مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۸، بهمن ۱۳۹۸، ۱۱۴۲-۱۱۲۹

بررسی ارتباط ذهن آگاهی و شخصیت مرزی با افکار خودکشی افراد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون در شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶: یک مطالعه توصیفی

مرجان صادقی[۱]، رضا میرزایی‌راد[۲]

دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۱۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۷/۱۲/۱۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۸/۴/۲۲ پذیرش مقاله: ۹۸/۴/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: مصرف مواد مخدر با اختلالات جسمی-روانی همراه است و از طرفی، خودکشی در افراد وابسته به مواد مخدر بالاتر از افراد عادی است. در مطالعه حاضر، ارتباط ذهن آگاهی و شخصیت مرزی با افکار خودکشی در افراد تحت درمان با متادون بررسی شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این مطالعه توصیفی، افراد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون مراجعه‌کننده به مراکز دولتی متادون درمانی شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶ بود. از جامعه آماری، تعداد ۲۰۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و پرسش نامه‌های اختلال شخصیت مرزی Leichsenring ، پرسش‌نامه ۵ عاملی ذهن‌آگاهی Bauer و مقیاس افکار خودکشی Beck را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: رابطه افکار خودکشی با مؤلفه‌های شخصیت مرزی (r= ۰/۳۱۰، p< ۰/۰۰۱)، آشفتگی هویتی (r= ۰/۲۰۷، p=۰/۰۰۳) ، مکانیسم‌های دفاعی اولیه (r= ۰/۳۲۳، p<۰/۰۰۱) ، واقعیت آزمایی (r=۰ /۲۰۷، p=۰/۰۰۳) و ترس از صمیمیت (r=۰/۲۹۶، p<۰/۰۰۱)، مثبت و معنی‌دار بود. هم‌چنین، ارتباط بین مشاهده و توصیف با افکار خودکشی معکوس و معنی‌دار بود (p< ۰/۰۵). در این رابطه، مکانیسم‌های دفاعی اولیه از ابعاد شخصیت مرزی (p=۰/۰۲۶) ، و توصیف از ابعاد ذهن آگاهی (p= ۰/۰۳۳) پیش‌بینی کننده معنی‌دار افکار خودکشی بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از ارتباط ذهن آگاهی و اختلال شخصیت مرزی با افکار خودکشی در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. لذا لازم است در این افراد، متغیرهای روان‌شناختی نظیر ساختارهای شخصیت و اختلالات مربوط به آن و نیز نوع نگرش و باورهای فرد در مورد هیجانات خود، بررسی شود.

واژه‌های کلیدی: شخصیت مرزی، ذهن آگاهی، افکار خودکشی، متادون درمانی، رفسنجان

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد انار، دانشگاه آزاد اسلامی، انار، ایران

۲- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد انار، دانشگاه آزاد اسلامی، انار، ایران

تلفن: ۰۳۴-۳۴۳۸۵۰۰۲ دورنگار: ۰۳۴-۳۴۳۸۶۴۰۸، پست الکترونیکی: rmirzai1616@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

مقدمه

خودکشـــی، ازجمله شایع‌ترین علل مرگ سوءمصرف کنندگان مواد است [۱]. اقدام به خودکشی در بین معتادان در حال درمان، بیش‌تر از جمعیت جامعه است به‌طوری که در مطالعه‌ای در ایران، این میزان ۱۶/۸ درصد ذکر شد [۲]. زمانی که مشکلات، ناراحتی‌ها و هیجانات منفی به همراه مشکلات خانوادگی، به اوج خود برسند، معتادان برای درمان مراجعه می‌کنند [۳]. در این دوره زمانی، به دلیل بروز همین مشکلات، شـــخص، مســـتعد افکار و اقدام به خودکشی است. خودکشـــی، از افکار خودکشـــی به‌طور گذرا شروع شده و با اقدام به خودکشی به پایان می‌رسد [۴].

زمانی که به دلیل هیجانات منفی و تجارب آسیب‌زا، احساس ارزش‌مندی افراد کاهش یابد بحران خودکشی ایجاد می‌شود. فقدان اساسی یا ناکامل نیازهای انسان، ناکامی در نیل به اهداف شخصی و یا مشکلات شخصی درازمدت از جمله این تجارب نامطلوب‌اند [۵]. زمانی که فرد معتاد، به مراکز درمانی مراجعه می‌کند به دلیل هم‌زمانی تجربه آسیب‌زای اخیر و نظـــام مقابله‌ای ناتوان، بحرانی به وجود می‌آید که این بحران می‌تواند منجر به بروز رفتار خودکشـــی و یا دیگرکشی شـــود [۶]. علاوه بر این، مواد مخدر یا روان‌گردان، علائم افسردگی را ایجاد و تشدید می‌نماید. هردوی این عوامل، باعث تشدید احتمال خودکشی می‌شوند؛ بنابراین، در بیماران معتاد، بسیار مهم است که احتمال خودکشی مورد توجه قرار گیرد [۷].

