

درمان پذیرش و تعهد و اختلال شخصیت دوری‌گزین: مطالعه تک‌آزمودنی

پیمان دوستی^۱، جواد خلعتبری^۲، سحرالسادات ترابیان^۳، سونا خاکپور^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران. (نویسنده مسئول: peyman@dousti.net)
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رامسر، رامسر، ایران.
۳. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره اول، شماره چهارم، بهمن ماه ۱۳۹۵، صفحات ۱۰-۱

چکیده

افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی منزوی بوده و دچار مشکلاتی در ارتباطات بین فردی، شغلی و تحصیلی خود می‌باشند. پژوهش حاضر در پی بررسی‌کاربرد درمان پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت دوری‌گزین می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش مراجعین مرکز خدمات روان‌شناختی شهریور تهران در سال ۹۵ بود و این مطالعه با روش تک‌آزمودنی صورت گرفت. انجام مداخلات و پیگیری یک ماهه در این پژوهش، مجموعاً به مدت ۴ ماه از مرداد ۹۵ تا آذر ۹۵ به طول انجامید. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۲۲ دختر ۲۲ ساله از جامعه مذکور بود. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری دسترس‌هدفمند استفاده شد. ابزار سنجش این پژوهش، معیارهای DSM-5 برای تشخیص اختلال شخصیت دوری‌گزین و مقیاس بالینی میلون بود. مداخله درمان پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی و هفتگی توسط پژوهشگر در محل مرکز خدمات روان‌شناختی شهریور تهران اجرا شد. آزمودنی قبل از درمان، ابتدای جلسه چهارم، ابتدای جلسه ششم، ابتدای جلسه هشتم، ابتدای جلسه دهم، ابتدای جلسه دوازدهم و یک ماه پس از درمان به پرسشنامه پاسخ داد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد. پیگیری یک ماهه نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش علائم اختلال شخصیت دوری‌گزین موثر باشد، اما این یافته‌ها با نتایج برخی از پژوهش‌ها در خصوص تاثیر درمان‌های شناختی رفتاری بر اختلال شخصیت دوری‌گزین متفاوت و با برخی همسو می‌باشد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، اختلال شخصیت دوری‌گزین، مطالعه تک‌آزمودنی

مقدمه

صفت شخصیت، الگوی با دوام درک محیط، دیگران، برقراری ارتباط و فکر کردن به آنها در اکثر تعامل‌ها و تجربه‌های فرد را مشخص می‌کند. وقتی افراد به صورت انعطاف‌ناپذیر در صفت یا مجموعه‌ای از صفات تثبیت شوند ممکن است خود را در معرض مبتلا شدن به اختلال شخصیت^۱ قرار دهند (هال‌جین و ویتبورن^۲، ۲۰۱۴؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۴). در این میان اختلال شخصیت دوری‌گزین^۳ از اختلالاتی است که میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (محمد امینی، نجیمی، ابوالقاسمی و مفتاح، ۱۳۹۳). الگوی فراگیر بازداری اجتماعی، احساسات بی‌کفایتی، و حساسیت مفرط به ارزیابی منفی، که در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد از ویژگی‌های اصلی افراد مبتلا به اختلال شخصیت دوری‌گزین می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). اجتناب از مردم، تجربیات جدید و حتی تجربیات قدیمی، ترس از احمق به نظر رسیدن با میل شدید به پذیرش و محبت ترکیب می‌شود (یوسفی، ۱۳۹۰). افراد مبتلا به این اختلال در یک دور باطل گیر می‌افتند: از آنجا که مشغله ذهنی و نگرانی دایمی آنها طرد شدن و تحویل گرفته نشدن است، به طور دایم گوش به زنگ علایم تحقیر و تمسخر از سوی دیگران هستند. این نگرانی باعث می‌شود آنها تعداد بسیار زیادی از رویدادها را به حساب طرد شدن و تحویل گرفته نشدن بگذارند، و این موضوع باعث می‌شود از دیگران اجتناب کنند. به این ترتیب، مهارت‌های اجتماعی آنها ممکن است ضعیف بشود و به خاطر مهارت‌های اجتماعی ضعیف و غلط، دیگران ممکن است از آنها انتقاد کنند (گنجی، ۱۳۹۴). اختلال شخصیت دوری‌گزین سطح بالایی از همزمانی نشانگان را دارد و با اختلال اضطراب اجتماعی تعمیم یافته (GSAD) هم‌پوشانی دارد (مارکوس، پورتر، کشاویاه، پولاک، ون، استین، و سیمون^۵، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد اختلال شخصیت دوری‌گزین با نفوذترین اختلال شخصیت برای اختلال شخصیت پارانوئید باشد (ودو-سومرفلد، هین، لوون و اسپرمله-انجل^۶، ۲۰۱۶). متخصصین پیشنهاد می‌کنند که روان‌درمانی دراز مدت، درمان انتخابی اختلال شخصیت دوری‌گزین می‌باشد که مولفه قابل توجهی از نتایج با رابطه‌ی درمانی مرتبط خواهد بود. برای افرادی که درمان بلندمدت مناسب نیست و یا در دسترس نمی‌باشد درمان‌های دیگر از قبیل درمان شناختی رفتاری می‌تواند امیدوارکننده باشد (آندروز، هانت، پولاک، تامپسون، ایسن، ماکفی^۷ و همکاران، ۱۹۹۱). شواهدی مربوط به اثربخشی روان‌درمانی برای اختلال شخصیت وجود دارد (بتمن و فونناگی^۸، ۲۰۰۰). در میان مدل‌های روان‌درمانی، درمان پذیرش و تعهد یا ACT که باید به علت تأکید بر عمل آن را به صورت یک کلمه مستقل و نه با حروف جداگانه تلفظ کرد در اواخر سال ۱۹۸۰ توسعه یافت که بخشی از موج سوم رفتار درمانی می‌باشد (هیز^۹،

