



عنوان دوره آموزشی

تنظیم هیجانی در اختلالات شخصیت

تابستان ۱۴۰۱



گروه هدف و اهداف آموزشی

کارشناس امور روانی و اعتیاد

اهداف آموزشی

بررسی تنظیم هیجانی و بد تنظیمی هیجانی در اختلالات روانشناختی با مرکزیت اختلالات شخصیت برای روانشناسان

روش و نحوه اجرای آموزش

مدت دوره: ۱۲ ساعت

اجرای آموزش: کتابخوانی

نوع آزمون: کتابخوانی

روش آزمون: الکترونیک

مقدمه	۵
هیجان	۶
پیامدهای اجتناب هیجانی	۱۳
تنظیم هیجانی	۱۴
استراتژی ها	۱۷
نارسایی در تنظیم هیجان	۲۲
مؤلفه های اختلال تنظیم هیجانی در اختلال شخصیت مرزی (نتایج یک مطالعه مروری)	۲۸
راهبردهای ناکافی تنظیم هیجان	۳۲
راهبردهای تنظیم ناسازگار	۳۴
ابزارها	۶۰
پیوست ها	۶۲
منابع	۷۳

مقدمه

راهنمای حاضر اطلاعاتی را در خصوص تنظیم هیجانی، بد تنظیمی هیجانی، اختلال تنظیم هیجانی و ارتباط آن در اختلالات روانشناختی در اختیار خوانندگان که در محیط های بالینی کار می کنند قرار می دهد. لازم به ذکر است که هیچ خط مشی وجود ندارد که بیان کند کدام روش باید اول انجام گیرد و کدام روش در مراحل دوم، سوم و ... بلکه در خصوص هر بیمار با توجه به نوع مشکلات و نوع اهدافی که لازمه زندگی بیمار بوده و در اولویت رفع شدن قرار دارد از تکنیک مناسب آن بهره خواهیم برد.

هیجان

هیجان‌ها، پدیده‌هایی چندوجهی و نوعی پاسخ فیزیولوژیکی هستند. بدن را برای سازگاری آماده می‌کنند. هنگامی که بدن از نظر هیجانی به واسطه‌ی ترس یا خشم برانگیخته می‌شود. ضربان قلب زیاد می‌شود. مردمک‌ها گشاد می‌شوند و میزان تنفس افزایش می‌یابد.

واژه هیجان که با واژه‌های شور، احساس و عاطفه شباهت‌های زیادی دارد. به معنای هر نوع برانگیختگی ذهن و بدن است. هیجانات، احساسات و عواطف بخشی از وجود انسان است. ما تا زمانی که زنده‌ایم نسبت به دنیای پیرامون خود حساس هستیم. از آن‌ها تاثیر می‌پذیریم. در واقع هیجان‌ها، احساس و عاطفه پدیده‌های هستند که ما هر روز با انواع مختلفی از آن‌ها درگیر می‌شویم. مسائلی مانند عشق، غم، شادی، خشم و عصبانیت و بسیاری دیگر از حالت‌ها. به طور قطع همه‌ی ما تک تک آن‌ها را به خوبی می‌شناسیم. همه‌ی آن‌ها را احساس کرده‌ایم، محتوای هیجان، احساس و عاطفه را تشکیل می‌دهند.

با وجود اینکه احساسات در زندگی انسان‌ها مشترک است. ولی هر یک از ما دنیای هیجانی مخصوص به خود داریم. که به طور کامل به خودمان تعلق دارد. شبیه هیچ کس دیگر نیست. اگر دنیای احساس ما شبیه یک تابلو نقاشی باشد. هرکس تابلوی نقاشی خود را با رنگ آمیزی متفاوت و موضوع متفاوت در اختیار دارد.

برای درک مطلب گفته شده به این مثال توجه کنید. در یک روز عادی در حالی که عازم رفتن به سرکار هستید سوار تاکسی می‌شوید و چند لحظه بعد پشت ترافیک ماشین عقبی از پشت با ماشین شما تصادف می‌کند. آیا واکنش شما با سرنشینان دیگر یکسان است؟ آیا همگی به یک شیوه احساسشان را بروز می‌دهند؟ مسلماً جواب منفی است. پس نتیجه می‌گیریم:

هیجان یک حالت پیچیده روانشناختی است که شامل سه جزء می‌باشد:

تجربه ذهنی، پاسخ فیزیولوژیک و واکنش‌های رفتاری.

انسان‌ها در طول زندگی با احساسات مختلفی درگیر می‌شوند. بعضی از آنها خوشایند است و به انسان انرژی می‌دهد. مثل شادی و عشق. برخی دیگر، خوشایند نیست و انسان‌ها معمولاً از آن می‌گریزند مثل ترس و خشم غم.

تجربه‌ی این احساسات برای مدت طولانی می‌تواند مخرب باشد. ولی آنچه مسلم است، همه‌ی ما، هم احساسات خوشایند و هم احساسات ناخوشایند را تجربه می‌کنیم. وجود هر دو نوع احساس، لازم و ضروری است.

روان‌شناسان مختلفی براساس ایده‌ها و نظریات خود، تعریف هیجان را ارائه داده‌اند. در واقع تعاریف مختلفی برای مفهوم و انواع هیجان وجود دارد که در این جا به توصیف یکی از مهم‌ترین آن‌ها می‌پردازیم.

تعریف هیجان را می‌توان این گونه بیان کرد: هیجان یک حالت پیچیده روانی است که چهار مؤلفه اصلی دارد: مولفه حسی، جسمی، شناختی و رفتاری. اما این چهار مؤلفه در تعریف هیجان چه معنایی دارند؟ بگذارید به صورت جداگانه به هر کدام از آن‌ها بپردازیم.

مولفه احساس: مولفه احساس، حس یا تجربه درونی است که از وقوع یک واقعه به ما دست می‌دهد.

مولفه جسمی: مولفه جسمی باعث می‌شود بدن ما به صورت فیزیولوژیک فعال شود و شروع به واکنش نشان دادن کند. مولفه جسمی کاملاً ناخودآگاه است.

مولفه شناختی: درک و فهم ما از هیجان‌ها مولفه شناختی را تشکیل می‌دهند. فرایندهای شناختی (cognitive processes) به ما کمک می‌کنند تا محرک‌ها و تاثیرشان بر ذهنمان را تشخیص دهیم.

مولفه رفتاری: رفتار یا واکنش ما نسبت به هیجان، مولفه رفتاری ما را شکل می‌دهد. بر اساس این مولفه است که دیگران متوجه هیجان‌های ما می‌شوند.

هیجان‌های زیادی وجود دارند که بر روی نحوه زندگی و روابط ما با دیگران تاثیر می‌گذارند. ممکن است گاهی به نظر برسد که این هیجان‌ها هستند که برای زندگیمان تصمیم می‌گیرند. با این حال اگر تعریف هیجان و انواع آن را به درستی بدانیم، متوجه می‌شویم که چگونه باید این هیجانات را در اختیار خودمان قرار دهیم.

پاول اکمن، روان‌شناس آمریکایی، در دهه ۱۹۷۰ برای توضیح انواع هیجان از مفهوم هیجان اصلی استفاده کرد. او استدلال کرد که ۶ هیجان اصلی وجود دارند که تمامی فرهنگ‌های انسانی آن را تجربه می‌کنند. باقی هیجانات ما ترکیبی از این ۶ هیجان هستند. این ۶ هیجان عبارتند از شادی، غم، ترس، تنفر، خشم و تعجب.

او بعدها در سال ۱۹۹۹ چند هیجان دیگر را نیز به تعریف هیجان اصلی خود اضافه کرد: شرم، شور، گناه، غرور، ذلت، رضایت و سرگرمی.

یک روان‌شناس دیگر به نام رابرت پلاچیک در ضمن تعریف هیجان نظریه‌ای موسوم به «چرخ هیجان‌ها» را به وجود آورد. در این نظریه، چند هیجان اصلی با یک‌دیگر ترکیب می‌شوند تا هیجان‌های پیچیده‌تر را به وجود بیاورند. برای مثال ترکیب ترس و تنفر باعث ایجاد احساس شرم می‌شود.

شادی

انسان‌ها بین تمام انواع هیجان اصلی بیش از همه به دنبال شادی‌اند. معمولاً برای تعریف هیجان شادی آن را حالت خوشایند عاطفی توصیف می‌کنند که احساس خشنودی، لذت، مسرت و رضایت خاطر را به همراه دارد. هنگامی که کسی احساس شادی می‌کند معمولاً لبخند می‌زند، زبان بدنش حاکی از آرامش است و صدایش لحنی امیدوارانه به خود می‌گیرد.

با این که شادی یکی از ۶ هیجان اصلی انسان است، چیزهایی که تصور می‌کنیم باعث شادی می‌شوند در واقع شدیداً تحت تاثیر فرهنگ هستند. برای مثال فرهنگ زمانه ما این‌گونه است که خودمان و اطرافیانمان گمان می‌کنیم داشتن یک خانه بزرگ و مجلل یا داشتن یک شغل پردرآمد باعث شادی خواهد شد. این که چه چیزهایی در واقعیت باعث شادی می‌شوند، بسیار پیچیده‌تر و شدیداً شخصی‌اند.

غم

غم یکی دیگر از انواع هیجان است. در تعریف هیجان غم معمولاً آن را حالت عاطفی موقتی می‌شمارند که احساس ناامیدی، سوگ، دلسردی و بی‌میلی را به همراه دارد. غم نیز مانند دیگر احساسات، چیزی است که همه افراد بعضی اوقات تجربه می‌کنند. گاهی افراد بازه‌های طولانی و شدیدی از غم را متحمل می‌شوند که ممکن است تبدیل به افسردگی شود.

در زمان هیجان غم، این مولفه شناختی را تجربه می‌کنیم که چیزی را از دست داده‌ایم. سپس نوبت به احساس کردن مولفه‌های فیزیکی فرا می‌رسد. در این مواقع در قفسه سینه‌مان احساس سنگینی می‌کنیم، احساس می‌کنیم

بدنمان جمع شده است، سطح انرژی روانی و جسمانی مان پایین آمده و در قسمت گلویمان احساس بغض و گرفتگی می‌کنیم.

در نتیجه مولفه‌های حرکتی خاصی را نشان می‌دهیم: به گریه کردن تمایل پیدا می‌کنیم، می‌خواهیم چیزی را که از دست داده‌ایم جبران کنیم، سرعتمان کاهش پیدا می‌کند و نمی‌توانیم به‌خوبی تمرکز کنیم. غم می‌تواند به طرق مختلف ابراز شود؛ از جمله: گریه کردن، بی‌حوصلگی، کرختی، سکوت و دوری از دیگران. نوع و شدت غم، بستگی به دلیل اصلی آن دارد و در نتیجه، شیوه روبه‌رو شدن افراد با آن نیز متفاوت است.

ترس

ترس یک احساس بسیار قوی است که نقش بسیار مهمی در بقای ما دارد. وقتی ما با موقعیت خطرناکی روبه‌رو می‌شویم و احساس ترس می‌کنیم، وارد حالتی می‌شویم که به اصطلاح به آن «واکنش ستیز یا گریز» می‌گویند. در این حالت عضلات ما منقبض می‌شوند، ضربان قلب و تنفسمان سرعت می‌گیرند، ذهنمان هشیارتر از همیشه می‌شود و بدنمان آماده این می‌شود که از خطر فرار کند یا با آن بجنگد.

زمانی که فکر می‌کنیم در خطریم، احساس ترس می‌کنیم. در نتیجه ضربان قلبمان بالا می‌رود، خون به پاها هجوم می‌آورد و رنگ از رخمان می‌پرد، مردمک چشمانمان باز می‌شود و صورتمان منقبض می‌گردد. تمام این مولفه‌های جسمانی ما را برای فرار کردن از خطر آماده می‌کند. تمایل رفتاری ما نیز به سمت فرار جسمی و ذهنی و جست‌وجو برای ایمنی سوق پیدا می‌کند.

این واکنش فیزیولوژیک کمکمان می‌کند تا بتوانیم برای مقابله با خطرهای محیط اطرافمان آماده باشیم. برای تعریف هیجان ترس در قالب جسمانی می‌توان این گونه گفت که زمانی که احساس ترس می‌کنیم حدقه چشمانمان گشاد می‌شوند، چانه‌مان را عقب می‌بریم و زبان بدنمان به نحوی است که انگار می‌خواهیم پنهان شویم یا از موقعیت فرار کنیم.

ترس یکی از انواع هیجان است که به‌صورت واکنشی به خطر ناگهانی به وجود می‌آید. ما می‌توانیم حتی زمان فکر کردن به خطرهای احتمالی، چنین واکنشی را نشان دهیم. چنین هیجانی معمولاً اضطراب نام دارد که در موارد حاد، منجر به اختلال اضطراب می‌شود.

تنفر

تنفر یکی از انواع هیجان اصلی است که اکمن در تعریف هیجان از آن نام می‌برد. وقتی از چیزی احساس تنفر یا انزجار می‌کنیم رویمان را از آن برمی‌گردانیم، حالت تهوع یا دل‌پیچه بهمان دست می‌دهد، بینی‌مان را چین می‌اندازیم و لب‌هایمان را جمع می‌کنیم.

این احساس انزجار در تاریخچه غریزی ما در واکنش به غذاهایی شکل گرفت که ممکن بود خطرناک یا کشنده باشند. برای مثال وقتی افراد غذایی را می‌بویند یا می‌چشند که خراب شده است، به‌صورت طبیعی احساس انزجار می‌کنند. رفتارهای انسانی نیز مشابه همین است. ما وقتی رفتارهایی را می‌بینیم که در نظرمان نامناسب، غیراخلاقی یا شرورانه هستند، نسبت به مخاطبمان احساس تنفر و انزجار می‌کنیم و سعی می‌کنیم تا از او دوری کنیم.

خشم

برای تعریف هیجان خشم باید آن را به‌وسیله احساس خصومت، آشفتگی، سرخوردگی و دشمنی نسبت به دیگران توصیف کنیم. ما در زمان ناکامی دچار خشم می‌شویم و از طریق آن، انرژی لازم برای دفاع از خود را به دست می‌آوریم. خشم نیز مانند ترس نقش مهمی در واکنش ستیز یا گریز بدن ما ایفا می‌کند. وقتی خطری باعث احساس خشم در ما می‌شود، ممکن است آمادگی مقابله با آن خطر و دفاع از خود را داشته باشید.

وقتی مانعی بر سر راهمان قرار می‌گیرد یا چیزی باعث نقض انتظارمان می‌شود، هیجان خشم آغاز می‌گردد. قلبمان سریع‌تر می‌تپد، بدن شروع به تعریق می‌کند، خون به سمت سرمان هجوم پیدا می‌کند، مشت‌هایمان را گره می‌کنیم و انرژی روانی از سمت شکم به سمت سینه و در نهایت به سمت دست‌ها جریان پیدا می‌کند. تمام این واکنش‌های جسمانی در راستای تمایل رفتاری ما به برداشتن مانع از سر راه یا نگه داشتن رابطه با دیگری است.

افراد مختلف ممکن است در مواجهه با خشم، رفتارهای متفاوتی را از خود نشان دهند. با این که خشم معمولاً از انواع هیجان منفی دانسته می‌شود، گاهی می‌تواند به ما کمک کند. احساس خشم می‌تواند به ما انگیزه لازم را بدهد تا به دنبال هدف‌هایمان برویم و مشکلاتی را که آزارمان می‌دهند، حل کنیم.

تعجب

تعجب یکی از ۶ هیجان اصلی است که اکمن در تعریف هیجان خود گنجانده است. تعجب معمولاً بسیار کوتاه است و با واکنشی شبیه از جا پریدن توصیف می‌شود. این نوع از انواع هیجان می‌تواند مثبت، منفی یا کاملاً خنثی باشد. برای مثال تعجب منفی زمانی است که کسی ناگهان جلویتمان می‌پرد و شما را از جا می‌پراند. از آن طرف، تعجب مثبت زمانی اتفاق می‌افتد که دوستانتان شما را برای تولدتان سورپرایز می‌کنند.

وقتی تعجب می‌کنیم ابروهایمان را بالا می‌بریم، حدقه چشمانمان گشاد می‌شوند، دهانمان را باز می‌کنیم، از جا می‌پریم و ممکن است حتی فریاد بکشیم یا جیغ بزنیم. تعجب نیز یکی دیگر از هیجان‌هایی است که ممکن است منجر به واکنش ستیز یا گریز شود. وقتی تعجب می‌کنیم، ممکن است آدرنالین در خونمان ترشح شود که ما را برای خطرهای مختلف آماده می‌کند.

عشق

در مورد هیجان بودن یا نبودن عشق اختلاف وجود دارد. اکمن آن را جزو تعریف هیجان نمی‌شمارد زیرا دو نمونه از عشق، یعنی عشق والدین و عشق رمانتیک، فراتر از یک تجربه گذرای هیجانی هستند. با این حال می‌توان انواع هیجان عشق را از منظر متفاوتی دید.

عشق می‌تواند یک هیجان همبسته با تنفر باشد که احساس گناه یا همدلی از ترکیب این دو هیجان اصلی به وجود می‌آیند. در واقع می‌توان گفت که عشق و نفرت دو روی یک سکه‌اند. وقتی تصور می‌کنیم رابطه‌ای را با فرد دیگری شکل داده‌ایم، هیجان عشق شروع می‌شود. در واقع برای تعریف هیجان عشق باید از مولفه‌های جسمانی مثل احساس گشودگی در قفسه سینه، جریان انرژی روانی خوشایند در تمام بدن و احساس سبکی نام ببریم. وقتی دچار عشق می‌شویم، می‌خواهیم فرد مقابل را در آغوش بگیریم.

عشق می‌تواند هم‌زمان یک هیجان، یک نیاز یا یک خصیصه باشد که ظرفیت نگرش‌سازی و رفتارسازی دارد. عشق به‌عنوان یک هیجان می‌تواند یک تجربه هیجانی گذرا باشد و جزو انواع هیجان شمرده شود. این تجربه گذرا در قالب احساس سبکی و ذوق در ناحیه شکمی و سینه، میل رفتاری به نزدیکی، شناخت و مراقبت، و ذهنیت آشتی و صمیمیت و همدلی درک می‌شود.

گناه

وقتی خیال می‌کنیم به کسی که دوست داریم آسیب رسانده‌ایم یا وقتی واقعا چنین کاری را انجام می‌دهیم، دچار انواع هیجان گناه می‌شویم. این هیجان در قالب درد در ناحیه شانه و گردن و اشک ریختن بروز پیدا می‌کند. گناه ممکن است دردناک‌ترین هیجان بین انواع هیجان باشد زیرا ممکن است پس از ارتکاب عملی جبران‌ناپذیر بروز کند. وقتی تصور می‌کنیم آزار دیده‌ایم، به کسی آسیب زده‌ایم و امیدواریم کسی به این مسائل پی نبرده باشد، احساس گناه می‌کنیم. در واقع برای تعریف هیجان گناه باید آن را به شکل احساس سنگینی در قفسه سینه و تنفس کوتاه‌هنگام گریه توصیف کنیم. وقتی احساس گناه می‌کنیم، دوست داریم گریه یا هق‌هق کنیم، آسیبی که زده‌ایم را جبران کنیم، از فرد مقابل عذرخواهی کنیم و در رفتارمان تغییری به وجود بیاوریم.

تفاوت زیادی بین احساس گناه سالم و ناسالم وجود دارد. احساس گناه سالم زمانی اتفاق می‌افتد که پس از انجام کاری اشتباه، از پس جبران آن برمی‌آییم. اما احساس گناه ناسالم در قالب سرزنش و تنبیه خود است.

انواع دیگر هیجان

سعادتمند	مقدس	مبهوت	خجالت زده	خشمگین	عصبانی	وحشتزده	نامطمئن
گیج	معتمد	دقیق	راحت	محتاط	شکست خورده	کامیاب	خسته
عاشق	ناراحت	دلزده	تحریک پذیر	مطمئن	افسرده	شاد	کنجکاو
شکننده	نادان	دشمن	احمق	با انرژی	تهی	خجالت زده	مشتاق
بی تفاوت	صبور	امیدوار	ناامید	ذوق زده	گناهکار	ترسیده	ناکام
دیوانه	تنها	زنده	لذت بخش	حسود	تحریک پذیر	علاقه مند	تحت تأثیر
محترم	بی میل	با اشتیاق	تحمل ناپذیر	خوشبین	وسواس	کلافه	دلداد
مطمئن	مشعوف	هیجان زده	متأسف	هوشمند	رضایتمند	ناراحت	مغرور
	ارزشمند	بی ارزش	نگران	آسیب پذیر	غمگین	ممنون	شکاک

پیامدهای اجتناب هیجانی

حداقل ۵ مشکل اجتناب هیجانی موجود است که به اعتقاد محققان ریشه بسیاری از سختی های هیجانی است.