به نظر می‌رسد ویژگی‌های شخصیتی خاص، معتـادان را از افـراد عادی متمایز می‌سازد؛ اما آیا اینکه اعتیاد باعث بروز صفات شخصیتی متمایز می‌گردد یا صفات شخصیتی متمایز، گرایش فرد را به اعتیاد بیش‌تر می‌کنند مورد بحث است [۸]. پایین بودن آستانه تحمل شکست، احساس گنـاه، آشـفتگی نقـــش جنسـی، رشد عاطفی مختل و دوسوگرایی، ازجمله ویژگی‌های همراه با اعتیاد هستند که در پژوهش‌های گونـاگون بـه آن‌ها اشاره شده است [۹]. عنوان شده که ۳۰ تـا ۶۰ درصد مبتلایان به مـواد مخـدر، واجـد مـلاک‌های تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی بوده‌اند، درحالی‌که این رقم در جمعیت عادی ۲ تا ۳ درصـــد اســـت [۱۰]. در مطالعات متعدد، به نقش دو اخـــتلال شخصیت ضداجتماعی و مـرزی در فرآینـد ایجـاد وابستگی به مواد و عودهای مکرر پس از بهبـودی اشاره شده است [۱۲-۱۱]. از منظر آسیب‌شناسی روانـی، ارتبـاطی نزدیک بین اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد وجود دارد و مصرف مواد، سبب تشـدید علائم بالینی در این افراد می‌گـردد [۱۳]. اخـتلال شخصـیت مـرزی از جمله اخـتلالات دسـته B روان‌پزشکی است که این دسته، دارای بالاترین مشابهت بـا اخـتلال سوءمصرف مـــواد می‌باشد [۱۴]. نمایه اصلی این دسته از اختلالات، تکانش‌گری، هیجان‌های گذرا و خودویرانگری است [۱۰].

مصـــرف مواد مخدر، راهی در جهت کاهش هیجان‌های نامطلوب است [۱۵]. ذهـن آگـاهی و تنظیم هیجان، دو توانـایی مهـم در درک، ارزیـابی و پذیرش هیجانات‌اند که

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

ممکن است در رفتارهای تسکین‌بخش اعتیادی نقش داشته باشند [۱۶]. ذهن آگاهی یا حضور ذهن به معنی آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه‌ها است به‌طوری‌که بهتر بتوانیم آن‌ها را مدیریت و تنظیم کنیم. به‌عبارت‌دیگر، ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به شیوه‌ای خاص است؛ یعنی توجه و تمرکزی که سه عنصر در آن دخالت دارد: بودن در حال حاضر، هدف‌مند، بدون قضاوت [۱۷]. ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است. روشی مؤثر برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد است. حضور ذهن، به این معنی است که شخص آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف کند. زمانی که فرد، در حال حاضر، حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی اش می‌بیند و در می‌یابد که ذهن، به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می‌دهد، دائماً در حال نشخوار و گفتگوی درونی است [۱۹-۱۸]. همه این اتفاقات موجبات پرورش افکار خودکشی را در ذهن افراد به ویژه معتادان که به نوعی دیدگاه جامعه در رابطه با آن‌ها بسیار منفی و به‌نوعی از اکثر جمع‌ها ترد شده هستند را فراهم می‌نماید. لذا با توجه به اهمیت موضوع مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط ذهن آگاهی و شخصیت مرزی با افکار خودکشی افراد تحت متادون درمانی انجام شد.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری این مطالعه توصیفی، شامل کلیه افراد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون مراجعه‌کننده به مراکز متادون درمانی (methadone maintenance therapy; MMT) دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۶ به تعداد ۴۴۰ نفر بود. حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۲۰۰ نفر محاسبه شد. پس از کسب تأییدیه دانشگاه آزاد اسلامی واحد انار به شماره ۱۳۴، به مراکز مذکور مراجعه و نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. افراد با سابقه طلاق طی ۶ ماه اخیر، مرگ یکی از نزدیکان طی ۳ ماه اخیر، ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن صعب‌العلاج مانند مولتیپل اسکلروزیس، نقص ایمنی اکتسابی، هپاتیت B، سل پیشرفته از مطالعه خارج شدند. پس از ارائه توضیحات لازم و بیان اهداف مطالعه، شرکت‌کنندگان، فرم رضایت آگاهانه را امضاء نمودند. به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و از پرسش‌نامه‌های بدون نام استفاده خواهد شد. شرکت کنندگان، چک لیست مشخصات جمعیت شناختی شامل جنسیت، تحصیلات، تأهل، سن، شغل و ماده مخدر مصرفی را تکمیل نمودند. سپس، پرسش‌نامه ۵ عاملی ذهن آگاهی Bauer، پرسش‌نامه بالینی اختلال شخصیت مرزی Leichsenring و پرسش‌نامه افکار خودکشی Beck در اختیار آنان گذاشته شد تا در همان محل کلینیک تکمیل و تحویل نمایند. هم‌چنین، آیتم‌های پرسش‌نامه‌ها برای افراد بی سواد یا کم سواد توسط محقق قرائت و پاسخ‌های آنان در پاسخ‌نامه درج گردید.