1. Personality Disorder

2. Halgin & Whitbourne

3. Avoidant personality disorder

4. American Psychiatric Association

5. Marques, Porter, Keshaviah, Pollack, Van, Stein, and Simon

6. Oddo-Sommerfeld, Hain, Louwen and Schermelleh-Engel

7. Andrews, Hunt, Pollock, Thompson, Eisen, and Macfie

8. BATEMAN, ANTHONY W. FONAGY

9. Hayes

۲۰۱۳: ترجمه دوستی و احمدی، ۱۳۹۵). هدف نهایی این مدل افزایش انعطاف پذیری روان شناختی^۱ است. این درمان با ادغام مداخلات مداخلات پذیرش و توجه آگاهی^۲ در راهبردهای تعهد^۳ و تغییر، به درمان جوانان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند، و با معنا کمک می کند (فلکسمن، بلک لیج، باند فرانک، ۲۰۱۱: ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۴). فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان شناختی جز بهنجار تجربه انسان است (هیز، پیسترولو، لوین^۴، ۲۰۱۲). این مدل برخلاف درمان های شناختی- رفتاری^۵ که مستقیماً بر تغییر افکار و احساسات می پردازند به تغییر افکار و احساسات نمی پردازد، بلکه افراد را به پذیرش و آگاه بودن، و مشاهده گر بودن نسبت به خود می رساند (محقق، دوستی و جعفری، ۱۳۹۵). در این درمان، به درمان جو آموخته می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته (افکار و احساسات) بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن ها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها، به طور کامل پذیرفت (فورمان و هربرت^۶، ۲۰۰۸). جستجوی پژوهشگر نشان می دهد که امروزه علاقه مندی به تغییر رفتار از نگاه رفتار درمانی های موج سوم رو به افزایش است. پژوهشگران اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) را بر روی انواع متغیرها از توهمات شنوایی مانند مطالعه ویگا- وارتینز^۷ و همکاران (۲۰۰۷)، تا روان پریشی در پژوهشپانکی و هیز^۸ (۲۰۰۳) نشان داده اند. با وجود مطالعات گسترده در حوزه درمان پذیرش و تعهد (ACT) و همچنین شیوع حدود ۱۰ درصدی اختلال شخصیت دوری گزین در جامعه (محمد امینی و همکاران، ۱۳۹۳)، متاسفانه مطالعات گسترده ای در خصوص اثربخشی درمان های روان شناختی، خصوصاً درمان پذیرش و تعهد و اختلال شخصیت دوری گزین صورت نگرفته است، لذا این مطالعه در پی بررسی کاربرد درمان پذیرش و تعهد در اختلال شخصیت دوری گزین می باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر کاربردی و از جمله طرح های مطالعه تک آزمودنی بود که به دنبال کاربرد درمان پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت دوری گزین بود. جامعه آماری شامل مراجعین مرکز خدمات روان شناختی شهر یور در سال ۹۵ بود. به منظور انتخاب نمونه از روش نمونه گیری در دسترس با تشخیص اختلال شخصیت دوری گزین استفاده شد. انجام مداخلات و پیگیری یک ماهه در این پژوهش، مجموعاً به مدت ۴ ماه از مرداد ۹۵ تا آذر ۹۵ به طول انجامید. قبل از اجرای طرح، به آزمودنی توضیحاتی در خصوص طرح پژوهش داده و به او اطمینان داده شد که نتایج محرمانه باقی می ماند. ملاک های ورود آزمودنی به این پژوهش شامل تشخیص اختلال شخصیت دوری گزین بر اساس ملاک های DSM5 و رضایتمندی جهت شرکت در پژوهش بود. مداخله درمان پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه ۶۰

