۲۰۰۴) اثر مثبت معنویت در مشاوره مراقبت تسکینی بر سلامت جسمی و روانی را مطرح کردند. *ویتورینو و همکاران* (۲۰۲۱) نقش دینداری و معنویت را بر کاهش افکار خودکشی افراد بی‌خانمان در برزیل مثبت ارزیابی کردند.

سیلبرمن (۲۰۰۵) مطرح کرد بین دین و نظام‌های معنایی غیرمادی و تأثیر بر سبک بروز هیجان‌ها رابطه وجود دارد. *پوراکیران* و همکاران (۱۳۹۸) ابراز داشتند معنویت بر تاب‌آوری دانش‌آموزان تأثیر دارد. *پژوهش آیالا و کامرو* (۲۰۱۳) نشان داد مذهب و دین موجب خودتنظیمی می‌شود و بر فرسودگی پرستاران تأثیر دارد. *پژوهش گریسون و همکاران* (۲۰۱۱) نشان داد باورهای مذهبی بر آسیب‌های هیجانی همانند ترس و احساس گناه و سلامت روانی تأثیر دارد. *پژوهش کمری و همکاران* (۱۳۹۴) نشان داد معنویت بر خوش‌بینی و شادکامی اثربخش است.

بنابراین هیجان‌ها در سازگاری با فشارها و بحران‌های زندگی تأثیرگذارند و ارزش مفهومی تنظیم هیجان وسیله‌ای برای سازماندهی و کنش‌های راهبردی دیرپا به شمار می‌آید و منجر به حفظ بهزیستی و نگرش‌های مثبت می‌شود و خلق مثبت عملکرد خلاق را تسهیل می‌کند و خودمهارگری در سبک زندگی سالم نقش دارد. نیز در شخصیت مرزی فرد مبتلا در بیشتر اوقات به لحاظ هیجانی برانگیخته می‌شود و این حالت برانگیختگی بالا به بی‌ثباتی رفتار و برانگیختگی تنکردی، تظاهرات چهره‌ای و زبان بدن و روابط بین فردی ناایمن می‌انجامد. همچنین آسیب‌پذیری هیجانی و ناتوانی در مهار تکانه می‌تواند بر سبک زندگی سالم که بخشی از آن با معنویت ارتباط دارد، تأثیرگذار باشد.

بنابراین پژوهش حاضر کوششی در جهت افزایش تنظیم هیجان، تقویت خلق مثبت و خودمهارگری در زنان مبتلا به صفات شخصیت مرزی به شمار می‌آید.

در مطالعات گذشته تحقیقی که متغیرهای پژوهش را بررسی کرده باشد، یافت نشد. از این‌رو در این پژوهش به دنبال پاسخی برای این سؤال هستیم که آیا معنویت‌درمانی بر تنظیم هیجان، خلق مثبت و خودمهارگری در زنان دارای علائم شخصیت مرزی مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع «نیمه‌آزمایشی» با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری زنان دارای علائم شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر خرم‌آباد بودند. ۳۰ تن با استفاده از روش «نمونه‌گیری هدفمند» انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش دامنه سنی ۲۵-۵۰ سال، داشتن صفات شخصیت مرزی بر حسب پرسشنامه جکسون و لاریچ، مصرف دارو و علاقه به شرکت در پژوهش با تکمیل فرم رضایت آگاهانه و عدم شرکت همزمان در سایر مداخله‌های درمانی روانشناختی بود. ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به ادامه درمان و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات معنویت‌درمانی در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی به این صورت بود که شرکت در تحقیق کاملاً اختیاری بود. شرکت‌کنندگان با چگونگی قواعد و مقررات طرح و نوع مداخله آشنا شدند. هریک از اعضای گروه آزمایش و گواه اجازه خروج از شرکت در پژوهش را در هر مرحله‌ای داشتند. گروه گواه در صف انتظار قرار گرفت.

به منظور گردآوری اطلاعات برای بررسی فرضیه‌های پژوهش با روش «میدانی» از این پرسشنامه استفاده شد:

پرسشنامه «شخصیت مرزی»

پرسشنامه «شخصیت مرزی» (STB) توسط جکسون و کلاریچ در سال ۱۹۹۱ برای تشخیص ویژگی‌های شخصیتی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی طراحی گردیده است. آزمون دارای ۲۴ سؤال است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت «بلی/خیر» پاسخ داده می‌شود. پاسخ «بلی» نمره یک و پاسخ «خیر» نمره صفر می‌گیرد. این مقیاس سه عامل «ناامیدی»، «تکانش‌گری» و عامل «علائم تجزیه‌ای و منفی‌نگر وابسته به تنش (استرس)» را اندازه‌گیری می‌کند.