"پرسش‌نامه بالینی اختلال شخصیت مرزی" (Borderline Personality Inventory; BPI) توسط Leichsenring به‌منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

نمونه‌های بالینی و غیربالینی بر اساس مفهوم Kernberg از سازمان‌بندی شخصیت مرزی [۲۰] و هم‌چنین ملاک‌های تشخیصی نسخه چهارم برنامه‌ریزی شده از انجمن روان‌پزشکی آمریکا مشتمل بر ۵۳ ماده تهیه و به‌صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. BPI شامل عواملی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیسم‌های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب‌دیده و ترس از صمیمیت می‌باشد [۲۱]. این پرسش‌نامه در ایران توسط Mohammadzadeh و همکار اعتباریابی و چهار عامل اصلی آن شامل آشفتگی هویتی، مکانیسم‌های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب‌دیده و ترس از صمیمیت مشخص شدند. در مطالعه این محققین، روایی هم‌زمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس‌ها درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ به دست آمد [۲۲]. روایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۹۱۶ محاسبه شد.

"پرسش‌نامه افکار خودکشی Beck" (Beck Scale for Suicide Ideation; BSSI) در سال ۱۹۶۱ توسط Beck مشتمل بر ۱۹ ماده تهیه شد. سئوالات این پرسشنامه، مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به‌صورت فعال و نافعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. BSSI پنج سؤال غربال‌گری دارد که اگر پاسخ به این سئوالات نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافعال باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز تکمیل نماید. مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از صفر تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که بین صفر تا ۳۸ قرار دارد. در این پرسش‌نامه، سئوالات ۵-۰ مربوط به افکار خودکشی، سئوالات ۱۹-۶ مربوط به آمادگی جهت خودکشی و سؤالات ۳۸-۲۰ مربوط به اقدام به خودکشی است. این پرسش‌نامه در ایران، توسط Anisi و همکاران (۱۳۸۴) اعتبارسنجی و روایی هم‌زمان مقیاس برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ محاسبه گردید [۲۳]. روایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۸۳۴ محاسبه شد.

"پرسش‌نامه ۵ عاملی ذهن آگاهی" (Five Facet Mindfulness Questionnaire; FFMQ) شامل ۳۹ آیتم است که توسط Bauer و همکاران از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسش‌نامه‌های ذهن آگاهی Freiburg، Braun و Kentucky با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. نسخه اصلی این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۱۲ گویه و ۵ مؤلفه مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن بود. عامل مشاهده دربرگیرنده توجه به محرک‌های بیرونی و درونی مانند احساسات، شناخت‌ها، هیجان‌ها، صداها و بوها می‌باشد. توصیف، به نام‌گذاری تجربه‌های بیرونی با کلمات مربوط می‌شود، عمل توأم با هوشیاری دربرگیرنده عمل کردن با حضور ذهن کامل در هر لحظه است و در تضاد با عمل مکانیکی است که در هنگام وقوع ذهن فرد در جای دیگری است. غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی شامل حالت غیر قضاوتی داشتن نسبت به افکار و احساسات است و غیر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

واکنشی بودن به تجربه درونی اجازه آمد و رفت به افکار و احساسات درونی است بی‌آنکه فرد در آن‌ها گیر کند [۲۴]. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز و یا بسیار به ندرت) تا ۵ (اغلب یا همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارت را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ می‌باشد. از جمع نمرات هر زیر مقیاس، یک نمره کلی به دست می‌آید که نشان می‌دهد، هرچه نمره بالاتر باشد ذهن آگاهی هم بیش‌تر است. در این پرسش‌نامه، سئوالات ۳۶-۳۱-۲۶-۲۰-۱۵-۱۱-۶-۱ مربوط به خرده مقیاس مشاهده، سئوالات ۲۷-۲۲-۱۲-۷-۲ مربوط به خرده مقیاس توصیف، سئوالات ۳۸-۳۴-۲۸-۲۳-۱۸-۱۳-۸-۵ مربوط به خرده مقیاس عمل همراه با آگاهی، سئوالات ۳۹-۳۵-۳۰-۲۵-۱۷-۱۴-۱۰-۳ مربوط به خرده مقیاس عدم قضاوت و سئوالات ۳۳-۲۹-۲۴-۲۱-۱۹-۹-۴ مربوط به خرده مقیاس عدم واکنش می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط Sajjadian بررسی و پایایی ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۱ به دست آمد [۲۵]. روایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۸۹۲ محاسبه شد.

در نهایت، اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS تحت نسخهٔ ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و نیز آزمون‌های کولموگروف اسمیرنف، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند. سطح معنی‌داری همه آزمون‌ها، مساوی و کم‌تر از ۰/۰۵، در نظر گرفته شد.

نتایج

از ۲۰۰ فرد شرکت‌کننده در این مطالعه، ۱۹۲ نفر (۹۶/۰ درصد) مرد بودند. ازنظر سطح تحصیلات، ۸۷ نفر (۴۳/۵ درصد) زیر دیپلم، ۶۴ نفر (۳۲/۰ درصد) دارای مدرک دیپلم و ۴۹ نفر (۲۴/۵٪)، دارای مدرک بالاتر از دیپلم بودند. ۴۷ نفر (۲۳/۵ درصد) مجرد و ۱۵۳ نفر (۷۶/۵ درصد) متأهل بودند. از ۲۰۰ فرد مورد بررسی، سن ۱ نفر (۰/۵ درصد) زیر ۲۰ سال، ۶۴ نفر (۳۲/۰ درصد) ۳۰-۲۰ سال، ۹۹ نفر (۴۹/۵ درصد) ۴۰-۳۱ سال و ۳۶ نفر (۱۸/۰٪) بیش از ۴۱ سال بود. از نظر نوع ماده مخدر مصرفی، ۱۵۸ نفر (۷۹ درصد) شیره، ۳۸ نفر (۱۹/۰ درصد) تریاک و ۴ نفر (۲/۰ درصد) هروئین مصرف می‌کردند.

