

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پنج عامل شخصیت و مولفه های تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

The effectiveness of treatment with acceptance and commitment on five factors of personality and impulsivity components with borderline personality disorder

Fatemeh Fathi

PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Medical University, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Dr. Shahram Vaziri*

Associate Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran.

shahram.vaziri@gmail.com

Dr. Mehdi Pourasghar

Associate Professor, Department of Psychology, Birjand School of Medicine, Islamic Azad University, Birjand, Iran (Department of Psychiatry, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran).

Dr. Maryam Nasri

Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Medical School, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

فاطمه فتحی

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. (رساله دکتری)
دکتر شهرام وزیری (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

دکتر مهدی پوراصغر

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (گروه روانپزشکی، دانشکده علوم پزشکی، مازندران، ساری، ایران)

دکتر مریم نصری

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پنج عامل شخصیت و مولفه های تکانشگری افراد مبتلا به شخصیت مرزی انجام شد. روش پژوهش از نوع طرح تک آزمودنی A-B-A بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به بخش سرپایی بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینیک خانه معنا ساری در طی خرداد ۱۳۹۹ مراجعه کردند، از میان آنها ۳ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به مدت ۴۰ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. داده ها در سه مرحله خط پایه، درمان، پیگیری در طی ۱۱ ماه با استفاده از پرسشنامه های تکانشگری بارات BIS (بارات و همکاران، ۲۰۰۴) و پنج عامل شخصیت NEO (مک کری و کاستنا، ۲۰۰۴) جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از روش تحلیل نمودار، تغییر پایا، استفاده شد. تحلیل نتایج در مرحله درمان در فرد اول در متغیر توافق در فرد دوم در متغیر های توافق، عصبیت، نمره کل تکانشگری و در فرد سوم در متغیر های عصبیت، تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و نمره کل تکانشگری دیده شد. در مرحله پیگیری در فرد اول تغییرات در مولفه های تکانشگری، در فرد دوم در متغیر های عصبیت، مولفه های تکانشگری و در فرد سوم در متغیر های توافق، عصبیت، مولفه های تکانشگری دیده شد. می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مدت زمان ۱۰ ماه می تواند تغییرات برجسته در افراد مبتلا به شخصیت مرزی ایجاد کند، پژوهش های بیشتر در خصوص تعمیم نتایج درمان نیاز است.

Abstract

The aim of this study was to the effectiveness of acceptance and commitment therapy on five personality factors and impulsivity components in borderline personality disorder. The research method was A-B-A single-subject design. The statistical population included all people with borderline personality disorder who were referred to the outpatient department of Zare Psychiatric Hospital and Mana Sari Clinic during June 2019 From, among them, 3 people were selected by available sampling method and treated for 40 sessions got. Data were collected in three stages of baseline, treatment, and follow-up over 11 months using the Barat BIS Impulsivity Questionnaire (Barat et al., 2004) and the five NEO personality factors (McCreery and Costa, 2004). For statistical analysis, the graph analysis method, stable change, was used. Analysis of the results in the treatment phase was seen in the first person in the agreement variable, in the second person in the variables of agreement, nervousness, total impulsivity score, and in the third person in the variables of cognitive impulsivity, motor impulsivity, and total impulsivity score. In the follow-up phase, changes in impulsive components were seen in the first person, impulsive components in the second person, and impulsive components in the third person in the variables of agreement, nervousness. It can be concluded that treatment based on acceptance and commitment for a period of 10 months can cause significant changes in people with borderline personality, more research is needed to generalize the results of treatment.

Keywords: Borderline personality disorder, five personality factors, impulsivity components, acceptance and commitment based therapy.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، پنج عامل شخصیت، مولفه های تکانشگری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت: خرداد ۱۴۰۰

