

## درمان پذیرش و تعهد و اختلال شخصیت مرزی: مطالعه تک آزمودنی

بیمان دوستی<sup>۱</sup>، مهسا آقایی ملک آبادی\*<sup>۲</sup>، هادی هاشمی رزینی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول: Mhs.aghaei@gmail.com)
۳. دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره اول، شماره پنجم، اسفند ماه ۱۳۹۵، صفحات ۲۲-۱۳

### چکیده

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بین حالت های هیجانی شدید در نوسان هستند و همین امر موجب ایجاد مشکلاتی در زندگی آنها می شود، لذا پژوهش حاضر به دنبال کاربرد درمان پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می باشد. جامعه آماری این پژوهش مراجعین مرکز خدمات روان شناختی شهریور تهران در سال ۹۵ بود و این مطالعه با روش تک آزمودنی و نمونه گیری در دسترس هدفمند صورت گرفت. نمونه پژوهش حاضر مشتمل بر ۱ دانشجوی دختر با تشخیص اختلال شخصیت مرزی از جامعه مذکور بود. ابزار سنجش این پژوهش، معیارهای DSM-5 برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی و مقیاس بالینی میلون بود. 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 داده ها از روش تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد. نتایج نشان می دهد مداخله درمان پذیرش و تعهد در طول جلسات موجب تغییرات اندکی در مقیاس اختلال شخصیت مرزی شد، اما پیگیری یک ماهه حاکی از تغییرات محسوسی در آزمودنی بود. در تبیین این یافته ها می توان گفت توانایی پذیرش احساس های 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 ارزش ها، موجب به دست آمدن چنین یافته هایی گشته است.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، اختلال شخصیت مرزی، مطالعه تک آزمودنی

## مقدمه

اختلالات شخصیت ناشی از آسیب در روابط میان فردی و درک نادرست از خود و دیگران است که باعث می شود افراد مبتلا به اختلالات شخصیت با باز نمودهای تحریف شده‌ای از خود، دیگران و همچنین روابط ناسالم مشخص شوند (سینها و شاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). وجود پنج مورد، از مجموعه‌ای از نشانه‌ها شامل الگوی بی ثبات روابط میان فردی، خود انگاره، عواطف و تکانشگری محسوس، احساس جدایی یا طرد، اختلال هویت یا رفتار، تهدید و یا ژست خودکشی گرا یا رفتار جرح خویشتن، خشم کنترل نشده، تحریک پذیری و اندیشه پردازی پارانوئید موقتی مرتبط با استرس، بی ثباتی عاطفی ناشی از واکنش پذیری خلق، تحریک پذیری یا اضطراب که معمولاً چند ساعت ادامه می‌یابند و در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> را تشکیل می‌دهند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). وجه تسمیه اختلال شخصیت مرزی این است که قبلاً<sup>۳</sup> تصور می‌شد افراد مبتلا در مرز بین نوروز و سایکوز قرار دارند. مبتلایان به این اختلال وقتی احساس می‌کنند که انتظاراتشان از طرف مقابل برآورده نمی‌شود بسیار نامتعادل و هیجانی می‌شوند، ولی در عین حال از طرد شدن و از دست دادن رابطه می‌ترسند، در نتیجه سردرگم می‌شوند، پس حالت‌ها و نوسانات هیجانی شدیدی را موجب می‌شوند (گنجی، ۱۳۹۴). ویژگی اصلی دیگر اختلال شخصیت مرزی، بی ثباتی هیجانی است که شامل خلق دیسفوریک<sup>۴</sup> و نوسانات شدید خلقی است که به نوعی الگوی رفتاری ویژه‌ای اشاره دارد (وکیلی، کیمیایی و صالحی فدردی، ۱۳۹۵). نرخ شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه حدود ۱٫۶٪ تخمین زده می‌شود اما ممکن است تا ۵٫۹٪ افزایش یابد (هالجین و ویتبورن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۴). این اختلال در ۶۸ تا ۴۲ درصد موارد با عوامل ژنتیکی همراه است و معمولاً تمام اجزای مهم این اختلال در خانواده‌های آنها قابل ردیابی است (لطفی کاشانی و وزیر، ۱۳۹۲). باین وجود اختلال شخصیت مرزی با یک علت شناسی واحد قابل توصیف نیست و مدل زیستی-روانی فرض می‌کند که تعامل عوامل خطر زیستی، روانی-اجتماعی و محیطی بهترین عامل برای رشد اختلالات روانی محسوب می‌شود (کاپودانو<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). براساس راهنمای عملی انجمن روان پزشکی آمریکا، درمان اولیه برای اختلال شخصیت مرزی روان‌درمانی است (اکبری، آقامحمدیان و علیقنبری هاشم آبادی، ۱۳۸۷)؛ که پژوهش‌مورتون<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد<sup>۸</sup> (ACT) می‌تواند روان‌درمانی مناسبی برای اختلال شخصیت مرزی باشد. درمان پذیرش و تعهد (ACT)، درمانی برخاسته از رفتاردرمانگری است که شواهد تجربی فراوانی در خصوص کاهش طیف وسیعی از رنج‌های بشر از جمله اضطراب و افسردگی، تا سوء مصرف مواد، حملات وحشت زدگی (تراپیان و دوستی، ۱۳۹۵)؛ بهبود روابط زوجین (هریس، ۲۰۰۹؛ ترجمه