پیش‌فرض‌های آماری بررسی شد. سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف اسمیرنف همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$) اما به لحاظ حجم نمونه بالا و با توجه به اینکه شاخص‌های کجی و کشیدگی در محدوده ۲+ تا ۲- قرار داشتند، لذا فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته شد [۲۶].

سطح معنی‌داری آزمون همبستگی پیرسون نشان داد ارتباط افکار خودکشی با شخصیت مرزی ($p<۰/۰۰۱$) و ابعاد آن (آشفتگی هویتی ($p=۰/۰۰۳$)، مکانیسم‌های دفاعی اولیه ($p<۰/۰۰۱$)، واقعیت آزمایی ($p=۰/۰۰۳$) و ترس از صمیمیت ($p=۰/۰۰۱$)) معنی‌دار بود.

ارتباط افکار خودکشی با ابعاد ذهن آگاهی نظیر مشاهده ($p=۰/۰۴۵$) و توصیف ($p=۰/۰۱۱$) معکوس و معنی‌دار بود اما

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

با ذهن آگاهی، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۲).

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی نمره‌های افراد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون در شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶در متغیرهای پژوهش (n=۲۰۰)

متغیر	مؤلفه	انحراف معیار±میانگین	محدوده	کجی	کشیدگی	مقدار P*
افکار خودکشی		۱۱/۰۶ ± ۱۱/۳۷	۵-۵۲	۱/۹۹	۱/۵۵	<۰/۰۰۱
شخصیت مرزی	نمره کلی	۶/۵۶ ± ۴/۲۶	۰-۱۹	۰/۴۳	-۰/۵۹	<۰/۰۰۱
	آشفتگی هویتی	۲/۶۸ ± ۲/۳	۰-۱۰	۰/۷۳	-۰/۲۲	<۰/۰۰۱
	مکانیسم‌های دفاعی اولیه	۳/۱۱ ± ۲/۰۷	۰-۸	۰/۲۱	-۰/۹۵	<۰/۰۰۱
	واقعیت آزمایی	۱/۱۳ ± ۱/۲۲	۰-۵	۱/۱۲	۰/۸۵	<۰/۰۰۱
	ترس از صمیمیت	۲/۶۹ ± ۲/۰۳	۰-۸	۰/۴۴	-۰/۶۹	<۰/۰۰۱
ذهن آگاهی	نمره کلی	۱۰۶/۹۴ ± ۲۱/۴۶	۴۵-۱۵۵	-۰/۳۵	-۰/۱۷	۰/۰۱۵
	مشاهده	۲۳/۶۴ ± ۵/۹۶	۹-۳۷	-۰/۰۱۲	-۰/۳۹	۰/۰۴۷
	توصیف	۱۹/۸۸ ± ۴/۵۹	۸-۳۲	۰/۰۲	-۰/۱۸	۰/۰۱۶
	عمل همراه با آگاهی	۲۰/۹ ± ۵/۶۷	۸-۳۷	۰/۲۷	۰/۰۹	۰/۰۰۲
	عدم قضاوت	۲۱/۶۵ ± ۵/۸۱	۹-۳۷	۰/۲۵	-۰/۰۵۱	۰/۰۰۶
	عدم واکنش	۱۸/۵۱ ± ۴/۸۳	۷-۳۰	۰/۱۴	-۰/۲۸	۰/۰۴۹

****: آزمون کولموگروف اسمیرنف***

جدول ۲- ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در افراد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون در شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶

مولفه		افکار خودکشی	شخصیت مرزی و ابعاد آن				
			نمره کلی	آشفتگی هویتی	مکانیسم‌های دفاعی اولیه	واقعیت آزمایی	ترس از صمیمیت
افکار خودکشی		۱	۰/۱۸۵**	۰/۲۰۷**	۰/۳۳۱**	۰/۲۰۷**	۰/۲۹۶**
ذهن‌آگاهی و ابعاد آن	نمره کلی	-۰/۰۵۶	۰/۱۱۹	۰/۲۴۹**	۰/۲۵۵**	۰/۱۶۴*	۰/۱۷*
	مشاهده	-۰/۱۴۲*	-۰/۰۱۳	۰/۰۴۴	۰/۰۳۷	۰/۰۵۳	۰/۰۰۹
	توصیف	-۰/۱۸*	-۰/۰۱۴	۰/۰۸۳	۰/۰۷۵	۰/۰۳۴	۰/۰۱۷
	عمل همراه با آگاهی	۰/۰۸۷	۰/۲۰۴**	۰/۳۱۶**	۰/۴۰۳**	۰/۲۶۸**	۰/۲۵۴**
	عدم قضاوت	۰/۰۴۲	۰/۱۶۹*	۰/۲۷۹**	۰/۲۸۴**	۰/۱۶۴*	۰/۲۱۱**
	عدم واکنش	-۰/۰۹۹	۰/۰۸	۰/۲۱۲**	۰/۱۱۴	۰/۰۹	۰/۱۰۸

آزمون آماری: ضریب همبستگی پیرسون *: p<۰/۰۵ **: p<۰/۰۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