پذیرش: مرداد ۱۴۰۰

ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۰

مقدمه

شخصیت الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایشها، یا ویژگیهایی تعریف میشود که تا اندازه ای به رفتار افراد تداوم می بخشد. به طور اختصاصی تر، شخصیت، از صفات یا گرایشهایی تشکیل میشود که به تفاوت‌های فردی در رفتار، ثبات رفتار در طول زمان، و تداوم رفتار در موقعیتهای گوناگون می انجامد. (فیست و فیست، ۲۰۰۲). اختلالات شخصیت یکی از موارد شایع در جوامع است، دلیل اهمیت آن این است که میتواند مشکلات وافر، بزرگ و عمیقی در جوامع و به ویژه در بهداشت روانی خانواده ها به بار آورد (بارلو و دیورند، ۲۰۱۲). اختلال شخصیت مرزی،^۱ از شایعترین اختلالات در موقعیت های روانپزشکی است (دباشی، نجفی، رحیمیان، ۱۳۹۷). که تظاهر اصلی آن الگوی نافذ در روابط بین فردی، خودانگاره، عواطف، و تکانشگری بارزی است که از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در زمینه های مختلفی ظهور می کند. آنها در مرز روان نژندی و روان پریشی قرار دارند. همچنین این اختلال از سیر بسیار متغیری برخوردار است. شایع ترین الگو، بی ثباتی مزمن از اوایل بزرگسالی است، همراه با حملات شدید، عدم کنترل هیجان و تکانشگری و میزان زیاد مراجعه به مراکز مراقبت بهداشتی و بهداشت روان است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). ممکن است دچار بی ثباتی عاطفی باشند که از واکنش پذیری شدید خلق ناشی می شود. برآورد می شود این اختلال در ۱-۲٪ کل جمعیت جهان روی داده و شایع ترین اختلال شخصیت است که افراد به خاطر آن تحت درمان قرار می گیرند. چنین برآورد می شود که ۱۰٪ از کل بیماران سرپایی و ۱۵-۲۰٪ از بیماری بستری روانپزشکی به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند. اختلال شخصیت مرزی با استفاده گسترده از درمان های روانپزشکی همراه بوده. ممکن است متخصصان بهداشت روانی و عموم مردم، اختلال شخصیت مرزی را اختلالی مبهم و ناشناخته تلقی کنند (بلک و همکاران، ۲۰۰۴). میزان بهبودی در آن، متغیر است و تعداد خیلی کمی از مراجعان به درمانهای دارویی پاسخ می دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). الگوهای مکرر ترک درمان، حضور نامنظم در جلسات روان درمانی، نا پیروی نافذ از تجویزات درمانی، سطح بالای رفتار شبه خودکشی که پیش بینی کننده ی اقدام به خودکشی است، ۸۴ درصد وقوع خودکشی (گندرسون، ۲۰۰۵). ۴ تا ۵۱ درصد خودکشی کامل که بیانگر نرخ کم و بیش ۱۰ تا ۱۵ درصدی بیشتر مرگ و میر در جمعیت عمومی است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). در حیطه ی شخصیت نظریه های متعددی مطرح شده است که یکی از مهمترین آنها نظریه صفات است. مدل پنج عامل بزرگ شخصیت که توسط کاستا و مک کری دهه ۹۰ بیان شد، یکی از دیدگاههای مهم در این زمینه به شمار می رود (فیست و فیست، ۲۰۰۲). کاستا و مک کری با استفاده از تحلیل عاملی شخصیت به این نتیجه رسیدند که می توان بین ویژگیهای شخصیتی افراد و تفاوت‌های فرد پنج بعد عمده را منظور نمود که شامل روان رنجوری، برون گرایی، انعطاف پذیری، توافق گرایی و با وجدان بودن است (هارن و میشل، ۲۰۰۳). روان رنجوری به تمایل فرد برای تجربه اضطراب، تنش، خودخوری، خصومت، کمرویی، تفکر غیر منطقی، افسردگی و عزت نفس پایین اطلاق می شود که همگی این مولفه ها در افزایش گرایش و اقدام به خودکشی نقش عمده دارند (فنگ، ۲۰۱۲). در حقیقت روان رنجوری عامل زمینه ساز برای افسردگی می باشد و بر اساس نتایج مطالعات متعدد بین افسردگی و اقدام به خودکشی همبستگی قوی و مستقیم وجود