روایی پرسشنامه توسط جکسون تأیید گردیده است. در ایران روایی محتوایی و صوری توسط محمدزاده و همکاران در سال ۱۳۸۴ به تأیید رسیده است. پایایی پرسشنامه توسط راولینگر و همکاران (۲۰۰۱) ۰/۸۰ گزارش شده است. در ایران محمدزاده و همکاران با روش «بازآزمایی» اعتبار کل مقیاس را ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش کنونی اعتبار محاسبه شده پرسشنامه با استفاده از روش الفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه «خودمهارگری»

این پرسشنامه توسط تانجی (۲۰۰۴) طراحی و اعتباریابی شده و دارای ۱۳ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان تسلط افراد بر خودشان است. روش نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت است که برای پاسخ‌های «بسیار زیاد» نمره ۵، «زیاد» نمره ۴، «گاهی» نمره ۳، «به‌ندرت» نمره ۲ و «هرگز» نمره ۱ تعلق می‌گیرد. روایی و پایایی پرسشنامه «خودمهارگری» تانجی در پژوهش موسوی مقدم و همکاران (۱۳۹۴) محاسبه و تأیید گردیده است.

در پژوهش تانجی و همکاران (۲۰۰۴) روایی این مقیاس با ارزیابی همبستگی آن با مقیاس‌های «پیشرفت تحصیلی»، «سازگاری»، «روابط مثبت»، و «مهارت‌های بین فردی» تأیید شده است. همچنین پایایی آن بر روی دو نمونه آماری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ $0/83$ و $0/85$ به دست آمده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با $0/89$ محاسبه گردید.

پرسشنامه «تنظیم هیجان»

پرسشنامه «تنظیم هیجان» توسط گراس و جان (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان طراحی شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده‌مقیاس «ارزیابی مجدد» با ۶ گویه و «فرونشانی» با ۴ گویه است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از «به شدت مخالفم» (با نمره ۱) تا «به شدت موافقم» (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد $0/79$ و فرونشانی $0/73$ به دست آمده است.

قاسم‌پور و همکاران (۱۳۹۱) میزان ضریب آلفای کرونباخ $0/79$ را برای تنظیم هیجان گزارش کرده است و برای ارزیابی مجدد و فرونشانی به ترتیب $0/52$ و $0/71$ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با $0/831$ محاسبه گردید.

پرسشنامه «عاطفه مثبت»

این مقیاس توسط واتسون و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شد. در این مقیاس، ۲۰ مقوله که بیانگر ۲۰ احساس (۱۰ احساس مثبت و ۱۰ احساس منفی) بوده، در قالب کلمات مطرح شده است و نظر تکمیل‌کننده درباره این احساسات، در چهار بُعد گذشته، حال، آینده و به طور کلی، در یک مقیاس ۵ درجه‌ای ارزیابی می‌شود. در این پژوهش از ۱۰ سؤال بیانگر خلق مثبت استفاده شده است.

پایایی خارجی این مقیاس توسط واتسون (۱۹۸۸) با ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت $0/88$ و برای عاطفه منفی $0/87$ گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون-آزمون مجدد با فاصله ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت $0/68$ و برای عاطفه منفی $0/71$ به دست آمد. همبستگی میان عاطفه مثبت و منفی با اضطراب و ناراحتی روانی و افسردگی، روایی خوب را نشان داده است.

پایایی پرسشنامه از طریق آماره‌های همسانی درونی ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴) برابر با ۰/۸۵ بود که حاکی از ثبات درونی آن است. در پژوهش حاضر، میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ محاسبه گردید.

«معنویت‌درمانی»