1. Sinha and Sharan

2. Borderline Personality Disorder

3. American Psychiatric Association

4. Dysphoric

5. Halgin & Whitbourne

6. Capodanno

7. Morton

8. Acceptance and Commitment Therapy

دوستی، هدایتی همدانی و محقق، ۱۳۹۵)؛ ویگا-وارتینز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷)؛ اسکیزوفرنی و توهمات شنوایی (پانکی و هیز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) و اختلال فشار روانی پس از آسیب (میشل و ویدنک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳) را به همراه دارد. ACT با درمان شناختی رفتاری سستی (CBT)<sup>۴</sup> که تقریباً در تلاش است تا به مردم شیوه‌های بهتر کنترل کردن افکار، احساس‌ها، خاطرات و دیگر رویدادهای شخصی را آموزش دهد متفاوت است. این مدل به درمانجویان یاد می‌دهد که احساس‌های خودشان را بدون قضاوت نگاه کنند، چرا که جنگیدن یا اجتناب کردن از هیجان‌ها، اثر آنها را تشدید می‌کند. سپس ACT با استفاده از شش فرایند بنیادین تمرکز خود را از محتوای تجربه‌ها به زمینه تجربه‌ها جابه‌جا می‌کند (هیز، ۲۰۱۳؛ ترجمه دوستی و احمدی، ۱۳۹۵). درمان پذیرش و تعهد با تکنیک‌های رفتاری و تجربی مختلف و شش فرایند بنیادین با هدف تغییر نگاه افراد برای پذیرش خاطرات آسیب‌زای خود و بهبود عملکردشان کمک می‌کند تا آنها به سمت زندگی ای معنادار و ارزشمند قدم بگذارند (میشل و ویدنک، ۲۰۱۳). همانطور که پیش‌تر گفته شد، جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد که تا کنون مطالعات گسترده‌ای در خصوص تأثیر درمان پذیرش و تعهد در خصوص کاهش طیف وسیعی از رنج‌های بشر صورت گرفته است اما با وجود مطالعات گسترده در حوزه درمان پذیرش و تعهد (ACT) و همچنین پیش‌بینی انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) در خصوص احتمال افزایش اختلال شخصیت مرزی تا ۵٫۹٪، متأسفانه مطالعات گسترده‌ای در خصوص کاربرد درمان پذیرش و تعهد در اختلال شخصیت مرزی صورت نگرفته است، لذا این مطالعه به دنبال پاسخ به این سوال است که درمان پذیرش و تعهد چه تأثیری بر اختلال شخصیت مرزی می‌گذارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر کاربردی و از جمله طرح‌های مطالعه تک آزمودنی بود که به دنبال کاربرد درمان پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت مرزی بود. جامعه آماری شامل مراجعین مرکز خدمات روان شناختی شهریور در سال ۹۵ بود. نمونه تحقیق مشتمل بر یک دختر دانشجو بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند با تشخیص اختلال شخصیت مرزی انتخاب 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 می‌ماند. ملاک‌های ورود آزمودنی به این پژوهش شامل تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس ملاک‌های DSM 5 و رضایت‌مندی جهت شرکت در پژوهش بود. مداخله درمان پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه ۶۰ 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 واکنش به جلسه قبل، بررسی تکلیف، موضوع مربوط به آن جلسه و ارائه تکلیف موضوعات ارائه شده منطبق با فرایندهای مرکز درمان پذیرش و تعهد داشتند. ابزار سنجش این پژوهش، معیارهای DSM5 برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی و مقیاس بالینی