1. Feist

2. Barlow, Durand

3. Borderline Personality Disorder

4. Sadock, Ruiz

5. Beck

6. Genderson

4. Haren, Mitchell

8. Fang

دارد (شاه^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین خلق پایه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی ملال است (انجمن علمی روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برون‌گراها افراد اجتماعی هستند علاوه بر دوستدار دیگران بودن و تمایل به شرکت در اجتماعات و مهمانیها، این افراد اجتماعی هستند. در عمل قاطع، فعال و اهل گفتگو اند. حال آنکه الگوی روابط افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ناپایدار و تشدید یافته است (گندرسون، هافمن، ۲۰۱۵). انعطاف‌پذیری، انسانهایی که در باروری تجربه درونی و دنیای بیرونی کنجکاو بوده و زندگی‌شان سرشار از تجربه است. در توافق‌گرایی، فرد موافق اساساً نوع دوست است و با دیگران احساس همدلی میکند و مشتاق کمک به آنان است و اعتقاد دارد که دیگران نیز با او این رابطه را داشته باشند. مسئولیت‌پذیری، فرد وظیفه‌شناس دارای هدف است و خواسته‌های قوی و از پیش تعیین شده است کارآمد و باکفایت که در تصمیم‌گیری معقول و منطقی میباشند. (هارن و میشل، ۲۰۰۳). امروزه تکانشگری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم پردازی میشود به این معنا که تکانشگری، با عدم بازداری شناختی، روند کند و ناقص تصمیم‌گیری بی ثباتی هیجانی در افراد همراه است (گائو و دیو، ۲۰۰۸). بیماران مرزی دست کم در دو زمینه که به صورت بالقوه، خود-آسیب‌زننده است، تکانشگری نشان میدهند، و تکانشگری یکی از پایدارترین ویژگی‌های شخصیت در بیماران مرزی، شناخته میشود. آنها ممکن است قمارکنند، بدون ملاحظه پول خرج کنند، زیاد غذا بخورند، سوء مصرف مواد و رابطه‌ی جنسی بی پروا و ناگهانی داشته باشند و یا با بی احتیاطی رانندگی کنند (انجمن علمی روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مدت هاست که چالش‌های درمانگران معالجه‌بیماران مرزی شناخته شده است. کمک به بیماران برای تحمل احساسات شدید تحریک شده در شرایط درمانی و تلاش برای جلوگیری از تکانه، واکنش اغلب خطرناک به همان مورد، که می‌تواند از نظر احساسی طاقت فرسا باشد (استرن و یئومانسن، ۲۰۱۸). درمان‌های زیادی در زمینه درمان اختلال شخصیت مرزی مطرح شدند که یکی از آنها درمان‌های شاخه رفتاری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ با تحقیقات اساسی در مورد سازوکارهای اساسی رنج انسان آغاز شد و یک الگوی کلی از روانشناسی و مجموعه مداخلات مرتبط ایجاد کرد (چامپون، ۲۰۰۶). این درمان درباره ایجاد حالت عادی برای ذهن نیست بلکه درباره خارج شدن از ذهن و ورود به زندگی است (هریس، ۱۳۹۴). هیز یک برنامه تحقیقاتی با هدف فهم روشهای تأثیرگذاری زبان و شناخت انسان و حفظ رنجهای عاطفی تهیه کرد. بر اساس این تحقیق، او یک الگوی نظری کلی از روانشناسی را ایجاد کرد که تأکید می‌کند که چگونه زبان و شناخت افراد را به سمت شیوه‌هایی افزایش می‌دهد که باعث افزایش یا حفظ رنج آنها می‌شوند. یکی از پیامدهای اصلی این تحقیق این بود که اجتناب از تجربه، یا اجتناب یا فرار از تجربیات ناخواسته داخلی (به عنوان مثال، افکار و احساسات) و یا موقعیت‌های مربوط به آنها روان را تحریک می‌کند. از این رو، مداخلات با هدف تسهیل در پذیرش بیمار از خود و تجربیات آنها، پادزهر بود. علائم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را می‌توان با تجزیه و تحلیل عملکرد مشابه سایر اختلالات با موفقیت با استفاده از ACT درمان کرد، و احتمالاً از درمان با هدف افزایش آگاهی لحظه‌ای، افزایش پذیرش احساسات دشوار بهره‌مند می‌شود، شناسایی ارزش‌ها را تسهیل کرده و اقدامات متعهدانه را در مورد ارزش‌ها افزایش می‌دهد. از دیدگاه ACT، این احساسات منفی شدید نیست که به خودی خود باعث مشکل است، بلکه اجتناب تجربی (که منجر به افزایش شدت تجارب منفی می‌شود)، آمیختگی با افکار منفی و انتخاب‌های غیر مفیدی که شخص در مورد عمل انجام می‌دهد - به ویژه اقداماتی که بر خلاف ارزشهای اصلی فرد باشد. خودآزایی و سو مصرف مواد مخدر یا الکل یا دارو می‌تواند به عنوان استراتژی‌های اجتناب از تجربه دیده شود (چامپون، ۲۰۰۶). برخی تحقیقات وجود دارد که این دیدگاه را نشان می‌دهد که شدت علائم BPD مربوط به اجتناب از تجربه است (چامپون، ۲۰۰۵) و شدت علائم BPD بیشتر مربوط به اجتناب تجربی است تا عدم تنظیم نظم هیجان یا مشکلات تحمل‌پریشانی (ایورسون، ۲۰۱۲). مشخص شده است که سطوح بالاتر اجتناب از تجربه با احتمال بهبود کمتر افسردگی در مبتلایان به BPD همراه است (برکینگ، ۲۰۰۹). گرچه ثابت شده است که ACT یک درمان موثر برای طیف وسیعی از اختلالات است (توهیگ، ۲۰۱۲). هیچ گزارش منتشر شده‌ای از آزمایشات موفقیت‌آمیز ACT برای BPD، به غیر از یک درمان گروهی که شامل مداخلات ACT توسط گراتز

1. Shah
2. American Psychiatric Association
3. Gullo and Dawe
4. Stern, Yeomans
5. Acceptance and Communicated Therapy
6. Chapman
7. Iverson
8. Berking
9. Twhig

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پنج عامل شخصیت ومولفه های تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی
The effectiveness of treatment with acceptance and commitment on five factors of personality and impulsivity ...

و گوندرسون دردست نیست (گراتز و گندرسون، ۲۰۰۶). تحقیقات اثر بخشی روان درمانی را بر کاهش علائم بیماران مبتلا به شخصیت مرزی گزارش کرده اند فسیپیندرو همکاران (۲۰۱۶) و محمد زاده و همکاران (۱۳۹۶) مای تان^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، سلطانی (۱۳۹۴)، خوریان و همکاران (۱۳۹۷)، استرن^۳ و همکاران (۲۰۱۸)، میزان مبتلایان به این اختلال، با افزایش شدت اختلال در جامعه افزایش می یابد و هر چقدر شدت بیشتر باشد، نیاز به مراقبتهای بهداشتی و درمان افزایش پیدا میکند. بر اساس برآورد انجمن روانپزشکی آمریکا، فراوانی این اختلالات همراه با زمینه ساز بودن آن در بسیاری از مشکلات اجتماعی و بیماریهای محور یک و اثرات منفی آنها بر درمانهای روانشناسی و روانپزشکی حساسیت و ضرورت این مطالعات را به شدت وضوح بخشیده و مبرهن می سازد. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پنج عامل شخصیت ومولفه های تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