¹. Psychological flexibility

². mindfulness

³. commitment

⁴. Hayes, Pistorello, Levin

⁵. Cognitive Behavior Therapy (CBT)

⁶. Forman and Herbert

⁷. Veiga-Martínez

⁸. Pankey and Hayes

دقیقه‌ای به صورت انفرادی و هفتگی توسط پژوهشگر در محل مرکز خدمات روان شناختی شهریور تهران اجرا شد. آزمودنی قبل از درمان، ابتدای جلسه چهارم، ابتدای جلسه ششم، ابتدای جلسه هشتم، ابتدای جلسه دهم، ابتدای جلسه دوازدهم و یک ماه پس از درمان به پرسشنامه پاسخ داد. تمام جلسات الگوی ثابت بررسی واکتش به جلسه قبل، بررسی تکلیف، موضوع مربوط به آن جلسه و ارائه تکلیف موضوعات ارائه شده منطبق با فرآیندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد داشتند. ابزار سنجش این پژوهش، معیارهای DSM5 برای تشخیص اختلال شخصیت دوری گزین و مقیاس بالینی میلون^۱ بود. مقیاس بالینی میلون یک پرسشنامه خودسنج استاندارد شده است که دامنه‌ی گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به پرسشنامه را می‌سنجد، مخاطبان آن افراد بالای ۱۸ سال و دارای توانایی خواندن حداقل کلاس هشتم می‌باشد. نسخه فعلی (MCMIII) شامل ۱۷۵ ماده تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس طبقات، ۱- شاخص‌های تغییرپذیری ۲- الگوهای شخصیت بالینی ۳- آسیب‌های شدید شخصیت ۴- نشانگان بالینی ۵- نشانگان شدید بالینی نمره گذاری می‌شود. میلون به طور اختیاری نمره ی ۸۵ را به عنوان وجود قطعی ویژگی مورد نظر، نمره ی پایین تر از ۷۵ را وجود برخی از ویژگی‌های مورد نظر، نمره ۳۵ را نمره ی میانه ی گروه‌های بهنجار یا غیرروانپزشکی و نمره ی ۶۰ را میانه ی جمعیت‌های روانپزشکی تعیین کرد (عباسی، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه به روش آزمون- با آزمون در گروه بیمار (۰.۶۱۱-۰.۷۹۳) و در گروه غیر بیمار (۰.۷۹۵-۰.۹۷۲) و پایایی به روش آلفای کرانباخ (۰.۶۴-۰.۸۹) است. توان پیش بینی مثبت مقیاس‌های شخصیتی (۰.۱۳-۰.۴۷) و مقیاس‌های بالینی (۰.۳۳-۰.۷۸)، توان پیش بینی منفی آزمون (۰.۹۱-۰.۹۹) و توان تشخیص کل (۰.۷۷-۰.۹۷) بدست آمده است (چگینی، دلاور و غرایبی، ۱۳۹۲).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل نموداری و ترسیمی صورت گرفت. پرسشنامه دموگرافیک عواملی چون سن، جنسیت، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات را مورد سنجش قرار داد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی بدین شرح می‌باشد:

خلاصه جلسات

جلسه اول	برقراری رابطه صمیمانه با درمانجو و شرح حال گیری، توضیح درباره تفاوت دنیای درون و بیرون و انجام تمرین‌های مرتبط با آن در کلینیک و منزل.
جلسه دوم	سنجش اولیه ارزش‌ها با استعاره چوب جادویی و برنامه ریزی برای حرکت به سمت ارزش‌ها و ارائه تکلیف منزل برای توجه به دنیای بیرون.
جلسه سوم	تمرین تنفس آگاهانه، بررسی موانع درونی و بیرونی در جهت ارزش‌ها و استعاره مسافران اتوبوس. تمرین منزل شناسایی موانع درونی و بیرونی طی هفته آینده و دوبار تمرین تنفس آگاهانه در روز طی هفته.
جلسه چهارم	بررسی تمرین جلسه گذشته و نشان دادن اینکه موانع درونی قدرت زیادی در دور کردن ما از ارزش‌هایمان دارند و استعاره آب و هوا برای برداشتن تمرکز از آنچه نمی‌توانیم کنترل کنیم. تمرین منزل به

^۱. MCMIII

صورت توجه آگاهانه داشتن به مواقعی که می‌خواهیم یک احساس یا فکر یا رویداد که در کنترل مستقیم ما نیست را کنترل کنیم.

جلسه پنجم
بررسی تمرین جلسه گذشته و بازگشت به استعاره مسافران اتوبوس، استعاره فرد افتاده در چاه و تمرین منزل به صورت شناسایی مواقعی که در زندگی شخصی مشغول کردن در چاه هستید.

جلسه ششم
بررسی تمرین های جلسات گذشته، تمرین خوردن تنقلات به صورت آگاهانه و تمرین اگر افکار شما یک فیلم بودند. ارائه تمرین منزل به صورت نامگذاری بر روی افکار و یادداشت در کاربرگ خود و همچنین حداقل دو وعده غذایی در هفته را توجه آگاهانه خوردن.

جلسه هفتم
بررسی تمرین جلسه گذشته، تمرین فرونشانی فکر و تمرین تماشای افکار. ارائه تمرین منزل به صورت شناسایی مسافران اتوبوس و توجه به این موضوع که کنترل اتوبوس دست شماست یا دست مسافران و یادداشت مواقعی که مسافران اتوبوس را کنترل می‌کردند.

جلسه هشتم
بازخورد از جلسه گذشته، توجه به حس های بدنی، افکار و استعاره هم‌اتاقی. تمرین گشودگی و پذیرش برای منزل.

جلسه نهم
بررسی تمرین جلسه گذشته و تمرین فضا‌گشایی. تغییر در راهبردهای دستور زبانی و بررسی مجدد حرکت به سوی ارزش ها و نگاه دوباره به موانع درونی و بیرونی.

جلسه دهم
تمرین توجه آگاهی نسبت به محیط اطراف، افکار و هیجان های بدنی. تمرین حرکت با چشمان بسته بر روی خط راست و مسابقه طناب‌کشی با هیولا. تمرین منزل شناسایی مواقعی که مشغول مبارزه با هیولا هستید و رها کردن طناب و یادداشت در کاربرگ مخصوص.

جلسه یازدهم
بررسی تمرین جلسه گذشته، استعاره حیات وحش روانی و نگاه بدون قضاوت به افکار و احساسات.
جلسه دوازدهم
جمع بندی جلسات گذشته و آماده سازی درمانجو برای پایان درمان.