بعد از اجرای پیش‌آزمون، «معنویت‌درمانی» در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با اقتباس از کتاب *درمان چندبعدی جان‌بزرگی* (۱۳۹۸) به خاطر ماهیت تحقیق برخی تغییراتی اعمال شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات معنویت‌درمانی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول و دوم	هدف: آشنایی با اهداف و قوانین رابطه درمانی، ساختار بندی و مفهوم سازی مشکل؛ قرارداد درمانی؛ هدف گذاری مبتنی بر مشکل و هدف گذاری معنوی در سطح تعادل؛ تعالی یا فن واپایش (اسمارت)
جلسه سوم	هدف: بینش یابی توصیف مفاهیم «خودمهارگری»، «تنظیم هیجان» و «خلق مثبت» و تأثیر آنها بر زندگی انسان معنوی و پیشگیری از رفتارهای غیراخلاقی؛ طرح «فرض تشخیص درست و اجباری عقل طبیعی در زمان انجام عمل» و مهار و خودنظم جویی یا مهار اختیاری؛ ذکر موارد نقض (مواردی که عقل رأی به «نمی‌دالم» می‌دهد؛ یعنی به علم نیاز دارد و نباید عمل کرد)؛ شناخت کنش‌های عقل که در برابر هر عمل دو کنش وجود دارد: کنش شناختی (می‌دانم خوب یا بد است) و کنش مهار و خودنظم جویی (نمی‌دانم، پس ایست)
جلسه چهارم	هدف: اعتماد به عقل و موانع عقل بررسی تجربه‌ها؛ اگر عقل تشخیص‌گر خوبی است چرا به آن اعتماد نمی‌کنیم؟ راه‌های اعتماد به عقل در بررسی موانع عقل؛ بررسی تجربه‌ها؛ چه شرايطی سبب می‌شود نتوانیم به تشخیص عقل عمل کنیم؟ شناخت موانع عقل
جلسه پنجم	هدف: تقویت عقل بررسی تجربه‌ها؛ تشخیص «عقل قابل حذف نیست، اما قابل تضعیف و تقویت است»؛ راه‌های تقویت عقل با شناخت توانمندی‌ها؛ منش و نقاط مثبت خود و درک واقع بینانه از محدودیت‌ها و نقص‌های رفتاری خود؛ پذیرش خطاها و کسب تجربه
جلسه ششم	هدف: منطق معنوی آماده‌سازی برای تغییر مرحله بیان منطق عقل طبیعی و مسیر سلامت و بیماری؛ بحث درباره عقل و بهترین منبع برای دریافت علم و تفسیر صحیح رویدادها؛ بحث درباره پیش‌فرض‌های انسان معنوی (از جمله: نگاه مبتنی بر رحمت خداوند به انسان)؛ حکمت‌های الهی در زندگی؛ جایگاه نظم در زندگی انسان معنوی، پذیرش حوادث و رویدادهای سخت مبتنی بر حکمت خداوندی و تأثیر یأس بر اوضاع زندگی
جلسه هفتم	هدف: نجات عقل و ارزیابی بررسی تجربیات جلسه قبل؛ شناخت ساختار تفکر؛ خطاهای ذهنی؛ تغییر افکار میانی و افکار بنیادین؛ تجدید هدف گذاری و ارزیابی با خودشناسی معنوی؛ اعمال نامتعادل

<p>جلسه هشتم</p>	<p>هدف: احساس ارزشمندی و یگانگی خدا و حرکت به سوی زندگی پاک و معنوی رابطه با خدای واقعی؛ خدا درباره خلق ما چه می‌گوید؟ برنامه و مراقبت خدا برای خلق؛ ربوبیت خدا و سلامت روانی؛ تنظیم بهترین برنامه سعادت متناسب با برنامه‌های قرآنی؛ واری و اکتشاف برنامه‌های ممکن؛ معنادگی به زندگی با حضور خداوند؛ تصریح ارزشها، اصول، معناداری و اهداف</p>
<p>جلسه نهم</p>	<p>هدف: کشف تعارض‌های روان‌شناختی در تعریف خود و کارکرد روانی معنوی هشیاری نسبت به خودپنداره؛ اکتشاف تعارض‌ها؛ بحث درباره خودپنداره‌های منفی؛ هشیاری نسبت به آثار خودپنداره‌های منفی، همانند ناسپاسی، دولایگی، ناهشیاری و انجام اعمال بی‌معنا؛ آگاهی از احساسات سرکوب‌شده</p>
<p>جلسه دهم</p>	<p>هدف: زمینه سازی تسویه با پاکسازی خویش از تعارض‌ها بیان تجربیات؛ شناسایی هیجان‌های منفی نسبت به افراد؛ موقعیت‌ها و موقعیت‌های معنوی (ارزشها، مبدأ و معاد)؛ تحلیل هیجان‌های منفی با هویت معنوی و استفاده از فنون رفتاری شناختی؛ بررسی معنا، ارزش‌ها و هدف هیجان‌ها؛ مقایسه تصویر من از زاویه خود، دیگری و خدا؛ عمل هویت ساز؛ انتخاب بهترین گزینه؛ راه خدا</p>
<p>جلسه یازدهم</p>	<p>هدف: تقویت الگوهای مسیر ساز و خودمراقبت‌گری تقویت عقل خداسو متناسب با هویت معنوی؛ رابطه با یک الگوی معنوی و مزایای دریافت برنامه زندگی الگوها؛ مصون سازی خود از تنش با آرام سازی و مراقبه؛ استعاره‌ها و داستان‌های کوتاه معنوی؛ کشف معصومیت و گناهکار بودن خود (شواهد معصومیت و خطا کار بودن) شناخت چهارسوی معنوی برای مراقبت و اعتلای عمل و پردازش آن با سبک زندگی، ترسیم فضای زندگی خود در چهارچوب مبدأ و معاد؛ خداآگاهی و انسجام توحیدی اعمال؛ دعا و مناجات برای تطهیر عمل؛ توکل و خودمراقبتگری و خود تقویت‌گری</p>
<p>جلسه دوازدهم</p>	<p>هدف: آشکار سازی عقل، صبر و پذیرش واری نارضایتی از خود؛ رابطه هیجان‌ها با سختی‌ها و آسانی‌ها با تصور از خود؛ دلایل نشاط؛ محاسبه و دلایل معنوی رضایت؛ پذیرش و شرح صدر؛ مقایسه پذیرش شرایط یا ادامه پیگیری بی‌ثمر با مقایسه سود و زیان؛ مثلث «من - خدا - مشکل»</p>
<p>جلسه سیزدهم</p>	<p>هدف: رهاسازی - آشکار سازی بیان تجربیات؛ چرا بخشش؟ بخشش و تعدیل روابط؛ آشکار سازی قدردانی از خدا و خلق خدا</p>
<p>جلسه چهاردهم</p>	<p>هدف: در جست‌وجوی تعالی فراروی از منیت و موقعیت؛ مباحثه و درونی سازی با مفهوم سازی مجدد مشکل پیش از الگوی معنوی؛ شکل‌گیری زندگی توحیدی و معنادگی واقعی به زندگی؛ شکل‌دهی زندگی اصیل</p>
<p>جلسه پانزدهم</p>	<p>هدف: پیشگیری از عود (استغفار و ذکر) چگونه مددکار معنوی ایجاد کنیم؟ استغفار و اثر آن بر زندگی مادی و معنوی؛ مرور چرخه فکر و ذکر؛ خودمراقبت‌گری خداسو؛ خودتقویت‌گری خداسو؛ اجرای آزمون‌های پایانی و ارزشیابی</p>