موقعیتی: اشخاص، مکانها، چیزها و فعالیتهای

شناختی: افکار، تصاویر و خاطره ها

بدنی: حس های بدنی درونی مانند تپش قلب، تعرق، خستگی، نفس تنگی و برانگیختن جنسی ناخواسته

محافظتی: اجتناب از شک از طریق چک کردن های مکرر، کمال گرایی، به تاخیر انداختن و اطمینان گیری

مجدد

جایگزینی: اجتناب از تجربه هیجانی با جابه جایی هیجانات با استفاده مخدرها، الکل، قمار و یا پرخوری

به چه دلیل با وجود اینکه پیامدهای اجتناب هیجانی به مراتب بیش از تجربه آن چیزی است که از آن فرار می-

کنیم باز هم به اجتناب کردن ادامه می دهیم ؟

از آن جایی که پریشانی، ناراحتی و اضطراب قسمتی از زندگی ماست؛ اجتناب هیجانی معمولاً تنها یک راه حل

سطحی و زودگذر است.

اجتناب هیجانی، این ایده که ناراحتی، پریشانی و استرس بد و پرخطر هستند را تقویت می کند و همین مسئله

توانایی تان را برای رو یا رویی و تحمل درد کاهش می دهد.

اجتناب هیجانی توانایی تان برای تجربه کامل زمان حال را محدود می کند.

اجتناب هیجانی شما را از رفتن به طرف جنبه های مهم و با ارزش زندگی باز می دارد.

اجتناب هیجانی معمولاً کارآمد نیست. چراکه وقتی سعی می کنید که در مورد چیزی فکر نکنید، خودتان را

مجبور می کنید که در مورد فکر نکردن، فکر کنید. زمانی که تلاش می کنید تا از هیجان اجتناب کنید، خودتان را در

تجربه یک احساس پایان ناپذیر می اندازید.

اجتناب هیجانی معمولاً منجر به رنج می‌شود: اعتیاد، ناامیدی، درماندگی، افسردگی، روابط مختل و ازدست دادن فرصت‌ها.

با اجازه دادن بخود برای تجربه ترس‌ها، افکار، احساسات، حس‌های بدنی و تمایلات رفتاری می‌توانید یاد بگیرید که رنج را کاهش دهید.

تنظیم هیجانی

تنظیم هیجان فرایندی است که افراد از طریق آن بر هیجانات خود هنگام احساس آنها و نحوه تجربه و نیز نوع ابراز آنها تاثیر می‌گذارند که این می‌تواند از خودآگاه یا ناخودآگاه و به صورت خودکار حاصل شود (گروس ۱۹۹۸).

خود تنظیمی یا تنظیم هیجان، توانایی پاسخگویی به خواسته‌های مداوم تجربه با دامنه عواطف به گونه ای است که از نظر اجتماعی قابل تحمل باشد و به اندازه کافی انعطاف پذیر باشد تا واکنش‌های خود به خودی و همچنین توانایی به تأخیر انداختن واکنش‌های خود به خود را در صورت لزوم ایجاد کند.

همچنین می‌تواند به عنوان فرایندهای بیرونی و ذاتی تعریف شود که مسئولیت نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنشهای عاطفی را بر عهده دارند. خودتنظیمی هیجانی به مجموعه گسترده تری از فرایندهای تنظیم هیجان تعلق دارد، که هم شامل تنظیم احساسات خود و هم تنظیم احساسات دیگران است.

تنظیم احساس یک روند پیچیده است که شامل شروع، مهار یا تعدیل وضعیت یا رفتار فرد در یک موقعیت خاص است - به عنوان مثال، تجربه ذهنی (احساسات)، پاسخ‌های شناختی (افکار)، پاسخ‌های فیزیولوژیکی مربوط به احساسات (به عنوان مثال ضربان قلب یا فعالیت هورمونی) و رفتار مربوط به احساسات (اعمال یا اصطلاحات بدنی) است.

از نظر عملکردی، تنظیم هیجان همچنین می‌تواند به فرایندهایی از جمله تمایل به تمرکز توجه فرد به یک کار و توانایی سرکوب رفتار نامناسب تحت دستورالعمل اشاره داشته باشد. تنظیم احساسات عملکرد بسیار مهمی در زندگی بشر است.

هر روز، مردم به طور مداوم در معرض طیف گسترده ای از محرک های بالقوه تحریک کننده قرار می گیرند. واکنشهای عاطفی نامناسب، افراطی یا کنترل نشده به چنین محرک‌هایی می تواند مانع تناسب عملکردی در جامعه شود.

بنابراین، تقریباً همه وقت افراد باید به نوعی تنظیم هیجان درگیر شوند. به طور کلی، بی نظمی هیجان به عنوان مشکلاتی در کنترل تأثیر تحریک عاطفی بر سازمان و کیفیت افکار، اعمال و تعاملات تعریف شده است. افرادی که از نظر عاطفی بی نظم هستند الگوهایی از پاسخ را نشان می دهند که در آن بین اهداف، پاسخ ها و یا شیوه های بیان آنها و خواسته های محیط اجتماعی ناسازگاری وجود دارد.

بعنوان مثال، بین بی نظمی هیجان و علائم افسردگی، اضطراب، آسیب شناسی خوردن و سو مصرف مواد ارتباط معنی داری وجود دارد. سطوح بالاتر تنظیم هیجان به احتمال زیاد هم به سطوح بالای شایستگی اجتماعی و هم به بیان احساسات مناسب اجتماعی مربوط می شود.

مهارتهایی از قبیل خودآگاهی، ذهن آگاهی، ارزیابی مجدد شناختی و شفقت به خود در تنظیم هیجانی موثر و مفید هستند.

- **خودآگاهی:** شناختن هیجانات و عواطف در خود
 - **ذهن آگاهی:** کشف جنبه های درونی ذهن و جسم خود و افزایش ظرفیت هیجانی
 - **ارزیابی مجدد شناختی:** شناخت افکار و خطاهای شناختی آنها و جایگزینی آنها با افکار کارآمدتر
 - **شفقت به خود:** اختصاص زمان هایی برای خود و یادآوری توانمندی ها و ارزش های خود
- به عنوان مثال احساسات و هیجانات برای انسان همانند قطب نما عمل می کند و می توانند در صورتی که صحیح عمل کنند، فرد را در مسیر درست هدایت کنند و در صورت عدم عملکرد صحیح به خطا ببرند. مثلاً ترس شدید از حمله ی یک حیوان وحشی در جنگل می تواند برای حفظ جان انسان مفید باشد در حالیکه ترس شدید ناشی از تصور همان حیوان در حالی که فرد در خانه نشسته است یعنی اختلال فوبیا. بنابراین اینکه در مقابل محرکها چه

برداشتی از آن‌ها داشته و با چه شدتی واکنش نشان داده خواهد شد، در تعیین چگونگی رفتار بسیار تعیین کننده است. و ارتباط تنگاتنگی با تنظیم هیجانی دارد.

مدل فرآیندی

مدل فرآیندی تنظیم هیجان بر اساس مدل عاطفی شکل گرفته است. مدل عاطفی نشان می دهد که فرآیند تولید احساس در یک توالی خاص با گذشت زمان اتفاق می افتد. این توالی به صورت زیر اتفاق می افتد:

وضعیت: توالی با موقعیتی (واقعی یا خیالی) آغاز می شود که از نظر عاطفی مرتبط است.

توجه: توجه به سمت موقعیت عاطفی معطوف می شود.

ارزیابی: وضعیت عاطفی ارزیابی و تفسیر می شود.

پاسخ: یک واکنش عاطفی ایجاد می شود و باعث ایجاد تغییرات هماهنگ در سیستم های پاسخ تجربی، رفتاری و فیزیولوژیکی می شود.

از آنجا که یک واکنش عاطفی (۴) می تواند باعث ایجاد تغییر در یک وضعیت (۱) شود، این مدل شامل یک حلقه بازخورد از (۴) پاسخ به (۱) وضعیت است. این حلقه بازخورد نشان می دهد که روند تولید احساسات می تواند به صورت بازگشتی اتفاق بیفتد، مستمر و پویاست.

مدل فرآیند ادعا می کند که هر یک از این چهار نقطه در فرآیند تولید احساسات می توانند تحت تنظیم قرار بگیرند. از این مفهوم سازی، مدل فرآیند پنج خانواده مختلف از تنظیم احساسات را تشکیل می دهد که با تنظیم یک نقطه خاص در روند تولید احساسات مطابقت دارند. آنها به ترتیب زیر اتفاق می افتند:

- انتخاب وضعیت
- اصلاح وضعیت
- استقرار توجه
- تغییر شناختی
- مدولاسیون پاسخ

مدل فرآیند همچنین این استراتژی های تنظیم هیجان را به دو دسته تقدم و پاسخ متمرکز تقسیم می کند. استراتژی های متمرکز بر مقدمات (به عنوان مثال، انتخاب وضعیت، تغییر وضعیت، استقرار توجه و تغییر شناختی) قبل از ایجاد پاسخ عاطفی به طور کامل رخ می دهد. استراتژی های متمرکز بر پاسخ (یعنی تعدیل پاسخ) پس از ایجاد پاسخ عاطفی به طور کامل اتفاق می افتد.

استراتژی ها

انتخاب وضعیت

انتخاب وضعیت شامل انتخاب برای جلوگیری یا نزدیک شدن به یک وضعیت مربوط به احساسات است. اگر فردی تصمیم بگیرد از موقعیت عاطفی مرتبط جلوگیری کند یا از آن جدا شود، احتمال تجربه یک احساس را کاهش می دهد. متناوباً، اگر فردی تصمیم بگیرد که با یک موقعیت عاطفی مرتبط روبرو شود یا با آن درگیر شود، احتمال تجربه یک احساس را افزایش می دهد.

نمونه های معمولی انتخاب موقعیت ممکن است به صورت شخصی دیده شود، مانند زمانی که والدین فرزند خود را از یک موقعیت ناخوشایند احساسی خارج می کند. استفاده از انتخاب وضعیت ممکن است در آسیب شناسی روانی نیز دیده شود. به عنوان مثال، اجتناب از موقعیت های اجتماعی برای تنظیم احساسات به ویژه برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال شخصیت اجتنابی آشکار است.

انتخاب وضعیت موثر همیشه کار ساده ای نیست. به عنوان مثال، انسان ها در پیش بینی پاسخ های عاطفی خود به وقایع آینده دشواری هایی را نشان می دهند. بنابراین، آنها ممکن است در تصمیم گیری دقیق و مناسب در مورد شرایط مناسب مربوط به احساسات یا نزدیک شدن به آنها مشکل داشته باشند.

اصلاح وضعیت

اصلاح وضعیت شامل تلاش برای اصلاح وضعیت می شود تا تأثیر عاطفی آن تغییر کند. اصلاح وضعیت به طور خاص به تغییر محیط فیزیکی و بیرونی فرد اشاره دارد. تغییر محیط "درونی" فرد برای تنظیم احساسات را تغییر شناختی می نامند.

تزریق شوخ طبعی به یک سخنرانی برای ایجاد خنده یا افزایش فاصله جسمی بین خود و شخص دیگر ممکن است شامل مواردی از اصلاح وضعیت باشد.

استقرار توجه

استقرار توجه شامل هدایت توجه فرد به سمت یا دور شدن از یک موقعیت عاطفی است.

حواس پرتی

حواس پرتی، نمونه ای از استقرار توجه، یک استراتژی انتخاب زودهنگام است، که شامل منحرف کردن توجه فرد از محرک عاطفی و به سمت سایر مطالب است. نشان داده شده است که حواس پرتی باعث کاهش شدت درد و احساسات عاطفی می شود، باعث کاهش پاسخ دهی صورت و فعال سازی عصبی در آمیگدالا همراه با احساسات می شود و همچنین برای کاهش پریشانی عاطفی است. در مقابل ارزیابی مجدد، افراد هنگام مواجهه با محرکهایی که از شدت عاطفی منفی بالایی برخوردار هستند، ترجیح نسبی را برای ایجاد حواس پرتی نشان می دهند. این به این دلیل است که حواس پرتی به راحتی محتوای احساسی با شدت بالا را فیلتر می کند، که در غیر این صورت ارزیابی و پردازش آن نسبتاً دشوار است.

نشخوار فکری

نشخوار فکری، نمونه ای از استقرار توجه، به عنوان تمرکز منفعل و تکراری توجه فرد بر علائم پریشانی فرد و علل و پیامدهای این علائم تعریف می شود. نشخوار فکر به طور کلی یک استراتژی تنظیم کننده هیجان ناسازگار در نظر گرفته می شود، زیرا این امر موجب تشدید ناراحتی هیجانی می شود. همچنین در انبوهی از اختلالات از جمله افسردگی اساسی نقش دارد.

نگران بودن

نگرانی، نمونه ای از استقرار توجه، شامل توجه معطوف به افکار و تصاویر مربوط به وقایع بالقوه منفی در آینده است. با تمرکز بر روی این وقایع، نگرانی به شما کمک می کند تا در تنظیم پایین احساسات منفی شدید و فعالیت فیزیولوژیکی کمک کنید. در حالی که نگرانی ممکن است گاهی اوقات شامل حل مسئله باشد، نگرانی مداوم به طور

کلی ناسازگار در نظر گرفته می شود، که یکی از ویژگی های اصلی اختلالات اضطرابی، به ویژه اختلال اضطراب عمومی است.

سرکوب فکر

سرکوب افکار، نمونه ای از استقرار توجه، شامل تلاش برای هدایت توجه فرد از افکار خاص و تصاویر ذهنی به محتوای دیگر به منظور اصلاح وضعیت عاطفی فرد است. اگرچه سرکوب فکر می تواند موقتاً از افکار نامطلوب خلاص شود، اما از قضا ممکن است باعث تولید افکار ناخواسته بیشتری شود. این استراتژی به طور کلی ناسازگار در نظر گرفته می شود، بیشترین ارتباط را با اختلال وسواس فکری عملی دارد.

تغییر شناختی

تغییر شناختی شامل تغییر نحوه ارزیابی وضعیت برای تغییر معنای عاطفی آن است.

ارزیابی مجدد

ارزیابی مجدد، نمونه ای از تغییر شناختی، یک استراتژی انتخاب دیر هنگام است که شامل تفسیر معنای یک رویداد به منظور تغییر تأثیر عاطفی آن است. به عنوان مثال، این ممکن است شامل تعبیر و تفسیر یک واقعه از طریق گسترش دیدگاه فرد برای دیدن “تصویر بزرگتر” باشد. نشان داده شده است که ارزیابی مجدد به طور موثر پاسخ عاطفی فیزیولوژیکی، ذهنی و عصبی را کاهش می دهد. برخلاف حواس پرتی، افراد هنگام مواجهه با محرکهایی با شدت عاطفی منفی پایین، ترجیح نسبی را برای ارزیابی مجدد نشان می دهند زیرا ارزیابی و پردازش این محرک ها نسبتاً آسان است.

ارزیابی مجدد معمولاً یک استراتژی تنظیم عاطفی سازگار تلقی می شود. در مقایسه با سرکوب (شامل سرکوب فکر و سرکوب بیانی) که با بسیاری از اختلالات روانشناختی همبستگی مثبت دارد، ارزیابی مجدد می تواند با نتایج بهتر بین فردی همراه باشد و می تواند با رفاه رابطه مثبت داشته باشد. با این حال، برخی از محققان استدلال می کنند که هنگام ارزیابی سازگاری یک استراتژی، زمینه مهم است، زیرا این امر حاکی است که در برخی از زمینه ها ارزیابی مجدد

ناسازگار است. بعلاوه، برخی تحقیقات نشان داده است که ارزیابی مجدد بر تأثیرات یا واکنشهای فیزیولوژیکی به استرس مکرر تأثیر نمی گذارد.

فاصله گرفتن

فاصله گرفتن، مثالی از تغییر شناختی، شامل در نظر گرفتن یک دیدگاه شخص ثالث مستقل هنگام ارزیابی یک رویداد احساسی است. نشان داده شده است که فاصله گذاری نوعی انعطاف پذیری از خود است، که پردازش عاطفی محرکهای منفی را تسهیل می کند، واکنش عاطفی و قلبی عروقی را به محرکهای منفی کاهش می دهد و رفتار حل مسئله را افزایش می دهد.

شوخ طبعی

نشان داده شده است که شوخ طبعی، یک نمونه از تغییر شناختی، یک استراتژی موثر در تنظیم احساسات است. به طور خاص، نشان داده شده است که شوخ طبعی مثبت و خوش اخلاقی به طور موثر احساسات مثبت را تنظیم می کند و احساسات منفی را تنظیم می کند. از طرف دیگر، شوخ طبعی منفی و با روحیه کم در این زمینه تأثیر کمتری دارد.

مدولاسیون پاسخ

مدولاسیون پاسخ شامل تلاش برای تأثیر مستقیم بر سیستم های پاسخ تجربی، رفتاری و فیزیولوژیکی است.

سرکوب بیانی

سرکوب بیانی، نمونه ای از تعدیل پاسخ، شامل مهار عبارات احساسی است. نشان داده شده است که به طور موثری از قدرت بیان، احساس ذهنی احساس مثبت، ضربان قلب و فعال سازی دلسوزانه می کاهد. با این حال، یافته های تحقیق در مورد اینکه آیا این استراتژی برای تنظیم پایین احساسات منفی مثر است، متفاوت است. تحقیقات همچنین نشان داده است که سرکوب بیانی ممکن است عواقب منفی اجتماعی داشته باشد، که با کاهش روابط شخصی و مشکلات بیشتر در ایجاد روابط ارتباط دارد.

سرکوب بیانی به طور کلی یک استراتژی تنظیم عاطفه ناسازگار تلقی می شود. در مقایسه با ارزیابی مجدد، با بسیاری از اختلالات روانشناختی همبستگی مثبت دارد، که با نتایج بدتری در ارتباط است، با رفاه رابطه منفی دارد و نیاز به بسیج مقدار نسبتاً قابل توجهی از منابع شناختی دارد. با این حال، برخی از محققان استدلال می کنند که هنگام ارزیابی سازگاری یک استراتژی، زمینه مهم است، و این نشان می دهد که در بعضی از زمینه ها سرکوب می تواند سازگار باشد.

استفاده مواد مخدر

مصرف مواد مخدر، نمونه ای از تعدیل پاسخ، می تواند راهی برای تغییر در پاسخ های فیزیولوژیکی مرتبط با احساسات باشد. به عنوان مثال، الکل می تواند اثرات آرامبخش و ضد اضطراب ایجاد کند و بلاکرها می توانند بر فعالیت سمپاتیک تأثیر بگذارند.

ورزش

از ورزش، نمونه ای از تعدیل پاسخ، می توان برای تنظیم کم اثرات فیزیولوژیکی و تجربی احساسات منفی استفاده کرد. همچنین نشان داده شده است که فعالیت بدنی منظم باعث کاهش پریشانی عاطفی و بهبود کنترل عاطفی می شود.

خواب

خواب در تنظیم احساسات نقش دارد، اگرچه استرس و نگرانی نیز می توانند در خواب اختلال ایجاد کنند. مطالعات نشان داده است که خواب، به ویژه خواب REM، واکنش آمیگدالا، یک ساختار مغزی را که در پردازش احساسات دخیل است، در پاسخ به تجربیات عاطفی قبلی تنظیم می کند. از طرف مقابل، کمبود خواب با واکنش احساسی بیشتر یا واکنش بیش از حد به محرک های منفی و استرس را همراه است. این نتیجه هم افزایش فعالیت آمیگدالا و هم قطع ارتباط آمیگدالا با قشر پیشانی است که آمیگدالا را از طریق مهار تنظیم می کند و در نتیجه مغز احساسی بیش فعالی ایجاد می کند. به دلیل عدم کنترل عاطفی بعدی، کمبود خواب ممکن است با افسردگی،

تکانشگری و تغییرات خلقی همراه باشد. علاوه بر این، برخی شواهد نشان می دهد که کمبود خواب ممکن است واکنش عاطفی را در برابر محرک ها و حوادث مثبت کاهش دهد و در دیگران احساسات را مختل کند.

نارسایی در تنظیم هیجان

درده های گذشته یکی از عوامل اساسی که در بروز اختلالهای هیجانی توسط روانشناسان معرفی شده، مفهوم نارسایی تنظیم هیجان است.

در حالی که دیدگاههای سنتی تنظیم هیجان را به عنوان یک فرایند دو مقوله ای، در این که فردی در جلوگیری از بروز احساس ها یا هیجان های کنترل کننده، به ویژه هیجان های منفی هم موفق و هم ناموفق است در نظر می گرفتند، در این میان بیشتر نظریه پردازان معاصر، تنظیم هیجان را به عنوان توانایی احاطه بر سازگاری پاسخ های هیجانی شخصی برای تغییر نیازهای موقعیتی، به واسطه جلوگیری، نگهداری و افزایش بروز احساس ها تعریف کرده اند (تامپسون، ۱۹۹۴).