روش

در این پژوهش از طرح مطالعه تجربی تک موردی استفاده شد که در آن شرکت کننده های مختلف به صورت موردی در چارچوب روش شناسی A-B-A مورد بررسی قرار می گیرند. به طوری که هر فرد جهت سنجش رفتار هدف قبل از مداخله (A)، حین مداخله (B) و بعد از مداخله (A) مورد ارزیابی قرار می گیرد (گال و گال، ۲۰۱۴). پس از هماهنگی اولیه نمونه گیری به صورت در دسترس از بین مراجعه کنندگان به بخش سرپایی بیمارستان روانپزشکی زارع و کلینیک درمانی خانه معنا شهرستان ساری در سال ۹۹ که دارای اختلال شخصیت مرزی می باشند آغاز شد. به این صورت که از بین افرادی که به علت مشکلات رفتاری برای درمان به بخش درمانگاه بیمارستان زارع ساری و کلینیک درمانی خانه معنا شهرستان ساری مراجعه کرده بودند مصاحبه گرفته شد که توسط روانپزشک به تایید رسید و آن دسته افرادی که معیارها را برآورد می کردند و داوطلب شرکت در پژوهش شده و شرایط ورود به پژوهش را نیز داشتند به تعداد ۳ نفر که معیارهای ورد به تحقیق را دارا بودن تشخیص اختلال شخصیت مرزی با تایید روانپزشک، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم وجود افکار جدی آسیب به خود یا دیگران، عدم وجود سایکوز، عدم وجود اختلالات جسمی محدود کننده و مزمن (نارسایی مزمن کبدی، کلیوی و قلبی) و معیارهای خروج از پژوهش، بروز افکار آسیب به خود یا دیگران غیر قابل کنترل در حین درمان، بروز اختلالات هذیانی یا سایر اختلالات شناختی در حین درمان، تمایل به خروج از طرح در هر مرحله از درمان بود. بر این اساس مداخله روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل ۴۰ جلسه فردی به مدت ۶۰ دقیقه و در طول ۱۰ ماه به صورت یک جلسه در هفته با استفاده از تکنیک های خاص ACT آغاز گردید.

ابزار سنجش

پرسشنامه تکانشگری بارات (BIS) - پرسشنامه خودگزارشگری بارات در سال ۱۹۹۵ توسط پاتون، استنفورد و بارات ساخته شد. ویرایش یازدهم این پرسشنامه توسط ارنست بارت در سال ۲۰۰۴ تدوین شده است (بارت و همکاران، ۲۰۰۴). این پرسشنامه ۳۰ سوال دارد و متمرکز بر سه عامل تکانشگری شناختی، حرکتی و بی برنامهگی است. مقیاس پاسخگویی چهار درجه ای (به ندرت تا تقریباً همیشه) است که بر مبنای شماره سوال مستقیم یا معکوس نمره دهی صورت می گیرد. پاتون، استنفورد و بارت (۱۹۹۵) پایایی درونی به روش آلفا کرونباخ برای نمره کل آن از ۰/۷۶ تا ۰/۸۳ را گزارش کردند. همچنین روایی درونی و پایایی به روش آلفا کرونباخ را به ترتیب برای تکانشگری شناختی ۰/۸۴، ۰/۷۸، برای تکانشگری حرکتی ۰/۷۹ و ۰/۶۵ و برای بی برنامهگی ۰/۸۲، ۰/۶۱ گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه روی یک گروه معتاد و سالم مناسب و زیر مقیاس های آن از همبستگی قابل قبولی برخوردار بوده اند (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷). نادری، حق شناس (۱۳۸۸)، در پژوهشی برای نخستین بار در ایران به اعتبار یابی "مقیاس تکانشگری بارت" با محاسبه همبستگی آن با مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن در جامعه دانشجویی پرداختند. ضریب همبستگی ($P < 0.05$ و $r = 0.28$) و ضرایب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ

1. Gitz, Gunderson
2. M^۲ Tan
3. Stern
4. Gall
5. Barratt Impulsiveness scale

۰/۷۲ و به روش تنصیف ۰/۶۰ بدست آمد (نادری و حق شناس، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب این ابزار است.

پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نئو^۱ (NEO-FFI)- این پرسشنامه توسط مک کری و کاستا در سال ۱۹۸۵ طراحی شد که ۵ عامل شخصیت و ۶ خصوصیت را در هر عامل اندازه گیری می کند ویژگی شخصیتی عبارتند از روان رنجورخویی، برونگرایی، باز بودن، توافق، با وجدان بودن. این پرسشنامه در حال حاضر کاربرد جهانی دارد فرم کوتاه آن شامل ۶۰ سوال است که به زبان های متفاوتی ترجمه شده. مک کری و کاستا (۲۰۰۴) در مطالعه ای که به منظور تجدید نظر در پرسش نامه NEO-FFI بر روی ۱۴۹۲ نفر از افراد بزرگسال انجام دادند، ضریب آلفا کرونباخ C, A, O, E, N را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۷۹، گزارش کردند. در هنجاریابی این پرسشنامه توسط گروسی فرشی (۱۳۸۰) ضریب پایایی به روش همسانی، آلفا کرونباخ به ترتیب روان رنجوری ۰/۸۶، برون گرایی ۰/۷۳، باز بودن ۰/۵۶، توافق ۰/۸۶ و با وجدان بودن ۰/۸۷ محاسبه شد در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب بالا برای هر مورد عبارت بود از ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۸۸ و ۰/۸۶ که پایایی ابزار را تایید می نماید. همچنین مک کری و کاستا (۱۹۸۵) اعتبار پنج عامل بر اساس همبستگی با ارزیابی های همسر و همسالان به ترتیب در دامنه ای از ۰/۴۴ و ۰/۳۶ برای مسئولیت پذیری، ۰/۶۵ تا ۰/۴۸ برای پذیرا بودن، همچنین گزارش شده این ابزار شخصیتی ۸۵ درصد واریانس را در اعتبار همگرا تبیین می کند. کامل ۱۳۹۰ در بررسی روایی همزمان نشان داد، که ضریب همبستگی روان آزرده گرایی و برون گرایی در پرسشنامه نئو با روان آزرده گرایی و برون گرایی در پرسشنامه آیزنک به ترتیب معادل ۰/۶۸ و ۰/۴۷ بود.

در پژوهش حاضر متغیر وابسته در طی چهار مرحله (پیش از درمان، در حین درمان جلسه ۲۰، در انتهای درمان جلسه ۴۰ و یک ماه پس از درمان پیگیری) ارزیابی شد. جلسات به صورت هفتگی و به مدت زمان یک ساعت اجرا شد. تمامی مراحل درمان در روش های درمانی توسط پژوهشگر انجام گرفته است. ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در این پژوهش بدین صورت بود که در ابتدا هدف از اجرای ازمون صادقانه و به دور از ابهام توسط درمانگر برای شرکت کنندگان بطور کامل توضیح داده شد و گفته شد چنانچه مایل باشند نتایج را بدانند بعد از اجرای پژوهش به آن ها گزارش می شود. بر این اساس هدف اصلی ACT افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است. انعطاف پذیری روانشناختی از طریق فرآیندهای ACT ایجاد می شود. این فرآیندها در جلسات فردی شامل استراتژی های زیر است: ذهن آگاهی، ناامیدی خلاق، تفکر شناختی، روشن شدن ارزش ها، اقدام متعهدانه و استفاده از ماتریس ACT. علائم BPD مطابق با اجزای ماتریس ACT شامل رفتارهای خودآزار، اختلال در تنظیم عواطف و اجتناب از تجربی است. جلسات برای ارائه الگوی درمانی طراحی شده، به شرکت کنندگان امکان می دهد یاد بگیرند که احساسات خود را بشناسند و نام ببرند، ارزش های شخصی را بشناسند، چیزهایی را که نمی توانند تغییر دهند، بپذیرند، ترویج انعطاف پذیری شناختی و رفتاری، اجرای استراتژی های حل مسئله، اجرای ذهن آگاهی برای ارتباط با لحظه حاضر، پذیرش در راستای اقدامات خود در هر هفته، مطابق با ارزشهای شخصی و پیشگیری از عود. با توجه به اینکه بیماران BPD عموماً تجربه درونی خود را حفظ می کنند (مثلاً احساسات و شناخت)، که می تواند آنها را به اختلال در تنظیم عواطف سوق دهد، در حین مداخله، تمرکز بر دستیابی به درگیری بیماران با افراد مهم بود که شامل احساسی است، که ارتباط آنها با لحظه کنونی را تسهیل می کند. در عین حال، جلسات برای بررسی مشکلات شخصی بیماران و تقویت آنها نیز طراحی شده است، که برای هر فرد به صورت شخصی این طراحی صورت پذیرفت. مهارتهای آموخته شده برای ارتقاء استفاده روزانه از آنها نیز مورد بررسی قرار گرفت (مورتن، همکاران ۲۰۱۲) و (هریس، امین زاده، ۱۳۹۴) و (استودارد، ۲۰۱۸).

قابل ذکر است تمام جلسات به صورت فردی بر مبنای نیاز فرد طراحی شد در این میان به نیاز هر بیمار به یک ضلع ACT در نظر گرفته شد و بر این مبنای نقشه درمانی ریخته شد، برای هر بخش از سوپروایزر مربوط تایید نهایی دریافت شد.