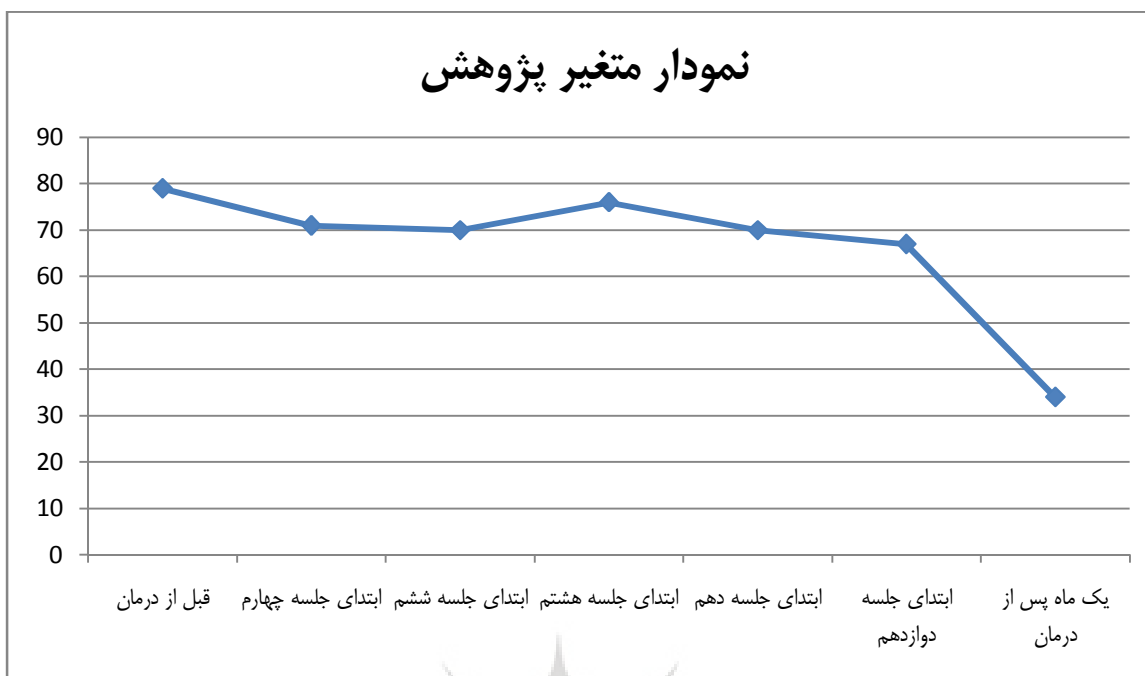
یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه این تحقیق دختر ۲۲ ساله مجرد و دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل نموداری و ترسیم انجام شد به طوری که داده‌های مربوط به متغیر درمانی به صورت ترسیمی و نموداری مورد بررسی قرار گرفتند. در جدول ۲ به بررسی اطلاعات آماری مربوط به نمرات متغیر پژوهش پرداخته می‌شود. همچنین نمودار ۱ به صورت خطی نقطه ای نمرات متغیر پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. اطلاعات آماری نمرات متغیر پژوهش

متغیر پژوهش	قبل از درمان	ابتدای جلسه چهارم	ششم	هشتم	دهم	ابتدای جلسه دوازدهم	یک ماه پس از درمان
اختلال شخصیت دوری‌گزین	۷۹	۷۱	۷۰	۷۶	۷۰	۶۷	۴۷

یافته های جدول ۱ نشان می‌دهد که آزمودنی تغییرات اندکی در حین جلسات داشته است اما پیگیری یک ماهه نشان می‌دهد که پس از یک ماه تغییرات محسوسی در آزمودنی ایجاد شده است.