از آن جایی که این تعریف شامل ارزیابی شناختی و پاسخ های رفتاری می شود (گروس و ماتوز، ۲۰۰۴)، گراتز و ورم (۲۰۰۴) مفهوم تنظیم هیجان را برای توضیح این خصوصیات معرفی کردند.

گراتز و ورومر (۲۰۰۴) نشان دادند که تنظیم هیجان دارای ابعاد متعددی مانند: آگاهی، درک، پذیرش هیجان ها، توانایی برای پیگیری اهداف، خودداری از رفتار تکانشی که از طریق آن هیجان های منفی تجربه می شود و ادراک شخصی از توانایی برای دستیابی موثر به راهبردهای تنظیم هیجان مبتنی بر نیازهای موقعیتی، می باشد. بر این اساس نارسایی در تنظیم هیجان زمانی رخ می دهد که مشکلاتی در یکی یا همه ابعاد تنظیمی به وجود می آید (میرندا، تسایپس، گلاگر و راجاپا، ۲۰۱۳).

مفهوم نارسایی در تنظیم هیجان، با ناتوای در پاسخ انعطافی و هدایت هیجان هایی به کار می رود (ورنر، گروس، کرینگ و سلوان، ۲۰۱۰)، که بر اثر ترکیب آسیب پذیری هیجانی و یک ناتوانی در تنظیم واکنش های هیجانی به وجود آمده اند. آسیب پذیری هیجانی با یک حساسیت مشخص برای تحریک هیجانی (آستانه پایین) و واکنش های فوق

العاده قوی (دامنه بالا) که در برگشت به خط پایه به صورت غیر عادی کند هستند (مدت طولانی) توصیف شده است (دانگان و همکاران، ۲۰۰۳).

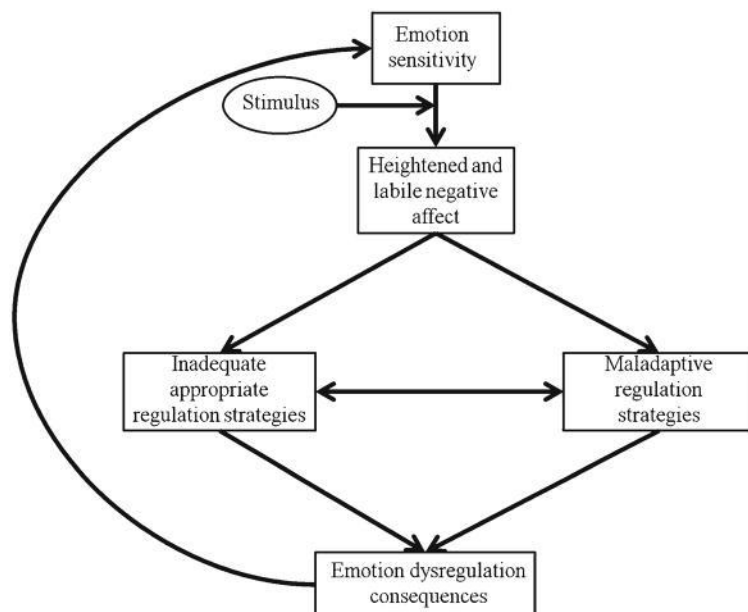
رشد هیجانی تحریف شده یا به تاخیر افتاده و نارسایی در تنظیم هیجان، یک تسریع کننده پیامد رشدی و خصیصه اصلی اختلال شخصیت مرزی می باشد (هافمن جود و مک گلاشان، ۲۰۰۳).

بر این اساس مشکل اصلی اختلال شخصیت مرزی، مربوط به نارسایی در تنظیم هیجان است (کلارکین، هال و هارت، ۱۹۹۳؛ سنیسلاو، گرایلو و مک گلاشن، ۲۰۰۰؛ نقل از دانگان و همکاران).

به عقیده لینهان (۱۹۹۵) بسیاری از مشکلات افراد مبتلا به شخصیت مرزی چه مستقیم و چه غیر مستقیم بر اثر نارسایی در تنظیم هیجان و تلاش برای کنترل واکنش های هیجانی شدید، ایجاد می شوند. بنابراین، بیشتر خود ویرانگری های غیر قابل پیش بینی، تکانشگری، یا رفتارهای خود آسیب رسان که قسمتی از مجموعه نشان های BPD هستند، می تواند به عنوان نتیجه نارسایی در تنظیم هیجانی قلمداد شود (دانگان و همکاران، ۲۰۰۳).

مدل زیستی- اجتماعی لینهان (۱۹۹۳) بیان می کند که افراد مبتلا به BPD از آغاز تولد به یک وضعیت هیجانی حساس هستند. این حساسیت منجر به گرایش به تجربه عاطفی منفی در میان موقعیت ها و زمینه هایی می شود که، به دلیل آن برای یادگیری مناسب راهبردهای تنظیم هیجان مشکل ایجاد می کند. این دشواری در راهبردهای مناسب تنظیم هیجان، می تواند موجب گرایش به، بکارگیری صحیح مدیریت و کاهش تاثیر منفی رفتارهای نارسایی شود.

¹ - Borderline Personality Disorder (BPD)



مدل چند جزئی اختلال در تنظیم هیجان در BPD. افراد مبتلا به BPD از بدو تولد نسبت به محرک های عاطفی حساس هستند. تجربه یک محرک با ظرفیت منفی (یا تفسیر یک محرک به روشی منفی) در محیط منجر به افزایش عاطفه منفی و بی ثباتی عاطفی می شود. عاطفه منفی شدید و ناپایدار هم یادگیری و هم به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان مناسب را دشوار می کند و منجر به افزایش راهبردهای تنظیم ناسازگار و تکانشی می شود. در نتیجه پیامدهای اختلال در تنظیم احساسات رخ می دهد که به نوبه خود هوشیاری نسبت به محرک های دارای ظرفیت منفی در محیط را تقویت می کند.

در این راستا مطابق با مدل زیستی- اجتماعی، نارسایی در تنظیم هیجان از چهار مقوله اصلی حساسیت هیجانی، عاطفه منفی ناپایدار و تشدید شده، فقدان راهبردهای مناسب تنظیم، و راهبردهای تنظیم ناسازگانه غیرضروری تشکیل شده است (کاپنتر و ترول، ۲۰۱۳).

حساسیت هیجانی در شخصیت مرزی رابطه تنگاتنگی با حالت های خلقی منفی (خشم، ترس و دلتنگی) دارد (سایزوردا، آنتز و کایندت، ۲۰۰۷). هم چنین بررسی ها نشان دادند که در افراد مبتلا به BPD، فقدان آگاهی هیجانی (لون، ماری زیلا و هود، ۱۹۹۷) واکنش پذیری هیجانی تشدید شده منفی (روزل، مسکویتز، زاروف، سوکمن و پاریس، ۲۰۰۷)، واکنش پذیری هیجانی تعدیل شده مثبت (سادیکاج، راسل، مسکویتز و پاریس، ۲۰۱۰)؛ سختی عاطفه (ین، زلونیک و کاستلو، ۲۰۰۲) و بهبودی به تاخیر افتاده (رایس، ابنرپرایمر، تخاچر، بوخاس و لینهان، ۲۰۰۸) با مفهوم

نارسایی در تنظیم هیجان ارتباط دارند. مهارت های ناسازگارانه هیجان در افراد مبتلا به اختلال های اضطرابی، افسردگی و شخصیت مرزی مشاهده شده است. در واقع نارسایی تنظیم هیجان با بیش از نیمی از اختلال های مربوط در DSM ارتباط دارد (کرینگ و اسلوان، ۲۰۰۹).

کاترین، گلن و کلانسکی (۲۰۰۹) دریافتند که رابطه معنی داری بین نارسایی در تنظیم هیجان و نشان های هیجان با تعدادی از مشکلات روان شناختی شامل افسردگی اساسی (اهرینگ، توچن کافیر، اسپونال، فیسچر و گروس، ۲۰۱۰) اختلال اضطراب (امستدر، ۲۰۰۸؛ منینا، هایمبرگ، تورک و فرسکو، ۲۰۰۲) اختلال خوردن (هاگز و گالن، ۲۰۱۱) و اختلال شخصیت مرزی (گرتز، روزندال، تال، لجویز و جاندرسون، ۲۰۰۶) رابطه دارد.

اختلال شخصیت مرزی و تنظیم هیجان

اختلال شخصیت مرزی یک اختلال چند بعدی فراگیر است که عمدتاً هم آیندی بالایی با اختلالات دیگر روانپزشکی عمدتاً اختلالات خلقی دارد که پرخاشگری تکانشی، بی ثباتی عاطفی، آسیب به خود و پراکندگی هویت مشخصه عمده این اختلال هستند.

استرن (۱۹۳۸) گروهی از بیماران را توصیف می کند که دارای الگویی از مشکلات هستند که نمی توان به هیچ یک از مفاهیم نوروتیک و سایکوتیک نسبت داد به همین دلیل اصطلاح مرزی به آنها داده شده است.

این اختلال نرخ شیوعی برابر با ۲-۱٪ از جمعیت عمومی را دارد (تورگرسن و کرینگان و کرامر، ۲۰۰۱).

اختلال BPD فشار زیادی بر سرویس های بهداشت روانی وارد می کند و مداخلات دارویی و روانشناختی متعددی را می طلبد و در ضمن دارای نرخ بالایی از خودکشی حدود ۸٪ هستند به همین دلیل نیاز به تدوین برنامه های درمانی موثرتر قابل لمس است.

درمان های زیادی برای اختلال شخصیت مرزی مطرح شده اند از جمله درمانهای مبتنی بر دلبستگی (باتمن و فوناگی، ۲۰۰۱)، شناختی رفتاری (لایدن، ۱۹۹۳)، طرحواره درمانی، درمان های رفتاری دیالکتیکی و در نهایت درمان که لینهن مطرح کرد و بر پایه بد تنظیمی هیجانی استوار است. لینهن عنوان می کند که علائم مرزی می توانند به عنوان بد تنظیمی در نظر گرفته شوند که در ۵ حوزه وسیع دسته بندی می شوند. بنابراین معیارهای DSM برای BPD بدتنظیمی عواطف (که منجر به عدم ثبات عاطفی می شود)، رفتاری (تکانشگری و آسیب به خود)، شناختی

(عقاید پارانوید و تجزیه) و خودتنظیمی (تصویر خودناپایدار و احساس مدام تهی بودن) خلاصه می شود و این فرضیه را مطرح می کند که بدتنظیمی در حوزه عاطفی مکانیسم هسته ای BPD است که به بد تنظیمی در حوزه های دیگر منجر می شود.

تنظیم هیجان به تلاش های درونی یا بیرونی فرد برای افزایش خلق و احساسات مثبت و کاهش خلق منفی یا احساسات منفی اطلاق می گردد (وستن، ۱۹۸۵؛ ۱۹۹۴) و عدم تنظیم هیجان (عاطفه) عمدتاً به نقص در توانایی تعدیل عواطف که منجر به از کنترل خارج شدن عواطف، تغییر شدید و سریع، بیان کردن عواطف با شدت و شکل نامتناسب می شود (لینهن و هارد، ۱۹۹۲؛ شدلر و ستن، ۲۰۰۴؛ وستن، ۱۹۹۴؛ ۱۹۹۱).

عدم تنظیم هیجان همچنین با هر دو نوع مشکل یعنی هم رفتارهای درونی سازی و هم برون سازی مرتبط است. عدم تنظیم هیجان در مشکلاتی از قبیل اختلالات فیزیولوژیک مانند درد، سیگار کشیدن، اختلال خوردن و اعتیاد، اختلالات با مبنای بیولوژیک، اختلالات ناشی از استرس، اختلالات روانی و طیف اختلالات اوتیسم نقش دارد.

اگر چه اشکال در تنظیم هیجان عمدتاً به عنوان یک مولفه اساسی در اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته شده است (لینهن، ۱۹۹۳؛ سانلی اسلو و همکاران، ۲۰۰۲؛ وستن، ۱۹۹۱؛ ۱۹۹۸) اما پژوهش های اندکی وجود دارد که بر تنظیم یا عدم تنظیم هیجان در اختلال شخصیت مرزی متمرکز شده باشد.

لینهن (۱۹۹۳) بیان می کند که آسیب پذیری نسبت به بدتنظیمی هیجانی در اختلال شخصیت مرزی به وسیله حساسیت بالا به محرک های عاطفی، شدت بالای عواطف، بازگشت کند به خط پایه عاطفی بعد از برانگیختگی عاطفی روی می دهد، مشخص می شوند. در حمایت از این فرضیه ین و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند که شدت عواطف و کنترل عواطف هر دو به طور معنی داری با تعداد صفات مربوط به اختلال مرزی مرتبط هستند، حتی زمانی که سطح افسردگی کنترل می شود.

انواع بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پروفایل های تنظیم هیجانی متفاوتی نشان می دهند. اکثر معیارهای تشخیصی برای اختلال مرزی مانند صدمه زدن به خود و عدم ثبات خلقی ناشی از یا منعکس کننده عدم تنظیم هیجان هستند.

افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به نظر می رسد که در تنظیم سیستم برانگیختگی ضعیف عمل می کنند و در تنظیم هیجان با شکست مواجه می شوند.

از طرفی افراد مبتلا به اختلالات خلقی مثل دیس تایمی نیز به نظر می رسد که در عواطفی که تجربه می کنند و روشی که این عواطف را تنظیم می کنند و یا در تنظیم عواطف با مشکل مواجه می شوند، اما این مشکل در بین افراد مبتلا به دیس تایمی و مرزی متفاوت می باشد. در حالی که افراد مبتلا به دیس تایمی به وسیله عواطف منفی مشخص می شوند اما افراد اختلال شخصیت مرزی به وسیله عواطف منفی و هم عدم تنظیم عواطف مشخص می شوند. به همین خاطر بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلالات خلقی نیز جای تحقیق و بررسی بیشتر را می طلبد.

انبر و همکارانش (۲۰۰۴) در یک پژوهش، تنظیم هیجانی را در پنجاه فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و پنجاه نفر غیر مرزی با استفاده از مونیتورینگ ۲۴ ساعته روانی- جسمی مورد بررسی قرار دادند. افراد مبتلا به مرزی عواطف منفی بیشتر، عواطف مثبت کمتری و شدت بیشتری در رابطه با عواطف منفی و نه مثبت گزارش کردند. بیماران مداوا نشده مرزی همچنین ضربان قلب بالایی داشتند و در ضمن مجموع پژوهش ها مطرح کردند که افراد مبتلا به مرزی در بازشناسی، تفکیک و یکپارچه سازی عواطف و در بازنمایی دارای بار عاطفی خود و دیگران دچار مشکل هستند (کرن برگ، ۱۹۷۵).

در یک پژوهشی که بر روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دیس تایمی متشکل از ۹۰ اختلال شخصیت مرزی و ۲۷ دیس تایمی، در کل (۱۱۷ نفر) انجام شد (با استفاده از Q- Sort Questionnaire) مشخص شد که افراد اختلال شخصیت مرزی و دیس تایمی به نظر می رسد که در عواطفی که تجربه می کنند و روشی که این عواطف را تنظیم می کنند و یا در تنظیم عواطف با مشکل مواجه می شوند، متفاوتند. در حالی که افراد مبتلا به دیس تایمی به وسیله عواطف منفی مشخص می شوند افراد اختلال شخصیت مرزی به وسیله عواطف منفی و هم عدم تنظیم عواطف مشخص می شوند، افراد مرزی همچنین الگوهای متفاوتی از تنظیم عواطف را نشان می دهند.

- ابزار روانسنجی برای ارزیابی عاطفه و تنظیم عواطف.²

چندین مطالعه شواهدی را فراهم آورده اند که نشان می دادند عواطف منفی در اختلال مرزی محوریت دارد (برادلی و همکاران، ۲۰۰۵؛ اسکو دول، ۲۰۰۲؛ ترول، ۲۰۰۳؛ وستن، ۱۹۹۲؛ زانارینی، ۱۹۹۸).

مطالعات انجام شده، نشان داده اند که با توجه به متون تنظیم هیجان، بیماران مرزی، طیفی از فرایندهای ناسازگارانه شامل فنون درون سازی، برون سازی، اجتناب عاطفی، فنون آشفته و بدون سازمان منجر به ناامیدی، شکست، تلاش برای فرار از درد روانشناختی را به کار می برند.

کامپوس، فرانکل و کامراس (۲۰۰۴) این مسئله را مورد بحث قرار می دهند که مکانیسم های تنظیم هیجانی نبایستی از فرایندهایی که پاسخ های عاطفی را تولید می کنند مجزا باشند. اما گروس (۱۹۹۹) از طرف دیگر، تنظیم هیجانی را به عنوان یک فرایند مجزا و هدفمند می بیند که شامل تعدادی مکانیسم تنظیم کننده می باشد و در دو طبقه قرار می گیرند.

مؤلفه های اختلال تنظیم هیجانی در اختلال شخصیت مرزی (نتایج یک مطالعه مروری)

حساسیت هیجانی

تصور می شود که حساسیت هیجانی منشأ بیولوژیکی دارد و از ابتدای زندگی وجود دارد.

این شامل واکنش عاطفی شدید نسبت به محرک های محیطی، از جمله احساسات دیگران است. حساسیت هیجانی در BPD در درجه اول با حالات خلقی منفی (مانند خشم، ترس، غم و اندوه) و نه با احساسات مثبت مرتبط است.

در همین راستا، کارلسون، اگلند و سروفاند، در یک مطالعه طولی آینده نگر روی ۱۶۲ فرد، که معیارهای هیجان منفی، ساختاری که احتمالاً تحت تأثیر حساسیت هیجانی قرار دارد، در اوایل کودکی و نوجوانی علائم BPD را پیش بینی کرد.

بسیاری از مطالعات حساسیت هیجانی در افراد مبتلا به BPD، وظایف شناختی سنتی مبتنی بر آزمایشگاه را با استفاده از محرک های هیجانی به کار گرفته اند. به عنوان مثال، در یک مطالعه، افراد با کلمات نمایش داده شده در رنگ های مختلف نمایش داده می شوند و باید خود کلمه را نادیده بگیرند اما رنگ را نامگذاری کنند. در تکلیف استروپ

عاطفی، کلمات بر اساس اهمیت احساسی خود متفاوت هستند. از نظر تئوری، افراد حساس به محرک های بار عاطفی باید به سختی میل خود را به خواندن کلمات سرکوب کنند و زمان واکنش خود را کاهش دهند. برخی از مطالعات نشان داده اند که افراد BPD زمان واکنش کندتری در تکلیف استروپ احساسی دارند. با این حال، دیگران این کار را نکردند.

اگرچه وینگنفلد و همکاران هیچ تفاوت قابل توجهی در زمان واکنش بین افراد مبتلا به BPD و گروه کنترل پیدا نکردند، به جز اینکه گروه BPD به طور کلی کندتر بود، آنها تفاوت های پیشنهادی بین گروه ها را در فعالیت مغز پیدا کردند. به طور خاص، آنها دریافتند که گروه کنترل در حین انجام کار در قشر سینگولیت قدامی (ACC) و لوب فرونتال فعال شدن افزایش یافته است، در حالی که گروه BPD این کار را انجام نداد. این تأثیر به ویژه در گروه کنترل زمانی که محرک های منفی به طور خاص برای ارتباط با رویداد استرس زا انتخاب شدند که شرکت کنندگان قبل از آزمایش خود گزارش داده بودند، قوی بود. یافته ها نشان داد که افراد BPD ممکن است سوگیری شناختی و به ویژه توجهی نسبت به پردازش محرک های دارای ظرفیت منفی داشته باشند.

مطالعات مربوط به تشخیص احساسات در افراد BPD به طور مشابه یک سوگیری منفی در تشخیص احساسات را نشان می دهد. یعنی به نظر می رسد که افراد BPD نسبت به شناسایی احساسات منفی در دیگران تعصب دارند. این علیرغم یا در ارتباط با تمایل به دقت کمتر در شناسایی صحیح احساسات در محرک های صورت است. یافته های مختلط در مورد دقت کلی در شناسایی احساسات ممکن است به دلیل انواع مختلف محرک های مورد استفاده (به عنوان مثال، اجتماعی در مقابل غیر اجتماعی)، دستورالعمل های مختلف ارائه شده، و احساسات مختلف مورد بررسی باشد.