1. Veiga-Martínez

2. Pankey and Hayes

3. Michelle R. Woldneck

4. Cognitive Behavior Therapy

میلون<sup>۱</sup> 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 (MCMII-III) 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. مقیاس مرزی در این آزمون ۱۶ گویه دارد و محتوی گویه‌ها مرتبط با خلق بی‌ثبات، خشم، رفتار و واکنش‌های جنجالی، رفتارهای جویای وابستگی، خلق و روابط بی‌ثبات می‌باشد. میلون به طور اختیاری نمره ی ۸۵ را به عنوان وجود قطعی ویژگی موردنظر، نمره پیاپی تراز ۷۵ را وجود برخی از ویژگی‌های موردنظر، نمره ۳۵ را نمره ی میانه ی گروه‌های بهنجار یا غیر روانپزشکی و نمره ی ۶۰ را میانه ی جمعیت‌های روانپزشکی تعیین کرد (عباسی، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه به روش آزمون - بازآزمون 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 غرابی، ۱۳۹۲). تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش با روش تحلیل نموداری و ترسیم‌بصورت 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 منزله 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 تمرین‌های 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

<sup>۱</sup>. MCMII

جلسه هفتم	همچنین حداقل دو وعده غذایی در هفته را توجه آگاهانه خوردن. 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 می کردند.
جلسه هشتم	بازخورد از جلسه گذشته، توجه به حس های بدنی، افکار و استعاره هم اتاقی. تمرین گشودگی و پذیرش برای منزل.
جلسه نهم	بررسی تمرین جلسه گذشته و تمرین فضا گشایی. 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 طناب کشی با هیولا. تمرین منزل شناسایی مواقعی که مشغول مبارزه با هیولا هستید و رها کردن طناب و یادداشت در کاربرد 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.

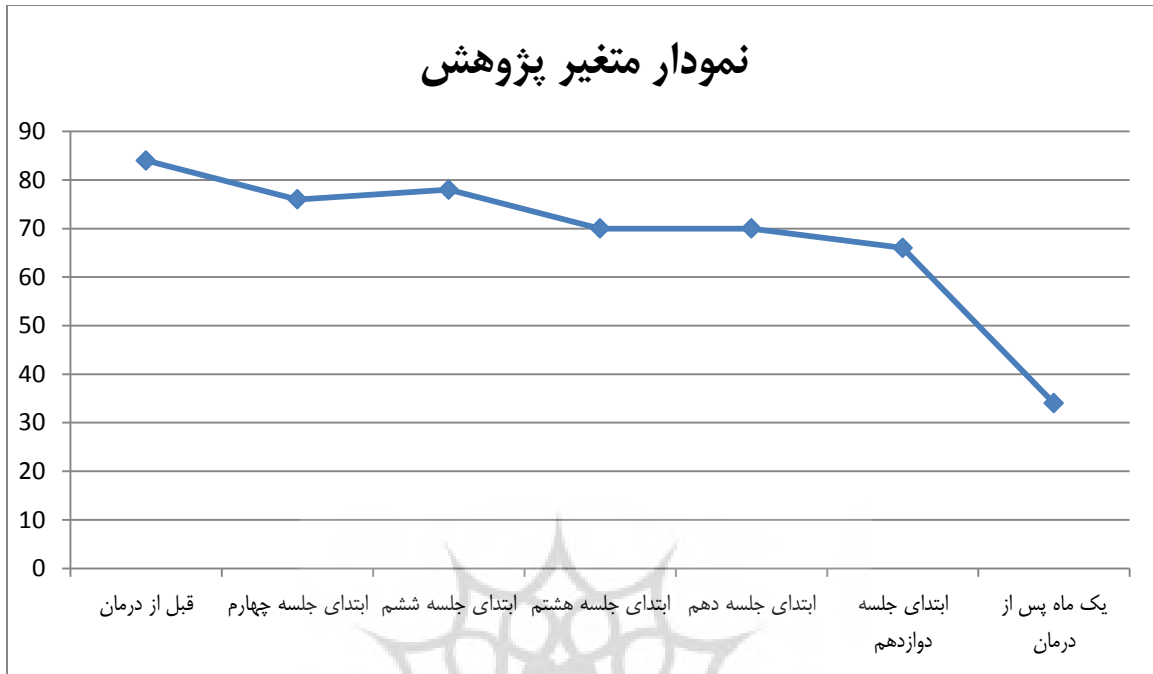
## یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه این تحقیق یک دختر ۲۲ ساله مجرد و دانشجوی سال اول کارشناسی 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 ۱ به بررسی اطلاعات آماری مربوط به نمرات متغیر پژوهش پدیدار گرفته می شود. همچنین نمودار ابه صورت خطی نقطه این نمرات متغیر پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۱- اطلاعات آماری نمرات متغیر پژوهش