یافته‌های پژوهش

برای مقایسه نمرات خودمهارگری، تنظیم هیجان و خلق مثبت گروه‌های آزمایش و گواه، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در جدول (۲) مؤلفه‌های توصیفی نمرات خودمهارگری، تنظیم هیجان و خلق مثبت گروه‌های آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

کنترل		آزمایش		متغیرها		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۳/۳۹۳	۲۴/۵۲۹	۴/۱۲۲	۲۳/۳۳۰	خودمهارگری		
۳/۳۳۰	۲۱/۹۹۸	۳/۶۹۰	۲۹/۱۱۱	پس‌آزمون		
۴/۱۰۹	۱۳/۴۷۰	۴/۸۶۲	۱۲/۲۲۵	پیش‌آزمون		
۲/۴۱	۱۳/۲۸۰	۲/۲۳۵	۳۳/۶۸	پس‌آزمون		
۳/۹۶۷	۹/۸۱	۲/۳۸۰	۹/۲۳	پیش‌آزمون		
۳/۷۶	۹/۷۸	۲/۵۶۱	۸/۲۷	پس‌آزمون		
۴/۵۹۰	۱۹/۰۵۰	۴/۷۸۱	۱۹/۱۱۰	پیش‌آزمون		
۴/۰۴۶	۱۹/۳۳۸	۳/۹۶۷	۲۴/۹۴۱	پس‌آزمون		
				ارزیابی مجدد		تنظیم هیجان
				فروشناسی		
				خلق مثبت		

جدول (۳): نتایج آزمون برابری واریانس‌های خطا و توزیع متعادل بودن داده‌ها

آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف		آزمون لوین		متغیرهای وابسته
معناداری	آماره	معناداری	F	
۰/۰۹۳	۰/۷۶۵	۰/۳۲۳	۱/۰۰۶	خودمهارگری
۰/۱۸۵	۰/۸۳۹	۰/۵۶۱	۰/۶۰۸	تنظیم هیجان
۰/۱۶۷	۰/۸۹۷	۰/۲۹۶	۱/۱۲۷	خلق مثبت

جدول (۳) نتایج آزمون لوین برای سنجش برابری واریانس‌های خطای پس‌آزمون‌های خودمهارگری، تنظیم هیجان و خلق مثبت را در بین دو گروه آزمایشی و گواه نشان می‌دهد. در این جدول، چون سطح معناداری آماره F برای پس‌آزمون خودمهارگری، تنظیم هیجان و خلق مثبت بزرگ‌تر از $0/05$ است، می‌توان گفت: واریانس خطای دو گروه با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نشده است. بنابراین مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها حاکی از آن است که شرط یکسانی واریانس‌ها در گروه‌ها برای این متغیر وجود دارد. بنابراین اجرای کوواریانس برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی امکان‌پذیر است. همچنین داده‌ها از فرض همگنی شیب رگرسیون در سطح $P > 0/05$ پشتیبانی می‌کند و مانعی برای استفاده از تحلیل کواریانس وجود ندارد. پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرها تأیید شده ($P > 0/05$) و استفاده از آزمون «پارامتریک» تحلیل کواریانس برای تحلیل داده‌ها بلامانع است.