نمودار ۱. نمرات متغیر پژوهش

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف کاربرد درمان پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت دوری گزین صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که مداخله درمان پذیرش و تعهد در حین جلسات تغییرات اندکی در آزمودنی ایجاد کرده است اما پیگیری یک ماهه گواه از تغییرات قابل ملاحظه‌ای در آزمودنی دارد. جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد که این پژوهش در نوبه خود اولین پژوهش است که به مطالعه درمان پذیرش و تعهد و اختلال شخصیت دوری گزین می‌پردازد و به طور کلی پژوهش‌های اندکی در خصوص اختلال شخصیت دوری گزین و درمان‌های روان‌شناختی صورت گرفته است. با این وجود، یافته‌های این پژوهش با پژوهش براون، هیمبرگ و جاستر^۱ (۱۹۹۵) در خصوص تاثیر روان‌درمانی شناختی رفتاری بر اختلال شخصیت دوری گزین متفاوت بود. آنها نشان دادند افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی پیش‌بینی کننده نتایج درمان شناختی رفتاری نیستند. در این میان نتایج پژوهش الدن و کاپرول^۲ (۱۹۹۳) بهبود در برخی از بیماران و عدم بهبود در برخی دیگر را نشان داد و آنها اعلام کردند افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی بر حسب پروفایل مشکلات بین فردیشان متفاوتند و پاسخ‌های موثر متفاوتی به درمان‌های شناختی رفتاری می‌دهند. حال با توجه به این موضوع که مطالعه حاضر به صورت مطالعه تک آزمودنی صورت گرفته است و همچنین محقق با وجود جستجوی گسترده، نتوانست تحقیقات جدیدی در خصوص تاثیر درمان‌های شناختی رفتاری بر اختلال شخصیت

^۱. Brown, Heimberg and Juster

^۲. Alden and Capreol

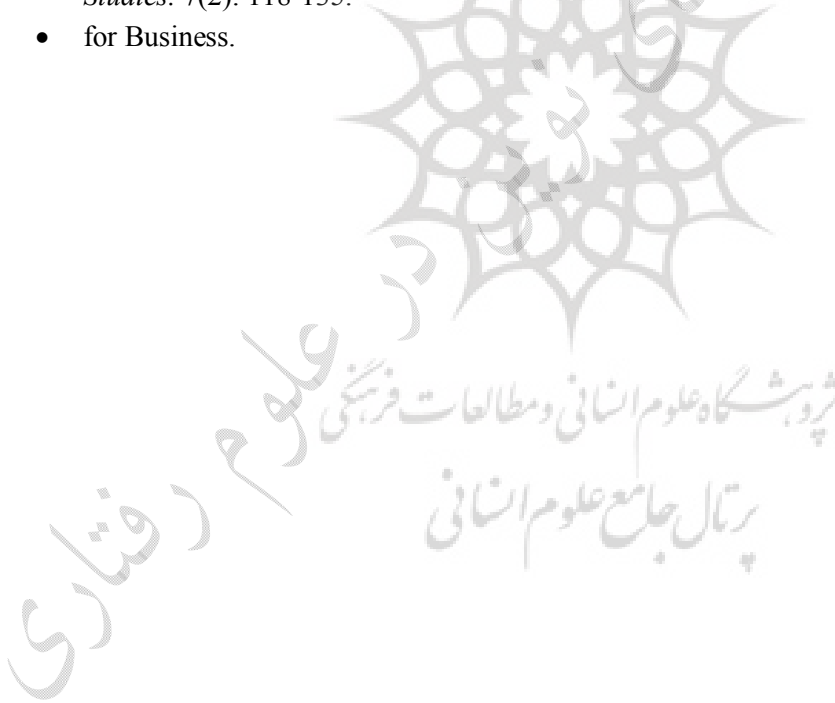
دوری‌گزین پیدا کند، لذا نمی‌توان مقایسه دقیقی با یافته‌های ضد و نقیض محققین پیشین صورت داد. در تبیین این یافته‌ها مبنی بر تاثیر نسبی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت دوری‌گزین در پیگیری یک ماهه می‌توان گفت، افزایش و تکرار تمرین‌ها پس از پایان مدت درمان نتایج مطلوبی بر آزمودنی گذاشته است. از نظرگاه درمان پذیرش و تعهد مبتلایان به اختلال وسواس، اختلال‌های اضطرابی، سومصرف مواد و جز اینها کارکرد یکسانی دارند چون هدفشان اجتناب تجربه‌ای است (ویلسون و دوفرِنسی، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد اجتناب تجربه‌ای در طولانی‌مدت، موجب ادامه یافتن چرخه معیوب علایم این اختلال می‌شود. با شناسایی و حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی با وجود دردهایی که به همراه دارد می‌توان زندگی‌ای غنی و پرمعنا برای خود به وجود آورد. همچنین