عاطفه منفی

دومین مؤلفه اختلال در تنظیم هیجان در BPD، تجربه سطوح بالای عاطفه منفی است. این نظریه نتیجه مستقیم حساسیت هیجانی است، که همانطور که در بالا ذکر شد، در درجه اول نشان داده شده است که مختص حساسیت به حالات خلقی منفی است. یافته ها نشان می دهد که عاطفه منفی به شدت با BPD از نظر شدت و واکنش، همانطور که توسط خود گزارش دهی و اقدامات روانی فیزیولوژیکی ارزیابی می شود، مرتبط است.

به نظر می رسد افراد مبتلا به BPD به طور متوسط نسبت به افراد بدون BPD عاطفه منفی بیشتری را تجربه می کنند، اما شواهد تا حدودی متناقض هستند و تفاوت ها همیشه بزرگ نیستند.

با این حال، مهمترین ویژگی عاطفه منفی در BPD شاید سطح مطلق آن نباشد، بلکه بی ثباتی آن در طول زمان و به ویژه توانایی آن برای تشدید سریع و بدون هشدار زیاد است. این نیز نتیجه احتمالی حساسیت هیجانی است، زیرا سطح بالایی از واکنش پذیری به محرک های محیطی در افراد BPD، به ویژه نسبت به رویدادهایی که برای افراد بدون BPD ظریف هستند یا ممکن است بی ضرر به نظر برسند، انتظار می رود که باعث تغییرات سریع در خلق و خو شود.

ارزیابی بی ثباتی عاطفی در BPD به رویکرد ارزیابی دقیق تری نسبت به آنچه که رویکردهای ارزیابی بالینی سنتی (مانند ارزیابی مقطعی، ارزیابی گذشته نگر) می توانند ارائه دهند، نیاز دارد، زیرا بی ثباتی عاطفی یک فرآیند پویا و وابسته به زمان است. روش هایی مانند ارزیابی لحظه ای بوم شناختی (EMA)، با این حال، می توانند ارزیابی های متعددی از خلق و خو در روز در طول روز ارائه کنند و افزایش حاد عاطفه منفی را از یک لحظه یا موقعیت به بعد نشان دهند. این رویکرد ارزیابی فرکانس بالا "داده های طولی فشرده" را به دست می دهد. این تنها راه برای ارزیابی دقیق پویایی حالات خلقی، تغییرات شدید خلق و خو و محرک های محیطی برای تغییرات خلقی است. رویکردهایی که شامل ارزیابی گذشته نگر از تغییرات خلقی یا خلقی هستند، مانند رویکردهای پرسشنامه صفات سنتی محدود هستند. افراد حتی برای رویدادها و تجربیات مهم، مورخان فقیری هستند. درخواست از افراد برای جمع آوری تجربیات در طول زمان، همانطور که رویکردهای گذشته نگر انجام می دهند، حتی مشکوک تر است (به عنوان مثال، ارزیابی خود بر اساس فراوانی و شدت یک فرآیند ناپایدار، مانند بی ثباتی عاطفی).

مزیت اضافی EMA این است که حالات خلقی در زیستگاه طبیعی فرد ارزیابی می شود. به عبارت دیگر، ما می توانیم از لحاظ زیست محیطی ارزیابی معتبرتری از خلق و خوی یک فرد در زندگی روزانه اش به دست آوریم، در حالی که در عین حال از تجربیات و رویدادهایی که ممکن است به عنوان پیشایند، متغیرهای کمکی یا پیامدهای تغییرات خلقی عمل کنند، نمونه برداری کنیم. این تمرکز بر اعتبار زیست محیطی، روش های نمونه گیری زندگی روزمره مانند EMA را از ارزیابی های آزمایشگاهی اختلال در تنظیم هیجانی متمایز می کند. برای مثال، پارادایم های

آزمایشگاهی برای برانگیختن واکنش‌های احساسی (مانند استفاده از عکس‌ها و فیلم‌ها) وجود دارد و واکنش‌های فرد را می‌توان با استفاده از تصویربرداری مغز، کدگذاری حالت چهره یا پاسخ فیزیولوژیکی ارزیابی کرد. با این حال، در هر مورد، مشخص نیست که چگونه چنین یافته‌هایی به تجربیات دنیای واقعی تبدیل می‌شوند.

مطالعات EMA عموماً بی‌ثباتی بیشتر عاطفه منفی را در BPD نشان می‌دهد. در اینجا، ما دو مطالعه اخیر EMA را در مورد بی‌ثباتی عاطفه منفی در BPD مورد بحث قرار می‌دهیم. ابنر-پریمر و همکاران پیشنهاد کرد که مطالعات قبلی در مورد بی‌ثباتی عاطفی در BPD به دلیل روش‌هایی که توسط این مطالعات برای اندازه‌گیری بی‌ثباتی عاطفی استفاده می‌شود، نتایج متفاوتی پیدا کرده است. آنها ۵۰ شرکت کننده با BPD و ۵۰ کنترل کننده را که یک دفتر خاطرات الکترونیکی را به مدت ۲۴ ساعت با خود حمل می‌کردند، استخدام کردند. از شرکت کنندگان خواسته شد که هر ۱۰ تا ۲۰ دقیقه به سؤالاتی در مورد وضعیت عاطفی فعلی خود پاسخ دهند. برای تحلیل‌های خود سه جزء بی‌ثباتی را شناسایی کرد که باید در نظر گرفته شوند: دامنه، بزرگ یا کوچک بودن تغییرات، فرکانس، نادر یا مکرر بودن تغییرات، و وابستگی زمانی، یا تغییرات در چه توالی رخ می‌دهد. تحلیل‌های قبلی تا حد زیادی دامنه و وابستگی زمانی را نادیده گرفته بودند.

ابنر و همکاران از میانگین امتیازات مجذور اختلاف متوالی (MSSD) استفاده کرد که تغییرات متوالی بزرگتر را بیشتر وزن می‌کند و در نتیجه دامنه و وابستگی زمانی را به حساب می‌آورد، و دریافت که افراد مبتلا به BPD در امتیازهای ظرفیت عاطفی و پریشانی ناپایدارتر بودند. آنها همچنین دریافتند که افراد BPD مستعد کاهش شدید خلق و خوی مثبت هستند و تقریباً نیمی از این کاهش‌های ناگهانی منجر به حالت خلقی منفی می‌شود، در مقایسه با ۹ درصد کاهش در افراد سالم.

ترول و همکاران شرکت کنندگان با BPD یا اختلال افسردگی اساسی (MDD) را طی ۲۸ روز مقایسه کردند. شرکت کنندگان یادداشت‌های الکترونیکی را حمل می‌کردند و تا شش بار در روز از خلق و خوی مثبت و منفی خود گزارش می‌دادند. با توجه به ارزیابی‌های متعدد برای هر فرد در روز، ترول و همکاران از مدل سازی چند سطحی استفاده کرد

راهبردهای ناکافی تنظیم هیجان

سومین مؤلفه اختلال در تنظیم هیجان در BPD، نقص در راهبردهای تنظیم هیجان مناسب است. عاطفه منفی بخشی اجتناب ناپذیر از زندگی روزمره برای افراد با و بدون BPD است. اکثر افراد بدون BPD کم و بیش قادرند احساسات منفی خود را با موفقیت نسبی مدیریت کنند. با این حال، طبق نظریه زیست اجتماعی، افراد مبتلا به BPD، به عنوان کودکانی که از نظر عاطفی حساس هستند و عواطف منفی شدیدی را تجربه می کنند، مهارت های لازم برای تنظیم احساسات را نیاموخته اند. در نتیجه، آنها در کنترل احساساتی که دارند، چه زمانی آنها را دارند و چگونه آن احساسات را تجربه می کنند، مشکل دارند.

بنابراین، راهبردهای تنظیم هیجان را می توان در شکل دادن به احساسات قبل از وقوع یا تعدیل هیجان پس از شروع آن هدف قرار داد

همانطور که قبلاً اشاره شد، توانایی شناسایی احساساتی که فرد تجربه می کند بخش مهمی از تنظیم هیجان است. افراد مبتلا به BPD آگاهی عاطفی کمتری دارند. مشابه آگاهی عاطفی، توانایی تمایز بین حالات عاطفی است که دانه بندی هیجانی نامیده می شود. آنهایی که سطح عاطفی بالایی دارند می توانند به طور قابل اعتماد و دقیق حالات عاطفی خود را متمایز کنند (مثلاً غمگینی را از خشم تشخیص دهند). در مقابل، آنهایی که ریزه کاری هیجانی پایینی دارند تمایل دارند حالات عاطفی را با عبارات کلی تری توصیف کنند (مانند احساس خوب یا بد). سواک و همکاران اخیراً دانه بندی عاطفی را در ۴۶ فرد مبتلا به BPD ارزیابی کرد و عملکرد آنها را با عملکرد ۵۱ کنترل مقایسه کرد. نتایج نشان داد که افراد BPD در معیارهای وضوح عاطفی، برجسب گذاری خلقی، و برجسب گذاری عاطفی متمرکز بر برانگیختگی در مقابل ظرفیت به طور قابل توجهی کمتر از گروه کنترل امتیاز گرفتند. در همین راستا، یک مطالعه اخیر EMA نشان داد که افراد BPD قطبیت بیشتر (یعنی همه یا هیچ) را در عاطفه خود تجربه کردند. این یافته ها با مشاهدات بالینی مطابقت دارند مبنی بر اینکه افراد مبتلا به BPD در شناسایی، تمایز و برجسب گذاری احساسات مشکل بیشتری دارند (به ویژه اگر آنها از ظرفیت یکسانی برخوردار باشند).

افراد مبتلا به BPD علاوه بر شناسایی و برچسب زدن احساسات خود، مشکلات بیشتری در به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان، بر اساس معیارهای خودگزارشی و رفتاری و مطالعات تصویربرداری عصبی دارند. سطوح پایین تحمل پریشانی نیز با BPD مرتبط است، که نشان می‌دهد افراد مبتلا به BPD استراتژی‌های مقابله‌ای را برای مدیریت دوره‌های تنش یا ناراحتی بد ایجاد نکرده‌اند.

Linehan و Salsman بررسی کردند که آیا مشکلات خود گزارش شده در تنظیم هیجان، همانطور که توسط مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) اندازه‌گیری می‌شود، به طور غیرمستقیم با علائم BPD گزارش شده توسط خود در زمانی که عاطفه منفی در نظر گرفته می‌شود مرتبط است یا خیر. آنها ۴۵۶ دانشجوی کارشناسی را از دو مکان جغرافیایی استخدام کردند و دریافتند که عامل «دسترسى محدود به راهبردهای تنظیم هیجان» با علائم BPD هم زمانی که شدت تأثیر و هم واکنش عاطفی در نظر گرفته می‌شود، مرتبط است. مطالعات دیگر اثر مشابهی را برای نمرات کلی DERS بر روی ارتباط بین تأثیر منفی بر علائم BPD در بیماران بستری و لیسانس یافته‌اند. این یافته‌ها از این ایده حمایت می‌کنند که ناتوانی در مدیریت مناسب عاطفه نقش مهمی در BPD دارد.

با بسط این یافته‌ها، برونوالوا، ماتوزیویچ و روجاس بررسی کردند که آیا تحمل پریشانی ممکن است روابط عاطفی منفی و شدت تأثیر منفی را در نمرات پرسشنامه ارزیابی شخصیت-ویژگی‌های مرزی (PAI-BOR) تعدیل کند. برای اندازه‌گیری تحمل پریشانی، آنها از دو کار آزمایشگاهی استفاده کردند که برای القای ناامیدی و نارضایتی طراحی شده بودند، که از آنها یک امتیاز ترکیبی ایجاد شد. آنها ۱۱۰ سیگاری بزرگسال از جامعه و ۷۶ مصرف کننده مواد بستری را انتخاب کردند. یافته‌ها نشان می‌دهد که یک اثر افزایشی برای تحمل پریشانی بر هیجان منفی وجود دارد، به طوری که هیجان منفی با نمرات PAI-BOR بدون توجه به نمرات تحمل پریشانی مرتبط بود، اما افراد با کمترین تحمل پریشانی قوی‌ترین ارتباط را نشان دادند. با این حال، برای شدت تأثیر، تنها در افراد با تحمل پریشانی پایین با نمرات PAI-BOR رابطه وجود داشت. متأسفانه، آنها اثرات تجمعی عاطفه منفی، شدت عاطفه منفی و تحمل پریشانی را بر روی صفات BPD آزمایش نکردند. با کمال تعجب، بر خلاف یافته‌های سایر مطالعات، امتیازات تحمل پریشانی با نمرات PAI-BOR مرتبط نبود.

عاطفی منفی، به عنوان یک ویژگی ارثی که منعکس کننده تمایل به توضیح تفاوت بین گروه های شرکت کننده تعریف می شود. شرکت کنندگان BPD تنوع بیشتری را در طول زمان در عاطفه مثبت و منفی نشان دادند. آنها با استفاده از MSSD های تنظیم شده برای فاصله زمانی بین ارزیابی ها، دریافتند که افراد BPD بی ثباتی بیشتری در خصومت، ترس و غم و اندوه نشان می دهند، اما نه عاطفه مثبت یا عاطفه منفی کلی. افراد مبتلا به BPD نیز احتمال بیشتری داشت که تغییرات شدید را برای نمرات خصومت گزارش کنند. جالب اینجاست که افراد BPD میانگین سطوح بیشتری از احساسات مثبت یا منفی را نسبت به افراد MDD گزارش نکردند. در مجموع، ترول و همکاران یافته های Ebner-Priemer و همکاران را گسترش دادند، یافتن ناپایداری بیشتر عواطف منفی خاص در یک دوره زمانی طولانی تر و در مقایسه با گروه کنترل بالینی.

راهبردهای تنظیم ناسازگار

مؤلفه نهایی بی نظمی هیجانی رفتاری است که ممکن است به جای راهبردهای تنظیم هیجان مناسب رخ دهد و منجر به مشکلات بی نظمی هیجانی شود که ممکن است توسط دیگران مشاهده شود. یک توضیح در مورد چگونگی ظهور این رفتارها توسط مدل آبشار عاطفی ارائه شده است. این مدل فرض می کند که اگر عاطفه منفی به اندازه کافی شدید شود، افراد تمایل دارند رفتارهای ناسازگار را به رفتارهای سازگارانه انتخاب کنند. این ممکن است به این دلیل باشد که رفتارهای ناسازگار اغلب تأثیر فوری تری دارند یا به کارگیری آنها ساده تر از رفتارهای سازگارتر است. با این حال، اگرچه چنین رفتار ناسازگاری ممکن است در کاهش عاطفه منفی مؤثر باشد، اما در نهایت مشکل ساز است، یا به دلیل پیامدهای منفی، زیرا در دراز مدت مؤثر نیست یا هر دو.

سلبی و همکاران پشتیبانی از این مدل را در افراد مبتلا به BPD یافت. به طور مشابه، کویفمن و همکاران دریافت که قطبیت بیشتر عاطفه، در غیاب استرس بین فردی، افزایش گزارش های رفتارهای تکانشی و خودآزاری را پیش بینی می کند.

شواهد زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه افراد BPD در تلاش برای کاهش عاطفه منفی خود در استراتژی های تنظیم ناسازگارانه شرکت می کنند. BPD با راهبردهای شناختی ناسازگاری مانند نشخوار فکری و سرکوب فکر مرتبط

است که اغلب به جای کاهش، عاطفه منفی را افزایش می دهند. تحقیقات همچنین نشان می دهد که BPD با اجتناب تجربی همراه است، که به عنوان رفتاری تعریف می شود که برای فرار از یک تجربه ناخواسته، مانند عاطفه منفی درگیر می شود.

دو نوع رفتار رایج در BPD عبارتند از: رفتارهای تکانشی و خودکشی و خودآزاری. در اینجا، ما شواهدی را بررسی می کنیم که نشان می دهد افراد مبتلا به BPD در رفتارهای تکانشی و رفتارهای خودکشی و خودآزاری (SIB) به طور خاص به عنوان ابزاری برای تنظیم عاطفه شرکت می کنند.

به طور کلی، BPD با تعدادی از رفتارهای تکانشی مرتبط است که ممکن است برای کاهش عواطف منفی، از جمله اختلالات خوردن، خرید تکانشی، و مصرف مواد مفید باشد. BPD همچنین به شدت با خرده مقیاس فوریت مقیاس تکانشگری UPPS مرتبط است، اگرچه با سایر مقیاس های تکانشگری نیز مرتبط است. خرده مقیاس فوریت ارتباط نزدیکی با عاطفه منفی دارد و به تمایل افراد به رفتار تکانشی در حالی که خلق و خوی منفی دارند، اشاره دارد، به طور بالقوه در تلاش برای تسکین یا کاهش عاطفه منفی خود.

تراژسر و رایینسون دریافتند که بی ثباتی و فوریت عاطفی گزارش شده توسط خود، و همچنین (عدم) پیش اندیشی، نمرات PAI-BOR را در نمونه ای از دانشجویان کارشناسی پیش بینی می کنند.

از دیدگاه نوروبیولوژیکی، سیلبرسوینگ و همکاران دریافتند که افراد BPD در یک کار زبانی عاطفی که نیاز به بازدارندگی رفتاری دارد، نسبت به گروه کنترل، در قشر جلوی مغزی شکمی میانی کاهش یافته است، اما فقط در کارآزمایی هایی که شامل کلمات دارای ظرفیت منفی است. این نشان می دهد که این ناحیه از مغز ممکن است در تمایل افراد مبتلا به BPD به عمل تکانشی در زمینه عاطفه منفی نقش داشته باشد.

برعکس، چپمن، لیونگ و لینچ دریافتند که افراد BPD در حالت عاطفی منفی نسبت به افراد BPD که در حالت عاطفی منفی نیستند، پاسخ های تکانشی کمتری را در یک تکلیف یادگیری اجتنابی غیرفعال انجام می دهند. با این حال، این ممکن است به دلیل ماهیت کار باشد، که در آن محرک ها با پاداش یا تنبیه همراه بودند و شرکت کنندگان باید یاد می گرفتند که به آن پاسخ دهند یا از پاسخگویی جلوگیری کنند. دشوار است که ببینیم چگونه

اقدام تکانشی در چنین کاری با عواطف منفی مرتبط است، در نتیجه به افراد BPD انگیزه ای برای انجام تکانشی نمی دهد.

در مورد خودکشی، این و همکاران دریافتند که بی ثباتی عاطفی، همراه با اختلال هویت و تکانشگری، رفتارهای خودکشی را پیش بینی می کند و با سوء استفاده جنسی در دوران کودکی، پیش بینی کننده اقدام به خودکشی است. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می دهد SIB به عنوان روشی برای تنظیم احساسات در BPD عمل می کند. SIB به عنوان رفتاری تعریف می شود که عمداً بدون قصد کشنده به بدن آسیب می رساند و شامل طیف وسیعی از اعمال (مانند بریدن، سوزاندن، خراشیدن) است. بین ۵۰ تا ۹۰ درصد از افراد مبتلا به BPD در SIB شرکت می کنند.

تا حد زیادی شایع ترین دلیلی که افراد مبتلا به BPD در پاسخ به این سوال که چرا در SIB شرکت می کنند بیان می کنند این است که احساس عاطفه منفی را کاهش می دهد و به تنظیم خلق و خوی آنها کمک می کند. جالب توجه است، افراد مبتلا به BPD در هنگام درگیر شدن در SIB یا در حین انجام وظایف القای درد، درد کمی یا بدون درد گزارش می کنند.

به نظر می رسد که این تأثیر زمانی که شرکت کنندگان در حال تجربه پریشانی هستند حتی بیشتر است. فرانکلین و همکاران دریافتند که اختلال در تنظیم احساسات واسطه رابطه بین SIB و تحمل درد است، اگرچه آنها از نمونه BPD استفاده نکردند.

اخیراً Niedtfeld و همکاران تلاش کرد تا پیوند عصبی زیستی بین درد و تنظیم هیجان را در BPD کشف کند. تجزیه و تحلیل مجدد داده های غیرقطعی از Niedtfeld و همکاران، آنها اتصال عملکردی بین ساختارهای مغزی پارالیمبیک و پیش پیشانی را در افراد مبتلا به BPD پس از تحریک دردناک بررسی کردند. به دنبال تصاویر محرک منفی، بیماران BPD یک جفت منفی بین نواحی پارالیمبیک و جلوی پیشانی نشان دادند که احتمالاً نشان می دهد که نواحی جلوی مغز به دنبال درد در این گروه، نواحی پارالیمبیک را مهار می کنند. کنترل ها همین الگو را نشان دادند، اما فقط به دنبال تصاویر خنثی بودند.