متغیر پژوهش	قبل از درمان	ابتدای جلسه چهارم	ابتدای جلسه هشتم	ابتدای جلسه دهم	ابتدای جلسه دوازدهم	یک ماه پس از درمان
اختلال شخصیت مرزی	۸۴	۷۶	۷۰	۷۰	۶۶	۳۴

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



نمودار ۱. نمرات متغیر پژوهش

#### بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر به دنبال کاربرد درمان پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که یک ماه پس از درمان تغییرات قابل ملاحظه‌ای در آزمودنی صورت گرفته است اما نمودار تغییرات در حین جلسات محدود می‌باشد. هرچند مطالعات صورت گرفته در خصوص تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اختلال شخصیت مرزی محدود می‌باشد، اما نتایج این مطالعه با نتیجه مطالعه مورتونوهمکاران (۲۰۱۲) در خصوص کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی با درمان پذیرش و تعهد همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد افزایش و تکرار تمرین‌ها پس از پایان مدت درمان نتایج مطلوبی بر آزمودنی گذاشته است. ACT فرض می‌کند: اجتناب از تجربه رویدادهای درونی ناخوشایند موجب تشدید آنها می‌شود و مبارزه با هیجان‌های ناخوشایند به شدت آنها می‌افزاید، لذا پذیرش رویدادهای درونی ناخوشایند به جای مبارزه با آنها می‌تواند موجب افزایش عملکرد فرد گردد. همچنین شکستن قواعد دستور زبانی و از بین بردن معانی تحت الفظی واژه‌ها به جای چسبیدن به معانی آنها باعث می‌شود که افکار به اندازه قبل تهدیدآمیز نباشد و این موضوع می‌تواند در خصوص رهایی از دام چسبندگی به افکار مفید واقع شود. در مفروضه‌ای دیگر، نگاه کردن به افکار و احساسات از دریچه خویشینی مشاهده گرکمک می‌کند تا آنها کمتر از قبل آزار دهنده باشند. همچنین که ACT معتقد است تلاش برای کنترل یا حذف افکار و احساسات ناخوشایند موجب تشدید آنها می‌شود، این مدل به افراد کمک می‌کند تا به جای جدال با آنها، به پذیرش فعال افکار و احساسات و آگاهی از احساس‌های بدنی خودشان (حس‌های درونی) و دنیای تجربی شان (حس‌های بیرونی) پردازند و متعهد شوند که به سمت یک زندگی غنی و

ارزشمند حرکت کنند. ACT تلاش مستقیمی برای حذف یا کاهش افکار یا احساس های ناخوشایند نمی کند، بلکه هدف نهایی آن الماسی به نام انعطاف پذیری روانی می باشد که با اجرای شش فرآیند بنیادین اتفاق می افتد. این واژه به این معناست که فرد پیوسته تلاش می کند تا به جای تماس با گذشته و آینده، با لحظه حال تماس برقرار کند، ارزش های خود را شناسایی کند و با وجود رویدادهای ناخوشایند در مسیر آنها قدم بگذارد. این پژوهش نیز مانند تمام پژوهش ها با محدودیت هایی مواجه بود. از جمله محدودیت های این پژوهش نمونه محدود بود که این تعداد نمی تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد، بنابراین به نظر می رسد تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت های 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 می تواند در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی موثر باشد، لذا نتایج این مطالعه درک بهتری از تاثیر درمان پذیرش و تعهد را بر اختلال شخصیت مرزی نشان می دهد و به محققان پیشنهاد می شود این تحقیق را در سایر جوامع با دامنه سنی گسترده تر و مقایسه نتایج حاصل با یکدیگر انجام دهند. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می شود درمان پذیرش و تعهد را بر سایر مؤلفه های روان شناختی، اجرا و نتایج حاصل را با سایر روش ها مقایسه نمایند.