گسلش یافتن از معانی کلمات، واقعیت ندانستن آنها، یک قدم عقب ایستادن و مشاهده افکار باعث ایجاد گسلش در مراجع می‌شود و آنها را کمتر تهدیدآمیز می‌یابد. همچنین به تمایز خود مفهوم سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر می‌پردازد. این درمان به ارتقای درک فرد بر عدم کنترل افکار می‌پردازد تا فرد، دست از جدال با افکارش برداشته و با پذیرش فعال به کنار گذاشتن اجتناب تجربه‌ای و بازگشت به ارزش‌ها بپردازد. همچنین فرایند توجه آگاهی نقش موثری در این نتایج داشته باشد، چراکه آزمودنی می‌تواند هر لحظه از افکار و احساسات خود آگاه باشد و آگاهانه به آنها پاسخ بدهد. توجه آگاهی به عنوان حالت موثر و بدیل نگرسته‌ای است که با دارا بودن ویژگی‌هایی مانند نیت‌مند بودن، غیر قضاوتی بودن، عدم برابر نگاه کردن افکار با واقعیت‌ها و فعال کردن حالت ذهنی می‌تواند در خارج شدن مراجع از چرخه اندیشناکی کمک کند (خانپور، برجعلی، محمدخانپورسهرابی، ۱۳۹۲). هدف درمان پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (فلکسمن، بلکلج، فرانک، ۲۰۱۱: ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۴). لذا می‌توان گفت توانایی پذیرش احساس‌های ناخوشایند به جای نزاع درونی، جدا شدن از افکار و تماشای بدون قضاوت آنها، تماس با لحظه حال به جای تماس با گذشته و آینده و حرکت در مسیر ارزش‌ها موجب به دست آمدن چنین یافته‌هایی گشته است. این پژوهش نیز مانند تمام پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه محدود و عدم وجود یافته‌های قابل استناد قوی در پیشینه پژوهش بود، بنابراین به نظر می‌رسد تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت‌های دیگر شامل عدم امکان کنترل کافی بر متغیرهای محیطی، خانوادگی و مسائل مربوط به حضور به موقع آزمودنی، انجام دادن تکالیف و نداشتن دوره پیگیری طولانی مدت بود. همانطور که بیان شد پیگیری یک ماهه نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش علائم اختلال شخصیت دوری‌گزین موثر باشد، اما این یافته‌ها با نتایج برخی از پژوهش‌ها در خصوص تاثیر درمان‌های شناختی رفتاری بر اختلال شخصیت دوری‌گزین متفاوت و با برخی همسو می‌باشد. نتایج این مطالعه درک بهتری از تاثیر درمان پذیرش و تعهد را بر اختلال شخصیت دوری‌گزین نشان می‌دهد و به محققان پیشنهاد می‌شود این تحقیق را در سایر جوامع با دامنه سنی گسترده‌تر و مقایسه نتایج حاصل با یکدیگر انجام دهند. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود درمان پذیرش و تعهد را بر سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی، اجرا و نتایج حاصل را با سایر روش‌ها مقایسه نمایند.