با بررسی چهار مولفه اصلی اختلال در تنظیم هیجان در BPD، همانطور که توسط مدل زیست اجتماعی لاینهان تعریف شده است، واضح است که روش‌های متعددی برای بررسی موضوع اختلال تنظیم هیجان وجود دارد. شواهد موجود از اهمیت هر یک از این مؤلفه‌ها در BPD حمایت می‌کند. از بررسی ما، می‌توان نتیجه گرفت که شواهد از یک سوگیری منفی در شناسایی احساسات در دیگران و احتمالاً در ارزیابی دیگران پشتیبانی می‌کنند. چنین سوگیری احتمالاً منجر به تأثیر منفی شدیدتر در افراد مبتلا به BPD، و به ویژه، بی‌ثباتی عاطفی و واکنش پذیری هم به رویدادها و هم به سایر رویدادها می‌شود که در زندگی روزمره با آنها مواجه می‌شوند. متأسفانه، افراد مبتلا به BPD نسبتاً قادر به تحمل پریشانی که در زندگی روزمره با آن مواجه می‌شوند، نیستند، و مستعد درگیر شدن در راهبردهای ناسازگار برای مدیریت پریشانی و دوره‌های عاطفه منفی شدید (مانند نشخوار فکری، سرکوب افکار، اجتناب تجربی، تکانشی هستند. رفتار). به طور خلاصه، بررسی ما نشان می‌دهد که چگونه اختلال در تنظیم احساسات فراگیر در BPD وجود دارد که به روش‌های متعدد و متمایز ظاهر می‌شود.

متأسفانه، بسیاری از محققان بدون ذکر مؤلفه‌های خاص یا تعریف واضح استفاده از این اصطلاح، «اختلال در تنظیم احساسات» را استناد می‌کنند. این می‌تواند قرار دادن مطالعات مختلف را در زمینه دشوار کند، زیرا آنها از نقاط شروع متفاوتی کار می‌کنند، روش‌های متفاوتی را به کار می‌گیرند، نتایج متفاوتی را به دست می‌آورند، و با این حال همه به دنبال مطالعه اختلال در تنظیم احساسات هستند. برای مثال محققان نشان دادند که حساسیت به محرک‌های عاطفی (در این مورد سوگیری تفسیر منفی) و عاطفه منفی حساس دو سازه قابل تمایز هستند، اما اصطلاحات «حساسیت هیجانی» و «بی‌ثباتی عاطفی» هر دو اغلب مترادف و قابل تعویض هستند. "بی‌نظمی احساسات."

این عمل از نظر ظرافت کوتاه است و پیامدهای منفی برای این رشته دارد. اول، تهدید می‌کند که اصطلاح "اختلال در تنظیم احساسات" را مبهم و شاید بی‌معنی می‌کند. اینکه بگوییم BPD با اختلال در تنظیم احساسات مرتبط است، شبیه به این است که بگوییم افراد مبتلا به BPD با احساسات خود مشکل دارند. این افراد مبتلا به BPD را با افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلال طیف اوتیسم و حتی بسیاری دیگر که معیارهای یک اختلال روانپزشکی را ندارند، در یک دسته قرار می‌دهد. برعکس، اگر بگوییم BPD با یک فرآیند بی‌نظمی هیجانی مرتبط است که شامل حساسیت هیجانی، افزایش عاطفه منفی، کمبود راهبردهای تنظیم هیجان

مناسب، و مازاد راهبردهای تنظیم نامناسب است، به طور دقیق تری مشکلات بی نظمی هیجانی افراد مبتلا به BPD را مشخص می کند.

این بدان معنا نیست که مدل ارائه شده در اینجا بهترین یا حتی ماقبل آخر مدل اختلال در تنظیم احساسات در BPD است، یا اینکه لزوماً کامل است. ممکن است زمینه های دیگری از اختلال در تنظیم احساسات وجود داشته باشد که افراد BPD با آن دست و پنجه نرم می کنند یا شاید برخی از محققان ممکن است بین سازه هایی که ما در همان جزء گنجانده ایم تفاوت قائل شوند. به عنوان مثال، آگاهی عاطفی را می توان متمایز از مهارت های تنظیم هیجان در نظر گرفت. تصمیمات ما در مورد چگونگی تعریف هر جزء مسلماً تا حدودی ذهنی است و خود مدل کامل به صورت تجربی آزمایش نشده است. با این حال، نکته مهم این است که از آنجایی که تحقیقات در مورد بی نظمی هیجانی در سطح اجزای آن انجام شده است، با صحبت در مورد بی نظمی هیجانی به شیوه ای دقیق تر و به عنوان یک فرآیند پویا، چیزهای زیادی می توان به دست آورد.

دوم، تعریف بی نظمی هیجانی با عبارات مبهم احتمالاً روابط متقابل بین اجزای مختلف بی نظمی هیجان را پنهان می کند. اگرچه برخی رابطه بین مؤلفه های چندگانه را بررسی کرده اند (به عنوان مثال، مدل آبشار عاطفی مکانیسمی را برای چگونگی افزایش تأثیر منفی منجر به استراتژی های تنظیم ناسازگار پیشنهاد می کند)، بیشتر مطالعات تنها بر یک مؤلفه متمرکز شده اند. دیدگاه دقیق تر و پویا تر از بی نظمی هیجان، سؤالاتی را مطرح می کند که چگونه مشکلات در هر جزء در طول زمان ایجاد می شود و چگونه اختلال در تنظیم هیجان در BPD با اختلال در تنظیم هیجان در سایر اختلالات متفاوت است. تحقیقاتی مورد نیاز است که مؤلفه های متعدد اختلال در تنظیم هیجان را در یک نمونه ارزیابی کند تا بفهمد چگونه تعامل دارند. بسیاری از مفروضات مدل زیست اجتماعی، و آنهایی که در مدل ما نهفته است، باید مورد آزمایش تجربی قرار گیرند. به عنوان مثال، مدل ما نشان می دهد که اجزای قبلی در مدل تأثیر علی بر مؤلفه های بعدی دارند، اما ممکن است، شاید حتی احتمال، که مؤلفه های مختلف متقابلاً تقویت شوند و روابط آنها پیچیده تر باشد.

به طور خلاصه، اختلال در تنظیم احساسات یک فرآیند پیچیده است و به نظر می رسد که هسته اصلی اختلال BPD باشد. همچنین فرآیندی است که در طول زندگی ایجاد می شود و احتمالاً از دوران نوزادی شروع می شود. ما

یک ساختار سازمانی از مؤلفه‌های بی‌نظمی هیجان، برگرفته از نظریه زیست‌اجتماعی لاینهان را پیشنهاد کرده‌ایم: حساسیت هیجانی، افزایش عاطفه منفی، کمبود استراتژی‌های تنظیم مناسب، و مازاد راهبردهای تنظیم ناسازگار. ما معتقدیم که مزایای مهمی برای تحقیقات وجود دارد که ابتدا آن جنبه‌های اختلال تنظیم هیجانی را مشخص می‌کند و دوم، این مؤلفه‌ها را در زمینه سایر مؤلفه‌های بی‌نظمی هیجانی بررسی می‌کند.

مدل تنظیم هیجان گرنفسکی و همکاران

پژوهشگران متعددی تعاریف گوناگونی برای تنظیم هیجان ارائه داده اند. از نظر کول، مارتین و دنیس (۲۰۰۴) تنظیم هیجان به تغییراتی اطلاق می‌شود که همراه با هیجانات فعال-شده هستند. این تغییرات شامل تغییراتی است که در خود هیجان یا دیگر فرایندهای روان‌شناختی (مانند حافظه، توجه یا تعاملات اجتماعی) رخ می‌دهد. می‌توان اصطلاح تنظیم هیجان را به دو پدیده تنظیم‌کننده مجزا تفکیک کرد:

- هیجان به عنوان یک عامل تنظیم‌کننده (تغییراتی که ناشی از هیجان فعال-شده هستند)

- هیجان به عنوان عاملی که تنظیم می‌شود (تغییرات در هیجان فعال شده).

گراتز و روئمر (۲۰۰۴) تنظیم هیجان را دربرگیرنده ۴ مؤلفه می‌دانند:

(۱) آگاهی از هیجانات و فهمیدن آنها

(۲) پذیرش هیجانات

(۳) توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتارکردن مطابق با اهداف مطلوب در زمانی که هیجان منفی تجربه می‌شود

(۴) توانایی به کارگیری انعطاف‌پذیر تدابیر تنظیم هیجان متناسب با موقعیت به منظور تنظیم کردن مطلوب پاسخ‌های هیجانی برای دستیابی به اهداف شخصی و احترام به خواست‌های محیطی.

از نظر کامپوس، فرانکل و کمراس (۲۰۰۴) نیز تنظیم هیجان اصلاح و تعدیل تمامی فرایندهای موجود در نظامی است که هیجان را تولید می‌کند و یا به نمود رفتاری می‌انجامد. فرایندهایی که هیجانات را اصلاح و تعدیل می‌کنند، خود از همان فرایندهایی ریشه می‌گیرند که در گام نخست تولید هیجان درگیرند. نظم بخشی در تمامی سطوح فرایند

هیجان، در تمام دفعاتی که هیجان فعال می شود، اتفاق می افتد و حتی قبل از بروز یک هیجان آشکارند. همان گونه که در تعاریف فوق مشهود است اکثر این تعاریف، تنظیم هیجان را نوعی فرایند در نظر گرفته اند.

بر همین اساس، گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۶) تنظیم هیجان را همسان با مقابله ی شناختی فرض می کنند و در کل، آنرا مرتبط با راه های شناختی مدیریت عواطف با استفاده از اطلاعات برانگیخته ی هیجانی در نظر می گیرند. فرآیندهای شناختی می توانند به ما کمک کنند تا بتوانیم مدیریت یا تنظیم هیجان ها و یا عواطف را بر عهده بگیریم تا از این طریق بر مهار هیجان ها بعد از وقایع اضطراب آور و تنیدگی زا توانا باشیم.

بر اساس مدل نظری گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲)، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مشتمل بر ۹ راهبرد می باشند که به دو نوع راهبرد شناختی مثبت و منفی تنظیم هیجان تقسیم می شوند.

راهبردهای شناختی تنظیم هیجان عبارت اند از:

سرزنش خود (راهبرد شناختی منفی تنظیم هیجان): خود را مسئول و مقصر دانستن در تجربیات تلخ.

کسی که در وقایع پیش آمده به سرزنش خود می پردازد به این معنی است که شخص به شدت گرفتار احساس گناه است. احساس گناه بالا ممکن است منجر به بیماری های روانی چون افسردگی باشد گفته می شود سبک های اسنادی در سرزنش خود دخیل هستند و با افسردگی و دیگر بیماری های روانی نیز مرتبط می باشند (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). سرزنش خود در سطح رفتاری با بازده مثبت در عملکرد همراه می شود.

سرزنش دیگران (راهبرد شناختی منفی تنظیم هیجان): نحوه تفکری مبتنی بر اینکه دیگران مسئول و

مقصر اتفاق بدی که برای شما رخ داده هستند. مطالعات نشان داده اند که تمام نمونه هایی که تجارب منفی دارند شخص دیگری را در این رویداد مقصر می دانند و به سرزنش او می پردازند، چنانچه گفته می شود که سرزنش و مقصر دانستن دیگران با بهزیستی هیجانی ضعیف همراه می باشد و در سطح عملکردی با مشکلات رفتاری همراه می شود.

سرزنش خود و دیگران سبک های اسنادی هر فردی هستند، طرز تفکری درونی، باثبات و کلی بودن علیت

تجارب و وقایع بخصوص وقایع منفی (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

فاجعه آمیز پنداری (راهبرد شناختی منفی تنظیم هیجان): فکر کردن به اینکه اتفاق رخ داده چقدر

وحشتناک بوده و این اتفاق بدترین چیزی است که در زندگی هر کسی رخ می دهد. کاربرد زیاد این راهبرد به مشکلات هیجانی و بیماری های روانی منجر می شود در کل این راهبرد به نظر می رسد که با غیر انطباقی بودن، پریشانی هیجانی و افسردگی مرتبط باشد.

نشخوار فکری (راهبرد شناختی منفی تنظیم هیجان): تفکر مداوم به احساسات و تفکرات همراه با اتفاق

ناخوشایند بدون اقدام به اصلاح محیط بلاواسطه مؤثر. اثبات شده است که شیوه مقابله ای نشخوار فکری با سطوح بالای افسردگی همراه می باشد و البته این نحوه تفکر تا حدی هم به مقابله مؤثر با شرایط تنیدگی را کمک می کند (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

پذیرش (راهبرد شناختی مثبت تنظیم هیجان): دلالت دارد بر پذیرش رویداد و تجربه تلخ و کناره گیری از

آنچه روی داده است. پذیرش یک راهبرد مقابله ای است که رابطه مثبت و تعدیل کننده ای با میزانی از خوش بینی و عزت نفس و رابطه منفی با میزانی از اضطراب دارد. اگرچه خود فرآیند پذیرش، خوب است اما برای بسیاری از وقایع، سطوح خیلی بالای پذیرش می تواند نشانگر نوعی از کناره گیری حسی شود و به احساس عدم توانایی در تأثیرگذاری روی وقایع منجر گردد.

تمرکز مثبت مجدد (راهبرد شناختی مثبت تنظیم هیجان): فکر کردن درباره وقایع مثبت به جای وقایع

منفی. تحقیقات نشان داده اند که این راهبرد به خودی خود تأثیر مثبت روی سلامت روانی انسان ها دارد اما به کارگیری این راهبرد در سطوح بالا می تواند به عنوان ترک رابطه روانی محسوب می گردد. گمان بر این است که این راهبرد در کوتاه مدت یاری دهنده ولی در بلند مدت مانع از مقابله سازنده با رویداد منفی می گردد (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

برنامه ریزی (راهبرد شناختی مثبت تنظیم هیجان): تفکر درباره برنامه هایی که برای مداخله در اتفاقات

طرح ریزی می شود، یا تفکر روی طرحی که موقعیت ها را تغییر می دهد. این راهبرد لزوماً یک راهبرد مقابله شناختی

مثبت است. این راهبرد مقابله شناختی متمرکز بر عمل است یعنی صرفاً شناختی نیست بلکه همراه با عمل می گردد و رفتاری حقیقی به دنبال دارد.

بازارزیابی مثبت (راهبرد شناختی مثبت تنظیم هیجان): معنای مثبت بخشیدن به وقایع و اتفاقات دوران رشد و فکر کردن به اینکه این اتفاقات می توانند فرد را قوی تر کنند و یا جستجوی جنبه های مثبت یک اتفاق. این راهبرد نیز با خوش بینی و عزت نفس رابطه مثبت و با اضطراب رابطه منفی دارد.

اتخاذ دیدگاه (راهبرد شناختی مثبت تنظیم هیجان): اتخاذ دیدگاه یا نحوه تفکر که وقتی یک سری از عوامل با هم همراه شوند و یا نقش یک سری عوامل دیگر اگر تضعیف شود اتفاقی خواهد افتاد. این راهبرد با انواع گوناگونی از بیماری های روانی همبستگی نشان می دهد (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

تکنیک های تنظیم هیجان براساس رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی DBT ملانی گوردون

افراد مرزی و خودکشی گرا از لحاظ هیجانی پرشورو بی ثباتند. دائم عصبانی می شوند و به شدت احساس درماندگی، افسردگی و اضطراب می کنند.

بر اساس رویکرد DBT مشکلات تنظیم هیجان های ناخوشایند در بنیان مشکلات رفتاری افراد مرزی قرار دارد. از دیدگاه فرد نیز در اغلب اوقات مشکلی که نیاز به چاره چویی دارد احساسات ناخوشایندی است که تجربه می شوند.

رفتارهای خودکشی و سایر رفتارهای ناکارآمد شامل سوء مصرف مواد اغلب راه حل های رفتاری هستند که برای هیجان های دردناک غیر قابل تحمل به کار گرفته می شوند.

شدت و بی ثباتی این حالت های هیجانی بیانگر آن است که مراجعان مرزی احتمالاً از یادگیری شیوه های تنظیم هیجانی سود خواهند برد.

اکثر افراد مرزی برای تنظیم هیجان های ناخوشایندشان از آنچه احساس می کنند اجتناب می کنند.

این سبک بیش از حد ساده انگارانه نتیجه مستقیم محیط های بی اعتبار ساز از لحاظ هیجانی است که به فرد دستور می دهند در موقع ناراحتی باید لبخند بزند و در زمان عصبانیت باید مودبانه و آرام رفتار کند و زمانی که احساس گناه می کند باید اعتراف کند و بخشش بجوید.

آموزش مهارت های تنظیم هیجانی می تواند بسیار دشوار باشد زیرا افراد مرزی در تعاملات خود بارها با این دید مواجه شده اند که صرفا با تغییر نگرش هایشان می تواند احساساتشان را تغییر دهند.

بسیاری از افراد مرزی از محیط هایی برخاسته اند که همه اعضای آن کنترل شناختی تقریبا کاملی را بر روی هیجان هایشان نشان می دهند، علاوه بر این همین افراد، افرادی هستند که نسبت به ناتوانی دیگران در کنترل هیجانهایشان هم بی تحملند و هم به شدت آن را رد می کنند.

اغلب افراد مرزی در برابر هر نوع تلاشی برای کنترل هیجانهایشان مقاومت می کنند، زیرا بر این باورند که چنین کنترلی نشان از آن دارد که دیگران برحقند و آنها به خاطر احساسی که از انجام کار به این شیوه دارند در اشتباهند. بنابراین، مهارت های تنظیم هیجانی را تنها می توان در یک بافت خود اعتبار بخش از لحاظ هیجانی آموزش داد. همانند تاثیرگذاری بین فردی و تحمل آشفتگی، مهارت های تنظیم هیجانی نیازمند به کارگیری مهارت های حضور ذهن یا ذهن آگاهی می باشند.

در اینجا مهارت های حضور ذهن یا ذهن آگاهی (مشاهده بدون قضاوت و توصیف کردن) بر روی پاسخ های هیجانی جاری اجرا خواهند شد.

ایده نظری این کار در این است که بخش اعظم آشفتگی هیجانی افراد مرزی محصول پاسخ های ثانویه ای است که به هیجان های اولیه (برای مثال شرمساری، اضطراب، یا خشم شدید) داده می شود. هیجان های اولیه اغلب سازگارانه و متناسب با بافتند.

کاهش آشفتگی ثانویه نیازمند مواجهه با هیجان های اولیه در فضایی غیر قضاوتی است.

در این بافت، داشتن حضور ذهن یا ذهن آگاهی نسبت به پاسخ های هیجانی می تواند به عنوان یک تکنیک مواجهه ای محسوب گردد.

در DBT تعدادی مهارت ویژه برای تنظیم هیجانی وجود دارد.

تکنیک های تنظیم هیجانی:

شناسایی و برچسب گذاری بر روی هیجان ها:

اولین گام در تنظیم هیجانها یادگیری شیوه شناسایی و برچسب گذاری بر روی هیجان های جاری می باشد.

با این حال هیجان ها، پاسخ های رفتاری پیچیده ای هستند.

شناسایی آنها اغلب نیازمند توانایی مشاهده پاسخ های خود و همچنین توصیف صحیح بافتی است که هیجان در

آن رخ می دهد می باشد.

بنابراین یادگیری شناسایی اجزای یک پاسخ رفتاری در صورت مشاهده و توصیف موارد زیر به میزان زیادی

توسعه خواهد یافت.

- رویداد پیش آیند هیجان
- مشاهده و توصیف تفسیرهای یک رویداد که برانگیزاننده هیجان بوده اند
- تجربه پدیدار شناختی شامل تجربه حس های بدنی هیجان
- رفتارهایی که بیانگر هیجانند
- اثرات هیجان بر روی سایر کنش ها و شناسایی موانع تغییر هیجانها.

رفتار هیجانی برای فرد دارای نقش کارکردی است.

تغییر رفتارهای هیجانی زمانی که با نتایج تقویت کننده همراهند بسیار دشوار است، بنابراین شناسایی کارکردها و

تقویت کننده های رفتارهای هیجانی به ویژه می تواند بسیار مفید باشد، عموماً هیجان ها نقش برقراری ارتباط و انگیزه

بخشی به رفتار درون فردی را دارند.

به علاوه رفتارهای هیجانی می توانند دو عملکرد مهم دیگر نیز داشته باشند. اولین اینکه، در نقش کارکرد

ارتباطی، هیجان ها، رفتار دیگران را تحت تاثیر و کنترل قرار می دهند و دوم اینکه هیجان ها ادراکات و برداشت های

شخصی از رویدادها را معتبر می سازند.

اگر چه دومین کارکرد، کارکردی کاملاً منطقی نیست اما علیرغم آن، برای افراد مرزی دارای اهمیت می باشد (برای مثال اگر فردی از دیگری متنفر باشد این ضرورتاً به آن معنا نیست که دیگری واقعاً شایستگی اش در حدی است که تنفر برانگیز قلمداد شود).

شناسایی این عملکردهای هیجانها به ویژه هیجان های منفی اولین گام مهم در جهت تغییر می باشد.