جهت پیش‌بینی افکار خودکشی بر حسب مولفه‌های شخصیت مرزی، مولفه های ذهن آگاهی، جنسیت، تحصیلات، تاهل، سن، شغل و ماده مخدر مصرفی از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. پیش فرض‌های آماری بررسی شد. خودکشی در مقیاس پیوسته و آماره دوربین واتسون برابر با ۱/۳۴۹ بود. میزان ضریب تحمل کم تر از ۱ و آماره VIF در محدوده ۱/۰۴۸-۳/۱۸۲ بود. نتایج جدول ۳ نشان داد مقدار R^2 به دست آمده (۰/۱۸۸) است به این معنی که ۱۸/۸ درصد از واریانس افکار خودکشی توسط مؤلفه‌های شخصیت مرزی، ذهن آگاهی و متغیرهای جمعیت شناختی تبیین می‌شود و رابطه خطی بین افکار خودکشی و مؤلفه‌های مذکور معنی‌دار است (p=۰/۰۰۱). نتایج ضرایب رگرسیون نشان داد مؤلفه مکانیسم‌های دفاعی اولیه شخصیت مرزی، پیش‌بینی کننده مثبت و معنی‌دار افکار خودکشی (p=۰/۰۲۶، t=۲/۲۳۸، β=۰/۲۶۵) و مؤلفه توصیف ذهن آگاهی، پیش‌بینی کننده منفی و معنی‌دار افکار خودکشی بود (p=۰/۰۳۳، t= -۲/۱۵۱، β=-۰/۲۱۱).

جدول ۳ - خلاصه تحلیل رگرسیون خطی چندگانه برای پیش‌بینی افکار خودکشی بر حسب مولفه‌های شخصیت مرزی، مولفه‌های ذهن آگاهی، جنسیت، تحصیلات، تاهل، سن، شغل و ماده مخدر مصرفی (n=۲۰۰)

مولفه‌ها		B	SEB	β	t	مقدار p
ثابت		۹/۴۲۱	۷/۴۲۷	-	۱/۲۶۸	۰/۲۰۶
شخصیت مرزی	آشفتگی هویتی	-۰/۲۸۶	۰/۵۲۴	-۰/۰۵۸	-۰/۵۴۵	۰/۵۸۶
	مکانیسم‌های دفاعی اولیه	۱/۴۲۹	۰/۶۳۹	۰/۲۶۵	۲/۲۳۸	۰/۰۲۶
	واقعیت آزمایی	۰/۵۱۴	۰/۸۷۵	۰/۰۵۵	۰/۵۸۷	۰/۵۵۸
	ترس از صمیمیت	۰/۵۴۱	۰/۵۶۶	۰/۱۰۰	۰/۹۵۶	۰/۳۴۰
ذهن آگاهی	مشاهده	-۰/۱۴۶	۰/۱۹۴	-۰/۰۷۷	-۰/۷۵۲	۰/۴۵۳
	توصیف	-۰/۵۲۳	۰/۲۴۳	-۰/۲۱۱	-۰۲/۱۵۱	۰/۰۳۳
	عمل همراه با آگاهی	۰/۰۵۷	۰/۱۸۴	۰/۰۲۹	۰/۳۱۲	۰/۷۵۵
	عدم قضاوت	۰/۱۹۳	۰/۱۹۷	۰/۰۹۹	۰/۹۸۰	۰/۳۲۸
	عدم واکنش	۰/۰۰۳	۰/۲۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	۰/۹۹۱
جمعیت شناختی	جنسیت	۲/۳۳۸	۳/۹۳۸	۰/۰۴۰	۰/۵۹۴	۰/۵۵۳
	تحصیلات	۱/۳۲۳	۱/۰۲۹	۰/۰۹۴	۱/۲۸۶	۰/۲۰۰
	تاهل	۰/۱۹۹	۲/۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۰۹۹	۰/۹۲۱
	سن	-۱/۳۸۰	۱/۱۷۳	-۰/۰۸۶	-۱/۱۷۶	۰/۲۴۱
	شغل	۲/۶۱۲	۲/۲۴۴	۰/۰۸۳	۱/۱۶۴	۰/۲۴۶
	ماده مخدر مصرفی	-۰/۰۵۶	۱/۰۳۸	-/۰۰۴	-۰/۰۵۴	۰/۹۵۷

R^2=۰/۱۸۸ آزمون تحلیل رگرسیون خطی چندگانه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

بحث

نتایج مطالعه حاضر در بخش ضرایب همبستگی نشان داد ارتباط افکار خودکشی با همه مؤلفه‌های شخصیت مرزی معنی‌دار بود که با نتایج Valikhani [۲۷]، Keshvari و همکاران [۲۸] و Yen و همکاران [۲۹] همسو و با نتایج Mohammadifar و همکاران [۳۰] و Oldham [۳۱] در تعارض بود. از علل این ناهمخوانی در نتایج می‌توان به تفاوت مختصر در بررسی شخصیت مرزی (مصاحبه بالینی یا پرسش‌نامه) و نیز نوع تفاوت در جامعه، فرهنگ، آموزه‌ها و تحصیلات اشاره کرد.