جدول (۴) نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی معنویت‌درمانی بر متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
خودمهارگری	۱۶۸/۸۳۴	۱	۱۶۸/۸۳۴	۳۳/۵۳	۰/۰۰۸	۰/۴۰۶	۰/۹۹
ارزیابی مجدد	۱۳۳/۶۷	۱	۱۳۳/۶۷۸	۲۳/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸	۰/۹۹
فروشناسی	۲۱/۹۳۰	۱	۲۱/۹۳۰	۱/۷۸	۰/۳۱۲	۰/۰۲۱	۰/۹۹
خلق مثبت	۱۲۵/۹۰	۱	۱۲۵/۹۰۸	۱۹/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	۰/۹۹

بر اساس نتایج جدول (۳) بین دو گروه در خودمهارگری، تنظیم هیجان و خلق مثبت تفاوت وجود دارد ($P < 0/01$) و معنویت‌درمانی توانسته است موجب افزایش خودمهارگری، تنظیم هیجان و خلق مثبت زنان دارای صفات شخصیت مرزی شود. میزان تأثیر درمان برای خودمهارگری ۴۰/۶ درصد، برای مؤلفه ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان ۳۹/۸ درصد و برای خلق مثبت ۱۹/۷۹ درصد بوده است. معنویت‌درمانی بر فرونشانی زنان مبتلا به شخصیت مرزی تأثیرگذار نبوده است. توان آماری نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه و پایین بودن خطای نوع دوم است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد معنویت‌درمانی بر راهبرد ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان زنان دارای صفات شخصیت مرزی تأثیر دارد. درخصوص همسویی یافته‌های این پژوهش می‌توان به نتایج مطالعه جوکار و کمالی (۱۳۹۹) درباره رابطه مستقیم معنویت و تنظیم هیجان شناختی، و پژوهش محمودی و همکاران (۱۳۹۶) درخصوص نگرش معنوی و راهبردهای هیجان‌سازگارانه، و همراستا با پژوهش سیلبرمن (۲۰۰۵) در بررسی رابطه بین دین و نظام‌های معنایی غیر مادی و تأثیر بر سبک بروز هیجان‌ها، و تحقیق ویترونو و همکاران (۲۰۲۱) درباره اثر معنویت بر افکار خودکشی اشاره کرد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: «تنظیم هیجان» فرایند ایجاد، حفظ، تعدیل، تغییر وقوع، شدت و مدت احساسات درونی و هیجانات مرتبط با انگیزش‌ها و فرایندهای روان‌شناختی است که به منظور انجام یک هدف صورت می‌گیرد. شخصیت‌های مرزی در شناسایی و توصیف احساسات دشواری دارند. آنها با تمرکز بر تجارب بیرونی و نوسان خلق آسیب‌پذیری عاطفی بالاتری را تجربه می‌کنند و از راهبردهای ناسازگارانه در بیشتر موقعیت‌ها استفاده می‌کنند. در معنویت‌درمانی، چون نظام ارزشیابی درونی، فطری و الهام الهی است، موجب می‌شود فرد ابزارها و برنامه‌های شناخت خود را - که همان عقل است - از درون فعال کند. عقل در حوزه معنویت، از راه حواس، اطلاعات بیرونی را با تجارب درونی پردازش کرده، راه درست را برای تصمیم‌گیری در اختیار فرد قرار می‌دهد. در معنویت‌درمانی عقل دارای کنش شناختی و ترغیب‌گری به سمت تقواست و با فعال‌سازی ایمان که مستلزم شناخت خداوند با عقل درونی و تکمیل آن با پیروی از عقل کل (یعنی خداوند) و دستورات مبتنی بر قرآن و درونی‌سازی باورها از سطح عقلی به سطح قلبی است، برای فرد احساس امنیت ایجاد می‌شود و او از روی علم، معرفت و بصیرت، با دست یافتن به تعادل در هیجان، به فعل درست گرایش پیدا خواهد کرد که در این شرایط اعمال صالح مبتنی بر راهبردهای سازگارانه در او افزایش می‌یابد.