¹. Wilson and DuFrence

منابع

- چگینی، مریم. دلاور، علی؛ غرایبی، بنفشه. (۱۳۹۲). ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۳. پژوهش‌های نوین روانشناختی. ۸(۲۹). ص ۱۳۵-۱۶۲.
- عباسی، سمیه. (۱۳۹۳). معرفی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون و ویژگی‌های روانسنجی آن. بازیابی شده از: <http://siavoushan.com/fa/notes-articles-psychometric/268-introduction-to-clinical-multiaxial-inventory.html?showall=1> در تاریخ ۲۰ آبان ۱۳۹۵.
- فلکسمن، پل ا. بلک لچ، ج.ت. باند فرانک و. (۲۰۱۱). *تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی*. ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- رفتار در روانشناسی بالینی. (۷) ۲۸: ۲۷-۳۶.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی DSM-5 ویراست دوم؛ نشر سالیوان.
- محمد امینی، مهدی. نجیمی، آرش. ابوالقاسمی، عباس. مفتاح، سید داود. (۱۳۹۳). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و افراد بهنجار. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۲۱ (۱): ۶۶-۵۸.
- محقق، حسین. دوستی، پیمان. جعفری، داود. (۱۳۹۵). تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرآینگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۶(۲۳): ۸۱-۹۴.
- هالچین، ریچارد پی. کراس ویتبورن، سوزان. (۲۰۱۴). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه سید محمدی، یحیی. (۱۳۹۴). انتشارات روان. جلد ۲.
- هیز، استیون. (۲۰۱۳). *درمان پذیرش و تعهد: گسلس شناختی*. ترجمه دوستی، پیمان. احمدی، فاطمه. (۱۳۹۵). انتشارات فراگیر هگمتانه. چاپ اول: همدان.
- یوسفی، مریم. (۱۳۹۰). *اختلال شخصیت اجتنابی*. *مجله شادکامی و موفقیت*. ۸(۸۷): ۴۶.
- Alden, Lynn E. Capreol, Marthe J. (1993). *Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response*. Behavior therapy. 24(3): 357-376.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (Revised 5 ed). Washington: American Psychiatric Association.
- Andrews, Gavin. Hunt, Caroline. Pollock, Christophe. Thompson, Stephen. Eisen, Melbourne P. Macfie, Sydney C. Spielman, Sydney R. Macfie, B Raphael and J. Macfie, Snowdon C. Quality Assurance Project, The. (1991). *Treatment outlines for avoidant, dependent and passive-aggressive personality disorders*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 404-411.
- BATEMAN, ANTHONY W. FONAGY, PETER. (2000). *Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder*. The British Journal of Psychiatry Aug 2000, 177 (2) 138-143.
- Brown, Elissa J, Heimberg, Richard G. Juster, Haelan. (1995). *Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment*. [Behavior Therapy](#). 26(3):467-486.

- Forman E M, Herbert D. (2008). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies*, chapter to appear in W. O'donohue, Je. Fisher, (Eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*. 2nd ed. Hoboken. NJ: Wiley. 263-26.
- Hayes, Steven. C. Pistorello, Jacqueline. Levin, Michael E (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*. 40(7) 976-1002.
- Marques, Luana. Porter, Eliora. Keshaviah, Aparna. Pollack, Mark H. Van, Ameringen. Stein, Murray B. Simon, Naomi M. (2012). *Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: What does it add?*. *Journal of Anviety Disorders*. 26(6): 665-672.
- Oddo-Sommerfeld, Silvia. Hain, Sarah. Louwen, Frank. Schermelleh-Engel, Karin. (2016). *Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: Pathways through antepartum depression and anxiety*. *Journal of Affective Disorders*. 191(2016);280-288.
- Pankey, Julieann. Hayes, Steven C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 3(2) : 311-328.
- Veiga-Martínez, Carlos. Pérez-Álvarez, Marino. García-Montes, José M. (2007). Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *Clinical Case Studies*. 7(2): 118-135.
- for Business.



Acceptance and commitment Therapy and avoidance personality disorder: single object design

Dousti P Ph.D Student, Khalatbari J Ph.D, TorabianS Ph.d Student, KhakpourS Ma

Abstract

People with Avoidant personality disorder have some problem in interpersonal relations, education and job due to this chronic pattern. Therefore, this study is looking for the application of Acceptance and Commitment Therapy in Patients with Avoidant personality disorder. The design of this study was a single subject. The study population consisted of Tehran's Psychological Services Center clients in 2016. Interventions and one-month follow-up in this study totally took four months from July to December 2016. The study sample consisted of a 22-year-old female student with avoidant personality diagnosis from the mentioned population. Purposive and available sampling method was used. The research assessment tool was DSM5 criteria for the diagnosis of avoidant personality disorder and clinical scale Millon. This clinical scale evaluates avoidant personality disorder too. Acceptance and Commitment Therapy Intervention was individually conducted in 60-minute sessions during 12 weeks by the researcher at Tehran's Psychological Services Center. The participant answered the questionnaire before treatment and at the beginning of the fourth, sixth, eighth, tenth, twelfth session and one month after treatment. In order to analyze data, chart and graphical analysis methods were used. One-month follow-up indicates that Acceptance and Commitment Therapy can be effective, but these findings are in the line of some researches about cognitive behavior therapy and other researches are not.

Keywords: acceptance and commitment therapy, avoidant personality disorder, single subject design