در این مطالعه، مؤلفه مکانیسم‌های دفاعی اولیه شخصیت مرزی پیش‌بینی کننده مثبت و معنی‌دار افکار خودکشی بود که با نتایج برخی مطالعات همسو بود [۳۳-۳۲، ۲۷] هرچند مطالعاتی نیز به نتایج متناقضی دست یافتند [۱۸،۳۴]. تحقیقات مختلف نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در معرض خطر بالایی برای اقدام به خودکشی و خودکشی کامل هستند. بنابراین، رفتار و افکار خودکشی آن‌ها باید جدی گرفته شود [۳۶-۳۵]. نتایج مطالعه‌ای نشان داد سبک مقابله‌ای هیجان مدار اختلال شخصیت مرزی با افکار خودکشی در ارتباط‌اند [۳۲]. اختلال شخصیت مرزی موجب اختلال و پریشانی در کارکرد اجتماعی و شغلی می‌شود و با نرخ بالایی از رفتار خود-تخریبی و خودکشی مرتبط است [۳۱]. از بین مؤلفه‌های شخصیت مرزی، مؤلفه مکانیسم‌های دفاعی اولیه پیش‌بینی کننده مثبت و معنی‌دار افکار خودکشی بود. مشابه این یافته، در برخی مطالعات دیده شد [۳۸-۳۷]. به نظر می‌رسد، اقدام به خودکشی در افراد اختلال شخصیت مرزی از تعامل بین ویژگی‌های تکانش‌گری و پرخاش‌گری آن‌ها برمی‌خیزد [۳۹]. در این راستا مطالعه‌ای نشان داد که ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان خودکشی گرا بالاتر از معتادان غیر خودکشی گرا بود. لذا غربال‌گری و شناسایی معتادانی که در آن‌ها ویژگی‌های پرخاش‌گری و شخصیت مرزی بالا است برای پیشگیری از خودکشی ضرورت دارد [۳۰].

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیوسته در بحران هستند. مهم‌ترین ویژگی آن‌ها نوسانات خلقی و رفتاری است، این نوسانات به‌صورت احساس افسردگی که به‌راحتی به احساس اضطراب و سپس به خشم تغییر می‌کند، در این افراد نمایان می‌شود. تکانش‌گری، یکی دیگر از ویژگی‌های بیماران مرزی است که به‌صورت ولخرجی‌های زیاد، برقراری روابط جنسی نا ایمن، پرخوری، سوءمصرف مواد و دارو خود را نشان می‌دهد. خودکشی و رفتارهای خود آسیب‌رسان در میان این بیماران امری رایج است. ۸۰ درصد آن‌ها در طی زندگی خود تاریخچه‌ای از اقدام به خودکشی دارند. ۷۰ تا ۷۵ درصد از آن‌ها تاریخچه‌ای از رفتارهای آسیب‌رسان مانند بریدن و سوزاندن خود دارند، میانگین روزهای بستری شدن این افراد در بیمارستان‌ها سالیانه به ۶۵ تا ۸۰ روز می‌رسد [۱۰].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد افکار خودکشی با مؤلفه‌های مشاهده و توصیف ذهن آگاهی ارتباط معکوس داشت. مشابه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

این یافته در برخی مطالعات دیده شد [۳۴]. نتایج ضرایب رگرسیون نشان داد که مؤلفه توصیف ذهن‌آگاهی، پیش‌بینی کننده منفی و معنی‌دار افکار خودکشی بود. آموزش‌های مهارت ذهن آگاهی ازجمله آموزش‌هایی هستند که می‌توانند بر مشکلات افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تأثیر گذارند. ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند [۴۰].

آموزش ذهن آگاهی به‌عنوان یک مهارت در درمان شناختی رفتاری و درمان دیالکتیکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف مهارت‌های ذهن آگاهی رشد خرد ورزی، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی به‌منظور تسهیل ظهور رفتار مؤثر و ماهرانه است. ایده‌های زیر بنایی از این قرار است که اگر بیمار بر پذیرش تجربه‌اش به‌جای تغییر دادن، تثبیت کردن یا اجتناب کردن از آن تمرکز یابد، خاموشی رفتار یا پاسخ ناخواسته را فراهم می‌آورد [۴۱]؛ بنابراین ذهن آگاهی به ما این توانایی را می‌دهد تا آسیب‌پذیری‌های فراگیر در انسان را ببینیم و با آن روبه‌رو شویم و آن‌ها را که بخشی از وجود ذاتی و درونی انسان‌ها هستند به چالش بکشیم [۱۹]. استدلال زیربنایی کاربرد ذهن آگاهی برای پیشگیری از اقدام به خودکشی در چنین افرادی در نظر داشتن خطر عود در افسرده‌های بالینی است، یعنی گروه‌هایی از بیماران که بزرگ‌ترین گروه‌های در معرض خطر برای خودکشی را تشکیل می‌دهند [۴۲]. از جمله محدودیت‌هایی که این مطالعه با آن مواجه بود تعداد نسبتاً زیاد سئوالات پرسشنامه‌ها، عجله مراجعین جهت دریافت متادون و خروج از مراکز متادون درمانی و محافظه کاری در پاسخ به برخی سئوالات از جمله موارد مربوط به خودکشی بود. پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آتی، سایر اختلالات شخصیتی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و ارتباط آنها با افکار و اقدام به خودکشی نیز بررسی گردد. هم چنین پیشنهاد می‌گردد ارتباط عوامل اقتصادی، تحصیلی و خانوادگی نیز با خودکشی بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد اختلال شخصیت مرزی و ذهن آگاهی، با افکار خودکشی ارتباط دارد. این مسئله، لزوم بررسی روان‌شناختی دقیق افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون را بدین جهت که می‌تواند زمینه را برای رفتارهای خودآسیب رسان مانند خودکشی فراهم سازد روشن می‌سازد.