در معنویت‌درمانی فرد با تبعیت از عقل خداسو مسیر و نحوه حرکت هیجانات خود را مشخص می‌کند و با خودآگاهی و خداآگاهی از هیجانات و عواطف خود شناخت پیدا کرده، با کشف جنبه‌های درونی ذهن و جسم خود،

ظرفیت هیجانی خود را ارتقا می‌دهد و با ارزیابی مجدد شناختی با شناخت افکار و خطاهای شناختی ذهن و جایگزینی آنها با افکار کارآمدتر مقبول وجدان و خدا، با اختصاص زمان‌هایی برای خود و یادآوری توانمندی‌ها و ارزش‌های مد نظر خویش، با خود شفقت نشان داده، به جای سرکوب فکر با فرونشانی اولیه و تبعیت از عقل و نگاه خداسو به موقعیت‌ها با تأمل بیشتر به رویدادها می‌نگرد و می‌آموزد در چارچوب عقل و تشخیص درست از نادرست، برانگیختگی و تکانش‌گری را در خود کاهش دهد و با خودمراقبت‌گری خود را در حالت متعادل نگاهدارد که این حالت بر تعادل بهینه و تنظیم هیجان سازگارانه تأثیر مثبت دارد.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد معنویت‌درمانی بر خودمهارگری زنان دارای صفات شخصیت مرزی تأثیر دارد. در همسویی یافته‌های این پژوهش می‌توان به نتایج مطالعه *پوراکبران* و همکاران (۱۳۹۸) درباره تأثیر معنویت بر تاب‌آوری و پژوهش *آیلا* و *کامرو* (۲۰۱۳) در خصوص تأثیر مذهب بر خودتنظیمی و فرسودگی اشاره کرد. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد خودمهارگری مشخصه سلامت و بهزیستی روانی است. افراد می‌توانند هدف‌های واقع‌گرایانه را سازماندهی و اولویت‌بندی کنند و در زمان تصمیم‌گیری، میان عواطف و عقل تعادل برقرار سازند.

خودمهارگری از منابع درون‌فردی است که می‌تواند سطح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل نماید. معنویت‌درمانی در افراد با شخصیت مرزی موجب می‌شود عقل خداسو فعال شود و فرد با شناخت از رفتارهای خویش، پاسخ‌های خود را برای پرهیز از رفتارهای ناخواسته تنظیم کند و با هدف‌گذاری ارزشی خدامحور رفتارهای منفی بدون تأمل و پرخطر را کاهش دهد و ظرفیت روانی خود را برای واپایش رفتارهایی همانند تکانش‌گری و خشم انفجاری کاهش دهد. او با استفاده از فرایند عقل از خود مراقبت کرده، زمانی را صرف تأمل و فکر کردن به انتخاب‌ها و نتایج احتمالی آن می‌کند و با توجه به ارزش‌ها و با درک حمایت خداوند، ظرفیت خود را برای آرامش در انجام اعمال باطمینان افزایش می‌دهد و این خویشتنداری به توانایی بیشتر نظارت بر رفتار در روابط اجتماعی می‌انجامد. با معنویت، فرد به جای واکنش‌پذیری - به رغم فشارها - رفتار خود را ارزیابی و نظارت می‌کند. همچنین فرد چون نقش خداوند را به‌مثابه ناظر درونی در مواقع عمل در نظر می‌گیرد، با مسئولیت‌پذیری در برابر خود، خدا و دیگران موجب معنادگی به زندگی خود می‌شود و این بر خودمهارگری تأثیر مثبت دارد.

دیگر نتایج پژوهش تأثیر معنویت‌درمانی بر خلق مثبت زنان دارای علائم شخصیت مرزی را تأیید کرد. نتایج این پژوهش با یافته‌های *گریسون* و همکاران (۲۰۱۱) درباره تأثیر باورهای مذهبی بر احساس گناه و سلامت روانی و پژوهش *کمروی* و همکاران (۱۳۹۴) در زمینه تأثیر معنویت بر خوش‌بینی و شادکامی همخوانی دارد.

در تبیین اثربخشی معنویت‌درمانی در افزایش خلق مثبت می‌توان گفت: خلق مثبت بیانگر یک تجربه درونی لذت‌بخش است. وقتی خلق مثبت بالاست افراد آرمیده هستند. خلق مثبت در افراد شخصیت مرزی تحت آشفتگی فکری و پریشانی هیجانی دایم در نوسان است و ثبات در وضعیت خلقی مثبت آنها وجود ندارد. در معنویت‌درمانی با

توجه به هشیاری‌افزایی که مبتنی بر روشنگری، بصیرت و عقل‌خدا محور است، نگرش فرد نسبت به خود، خدا، دیگران و جهان تغییر می‌کند و رابطه با پروردگار قوی‌تر می‌شود. فرد از سختی‌ها و رویدادهای پیش آمده احساس پشیمانی نمی‌کند و با پذیرش دشواری‌ها با توجه به حکمت‌های خداوندی احساس رضایت و شادمانی می‌کند.