کاهش آسیب پذیری نسبت به ذهن هیجانی:

همه انسانها زمانی که در شرایط فشار فیزیکی و محیطی سخت قرار می گیرند نسبت به واکنش دهی هیجانی مستعدتر می شوند.

بر همین اساس رفتارهایی که در اینجا آماج درمان قرار می گیرند شامل متعادل سازی تغذیه و خوردن، برقراری برنامه خواب مناسب (در صورت نیاز درمان بی خوابی)، انجام ورزش به اندازه کافی، درمان بیماری جسمانی، قطع مصرف داروهای غیر مجاز تغییر دهنده خلق و افزایش تسلط از طریق درگیر شدن در فعالیت های ایجاد کننده حس تسلط و شایستگی می باشند.

تمرکز بر روی بالا بردن حس تسلط در اینجا مشابه تکلیف برنامه ریزی فعالیت در شناخت درمانی افسردگی (بک، راش، شو و امری، ۱۹۷۹) می باشد.

اگر چه به نظر می رسد این رفتارهای آماج رفتارهای سراسر است و مشخصی هستند اما پیشروی در آنها می تواند هم برای مراجعان و هم برای درمانگران بسیار طاقت فرسا باشد.

در مورد بی خوابی بسیاری از مراجعان مرزی در یک مبارزه بی پایان گرفتارند که اغلب درمان های دارویی نمی تواند کمک چندانی به آنها بدهد.

فقر خود می تواند عاملی باشد که با تنظیم تغذیه و رعایت اصول و مراقبت های بهداشتی تداخل کند.

کار کردن بر روی هر یک از این رفتارهای آماج نیازمند مشارکت فعال مراجع و تداوم در تمرین ها تا زمان حصول نتایج مثبت است.

حالت انفعالی معمول بسیاری از افرادی مرزی در حل مسئله می تواند در اینجا دردسرهای قابل توجهی را به وجود آورد.

افزایش رویدادهای هیجانی مثبت: فرض آن است که اکثر افراد شامل افراد مرزی برای احساس بد خود دلایل منطقی دارند.

اگر چه ادراک همه افراد در زمان های پرفشار از لحاظ هیجانی گرایش به تحریف دارد، این بدان معنا نیست که خود هیجان ها هم محصول ادراک های تحریف شده اند. بر این اساس یک راه مهم برای کنترل هیجان ها کنترل رویدادهایی است که راه انداز هیجان هایند.

افزایش تعداد رویدادهای خوشایند در زندگی خود روشی برای افزایش هیجان های مثبت است.

این کار در کوتاه مدت شامل افزایش تجارب مثبت روزانه است. در طولانی مدت این بدان معناست که کاری کنیم که احتمال رخ دادن رویدادهای خوشایند بیشتر شود.

علاوه بر افزایش رویدادهای مثبت، تلاش برای حضور ذهن یا ذهن آگاهی داشتن در زمان های تجربه رویدادهای خوشایند و نگران شدن درباره اتمام تجربه مثبت راهبرد مفیدی است.

افزایش حضور ذهن یا ذهن آگاهی نسبت به هیجان های جاری:

حضور ذهن یا ذهن آگاهی داشتن نسبت به هیجان های جاری به معنای تجربه کردن هیجان ها بدون قضاوت بر روی آنها یا تلاش برای بازداري، توقف یا دور کردن آنهاست.

ایده اصلی در این جا این است که رویارویی با هیجان های مستاصل کننده یا دردآور بدون همایندی با نتایج منفی توانایی آنها را برای برانگیختن هیجان های ثانویه خاموش خواهد کرد.

نتیجه طبیعی قضاوت هیجان ها به عنوان حالات منفی ایجاد احساسات گناه، خشم و یا اضطرابی خواهد بود که فرد هر زمان که احساس آشفته گی کند در او برانگیخته خواهد شد.

اضافه شدن این احساسات ثانویه به موقعیت منفی فعلی منجر به شدیدتر شدن آشفته گی و سخت تر شدن تحمل آن می شود.

اگر فردی بتواند مانع از ایجاد احساسات گناه یا اضطراب در ارتباط با هیجان های دردآور در همان لحظه اول شود، او قادر خواهد شد در اکثر اوقات در تحمل شرایط دشوار یا احساسات دردآور موفق باشد. انجام عمل متضاد: پاسخ های رفتاری بیانگر بخش مهمی در همه هیجان ها می باشد.

بنابراین یک راهبرد برای تغییر یا تنظیم هیجان‌ها تغییر رفتاری، بیانگری آن از طریق انجام عملی متضاد یا ناهمخوان با آن است.

این کار هم در قالب اعمال آشکار (برای مثال انجام کار خوبی در قبال کسی که ما را عصبانی کرده است، نزدیک شدن به آنچه از آن می‌ترسیم) و هم در قالب حالات بیانگر وضعیتی و چهره‌ای می‌گنجد. مراجعان در ارتباط با دومین مشکل انجام تمرین باید بدانند که هدف مسدود کردن ابراز یک هیجان نیست بلکه هدف ابراز هیجانی متفاوت است.

تفاوت فراوانی بین یک بیان چهره‌ای گرفته که مسدود کننده ابراز خشم است و یک بیان چهره‌گشوده که بیانگر دوست داشتن است وجود ندارد.

به کارگیری تکنیک‌های تحمل آشفته‌گی:

تحمل هیجان‌های منفی بدون اقدام به اعمال تکانشی که اوضاع را وخیم‌تر می‌کنند یک روش برای تنظیم شدت و مدت هیجان‌های منفی است.

محتوای دستورالعمل این بخش به قسمت‌های ذیل تقسیم می‌شود.

بخش اول در ارتباط با درک ماهیت هیجان‌هاست. مدلی از هیجان‌ها ارائه و درباره آن بحث می‌شود.

بخش دوم شامل یادگیری شیوه‌شناسایی و برچسب‌گذاری بر روی هیجان‌ها در زندگی روزمره است.

بخش سوم متمرکز بر شناسایی عملکردهای هیجان‌ها و روابط آنها با مشکلات مربوط به تغییر هیجان‌هاست.

بخش چهارم در ارتباط با کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی (ذهن‌هیجانی) است.

بخش پنجم در ارتباط با شیوه افزایش هیجان‌های مثبت است.

ششمین و آخرین بخش در ارتباط با شیوه کاهش رنج هیجانی از طریق حضور ذهن یا ذهن‌آگاهی داشتن نسبت

به هیجان جاری و تکنیک انجام عمل متضاد است.

مراجعان را به سمت مهارت‌هایی که قرار است در این بخش بیاموزند و تبیین منطقی اهمیت آنها جهت دهی

کنید.

اهداف آموزش تنظیم هیجانی

• درک هیجان های خود

✓ شناسایی هیجان ها در زمان تجربه شدن: به کار بردن مهارت های حضور ذهن یا ذهن آگاهی (مشاهده و

توصیف) بر روی هیجان ها

✓ شناسایی عوامل کاهش دهنده هیجان های منفی شدید از طریق تحلیل کارکردهای هیجان ها. اهدافی که آنها

به دست می دهند یا نیازهایی که برآورده می کنند (منظور آن است که مراجع بتواند برای تبیین وضعیت

خود دست به تحلیل رفتاری کارکردی بزند و توالی ایجاد کننده در حالت هیجانی خود را مورد شناسایی قرار

دهد)

• کاهش آسیب پذیری هیجانی

✓ یادگیری روشهایی برای کاهش آسیب پذیری منفی. پیشگیری از حالت های هیجانی منفی از طریق کاهش

احتمال بیش حساسیتی هیجانی (ذهن هیجانی) و افزایش نستوهی (پایداری) هیجانی.

✓ یادگیری شیوه هایی برای افزایش فراوانی هیجان های مثبت و در نتیجه کاهش حساسیت های هیجانی

• کاهش رنج هیجانی

✓ به جای مبارزه با هیجان های دردناک یا محصور کردن آنها با اتخاذ حضور ذهن یا ذهن آگاهی نسبت به آنها

بگذارید.

✓ گاهی اوقات با انجام عملی متضاد هیجان های منفی را تصحیح یا تغییر دهید.

• توصیف دو نوع تجربه هیجانی

برخی از تجارب هیجانی اساسا واکنشی به رویدادهای محیط اطراف می باشند (برای مثال: عصبانی شدن از

دست کسی که انتقاد میکند، خوشحال شدن از آمدن دوستان، و متعجب شدن از پیش بینی بارندگی در یک روز

دلپذیر و آرام و غیره).

سایر تجارب هیجانی اساساً واکنش‌هایی به افکار، اعمال و احساسات شخصی می‌باشند (احساس گناه به خاطر عصبانی شدن، عصبانیت به خاطر فراموش کردن چیز مهمی، احساس شرمساری به خاطر درست انجام ندادن کاری، احساس غرور به خاطر برنده شدن در یک مسابقه و غیره).

• نقش هیجان‌ها را در زندگی افراد توصیف کنید.

✓ هیجان‌ها می‌توانند مفید، مضر و یا به ندرت خنثی باشند.

موضوع بحث:

از شرکت‌کنندگان بیرون بکشید که چه موقع هیجان‌ها مفید و چه موقع مضرند. از شرکت‌کنندگان بخواهید در مورد هیجان‌هایی که بیشتر آنها را دچار دردسر می‌کنند بحث کنند. از آنها بپرسید دوست دارند روی کدامیک از این هیجان‌ها کار کنند؟

اشاره‌ای برای رهبران گروه‌ها:

توجه به این ایده که هدف تنظیم هیجانی خلاصی از هیجان‌ها یا تبدیل انسان‌ها به موجودات بی‌جان و بی‌احساس نیست دارای اهمیت بسیاری است.

افراد مرزی همواره هیجانی می‌باشند. هدف کاهش رنج آنهاست. تعیین کنید کدام یک از مراجعان از فقدان این هیجان‌ها می‌ترسند و کدامیک در جهت خلاص شدن از این هیجان‌ها تلاش می‌کنند. آنچه افراد درباره هیجان‌ها به خودشان می‌گویند، می‌تواند بر روی احساس راحتی و آسودگی آنها تأثیرگذار باشد (ارزشیابی هیجان‌ها).

موضوع سخنرانی:

یکی از مشکلات اصلی افراد مرزی این است که آنها به اکثر هیجان‌های منفی با هیجان‌های ثانویه گناهکار بودن، شرمساری یا خشم واکنش نشان می‌دهند. این هیجان‌های ثانویه همه نوع مشکلی را به وجود می‌آورند. به ویژه آنها مانع از دیدن درست امور می‌شوند و شناسایی و توصیف هیجان‌های اولیه بسیار دشوار می‌شود. هیجان‌های

ثانویه در زیر سایه هیجان های اولیه قرار می گیرند. و بدین وسیله حل مسئله در ارتباط با هیجان اولین دشواری می شود. برای این حالات بارها و بارها در این بخش بحث خواهد شد.

موضوع بحث:

نمونه هایی از بیماران در ارتباط با موقعیت هایی که آنها واکنش های هیجانی ثانویه ای را به یک هیجان اولیه نشان داده اند بیرون بکشید (برای مثال، افسرده شدن از افسردگی، عصبانی شدن یا احساس شرمساری از عصبانیت خود). از شرکت کنندگان بپرسید معمولا کدامیک از هیجان ها بیشتر برای آنها دردسر و رنج می آفریند. هیجان های اولیه یا ثانویه؟

باور های نادرست درباره هیجان ها

موضوع بحث: از تکنیک وکیل مدافع شیطان برای بحث درباره باورهای نادرست درباره هیجان ها استفاده کنید. تکلیف شرکت کنندگان اقامه دلایل چالش برانگیز و نقض کننده برای این باورهای است. در مرحله بعد می توان از این چالش ها به عنوان جملات روحیه بخش برای کمک به بهتر کردن احساس مراجعان استفاده کرد. از همه شرکت کنندگان بخواهید چالش هایی را که سایر شرکت کنندگان اقامه می کنند بر روی کاغذ بنویسند. نظریه ای درباره هیجان ها ارائه دهید.

احتمالا ما دارای ۸ نوع هیجان اولیه یا پایه ای هستیم (برای مثال خشم، غم، شادی، تعجب، ترس، تنفر، گناه شرمساری و علاقه مندی). انسان ها با استعداد یا آمادگی زیست شناختی برای بروز این هیجان ها به دنیا می آیند. سایر هیجان ها آموخته می شوند و معمولا آنها ترکیبی از هیجان های اولیه هستند.

هیجان ها انواع ویژه ای از الگوهای واکنش به رویدادها هستند. آنها پیچیده اند و از اجزای فراوانی تشکیل شده اند. هیجان ها می آیند و می روند آنها همچون امواج دریا هستند. مدت داوم اکثر هیجان ها چند ثانیه تا چند دقیقه باشد. هیجان ها خود تداوم بخش اند. زمانی که هیجانی ایجاد شد خود به خود دوباره می تواند شروع گردد زمانی که هیجانی مدتی تداوم می یابد، آن را خلق می نامند.

مشاهده و توصیف هیجان ها

رویداد برانگیزان (درونی یا بیرونی): رویدادهایی که برانگیزاننده هیجانند، می توانند بیرون از فرد یا درون او باشند. افکار، رفتارها و واکنش های جسمانی یک فرد می تواند هیجان ها را برانگیزانند. یک هیجان می تواند برانگیزان هیجانی دیگر باشد. برخی از رویدادها می توانند به صورت خودکار هیجان ها را برانگیزانند. یعنی یک فرد می تواند بدون تفکر درباره رویدادی نسبت به آن یک واکنش هیجانی داشته باشد. احساس ترس در زمانی که از بلندی به پایین نگاه می کنیم و احساس شعف در زمان مشاهده یک غروب زیبا نمونه های از این دست هستند. موضوع بحث: نمونه های دیگری بیرون بکشید.

تعبیر رویداد: اکثر رویدادها به طور خودکار نمی توانند هیجانی را به وجود آورند بلکه این تعبیر فرد از یک رویداد، شیوه ارزشیابی و یا تفکر او درباره آن رویداد است که هیجان ها را برمی انگیزاند.

مثال: بسیاری از ترس ها آموخته می شوند. انسان ها اگر ندانند که اسلحه می تواند مرگ آفرین باشد احتمالاً از آن نخواهند ترسید.

مثال: پریسا، سارا و ریحانه را دوست ندارد. ریحانه از اینکه پریسا او را دوست ندارد بسیار عصبانی شده است و سارا بسیار ترسیده است. چرا؟ ممکن است ریحانه به این فکر می کند که مگر چقدر می شود برای پریسا معرفت خرج کرد؛ پریسا باید کمی قدرشناس باشد و او را دوست بدارد. و ممکن است سارا به این فکر می کند که اگر پریسا با همه کاری که او برایش انجام داده او را دوست نداشته باشد پس دیگر هیچ کس پیدا نخواهد شد که او را دوست بدارد.

تمرین عملی: از شرکت کنندگان بخواهید در ذهن خود رویدادها و تعبیرهایی را که منجر به ایجاد هیجان های متفاوت در آنها شده اند را بجویند.

یک راه آن است که از یکی از اعضا بخواهیم مثالی را درباره یک موقعیت یا رویداد بزنند، از دیگری بخواهیم درباره آن موقعیت تعبیر به دست دهد و از نفر سوم بخواهیم نوع هیجانی را که در آن موقعیت تجربه خواهند شد مشخص کند. سپس از نفر چهارم بخواهیم تعبیر دیگری درباره آن موقعیت انجام دهد و از نفر بعدی بخواهیم هیجانی را که با آن تعبیر همخوانی دارد مثال بیاورد. این کار را می توان به دفعات زیاد با همان موقعیت تکرار نمود. در مورد چند

موقعیت این تمرین را انجام دهید. نکته ای که باید به آن توجه کرد آن است که افراد اغلب بر اساس تعبیراتشان به یک رویداد پاسخ می دهند نه بر اساس خود رویداد.

هیجان ها: هیجان ها بسیار پیچیده اند اما عموماً از اجزای متعدد یا واکنش های متفاوتی تشکیل شده اند که به صورت هم زمان رخ می دهند.

هیجانها از تغییرات بدنی تشکیل شده اند (برای مثال سفت وشل شدن عضلات، تغییر در قطر رگ های خونی، نوسانات ضربان قلب، دمای پوست و غیره).

الف) مهم ترین تغییرات عضلانی در عضلات صورت رخ می دهند. در حال حاضر محققین بر این عقیده اند که تغییرات در عضلات صورت نقش بسیار مهمی در ایجاد هیجان ها دارند.

ب) اکثر افراد یاد می گیرند حداقل در برخی از زمان ها تغییرات بدنیشان را بازداری یا پنهان کنند. با این حال حتی اگر این تغییرات آشکار نباشند ابزار های حساس قادر به ثبت آنها می باشند.

موضوع بحث: افراد مرزی بهتر از هر کس دیگری آموخته اند که چگونه با کنترل عضلات صورتیشان که مسئول ابراز هیجانند، هیجان هایشان را پنهان کنند. این ویژگی محصول یادگیری اجتماعی و رشد در یک محیط نا معتبر ساز از لحاظ هیجانی می باشد. راهبرد های پنهان سازی معمولاً به صورت خودکار انجام می شوند. یعنی فرد قصد هوشیاری برای انجام آن ها ندارد یا از اجرای آنها آگاهی ندارد. این ویژگی دلیل مهمی است برای تبیین اینکه چرا دیگران اغلب نمی توانند درک کنند که این افراد واقعاً غمگینند. حالت صورت آنها اصلاً شبیه فرد غمگین نیست.

در مورد اینکه شرکت کنندگان چگونه توانسته اند هیجانهایشان را به این شیوه پنهان سازند با آنها بحث کنید.

موضوع بحث: به علاوه ممکن است یک فرد مرزی با سیستم هیجانی به دنیا آمده باشد که نسبت به سیستم های دیگران بازدارنده تر باشد. احتمالاً این آمادگی اولیه برای بازداری هیجانی (برای مثال از طریق بیانات چهره ای) ممکن است موقعیتی را به وجود آورد که دیگران نتوانند بازخوردی را که برای کنترل مناسب تعاملاتشان با افراد مرزی نیاز دارند را دریافت کنند.

بنابراین افراد مرزی از محیط پاسخ های هیجان کمتری را دریافت می کنند که این عامل زمینه یک الگوی نامعتبر ساز را به وجود می آورد. این فرضیه را به صورت کاملا آزمایشی مطرح نمایید. و ببینید شرکت کنندگان چگونه به آن واکنش نشان میدهند.

هیجان ها تغییرات مغزی را نیز شامل می شوند.

تغییرات عصبی شیمیایی از اجزای هیجان ها به حساب می آیند. به نظر می رسد برخی از بخش های مغز (برای مثال سیستم لمبیک) در تنظیم هیجان ها نقش بسیار مهمی دارند. این تغییرات مغزی می توانند بر روی کل بدن اثر بگذارند.

الف) برخی از متخصصین بر این باورند که یکی از دلایلی که افراد مرزی در تنظیم هیجانی دچار مشکل اند به دلیل مشکلاتی است که آنها در فعل وانفعالات شیمیایی مغز دارند.

ب) داروهای محرک تاثیر خود را در کنترل هیجان ها از طریق تغییر شیمیایی مغز اعمال می کنند. با این حال مشکل این جاست که زمانی که مغز پی به وجود دارو در خون می برد اغلب دوباره برای جبران این وضعیت تغییراتی را در خود به وجود می آورد.

اجزای احساسی هیجان

هیجان ها شامل اجزای احساسی نیز می شوند. زمانی که افراد احساسات هیجانی را تجربه می کنند، آنها عملا بدنشان و تغییرات مغزی را حس می کنند. معمولا این همان معنایی است که ما از تجربه هیجانی برداشت می کنیم.

موضوع بحث: توضیح دهید زمانی که دیگران به شما می گویند که به احساسات درباره یک موضوع توجه نکن،

این واقعا حرف بی معنایی است. این جمله مثل این می باشد که به شما بگویند بارانی که بر روی جاده فرو می ریزد را احساس نکنید. تنها راه آرام کردن احساسات منحرف کردن توجه است. اگر چه گاهی اوقات انجام این کار آسان است اما گاهی اوقات تقریبا غیر ممکن است. وقتی شما به فردی که در حال آتش گرفتن است بگویید که توجهش را به موضوع دیگری منحرف کند، این جمله، جمله احمقانه ای خواهد بود. در مورد این مسئله بحث کنید.

تمرین عملی: شرکت کنندگان را در یک سری تمرین ها هدایت کنید تا آنها تلاش کنند احساسات و درون داد

های حسی خود را نسبت به شی بیرونی (برای مثال دست ها بر روی دسته های صندلی ها) متوقف کنند و سپس تلاش کنند تا توجهشان را به چیز دیگری منحرف کنند. توضیح دهید گاهی اوقات مشکلات هیجانی ناشی از این است که شما نمی توانید بدن و تغییرات بدنی تان را حس کنید. برای تنظیم هیجان ها شما باید در حس کردن بدنتان خیلی خوب عمل کنید. اگر شما در وضعیتی به سر برید که سالهاست تمام احساساتتان را خاموش کرده اید، این می تواند تمرین دشواری باشد.