1. NEO FIVE- factor inventory
2. Neurotic
3. Extraversion
4. Open
5. Agreeement
6. Conscientiousness
7. Mach

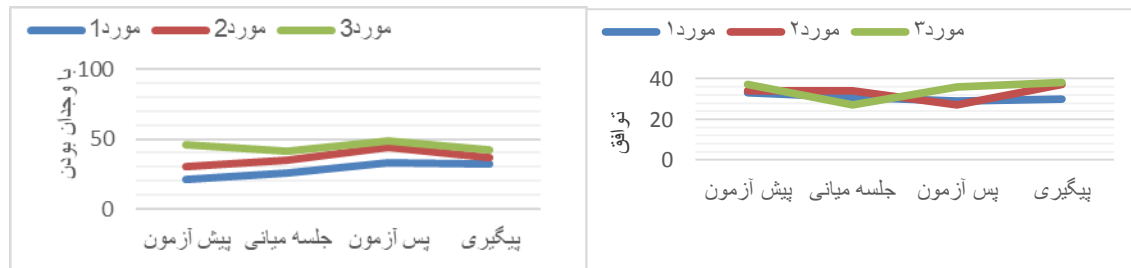
اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پنج عامل شخصیت و مولفه های تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی
The effectiveness of treatment with acceptance and commitment on five factors of personality and impulsivity ...

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول تا پنجم	خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی های اولیه و آشنایی با برنامه، توضیح شش ضلعی های ACT به زبان ساده و با واژگان غیر تخصصی چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "راه رفتن ذهن آگاهانه"، مداخله "خود به عنوان زمینه" به طور غیرمستقیم از طریق تجربه تمرینات مختصر هوشیاری، از جمله "برگ روی رودخانه"، "کلاس درس"، "آسمان و هوا"، "تمرین مشاهده گر"، "شاهزاده و گدا" استفاده شد.
جلسه پنجم تا دهم	چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "کشمش خوردن"، برای جلوگیری از تجارب منفی داخلی طیف وسیعی از تکنیک های خنثی سازی، از جمله "فقط" مشاهده افکار و "اجازه دادن به آنها مانند یک رادیو در پس زمینه" استفاده شد. آموزش مهارت های عواطف متمرکز بر توجه به تجربه بدنی احساسات مختلف، توصیف تجربیات بدنی ("اگر رنگی داشت، چه رنگی بود؟ اگر شکل داشت ...") و توجه به ذهن و استراتژی های پذیرش (به عنوان مثال، "برای آن فضا ایجاد کنید، اجازه دهید آنجا باشد"، "مهمان ناخوانده روی میز" استفاده شد.
جلسات دهم تا پانزدهم	چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "اکتشاف ذهن از یک شی با استفاده از حس"، برای مداخلات دور زدن تله های زبانی با تمرین تجربه، استفاده از استعاره "استفاده تجربه ای از زبان"، "حل مساله"، "به فیل سفید فکر نکن" استفاده شد
جلسه پانزدهم تا بیستم	چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "اسکن بدن" از استعاره "دستپایی که چشم را می پوشانند"، "قاپقی بر روی آب"، "تماشای قطار ذهنی" برای توصیف هم جوشی ها بهره برده شد همچنین از تمرین های گسستگی برای معنی زدایی زبان استفاده شد.
جلسه بیستم تا بیست و پنجم	چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "مشاهده افکار"، برای دستیابی به ارزش، ده گام تا رسیدن به ارزش و "نوشتن خود زندگینامه" کار بروی یافتن ارزش و کاربرد ارزشها تاکید شد.
جلسه بیست و پنجم تا سی و یکم	چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "یک پاکت چیپس"، بر ارزش احساسات به عنوان بخشی از یک زندگی پرغنی و معنادار تأکید شده بود که مداخلات همسو با آن شامل استعاره "قطب نما" (افکار و احساسات) "افکار در جریان مثل ماشینها در اتوبان" برای اقدام مبتنی بر ارزش و در پیش گرفتن راهی که به نظر می رسد راه ساده تری است، مورد بررسی قرار گرفت.
جلسه سی و یکم تا سی و پنجم	چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "همراه بودن با فرآیند"، تمرین خانگی به عنوان "آزمایش" مورد بحث قرار گرفت که به شرکت کنندگان کمک می کند آنچه را که برای آنها واقعاً مهم است روشن کنند و افکار و احساسات دشواری را که به عنوان موانعی برای اقدام مبتنی بر ارزش به وجود آمده اند، شناسایی کنند تا بتوان روی آنها اقدام بیشتری صورت داد
جلسه سی و پنجم تا چهل و یکم	چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "فوت کردن حبابها"، همچنین جلسات با بحث در مورد ایده هایی برای تمرین در منزل، از جمله برنامه ریزی گام های کوچک در یک مسیر ارزشمند، پایان یافت. در راستای تأکید بر انتخاب هوشمندانه، تمرین در خانه تشویق شد اما اختیاری بود