تشکر و قدردانی

در ابتدا لازم است از کلیه درمانجویان مراجعه کننده به مراکز MMT دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که در انجام این مطالعه با سعه صدر همکاری نموده‌اند قدردانی گردد. همچنین، نویسندگان، مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد انار، و نیز مسئولین دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان اعلام می‌دارند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

References

[1] Saeed Ahmed, Cornel N. Stanciu. Addiction and Suicide: An Unmet Public Health Crisis. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal* 2017; 12(12): 3-6.

[2] Bakhshani NM, Bahareh B, Bakhshani S, Lashkaripour K. Suicidal attempts among individuals seeking treatment for substance dependency. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 1982-5.

[3] Madanifard M, Namaei MM. Comparison of alexithymia scale and stress coping strategies in addicts under methadone treatment and those without treatment programs. Jou*rnal of Birjand University of Medical Sciences* 2017; 24(2): 126-35.

[4] Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish medical bulletin* 2007; 54(4): 306-69.

[5] Hasanvand M, Dabbaghi P, Rabiei M. Assessment of relationship between negative emotion and non-suicidal self-injury behavior: with emphasis on the mediator role of body image and emotion regulation among soldiers. *EBNESINA- Journal of Medical* 2016; 18(3): 56-60.

[6] Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A review. *The American Journal on Addictions* 2015; 24(2): 98-104.

[7] Mohseni Tabrizi A. Administration of SCL 90 Scale for Depressive Disorders Among Self – Reffered Treatment – Seeking Drug Abusers in Tehran. *Research on Addiction* 2002; 1(1): 0-.

[8] Pirnia B, Pirkhaefi A, Rahmani S, Soleimani, Ali Akbar, Abedi Ghelich Gheshlaghi M. Addiction and personality characteristics, personality traits and craving. *Razi Journal of Medical Sciences* 2016; 23(150): 67-76.

[9] Franques P, Auriacombe M, Tignol J. [Addiction and personality]. L'Encephale. 2000; 26(1): 68-78.

[10] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadocks Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry. USA: Wolters Kluwer; 2015.

[11] Heidarnejad K, Beigi J, Zeynali H. Examination of Relationship between Anti-Social and Borderline Personality Disorders and Addiction: Case Study of Bonab. *Medical Law Journal* 2017; 11(41): 181-201.

[12] Bigdeli I, Rezaei AM, Arab Z. Study of Subtypes of ASPD and Comorbidity with Anxiety and Opioid

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

[17] Leming MR, Dickinson GE. Understanding Dying, Death, and Bereavement. 7 th ed: Cengage Learning; 2010.

[18] Hanasabzadeh M, Yazdandoost R, Asgharnejad-Farid A, Gharaee B. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on suicidal depressed patients: A qualitative study. *Journal of Behavioral Sciences* 2011; 5(1): 33-8.

[19] Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. Clinical Psychology: *Science and Practice* 2003; 10(2): 144-56.

[20] Kernberg O. Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1967; 15(3): 641-85.

[21] Leichsenring F. Development and first results of the Borderline Personality Inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment* 1999; 73(1): 45-63.

[22] Mohammadzadeh A, Rezaei A. Validation of the borderline personality inventory in Iran. *Journal of Behavioral Sciences* 2011; 5(3): 269-77.

[23] Anisi J., Fathi-Ashtiani A., Soltani Nejad A., Amiri M. Prevalence of Suicidal Ideation in Soldiers and its Disorders. *Journal of Clinical Psychology* 2013; 5(1): 1-9.

[13] Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2008; 69(4): 533-45.

[14] Taylor J. Substance use disorders and Cluster B personality disorders: physiological, cognitive, and environmental correlates in a college sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2005; 31(3): 515-35.

[15] Dabaghi P, Fahimi S, Taghva A, Rahimkhanli M. A comparison of anxiety sensitivity and emotion regulation between substance abusers and healthy people. *EBNESINA- Journal of Medical* 2015; 17(3): 29-36.

[16] Jafarri AM, Omidi Shamami M, Fahimi S. The comparative study of mindfulness and emotion regulation in substance abuser resistant to treatment. *Medical Sciences Journal* 2017; 27(1): 62-70.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

Associated Factors. *Journal of Military Medicine* 2006; 8(2): 113-8.

[24] Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment* 2008; 15(3): 329-42.

[25] Sajjadian I. Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in People. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences* 2016; 5(2): 23-40.

[26] Joanes DN, Gill CA. Comparing measures of sample skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society Series D (The Statistician)* 1998; 47(1): 183-9.

[27] Valikhani A, Firouzshahi A. Forecasting suicidal thoughts based on components of borderline and schizotypal personality in medical students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2015; 10(37): 57-66.

[28] Keshvari B, Sanagouye-Moharer G. Comparison of Cognitive-Emotional Regulation, Executive Functions and Impulsivity among Students with Borderline Personality and Peers. Community Health (SALĀMAT-I IJTIMĀĪ). 2019; 6(1): 1-10.