#### منابع

- اکبری، جواد. آقامحمدیان، حمیدرضا. علی قنبری هاشم آبادی، بهرام. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی بر علائم اضطراب و تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۰(۴): ۳۱۷-۳۲۳.
- ترابیان، سحرالسادات. دوستی، پیمان. (۱۳۹۵). کاربرد های درمان پذیرش و تعهد. انتشارات فراگیر هگمتانه. چاپ اول: همدان.
- چگینی، مریم. دلاور، علی. غرایبی، بنفشه. (۱۳۹۲). ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه بالینی چند محوری میلیون-۳. پژوهشهای نوین روانشناختی. ۸(۲۹). ص ۱۳۵-۱۶۲.
- عباسی، سمیه. (۱۳۹۳). معرفی پرسشنامه بالینی چند محوری میلیون و ویژگی های روانسنجی آن. بازیابی شده

از (<http://siavoushan.com/fa/notes-articles-psychometric/268-introduction-to-clinical-multiaxial->

[inventory.html?showall=1](http://inventory.html?showall=1) در تاریخ ۲۰ آبان ۱۳۹۵).

- لطفی کاشانی، فرح. وزیری، شهرام. (۱۳۹۲). اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. (۷) ۲۸: ۳۶-۲۷.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). آسیب شناسی روانی DSM-5. ویراست دوم؛ نشر سالیوان.
- وکیلی، جواد. کیمیایی، سید علی. صالحی فدردی، جواد. (۱۳۹۵). اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر نشانه های اختلال شخصیت مرزی زندانیان. مجله روانشناسی بالینی. (۸) ۳۵: ۹۷-۱۰۵.
- هالچین، ریچارد پی. کراس ویتبورن، سوزان. (۲۰۱۴). آسیب شناسی روانی. ترجمه سید محمدی، یحیی. (۱۳۹۴). انتشارات روان. جلد ۲.
- هریس، راس. (۲۰۰۹). درمان پذیرش و تعهد با عشق. ترجمه دوستی، پیمان. هدایتی همدانی، سیده سپیده. محقق، حسین. (۱۳۹۵). انتشارات فراگیر هگمتانه. چاپ اول: همدان.
- هیز، استیون. (۲۰۱۳). درمان پذیرش و تعهد: گسلش شناختی. ترجمه دوستی، پیمان. احمدی، فاطمه. (۱۳۹۵). انتشارات فراگیر هگمتانه. چاپ اول: همدان.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (Revised 5 ed). Washington: American Psychiatric Association.
- Capodanno, Karin H. (1998). *THE THESIS OF THE EFFECTS OF COUNTERTRANSFERENCE ON THE THERAPIST TREATING BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A REVIEW OF THE LITERATURE*. the Faculty of the Rosemead School of Psychology Biola University. California. The united states.
- Michelle R. Woidneck. Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Among Adolescents. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY in Psychology. Utah State University.
- Morton, Jane. Snowdon, Sharon. Gopold, Michelle. Guymer, Elise. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study*. Cognitive and Behavioral Practice. 19(4). 527-544.
- Pankey, Julieann. Hayes, Steven C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 3(2) : 311-328.
- Sinha, Preeti. Sharan, Pratap. (2007). Attachment and Personality Disorders. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*. 3(4):105-112.



- 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.



## Acceptance and Commitment Therapy and borderline personality disorder: single object design

Dousti P Ph.D Student, Aghaeimalekabadi M Ma, HashemiZariniPh.D

### Abstract:

People with borderline personality disorder fluctuate between extreme emotional states that will make create problems in their lives. Therefore, this study is looking for the application of Acceptance and Commitment Therapy in Patients with borderline personality disorder. The design of this study was a single subject. The study population consisted of Tehran's Psychological Services Center clients in 2016. The study sample consisted of a 22-year-old female student with borderline personality diagnosis from the mentioned population. Purposive and available sampling method was used. The research assessment tool was DSM5 criteria for the diagnosis of borderline personality disorder and clinical scale Millon. 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. The results indicate that intervention Acceptance and Commitment Therapy resulted in little change in the borderline personality disorder scale, but a one-month follow-up showed sensible changes in the participant. To explain these findings can be said the ability to accept unpleasant feelings, Separation of thoughts and watch without judging them, contact with the present moment and the pursuit of values has led to the creation of such findings.

**Key words:** acceptance and commitment therapy, borderline personality disorder, single object study