یافته ها

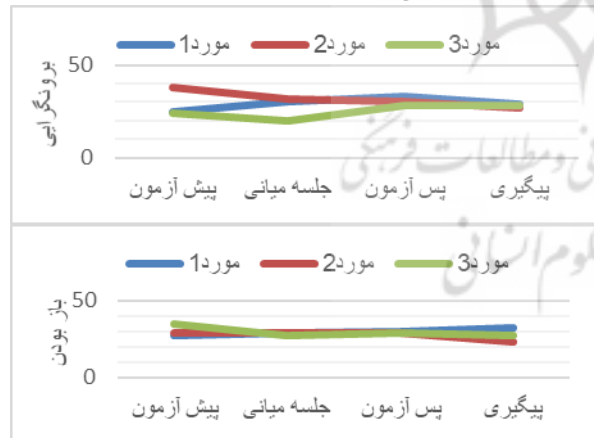
توصیف ویژگی های جمعیت شناختی مورد های مطالعه: مورد اول آقای ۲۵ ساله اهل ساری، مجرد دانشجوی فوق دیپلم کامپیوتر بود و شاغل در مکانیکی بود. مورد دوم خانم ۲۷ ساله اهل زیرآب، متاهل و دانشجوی کارشناسی روانشناسی و مدیر مهد کودک بود. مورد سوم یک خانم ۳۰ ساله اهل قائمشهر و متاهل کارشناس علوم اجتماعی و مربی مهد کودک بود.

پنج عامل شخصیت



نمودار ۱. نمره نمونه‌ها در طی مطالعه در متغیر با وجدان بودن نمودار
نمودار ۲. نمره نمونه‌ها در طی مطالعه در متغیر توافقی

مورد اول در متغیر با وجدان بودن در زمان پایه ۲۱ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند افزایش به ۲۶ تغییر کرد و در زمان پایان جلسات درمانی به ۳۳ افزایش داشت و در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۳۲ تغییر داشت. در مورد دوم در زمان پایه ۳۰ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند افزایش به ۳۵ تغییر کرد و در زمان پایان جلسات درمانی با افزایش ۴۴ و در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۳۷ تغییر داشت. در مورد سوم در زمان پایه ۴۶ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۴۱ تغییر کرد. در پایان جلسات درمانی به ۴۹ افزایش داشت در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۴۲ تغییر داشت. در مورد اول در متغیر توافقی در زمان پایه ۳۳ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با کاهش به ۳۱ تغییر کرد و در پایان جلسات درمانی با کاهش ۲۹ شد. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۳۰ تغییر داشت. در مورد دوم در زمان پایه ۳۴ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی تغییر نکرد. همچنین با ادامه درمان در پایان جلسات درمانی به ۲۷ کاهش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۳۷ تغییر داشت و در مورد سوم در زمان پایه ۳۷ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۲۷ تغییر کرد. در پایان جلسات درمانی به ۳۶ افزایش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۳۸ تغییر داشت.

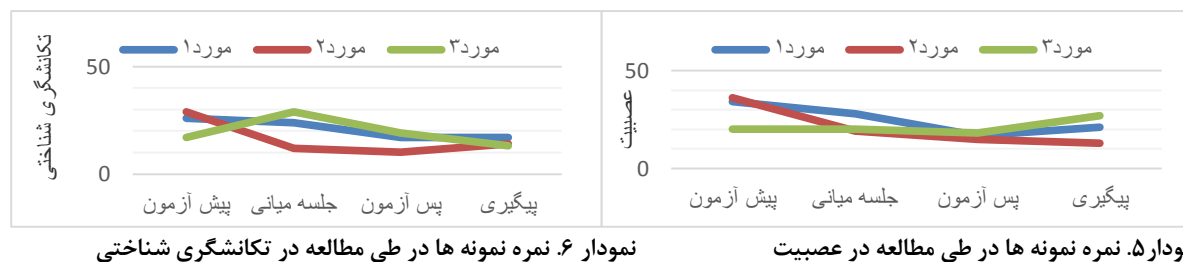


نمودار ۳. نمره نمونه‌ها در طی مطالعه در متغیر باز بودن
نمودار ۴. نمره نمونه‌ها در طی مطالعه در برون‌گرایی

مورد اول در متغیر باز بودن در زمان پایه ۲۷ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با افزایش به ۲۹ تغییر کرد. در پایان جلسات درمانی با افزایش ۳۰ و در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۳۲ تغییر داشت. در مورد دوم در زمان پایه ۲۹ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی و پایان درمان بدون تغییر بود در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۲۳ تغییر داشت در مورد سوم در زمان پایه ۳۵ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۲۷ تغییر کرد. در پایان جلسات درمانی ۲۹ افزایش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۲۷ تغییر داشت. در مورد اول در متغیر برون‌گرایی در زمان پایه ۲۵ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند افزایش به ۳۰ تغییر کرد و در پایان جلسات درمانی با افزایش ۳۳ شد. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۲۹ تغییر داشت. در مورد دوم در زمان پایه ۳۸ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۳۲

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پنج عامل شخصیت و مولفه های تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی
The effectiveness of treatment with acceptance and commitment on five factors of personality and impulsivity ...

تغییر کرد. در پایان جلسات درمانی به ۳۰ کاهش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۲۷ تغییر داشت و در مورد سوم در زمان پایه ۲۴ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۲۰ تغییر کرد. با ادامه درمان در پایان جلسات درمانی به ۲۸ افزایش و تا پیگیری هم در این سطح باقی ماند.