[29] Yen S, Gagnon K, Spirito A. Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personality and Mental Health* 2013; 7(2): 89-101.

[30] Mohammadifar MA, Zareie MK, Elahe, Najafi M, Manteqi M. The characteristics of borderline personality, anger, hostility and aggression in addicts with and without suicide ideas. *Research on Addiction* 2014; 7(28): 89-100.

[31] Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *The American Journal of Psychiatry* 2006; 163(1): 20-6.

[32] Soltani Nezhad A, Fathi Ashtiani A, Ahmadi K, Yahaghi E, Nikmorad AR, Karimi RA, et al. Structural Equation Model of Borderline Personality Disorder, Emotion-Focused Coping Styles, Impulsivity and Suicide Ideation in Soldiers. *Journal of Police Medicine* 2012; 1(3): 176-82.

[33] Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders* 2004; 18(3): 226-39.

[34] Agha Usefi A, Oraki M, Zare M, Imani S. Effectiveness of Mindfulness in Decreasing Stress, Anxiety and Depression among the Substance

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

Abusers. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2013; 7(27): 17-26.

[35] Berk MS, Grosjean B, Warnick HD. Beyond threats: Risk factors for suicide in borderline personality disorder. *Current Psychiatry* 2009; 8(5): 33-41.

[36] Links PS, Eynan R, Heisel MJ, Barr A, Korzekwa M, McMain S, et al. Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 2007; 21(1): 72-86.

[37] Ashouri A, Habibi Asgarabad M, Torkman Malayeri M, Javan Esmali A. Relationship between suicidal ideation and personality in substance abusers. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 3(3): 249-55.

[38] Kim B, Ahn JH, Cha B, Chung YC, Ha TH, Hong Jeong S, et al. Characteristics of methods of suicide attempts in Korea: Korea National Suicide Survey (KNSS). *Journal of Affective Disorders* 2015; 188: 218-25.

[39] McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68(5): 721-9.

[40] Ryan RM, Brown KW. Why We Don't Need Self-Esteem: On Fundamental Needs, Contingent Love, and Mindfulness: Comment. *Psychological Inquiry* 2003; 14(1): 71-6.

[41] Saffarinia M, Nikoogoftar M, Damavandian A. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Reducing Self-Harming Behaviors in Juvenile Offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre. *Clinical Psychology Studies* 2014; 4(15): 141-58.

[42] Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; 19(2): 265-76.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]

The Relationship between Mindfulness and Borderline Personality and Suicidal Thoughts in People under Methadone Maintenance Therapy in Rafsanjan in 2018: A Descriptive Study

M. Sadeghi[۱], R. Mirzaeirad[۲]

Received: 02/02/2019 Sent for Revision: 05/03/2019 Received Revised Manuscript: 13/07/2019 Accepted: 16/07/2019

Background and Objectives: Using opioids is usually associated with psychophysical disorders or simultaneous polydrug use. Furthermore, suicide in opiate addicts is higher than the normal population. In this study, the relationship between mindfulness and borderline personality and suicidal thoughts in people undergoing methadone maintenance therapy was studied.

Materials and Methods: The population of this descriptive study consisted of people under treatment with methadone referred to governmental centers of methadone maintenance therapy in Rafsanjan in 2017. 200 people were selected from the statistical population using the convenience method and completed the Leichsenring's Borderline Personality Disorder Questionnaire, Bauer's Five Factor Mindfulness Questionnaire and Beck Scale for Suicidal Ideation. Data was analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple linear regression tests.

Results: The results showed that there was a positive and significant relationship between suicidal ideation and borderline personality ($r=0.310$, $p<0.001$), identity disturbance ($r=0.207$, $p=0.003$), primitive defense mechanisms ($r=0.323$, $p<0.001$), reality testing ($r=0.207$, $p=0.003$) and fear of closeness ($r=0.296$, $p<0.001$). Also, there was a significant reverse relationship between observing and describing and suicidal thoughts ($p<0.05$). Meanwhile, the primitive defense mechanisms of borderline personality ($p=0.026$) and describing mindfulness ($p=0.033$) were significant predictors of suicidal thoughts.

Conclusion: The results of this study indicated the relationship between mindfulness and borderline personality disorder and suicidal thoughts in people undergoing methadone maintenance therapy. Therefore, in these people, psychological variables such as personality structures and related disorders, as well as individual attitudes and beliefs about their emotions should be considered.

Key words: Borderline personality, Mindfulness, Suicidal thoughts, Methadone therapy, Rafsanjan

Funding: This study did not have any funding.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Islamic Azad University of Anar Branch approved the study (No 134).

How to cite this article: Sadeghi M, Mirzaeirad R. The Relationship between Mindfulness and Borderline Personality and Suicidal Thoughts in People under Methadone Maintenance Therapy in Rafsanjan in 2018: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 18 (11): 1129-42. [Farsi]

1- MSc in Clinical Psychology, Anar Branch, Islamic Azad University, Anar, Iran, ORCID: 0000-0002-4588-9304
2- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Anar Branch, Islamic Azad University, Anar, Iran, ORCID: 0000-0002-3224-2974
(Corresponding Author)Tel: (034) 34385002, Fax: (034) 34386408, E-mail: rmirzai1616@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.3.9]