موضوع بحث: درباره آنچه که مراجعان در حس کردن بدنشان دچار مشکل اند و آنچه مانع از تشخیص درست

حس های بدنی در آنها می شود از شرکت کنندگان بازخورد بگیرید. این عقیده را به بحث بگذارید که چرا برای برخی از افراد هیجان ها همچون مه می باشند و آنها نمی توانند دقیقاً چستی هیجان ها را درک (حس) کنند.

تکانه ها و برانگیختگی رفتار:

هیجان ها از تکانه های عمل نیز تشکیل شده اند. یکی از عملکردهای مهم هیجان ها برانگیختن رفتار می باشد (برای مثال آماده کردن فرد برای پاسخ جنگ در موقع ترس و خشم). اگر چه خود عمل معمولاً به عنوان بخشی از هیجان محسوب نمی شود اما تکانه ای برای عمل کردن جزو اجزای هیجان محسوب می شود.

موضوع بحث: درباره تکانه های عمل برای هیجان های مختلف بحث کنید. بازخوردهایی را در این باره از

شرکت کنندگان بگیرید.

در مواقع تجربه هیجان های شدید تعبیرها، باورها و فرضیات ممکن است بخشی از هیجان ها محسوب شوند. برای مثال ناامیدی عبارت است غمگینی که با باوری مبنی بر بد بودن شرایط و عدم وجود هیچ راه اصلاح ترکیب شده است.

بیان هیجان: یکی از مهم ترین عملکردهای هیجان ها انتقال پیام است. اگر این گفته درست باشد هیجان باید

بیان شود.

بیان هیجان های پایه یا اولیه در انسان ها حالت سخت افزاری دارند (یعنی خودبه خودی و فطری اند). متخصصین مشاهده نموده اند که در تمام فرهنگ ها جلوه های هیجانی یکسانی با هیجان های پایه ای مشابهی مرتبط می باشند. همچنین بسیاری از اعمالی که بیانگر هیجان ها هستند نیز فطری اند.

انسان ها می توانند بازداري پاسخ های هیجانی یا بیان آن را به صورت افتراقی بیاموزند. برای هیجان های پیچیده که حالت آموخته شده دارند بیان های هیجانی نیز آموخته می شوند.

رفتارها و جلوه های چهره ای متفاوت ممکن است بسته به فرهنگ جمعی، فرهنگ منطقه ای (برای مثال فرهنگ نواحی جنوبی و شمالی در ایالات متحده)، فرهنگ خانوادگی، فرهنگ مدرسه و تفاوت های فردی هیجان های متفاوتی را بیان کنند.

موضوع بحث: در مورد این حقیقت بحث کنید که هر خانواده، شهر و غیره هر کدام یک خرده فرهنگند. بیان های هیجانی که در یک فرهنگ ممکن است طبیعی باشد در فرهنگ دیگر ممکن است غیر طبیعی جلوه کنند. در این باره از شرکت کنندگان بخواهید بر اساس تجارب شخصی خود مثالهایی بزنند.

موضوع بحث: در مورد این موضوع بحث کنید که معنای بیان هیجانی می تواند از زمانی به زمانی و از فردی به دیگر متفاوت باشد. بنابراین خواندن هیجان های دیگران از جهاتی ممکن است آسان اما بسیار دشوار باشد. افراد اغلب در خوانش هیجان های یکدیگر دچار اشتباه می شوند.

می توان با یک رفتار، هیجان های بسیار متفاوتی را بیان نمود و همچنین یک هیجان می تواند به شکل رفتارهای بسیار متفاوتی بیان شود. در مواردی که شرکت کنندگان در خوانش هیجان های دیگران اشتباه کرده اند یا دیگران در خوانش هیجان های شرکت کنندگان دچار اشتباه شده اند بحث کنید.

خلاصه پروتکل آموزش درمانی تنظیم هیجان گراس به صورت گروهی

پروتکل آموزش تنظیم هیجان گراس ۸ جلسه ای ۹۰ دقیقه ای است

جلسه اول: آشنایی

دستور جلسه:

(۱) آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه مشاوره و اعضا

(۲) اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی

(۳) بیان منطق و مراحل مداخله

(۴) بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه

تکلیف داخل جلسه: انجام تمریناتی با هدف آشنایی با یکدیگر

تکلیف خارج از جلسه: تمرکز روی رخدادهای هیجانی که خارج از جلسه برای هر فرد اتفاق می افتد، ثبت

رخداد

بازخورد: بیان نقطه نظرات اعضای گروه در مورد تجزیه ی خاص خود نسبت به این جلسه

جلسه دوم: انتخاب موقعیت

هدف: ارائه آموزش هیجانی

دستور جلسه: شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها

اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و دراز مدت هیجان ها

تکلیف داخل جلسه: تجربه ی حالت های هیجانی

تکلیف خارج از جلسه: ثبت تجربه های هیجانی افراد با توجه به ابعاد چندگانه ی هیجان، توسط هر عضو گروه

بازخورد: بیان نقطه نظرات اعضای گروه در مورد تجزیه ی خاص خود نسبت به این جلسه و جلسات پیشین

جلسه سوم: انتخاب موقعیت

هدف: ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی اعضا

دستور جلسه:

(۱) خود-ارزیابی با هدف شناخت تجربه های هیجانی خود

(۲) خود-ارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد

(۳) خود-ارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی

تکلیف داخل جلسه: تکمیل فرم خود-ارزیابی پاسخ های هیجانی و فرم آسیب پذیری هیجانی، تهیه و درجه بندی درست مهارت های فردی برای تسکین و تنظیم هیجان ها.

تکلیف خارج از جلسه: تکمیل فرم آسیب پذیری هیجانی و گزارش های روزانه هیجان ها

بازخورد: بیان نقطه نظرات اعضای گروه در مورد تجزیه ی خاص خود نسبت به این جلسه و جلسات پیشین

جلسه چهارم: اصلاح موقعیت

هدف: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده ی هیجان

دستور جلسه:

(۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب

(۲) آموزش راهبرد حل مسئله

(۳) آموزش مهارت های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)

تکلیف داخل جلسه:

(۱) فهرست کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه ای، بررسی روابط خود با اطرافیان، شناسایی موقعیت

های فردی و بین فردی که باید بهبود یابند و تهیه ی فهرستی از فعالیت های مثبت.

(۲) آموزش مهارت های مورد نیاز برای حل مشکلات بین فردی

تکلیف خارج از جلسه: انجام یک فعالیت مثبت در هر روز بر طبق فهرست اهداف، اقدام برای حل و فصل مشکلات

بین فردی

بازخورد: بیان نقطه نظرات اعضای گروه در مورد تجزیه ی خاص خود نسبت به این جلسه و جلسات پیشین

جلسه پنجم: گسترش توجه

هدف: تغییر توجه

دستور جلسه:

(۳) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی

(۴) آموزش توجه

تکلیف داخل جلسه: ایجاد و بازسازی حالت های هیجانی در جلسه تمرین مهارت های گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن، بویایی و تحریک حس لامسه.

تکلیف خارج از جلسه: توقف نشخوار فکری و انجام مهارت های تغییر توجه در خارج از جلسه

بازخورد: بیان نقطه نظرات اعضای گروه در مورد تجزیه ی خاص خود نسبت به این جلسه و جلسات پیشین

جلسه ششم: ارزیابی شناختی

هدف: تغییر ارزیابی های شناختی

دستور جلسه:

(۵) شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالت های هیجانی

(۶) آموزش راهبرد بازاریابی

تکلیف داخل جلسه: تکمیل لیست ارزیابی های غلط، شناسایی این ارزیابی ها و پیامدهای هیجانی آن و تمرین راهبرد در ارزیابی

تکلیف خارج از جلسه: شناسایی ارزیابی های غلط و پیامدهای هیجانی آن و استفاده از راهبرد بازاریابی زندگی واقعی.

بازخورد: بیان نقطه نظرات اعضای گروه در مورد تجزیه ی خاص خود نسبت به این جلسه و جلسات پیشین

جلسه هفتم: تعدیل پاسخ

هدف: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان

دستور جلسه:

(۱) شناسایی میزان و نحوه ی استفاده از راهبرد بازداري و بررسی پیامدهای هیجانی آن

(۲) مواجهه

(۳) آموزش ابراز هیجان

۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی

۵) آموزش تخلیه هیجان آرمیدگی و عمل معکوس

تکلیف داخل جلسه: ایجاد و بازسازی حالت های هیجانی در جلسه بررسی پیامدهای راهبرد بازداری، بررسی دلایل اجتناب هیجانی و رفع موانع مواجهه با هیجان ها، تمرین مهارت های ابراز احساس، تمرین مهارت های پاسخ های عضلانی با حالت هیجانی از طریق به کار بردن تمرینات ریلکسیشن، تخلیه هیجانی و معکوس

تکلیف خارج از جلسه: انجام مهارت های ابراز هیجان و تعدیل پاسخ در هنگام درگیر شدن در تجربه های هیجان بازخورد: بیان نقطه نظرات اعضای گروه در مورد تجزیه ی خاص خود نسبت به این جلسه و جلسات پیشین

جلسه هشتم: ارزیابی و کاربرد

هدف: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد

دستور جلسه:

۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی

۲) کاربرد مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه

۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف

تکلیف داخل جلسه: تهیه فهرست و درجه بندی اهداف فردی و گروهی و تعیین راهبردهای عملی برای کاربرد مهارت ها

تکلیف خارج از جلسه: برنامه ریزی و اجرای مراحل اقدام که توسط خود افراد تعیین شده

بازخورد: انجام یک ارزیابی کیفی از کل برنامه به صورت کتبی و نظرخواهی از اعضا و در پایان اجرای پس آزمون

ابزارها

مقیاس شخصیت مرزی (STB): این مقیاس بر اساس ملاک‌های DSM-III ساخته شده است (کلاریج و بروکز، ۱۹۸۴) و در سال ۲۰۰۱ مورد بررسی مجدد قرار گرفته است (راولینگ، کلاریج و فریمن، ۲۰۰۱). STB یکی از وضعیت‌های رایج مرزی یعنی اختلال شخصیت مرزی را توصیف می‌کند که الگوی رفتاری بی‌ثبات بین فردی از قبیل دوسوگرایی و مشکلات کنترل هیجانی را شامل می‌شود. STB ویژگی‌های مرزی را در افراد بهنجار و بر اساس مدل پیوستاری ویژگی‌های روانی می‌سنجد. محمدزاده و همکاران (۱۳۸۴) این مقیاس را با ملاک‌های DSM-IV-TR انطباق داده است. این مقیاس شامل ۲۰ ماده می‌باشد که بصورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB، ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای این مقیاس گزارش کردند. روایی همزمان آن با مقیاس‌های روان رنجورخویی و روان‌پریشی EPQ در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است (راولینگ، کلاریج و فریمن، ۲۰۰۱).

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS؛ گراتز و رومر، ۲۰۰۴): یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: ۱) عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش)، ۲) دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، ۳) دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه)، ۴) فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، ۵) دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)، ۶) فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت). نتایج مربوط به بررسی پایایی، نشان می‌دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس، $\alpha=0/93$ ، و نیز در خرده مقیاس عدم پذیرش $(\alpha=0/85)$ ، خرده مقیاس اهداف $(\alpha=0/89)$ ، خرده مقیاس تکانه $(\alpha=0/86)$ ، خرده مقیاس آگاهی $(\alpha=0/80)$ ، خرده مقیاس راهبردها $(\alpha=0/88)$ و خرده مقیاس شفافیت $(\alpha=0/84)$)

³. Claridge & Broks

⁴Rawlings, Claridge & Freeman

⁵. Jackson & Claridge

می‌باشد. پایایی آزمون- بازآزمون برای نمرات کلی این مقیاس خوب ($p < 0/01$ ، $0/88$) و همچنین برای خرده مقیاس‌ها ($0/69$ برای عدم پذیرش، $0/69$ برای اهداف، $0/57$ برای تکانه، $0/68$ برای آگاهی، $0/89$ برای راهبردها، و $0/80$ برای شفافیت، $p < 0/01$). در رابطه با روایی و پایایی نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین کافی برای این مقیاس است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹)، آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۲ گزارش کردند.

پیوست ها

پرسشنامه مشکلات تنظیمی هیجانی (DERS)

لطفاً هر یک از عبارات زیر را به دقت بخوانید و بر اساس تجربه خود به هر عبارت از ۱ تا ۵ نمره بدهید.

عبارات	تقریباً هرگز	گاهی اوقات	نیمی از اوقات	بیشتر اوقات	تقریباً همیشه
۱- احساسات برای من شفاف هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۲- من به این که چه احساسی دارم، توجه می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳- من هیجانم را به صورت شدید و خارج از کنترل، تجربه می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴- من نمی دانم چگونه احساسی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵- برایم مشکل است که از احساساتم سر در بیاورم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶- من به احساساتم توجه نمیکنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷- من دقیقاً می دانم که چگونه احساس می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۸- احساساتم برایم مهم است.	۱	۲	۳	۴	۵
۹- من در مورد آنچه احساس می کنم، گیج هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰- وقتی اشفته می شوم، هیجاناتم را درک می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱- وقتی اشفته می شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی از خودم خشمگین می شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲- وقتی اشفته می شوم، از چنین احساسی خجالت می کشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳- وقتی اشفته می شوم، برای انجام کارهلیم با مشکل مواجه می شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴- وقتی اشفته می شوم، کنترلم را از دست می دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵- وقتی اشفته می شوم، مدت زیادی در همان حالت باقی می	۱	۲	۳	۴	۵

					مانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶- وقتی اشفته می شوم، معتقدم که سرانجام بسیار افسرده خواهم شد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷- وقتی اشفته می شوم، معتقدم که احساساتم قابل اطمینان و مهم هستند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸- وقتی اشفته می شوم، تمرکز بر چیزهای دیگر برایم مشکل است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹- وقتی اشفته می شوم، احساس میکنم که خارج از کنترل هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰- وقتی اشفته می شوم، هنوز هم می توانم کارها را انجام بدهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱- وقتی اشفته می شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی از خود شرمگینم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲- وقتی اشفته می شوم، می دانم که نهایتاً میتوانم راهی برای داشتن احساس بهتر پیدا کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳- وقتی اشفته می شوم، احساس میکنم که ضعیف هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴- وقتی اشفته می شوم، احساس میکنم میتوانم رفتارهایم را کنترل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵- وقتی اشفته می شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی، احساس گناه میکنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶- وقتی اشفته می شوم، تمرکز کردن برایم دشوار است.
					۲۷- وقتی اشفته می شوم، کنترل رفتارهایم برایم مشکل است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸- وقتی اشفته می شوم، گمان میکنم که نمیتوانم کاری انجام دهم تا احساس بهتری داشته باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹- وقتی اشفته می شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی از

					خودم از رده خاطر می شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰- وقتی اشفته می شوم، احساس خیلی بدی در مورد خودم پیدا میکنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱- وقتی اشفته می شوم، معتقدم که غرق شدن در ناراحتی، تنها کاری است که می توانم انجام بدهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲- وقتی اشفته می شوم، کنترلم را روی رفتارهایم از دست می دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳- وقتی اشفته می شوم، فکر کردن درباره هر چیزی برایم دشوار است.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴- وقتی اشفته می شوم، نیاز دارم تا دریابم که واقعا چه احساسی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵- وقتی اشفته می شوم، خیلی طول می کشد تا احساس بهتری داشته باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶- وقتی اشفته می شوم، تحت فشار هیجانانگیز قرار می گیرم.

پرسشنامه تنظیم هیجانی (DERS) گراتز

توضیحات ابزاری:

این پرسشنامه توسط درس گراتز^۷ (به نقل از امینیان، ۱۳۸۸) ساخته شده است. این مقیاس توسط زراعتزاد (به نقل از امینیان، ۱۳۸۸) ترجمه شده است و شامل ۳۶ گویه چند بعدی خود گزارش دهی و ۶ خرده مقیاس است که علاوه بر اینکه تنظیم هیجانی را ارزیابی می کند مشکل در تنظیم هیجانی را نیز ارزیابی می کند. اما بیشتر بر مشکلات متمرکز می باشد.

تنظیم هیجانی به عنوان مقوله ای مشتمل بر (الف) آگاهی و درک هیجانات (ب) پذیرش هیجانات، (ج) توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی تعریف می شود (گراتز و رومر^۸، ۲۰۰۴).

خرده مقیاس ها عبارتند از:

۱. عدم پذیرش پاسخ های هیجانی (عدم پذیرش): این عامل در بر گیرنده عباراتی (۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹) است که گرایش به داشتن پاسخ های ثانوی منفی به هیجانات منفی، یا عدم پذیرش واکنش ها به پریشانی یک فرد را منعکس می کند.
۲. دشواری های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف): این عامل شامل عباراتی (۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳) است که دشواری های تمرکز کردن و به اتمام رساندن تکالیف را به هنگام تجربه کردن هیجانات منفی منعکس می کند.
۳. دشواری های کنترل تکانه (تکانه): در بر گیرنده ی عباراتی (۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲) است که دشواری های در کنترل باقی ماندن رفتار یک فرد را به هنگام تجربه کردن هیجانات منفی، منعکس می کند.
۴. فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی): شامل عباراتی (۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴) است که گرایش به توجه کردن و شناسایی کردن هیجانات را منعکس می کنند.

^۶ . Difficulties in Emotion Regulation Scale

^۷ . Gratz

^۸ . Gratz & Roemer

۵. دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها): شامل عباراتی

(۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶) است که این باور را منعکس می کنند که کارهای اندکی وجود دارند که می توانند برای تنظیم کردن هیجانات به شکل مؤثر، به هنگام آشفتگی یک فرد انجام شوند.

۶. فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت): شامل عباراتی (۱، ۴، ۵، ۷، ۹) است که نشان دهنده میزان آگاهی افراد از

هیجانانشان و شفاف بودن این هیجانات برای ایشان، است.

شیوه نمره گذاری:

از شرکت کننده گان خواسته می شود که مشخص کنند هر عبارت چقدر در مورد آنها کاربرد دارد. پاسخ هر آزمودنی در دامنه ای از یک تا پنج قرار می گیرد: (۱) تقریباً هرگز (۰-۱۰٪)، (۲) گاهی اوقات (۱۱٪-۳۵٪)، (۳) تقریباً نیمی از اوقات (۳۶٪-۶۵٪)، (۴) بیشتر اوقات (۶۶٪-۹۰٪) و (۵) تقریباً همیشه (۹۱٪-۱۰۰٪).

نمرات بالاتر، نشان دهنده دشواری های بیشتر در مقوله تنظیم هیجانات است. عبارات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ در این مقیاس به شکل معکوس نمره گذاری می شوند.

پایایی و اعتبار:

نتایج مربوط به بررسی پایایی، نشان می دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس $\alpha = 0.93$)، خرده مقیاس عدم پذیرش ($\alpha = 0.85$)، خرده مقیاس اهداف ($\alpha = 0.89$)، خرده مقیاس تکانه ($\alpha = 0.86$)، خرده مقیاس آگاهی ($\alpha = 0.80$)، خرده مقیاس راهبردها ($\alpha = 0.88$) و خرده مقیاس شفافیت ($\alpha = 0.84$) و پایایی آزمون - باز آزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس ($\alpha = 0.88$)، و همچنین برای خرده مقیاس ها ($\alpha = 0.69$) برای عدم پذیرش، $\alpha = 0.69$ برای اهداف، $\alpha = 0.57$ برای تکانه، $\alpha = 0.68$ برای آگاهی، $\alpha = 0.89$ برای راهبردها و $\alpha = 0.80$ برای شفافیت، $p < 0.01$ و همچنین برای نمرات کلی این مقیاس ($\alpha = 0.88$)، و همچنین برای خرده مقیاس ها ($\alpha = 0.69$) برای عدم پذیرش، $\alpha = 0.69$ برای اهداف، $\alpha = 0.57$ برای تکانه، $\alpha = 0.68$ برای آگاهی، $\alpha = 0.89$ برای راهبردها و $\alpha = 0.80$ برای شفافیت، $p < 0.01$ است. در رابطه با روایی نیز بررسی ها نشانگر روایی سازه و پیش بین کافی برای این مقیاس است. (گراتز و رومر، ۲۰۰۴)

همچنین پایایی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸

دانشجوی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، مورد محاسبه قرار گرفت.

نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ($M = \alpha = 0.86$ و $Sd = 17.78$) در یک جمعیت ایرانی نشان داد (علوی، ۱۳۸۸)

پایایی پرسشنامه تنظیم هیجانی با دو روش الفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب برابر 0.86 و 0.80 ($P < 0.10$) که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسشنامه تنظیم هیجانی بود و اعتبار همزمان پرسشنامه تنظیم هیجانی نمره آن با نمره پرسشنامه هیجان خواهی ذلکر من همبسته شد که مشخص شد همبستگی مثبت معنی داری بین آنها وجود دارد که بیانگر برخورداری پرسشنامه تنظیم هیجانی اعتبار لازم بود. (امینیان، ۱۳۸۸)

مقیاس رفتار های پرخطر (HRB)

در پرسشنامه زیر، سوالاتی در مورد برخی رفتارهای جوانان ارائه شده است. لطفا هر یک از سوالات را مطالعه کرده و سپس گزینه ای را که در مورد شما بهتر صدق می کند، انتخاب کنید.

(۱) طی ۱۲ ماه گذشته، وقتی سوار موتور سیکلت شده اید، چقدر از کلاه ایمنی استفاده کرده اید؟

الف) اصلا (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

(۲) در ۱۲ ماه گذشته، موتور سیکلت سوار نشده ام.

الف) اصلا (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

(۳) هیچگاه از کلاه ایمنی استفاده نکرده ام.

الف) اصلا (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

(۴) به ندرت از کلاه ایمنی استفاده کرده ام.

الف) اصلا (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

(۵) گاهی از کلاه ایمنی استفاده کرده ام.

الف) اصلا (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

(۶) اکثر مواقع از کلاه ایمنی استفاده کرده ام.

الف) اصلا (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

(۷) همیشه از کلاه ایمنی استفاده کرده ام.

الف) اصلا (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

۸) در ۱۲ ماه گذشته، هنگام سوار شدن ماشین، چقدر از کلاه ایمنی استفاده کرده اید؟

الف) هیچگاه (ب) به ندرت (ج) گاهی (د) زیاد (ه) خیلی زیاد

۹) چقدر بدون گواهی نامه رانندگی (ماشین) کرده اید؟

الف) هیچگاه (ب) به ندرت (ج) گاهی (د) زیاد (ه) خیلی زیاد

۱۰) چقدر بدون گواهی نامه رانندگی (موتورسیکلت) کرده اید؟

الف) هیچگاه (ب) به ندرت (ج) گاهی (د) زیاد (ه) خیلی زیاد

۱۱) در ۱۲ ماه گذشته، تا چه اندازه، با خود سلاح سرد حمل کرده اید؟

الف) هیچگاه (ب) به ندرت (ج) گاهی (د) زیاد (ه) خیلی زیاد

۱۲) در یک ماه گذشته، تا چه اندازه در محل کار، دانشگاه یا مدرسه، سلاح سرد به همراه خود داشته اید؟

الف) هیچگاه (ب) به ندرت (ج) گاهی (د) زیاد (ه) خیلی زیاد

۱۳) در ۱۲ ماه گذشته، چقدر دعوای فیزیکی داشته اید؟

الف) هیچگاه (ب) به ندرت (ج) گاهی (د) زیاد (ه) خیلی زیاد

۱۴) در ۱۲ ماه گذشته، چقدر در دعوای فیزیکی، زخمی شده اید؟

الف) هیچگاه (ب) به ندرت (ج) گاهی (د) زیاد (ه) خیلی زیاد

۱۵) چقدر سیگار می کشید؟

الف) اصلاً (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

۱۶) چقدر قلیان می کشید؟

الف) اصلاً (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

۱۷) در یک ماه گذشته، چقدر از داروهایی برای بیشتر بیدار ماندن استفاده کرده اید؟

الف) اصلاً (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

۱۸) در یک ماه گذشته، چقدر از داروهای آرام بخش یا دارو هایی برای کم کردن اضطراب استفاده کرده اید (بدون اینکه پزشک برای شما تجویز کرده باشد)؟

الف) اصلاً (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

۱۹) در یک ماه اخیر، چقدر از موادی نظیر یخ، کریستال و یا شیشه استفاده کرده اید؟

الف) اصلاً (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

۲۰) در یک ماه اخیر، چقدر از داروهایی نظیر قرص های اکس یا شادی اور، گرد فرشته، ال اس دی و امثالهم استفاده کرده اید؟

الف) اصلاً (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

۲۱) آیا تا به حال حشیش (حتی برای یک بار) مصرف کرده اید؟

الف) بلی (ب) خیر

۲۲) آیا تا به حال مواد مخدر (نظیر تریاک و یا هروئین) مصرف کرده اید؟

الف) بلی (ب) خیر

۲۳) آیا تا به حال مشروبات الکلی (حتی برای یک بار) مصرف کرده اید؟

الف) بلی (ب) خیر

۲۴) تا به حال، با والدین یا با افراد دیگر در مورد موضوعات جنسی یا راه های پیشگیری از الودگی ایدز یا سایر بیماری های جنسی، چقدر صحبت کرده اید؟

الف) اصلاً (ب) خیلی کم (ج) کم (د) گاهی (ه) زیاد (ی) خیلی زیاد

۲۵) آیا تا به حال در مورد اینکه بیماری ایدز از چه راه هایی منتقل می شود، راهنمایی شده اید؟

الف) بلی (ب) خیر

۲۶) وزن خود را نسبت به همسالانتان چگونه ارزیابی می کنید؟

الف) لاغرتر (ب) لاغر (ج) معمولی (د) چاق تر (ه) خیلی چاق تر

۲۷) کدام یک از موارد زیر را در رابطه با وزن خود انجام می دهید؟

الف) هم ورزش و هم تغذیه مناسب (ب) ورزش

ج) کم کردن وعده غذایی روزانه (د) هیچکدام

۲۸) در یک روز غیر تعطیل، چقدر تلویزیون تماشا می کنید؟

الف) کمتر از یک ساعت (ب) بین دو تا سه ساعت

ج) بین سه تا چهار ساعت (د) بیش از پنج ساعت

۲۹) طی یک ماه گذشته، چقدر فیلم های غیر اخلاقی تماشا کرده اید؟

الف) اصلا (ب) یکی دو بار (ج) سه تا چهار مرتبه

د) پنج تا شش مرتبه (ه) هفت مورد یا بیشتر

۳۰) کدام یک از موارد زیر را در ارتباط با وزن خود انجام می دهید؟

الف) کاهش وزن (ب) افزایش وزن (ج) حفظ وزن (د) هیچ گونه عملی انجام نمی دهم

۳۱) آیا دوست یا دوستانی دارید که بدون رضایت والدین، بخواهید یک یا چند روز را با آنها بگذرانید؟

الف) بله (ب) خیر

۳۲) آیا اتفاق افتاده است که در طول دو ماه گذشته، یک یا چند روز عمدا به مدرسه، دانشگاه یا محل کار خود نروید؟

الف) بله (ب) خیر

مقیاس STB

در زیر توصیفاتی مربوط به حالات، احساسات و هیجانات آمده است. لطفاً موافقت و یا عدم موافقت خود را با هر مورد اعلام نمایید.

ردیف	حالات و هیجانات	بلی	خیر
۱	آیا اغلب وسوسه شده اید پولی را خرج کنید که از عهده پرداخت آن بر نمی آید؟		
۲	آیا اغلب بین دوست داشتن شدید و تنفر از شخص واحدی در نوسان هستید؟		
۳	آیا به طور مکرر در شروع کردن کارها مشکل دارید؟		
۴	آیا اغلب احساس شدید تهی بودن را تجربه می کنید؟		
۵	آیا اغلب، دوره های بی قراری شدیدی داشته اید، که نتوانید بیش از مدت خیلی کوتاهی آرام بگیرید؟		
۶	آیا گهگاه حالت های خندیدن یا گریه کردنی داشته اید که نتوانید آن را کنترل کنید؟		
۷	آیا به طور مکرر بر سر پول شرط بندی کرده اید؟		
۸	آیا زندگی کاملاً ناامید کننده به نظر می رسد؟		
۹	آیا اغلب میل قوی برای زدن کسی دارید؟		
۱۰	آیا تا به حال احساس کرده اید که میل قوی برای آسیب رساندن به خودتان دارید؟		
۱۱	آیا اغلب احساس می کنید که دوست دارید کارهایی برخلاف آنچه دیگران پیشنهاد می کنند، انجام دهید، حتی اگر فکر می کنید حق با آنهاست؟		
۱۲	آیا اغلب احساس می کنید که هیچ هدفی برای زندگی وجود ندارد؟		
۱۳	آیا تا به حال میل شدیدی برای شکستن یا خرد کردن اشیا داشته اید؟		
۱۴	آیا تا به حال افکار خودکشی داشته اید؟		
۱۵	آیا افکار شما درباره مسائل جنسی غالباً عجیب و غریب است؟		
۱۶	آیا به هنگام استرس، احساس می کنید که کسی ذهنتان را کنترل می کند؟		
۱۷	آیا معتقدید که دیگران مسبب رویداد های استرس آور در زندگی شما هستند؟		
۱۸	آیا در شرایط فشار آور زندگی، هیچ وقت احساس کرده اید که غیر واقعی هستید؟		
۱۹	آیا در شرایط فشار آور زندگی، هیچ وقت خودتان را خارج از خود احساس کرده اید، طوری که از بیرون به خود نگاه کنید؟		
۲۰	آیا در شرایط فشار آور زندگی، هیچ وقت احساس کرده اید که انگار اشیاء واقعی نیستند؟		

1. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62:553–64. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, et al. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*. 2010;24:412–26. This article provides the most recent epidemiologic data on PDs in the United States. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Widiger TA, Trull TJ. Borderline and narcissistic personality disorders. In: Sutker P, Adam H, editors. *Comprehensive Textbook of Psychopathology*. New York: Plenum; 1993. pp. 371–94. [[Google Scholar](#)]
4. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford; 1993. [[Google Scholar](#)]
- 5•. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*. 2009;135:495–510. This article provides the most recent version of Linehan's biosocial theory of BPD. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Millon T. *Disorders of the personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley; 1996. [[Google Scholar](#)]
7. Westen D, Muderrisoglu S, Fowler C, et al. Affect regulation and affective experience: Individual differences, group differences, and measurement using a Q-sort procedure. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:429–39. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press; 2010. pp. 13–37. [[Google Scholar](#)]
9. Sieswerda S, Arntz A, Kindt M. Successful Psychotherapy Reduces Hypervigilance in Borderline Personality Disorder. *Behav Cogn Psychother*. 2007;35:387–402. [[Google Scholar](#)]
10. Sieswerda S, Arntz A, Mertens I, Vertommen S. Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: Specificity, automaticity, and predictors. *Behav Res Ther*. 2007;45:1011–24. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

11. Carlson EA, Egeland B, Sroufe LA. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol.* 2009;21:1311–34. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
12. Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol Gen.* 1935;18:643–62. [[Google Scholar](#)]
13. Arntz A, Appels C, Sieswerda S. Hypervigilance in borderline disorder: A test with the emotional Stroop paradigm. *J Pers Disord.* 2000;14:366–73. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Domes G, Winter B, Schnell K, et al. The influence of emotions on inhibitory functioning in borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2006;36:1163–72. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Sprock J, Rader TJ, Kendall JP, Yoder CY. Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychol.* 2000;56:1587–600. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
16. Wingenfeld K, Rullkoetter N, Mensebach C, et al. Neural correlates of the individual emotional Stroop in borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 2009;34:571–86. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
17. Domes G, Schulze L, Herpertz SC. Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. *J Pers Disord.* 2009;23:6–19. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
18. Domes G, Czieschnek D, Weidler F, Berger C, Fast K, Herpertz SC. Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2008;22:135–47. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
19. Scott LN, Levy KN, Adams RB, Stevenson MT. Mental state decoding abilities in young adults with borderline personality disorder traits. *Pers Disord Theory Res Treat.* 2011;2:98–112. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
20. Wagner AW, Linehan MM. Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: Implications for emotion regulation? *J Pers Disord.* 1999;13:329–44. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
21. Koenigsberg HW, Siever LJ, Lee H, et al. Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2009;172:192–9. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
22. Bland AR, Williams CA, Scharer K, Manning S. Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues Ment Health Nurs.* 2004;25:655–72. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
23. Levine D, Marziali E, Hood J. Emotion processing in borderline personality disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185:240–6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
24. Minzenberg MJ, Fan J, New AS, et al. Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: An event-related fMRI study. *Psychiatry Res.* 2007;155:231–43. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

25. Guitart-Masip M, Pascual JC, Carmona S, et al. Neural correlates of impaired emotional discrimination in borderline personality disorder: an fMRI study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009;33:1537–45. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
26. Mauchnik J, Schmahl C. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12:46–55. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
27. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, et al. Characterizing Affective Instability in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159:784–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
28. Trull TJ. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *J Abnorm Psychol*. 2001;110:471–81. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
29. Yen S, Zlotnick C, Costello E. Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:693–6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
30. Kuo JR, Linehan MM. Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *J Abnorm Psychol*. 2009;118:531–44. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
31. Nica EI, Links PS. Affective instability in borderline personality disorder: experience sampling findings. *Curr Psychiatry Rep*. 2009;11:74–81. This article reviews EMA findings on affective instability in BPD. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
32. Henry C, Mitropoulou V, New AS, et al. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatric Res*. 2001;35:307–12. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
33. Trull T, Solhan M, Tragesser SL, et al. Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *J Abnorm Psychol*. 2008;117:647–61. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
34. Ebner-Priemer UW, Eid M, Stabenow S, et al. Analytic strategies for understanding affective (in)stability and other dynamic processes in psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 2009;118:195–202. This article outlines important considerations for measuring affective instability using EMA. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
35. Stone AA, Shiffman S. Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. *Ann Behav Med*. 1994;16:199–202. [[Google Scholar](#)]
36. Trull TJ, Ebner-Priemer UW. Using Experience Sampling Methods/Ecological Momentary Assessment (ESM/EMA) in Clinical Assessment and Clinical Research: Introduction to the Special Section. *Psychol Assess*. 2009;21:457–62. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

37. Walls TA, Schafer JL. *Models for intensive longitudinal data*. New York: Oxford University Press; 2006. [[Google Scholar](#)]
38. Solhan M, Trull TJ, Jahng S, Wood P. Clinical assessment of affective instability: comparing EMA indices, questionnaire reports, and retrospective recall. *Psychol Assess*. 2009;21:425–36. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
39. Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological momentary assessment. *Annu Rev Clin Psycho*. 2008;4:1–32. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
40. Ebner-Priemer UW, Kuo J, Kleindienst N, et al. State affective instability in borderline personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychol Med*. 2007;37:961–70. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
41. Larsen R. The stability of mood variability: a spectral analytic approach to daily mood assessments. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52:1195–204. [[Google Scholar](#)]
42. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998;2:271–99. [[Google Scholar](#)]
43. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85:348–62. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
44. Leible TL, Snell WE. Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personal Individ Differ*. 2004;37:393–404. [[Google Scholar](#)]
45. Barrett LF. Feelings or words? Understanding the content in self-report ratings of experienced emotion. *J Pers Soc Psychol*. 2004;87:266–81. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 46•. Suvak MK, Litz BT, Sloan DM, et al. Emotional granularity and borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 2011;120:414–26. Empirical investigation of emotional granularity in BPD. Found that BPD individuals emphasized valence more and arousal less than controls. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 47•. Coifman KG, Berenson KR, Rafaeli E, Downey G. From Negative to Positive and Back Again: Polarized Affective and Relational Experience in Borderline Personality Disorder. *J Abnorm Psychol*. 2012;121:668–79. EMA investigation of emotion polarity in BPD. Found that individuals with BPD experienced more polarity than controls. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
48. Bornovalova MA, Gratz KL, Daughters SB, et al. A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *J Psychiatric Res*. 2008;42:717–26. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
49. Chapman AL, Leung DW, Lynch TR. Impulsivity and emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2008;22:148–64. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

50. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol.* 2006;115:850–5. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
51. Gratz KL, Tull MT, Baruch DE, Bornoalova MA, Lejuez CW. Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Compr Psychiatry.* 2008;49:603–15. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
52. Koenigsberg HW, Fan J, Ochsner KN, et al. Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry.* 2009;66:854–63. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
53. Schulze L, Domes G, Kruger A, et al. Neuronal correlates of cognitive reappraisal in borderline patients with affective instability. *Biol Psychiatry.* 2011;69:564–73. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
54. Leyro T, Zvolensky M, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychol Bull.* 2010;136:576–600. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 55•. Salsman NL, Linehan MM. An Investigation of the Relationships among Negative Affect, Difficulties in Emotion Regulation, and Features of Borderline Personality Disorder. *J Psychopathol Behav Assess.* 2012;34:260–7. Found that deficits in emotion regulation were associated with BPD symptoms in two models, one controlling for negative affective intensity, and one controlling for negative affective reactivity. [[Google Scholar](#)]
56. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26:41–54. [[Google Scholar](#)]
57. Glenn CR, Klonsky ED. Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2009;23:20–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 58•. Bornoalova MA, Matusiewicz A, Rojas E. Distress tolerance moderates the relationship between negative affect intensity with borderline personality disorder levels. *Compr Psychiatry.* 2011;52:744–53. Found that negative emotionality was associated with BPD symptoms regardless of distress tolerance scores, while affective intensity was associated with BPD symptoms only in individuals with low distress tolerance. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
59. Morey LC. *Personality Assessment Inventory: Professional manual.* Odessa: Psychological Assessment Resources; 1991. [[Google Scholar](#)]

60. Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behav Res Ther.* 2008;46:593–611. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
61. Selby EA, Anestis MD, Bender TW, Joiner TE. An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol.* 2009;118:375–87. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
62. Baer RA, Sauer SE. Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Pers Disord Theory Res Treat.* 2011;2:142–50. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
63. Cheavens JS, Rosenthal MZ, Daughters SB, et al. An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: The role of thought suppression. *Behav Res Ther.* 2005;43:257–68. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
64. Rosenthal ZM, Cheavens JS, Lejuez CW, Lynch TR. Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behav Res Ther.* 2005;43:1173–85. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
65. Chapman AL, Dixon-Gordon KL, Walters KN. Experiential Avoidance and Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2011;29:35–52. [[Google Scholar](#)]
66. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:1152–68. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
67. Whiteside SP, Lynam DR. The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personal Individ Differ.* 2001;30:669–89. [[Google Scholar](#)]
68. Whiteside SP, Lynam DR, Miller JD, Reynolds SK. Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: A four-factor model of impulsivity. *Eur J Pers.* 2005;19:559–74. [[Google Scholar](#)]
69. Tragesser SL, Robinson RJ. The role of affective instability and UPPS impulsivity in borderline personality disorder features. *J Pers Disord.* 2009;23:370–83. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
70. Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, et al. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164:1832–41. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
71. Dulit RA, Fyer MR, Leon AC, et al. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1994;151:1305. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
72. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, et al. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis ii comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117:177–84. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

73. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:226–39. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
74. Bohus M, Limberger M, Ebner U, et al. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res.* 2000;95:251–60. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
75. Ludäscher P, Bohus M, Lieb K, et al. Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2007;149:291–6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
76. McCown W, Galina H, Johnson J, et al. Borderline personality disorder and laboratory-induced cold pressor pain: evidence of stress-induced analgesia. *J Psychopathol Behav Assess.* 1993;15:87–95. [[Google Scholar](#)]
77. Niedtfeld I, Schulze L, Kirsch P, et al. Affect regulation and pain in borderline personality disorder: A possible link to the understanding of self-injury. *Biol Psychiatry.* 2010;68:383–91. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
78. Russ MJ, Roth SD, Lerman A, et al. Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry.* 1992;32:501–11. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
79. Schmahl C, Greffrath W, Baumgartner U, et al. Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: Laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. *Pain.* 2004;110:470–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
80. Schmahl C, Bohus M, Esposito F, et al. Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:659–67. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
81. Franklin JC, Aaron RV, Arthur MS, Shorkey SP, Prinstein MJ. Nonsuicidal self-injury and diminished pain perception: the role of emotion dysregulation. *Compr Psychiatry.* 2012;53:691–700. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 82•. Niedtfeld I, Kirsch P, Schulze L, et al. Functional connectivity of pain-mediated affect regulation in Borderline Personality Disorder. *PLoS One.* 2012;7:e33293. Found a negative coupling between paralimbic and frontal regions in the brain of BPD individuals following painful stimulus and presentation of a negatively valenced picture. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Gratz,K.L., & Roemer,L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1),41-54.

امینیان، مریم. (۱۳۸۸): رابطه تنظیم هیجانی، رخدادهای منفی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات تغذیه در زنان و دختران شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

علوی، خدیجه (۱۳۸۸): اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه های افسردگی دانشجویان مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.