در معنویت‌درمانی چون فرد یاد می‌گیرد به خاطر خود و در جهت رضایت خداوند دیگران را ببخشد و با تقویت چهارسوی معنوی به گذشته غمگین برنگردد، با رهاسازی خود از افکار منفی و ساخت و گسترش هیجانات مثبت خداسو شادمانی اصیل در او ایجاد می‌شود و خلق مثبت او پایدارتر خواهد بود. بنابراین معنویت‌درمانی با تأکیدی که بر جنبه‌های شناختی و معنوی انسان دارد، ظرفیت وجودی معنوی فرد را تقویت می‌کند، مسئولیت‌پذیری او را در قبال خدا، خود و دیگران و یافتن معنا متناسب با اهداف الهی ارتقا می‌دهد و سلامت معنوی را در وی رشد می‌دهد و پستوانه‌ای برای هویت معنوی و دستیابی به تعادل و زمینه‌تعالی‌یابی ایجاد می‌کند و تنظیم هیجان، خودمهارگری و خلق مثبت را در زنان دارای صفات شخصیت مرزی ارتقا می‌دهد. از این رو می‌توان از روش فوق به‌مثابه یک روش مداخله‌ای و درمانی به‌منظور تنظیم هیجان، خلق مثبت و خودمهارگری در زنان دارای نشانگان شخصیت مرزی استفاده نمود.

نبود امکان اجرای مرحله پیگیری به سبب محدودیت زمان، بررسی نکردن نقش تعدیل‌گر عوامل جمعیت‌شناختی، جامعه آماری پژوهش صرفاً زنان مبتلا به شخصیت مرزی - که تعمیم یافته‌ها به جامعه مردان را کاهش می‌دهد - از محدودیت‌های این مطالعه بود.

منابع

- انجمن روان‌پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳، *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM5* ترجمه فرزین رضایی، تهران، ارجمند. بخشی‌پور، عباس و محمود دژکام، ۱۳۸۴، «تحلیل عاملی تاییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی»، *روانشناسی*، ش ۴، ص ۳۵۱-۳۶۴. پوراکیهان، الهه و همکاران، ۱۳۹۸، «تأثیر معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان»، *دانشکده پزشکی مشهد*، ش ۱، ص ۱۳۹۳-۱۴۰۲.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۹۸، *درمان چندبعدی معنوی، یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جوکار، بهرام و فاطمه کمالی، ۱۳۹۹، «رابطه معنویت و ابعاد نظم‌جویی شناختی هیجان»، *روانشناسی تحولی روانشناسان ایران*، ش ۱۲، ص ۳۷۷-۳۸۵.
- خالقی‌پور شهناز و همکاران، ۱۳۹۵، «اثر بخشی معنویت‌درمانی اسلامی بر سبک زندگی و گلبول‌های سفید خون محیطی سالمندان افسرده»، *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ش ۱۰، ص ۱۶-۲۹.
- عباسی، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۷، «موج چهارم رفتاردرمانی: روند شکل‌گیری درمان‌های رفتاری و چالش‌های آن»، *رویش روانشناسی*، ش ۲۲، ص ۲۲۳-۲۳۶.
- عشوندی، خدایار و همکاران، ۱۳۹۶، «مراقبت معنوی بر اضطراب مرگ بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مرحله انتهایی تحت همودیالیز: یک مطالعه کارآزمایی بالینی»، *حیات*، ش ۲۳، ص ۳۳۲-۳۴۴.
- قاسم‌پور، عبدالله و همکاران، ۱۳۹۱، «خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی»، *دز: ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان*، دانشگاه گیلان.
- کمری، سامان و همکاران، ۱۳۹۴، «اثر بخشی آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان شادکامی و خوشبینی نوجوانان»، *روانشناسی اجتماعی*، ش ۳، ص ۱۰۳-۱۱۸.
- گنجی، حمزه، ۱۳۹۴، *آسیب‌شناسی روانی DSM5* تهران، ساوالان.
- محمدزاده، علی و همکاران، ۱۳۸۴، «بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی در دانشجویان دانشگاه شیراز»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۲۷، ص ۷۵-۸۹.
- محمودی، فیروز و همکاران، ۱۳۹۶، «بررسی نقش نگرش معنوی در پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در دانشجویان»، *دین و سلامت*، ش ۱۵ (۱)، ص ۵۱-۶۰.
- موسوی مقدم، سیدرحمت‌الله، ۱۳۹۴، «بررسی رابطه هوش معنوی با خودکنترلی و مکانیسم‌های دفاعی در دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوره ۲۵، ش ۱، ص ۴۳-۵۹.
- Arango, I., Miranda, E., Ferrer, J. C. S., Fresán, A., Ortega, M. A. R., Vargas, A. No., ... & Robles, R., 2019, "Changes in facial emotional expression during a psychotherapeutic intervention for patients with a borderline personality disorder", *Journal of psychiatric research*, No. 114, p. 126-132.
- Ayala, E., & Carnero, A. M., 2013, "Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru", *PloS one*, No. 8 (1), e54408.
- Davis, M. A., 2019, "Understanding the relationship between mood and creativity: a meta-analysis", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, No. 108, p. 25-38.
- Doolittle, B. R., & Farrell, M., 2004, "The association between spirituality and depression in an urban clinic", *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, No. 6 (3), 114-118, doi:10.4088/pcc.v06n0302

- Gardner, K., & Qualter, P., 2009, "Emotional intelligence and borderline personality disorder", *Personality and individual differences*, No. 47 (2), p. 94-98.
- Greeson, J. M., Webber, D. M., Smoski, M. J., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Suarez, E. C., & Wolever, R. Q., 2011, "Changes in spirituality partly explain health-related quality of life outcomes after Mindfulness-Based Stress Reduction", *Journal of behavioral medicine*, No. 34 (6), p. 508-518.
- Gross JJ, John OP, 2003, "Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being", *Journal of personality and social psychology*, No. 85(2), 348-362, doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R., & Shott, S, 2005, "Spirituality and distress in palliative care consultation", *Journal of palliative medicine*, No. 8(4), p. 782-788.
- Hosseini, S. M., Naseri-Salahshour, V., Farsi, Z., Esmaeili, M., Sajadi, M., Maddah, Z., & Fournier, A., 2022, "The effect of spirituality-oriented psychological counseling on the fear of death among patients undergoing chronic hemodialysis: A randomized controlled trial", *European Journal of Integrative Medicine*, No. 49, p.102103.
- Jafari, et al, 2013, "Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, No. (1), p. 1-9.
- Jackson M, Claridge G, 1991, "Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire (STQ)", *British Journal of Clinical Psychology*, No. 30, p. 311-323.
- Johnson, B. No., Ashe, M. L., & Wilson, S. J, 2017, "Self-control capacity as a predictor of borderline personality disorder, features problematic drinking and their co-occurrence", *Journal of Personality*, 2017, No. 31(3), p. 289-305.
- Kernberg, O.F, Selzer, M.A, Koenigsberg, H.W, Carr,A.C, 1989, *Psychodynamic Psychotherapy Of Borderline Patients*, British, Basic Books press.
- Koenig, H. G.; McCullough, M.E. & Larson, D.B. (Eds), 2019, *Handbook of religion and health*, New York, Oxford University Press.
- Krause N, Pargament KI, Ironson G., 2018, "In the shadow of death: Religious hope as a moderator of the effects of age on death anxiety", *The Journals of Gerontology: Series B*, No. 73 (4), p. 696-703.
- Linehan M., 2016, *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, New York, The Guildford Press.
- Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, 2001, "Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale(STA) and the Borderline Personality Scale(STB)", *Personality and Individual Differences*, No. 31, p. 409-419.
- Silberman, I., 2005, "Religion as a meaning-system: Implications for individual and societal wellbeing", *Psychology of Religion Newsletter*, No. 30(2), p. 1-9.
- Sorajjakool, S., Aja, V, et al, 2008, "Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression", *Pastoral Psychology*, No. 56 (5), p. 521-532.
- Stern, A, 1938, "Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses", *Psychoanalytic Quarterly*, No. 7, p. 467-489.
- Strong, C. M., Nowakowska, C., Santosa, C. M., Wang, P. W., Kramer, H. C., & Ketter, T. A., 2017, "Temperament-creativity relationships in mood disorder patients, healthy controls, and highly creative individuals", *Journal of Affective Disorders*, No. 100, p. 41-48.

- Subhi, T. Y., Neber, H, et al, 2012, "What We Know about Emotional Intelligence: How it Affects Learning, Work, Relationships, and Our Mental Health, *Gifted and Talented International*, No. 27(1), p. 161-166.
- Tangney, J., Baumeister, R., & Boone, A, 2004, "High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success", *Journal Of Personality*, No. 72(2), p. 271 -324.
- Tangney, J. P., Boone, A. L., & Baumeister, R. F, 2018, "High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success", *Self-regulation and self-control*, p. 173-212.
- Zweig-Frank H, Paris J., 2018, "Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with a borderline personality disorder", *Comprehensive Psychiatry*, No. 43, p. 103–107.
- Vitorino, L. M., Possetti, J. G., Silva, M. T., de Souza Santos, G., Lucchetti, G., Moreira-Almeida, A., & Guimarães, M. V. C., 2021, "The role of spirituality and religiosity on suicidal ideation of homeless people in a large Brazilian urban center", *Journal of affective disorders*, No. 295, p. 930-936.
- Watson D, Clark LA, Tellegen A, 1988, "Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales", *Journal of personality and social psychology*, No. 54(6), p. 1063-1070, DOI:10.1037//0022-3514.54.6.1063