در مورد اول در متغیر عصبیت در زمان پایه پیش آزمون ۳۴ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۲۸ تغییر کرد. همچنین با ادامه درمان در زمان پایان جلسات درمانی با کاهش ۱۷ شد و در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۲۱ تغییر داشت. در مورد دوم در زمان پایه ۳۶ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۱۹ تغییر کرد. در زمان پایان جلسات درمانی به ۱۵ کاهش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۱۳ تغییر داشت و در مورد سوم در زمان پایه پیش آزمون ۲۰ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه تغییر نکرد. در پایان جلسات درمانی نمره ۱۸ شد در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۲۷ تغییر داشت.

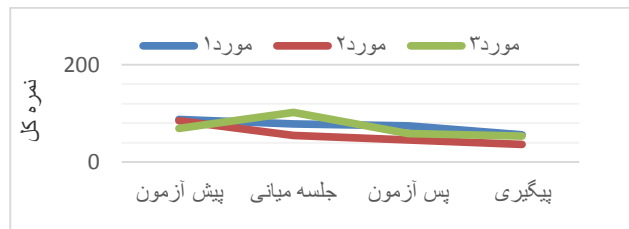
تکانشگری

مورد اول در متغیر تکانشگری شناختی در زمان پایه ۲۶ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۲۴ تغییر کرد. در زمان پایان جلسات درمانی و نیز در زمان پیگیری به ۱۷ کاهش داشت. در مورد دوم در زمان پایه ۲۹ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۱۰ کاهش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۱۴ تغییر داشت. و در مورد سوم در زمان پایه پیش آزمون ۱۷ بود که بعد از شروع مداخله مطالعه با روند افزایش به ۲۹ تغییر کرد. همچنین با در زمان پایان جلسات درمانی به ۱۹ و در پیگیری به ۱۳ تغییر داشت. در مورد اول در متغیر تکانشگری حرکتی در زمان پایه ۲۸ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۲۶ تغییر کرد. در زمان پایان جلسات درمانی به ۳۳ افزایش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۲۰ تغییر داشت. در مورد دوم در زمان پایه پیش آزمون ۲۹ بود که در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۲۲ تغییر کرد. در زمان پایان جلسات درمانی به ۱۸ کاهش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۶ تغییر داشت و در مورد سوم در زمان پایه ۲۸ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۱۶ تغییر کرد. در پایان جلسات درمانی ۱۹ و در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۲۰ تغییر داشت. در مورد اول در متغیر بی برنامه‌گی در زمان پایه ۳۳ بود در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۲۸ تغییر کرد و در زمان پایان جلسات درمانی به ۲۴ کاهش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۱۹ تغییر داشت. در مورد دوم در زمان پایه ۲۷ بود که در جلسه میانی مطالعه با روند کاهش به ۲۱ تغییر کرد و در زمان پایان جلسات درمانی به ۱۸ کاهش داشت. در پیگیری نیز سطح نمره این صفت به ۱۶ تغییر داشت و در فرد سوم در زمان پایه ۲۴ بود که بعد از شروع مداخله در جلسه میانی مطالعه به ۵۷ تغییر کرد. و در زمان پایان جلسات درمانی و پیگیری به ۲۰ تغییر داشت.



نمودار ۸. نمره نمونه ها در طی مطالعه در بی برنامه‌گی

نمودار ۷. نمره نمونه ها در طی مطالعه در تکانشگری حرکتی



نمودار ۹. نمره نمونه‌ها در طی مطالعه در نمره کل

جهت بررسی فرضیه تحقیق نخست اثر بخشی درمان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در هر فرد را با محاسبه شاخص تغییر پایا (RCI) مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی صورت گرفته از زمان پیش‌آزمون به زمان میانه مطالعه مواردی که اندازه ضریب تغییر پایا در مواردی که بیشتر از ۱/۹۶ باشد معنی‌دار است. که بررسی‌ها نشان داد در فرد اول تغییرات معنی‌داری تنها در متغیرهای تکانشگری حرکتی و شناختی، بی‌برنامگی، نمره کل تکانشگری رخ داد در فرد دوم در متغیرهای سردرگمی، نمره کل تکانشگری و در فرد سوم در متغیرهای توافق، عصبیت، تکانشگری حرکتی و شناختی، دیده شد.

جدول ۱. محاسبه شاخص تغییر پایا در بین افراد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون

متغیر	افراد نمونه		
	۱	۲	۳
با وجدان بودن	۱,۶۳	۱,۹۰	۰,۴۱
توافق	-۲,۴۴	-۴,۲۷	-۰,۶۱
باز بودن	۰,۷۳	۰,۰۰	-۱,۴۶
برونگرایی	۰,۶۶	۱,۳۲	-۱,۳۲
عصبیت	-۰,۳۵	-۲,۹۴	-۳,۶۳
شناختی	۰,۴۱	-۱,۸۶	-۳,۹۳
حرکتی	۱۰,۶۶	-۱۹,۱۹	-۲۳,۴۵
بی‌برنامگی	-۱,۳۸	-۳,۱۱	-۳,۱۱
نمره کل تکانشگری	-۱,۸۱	-۶,۴۱	-۲,۱۴

در بررسی صورت گرفته در جدول ۱ از زمان پیش‌آزمون به زمان پس‌آزمون مطالعه مواردی که اندازه ضریب تغییر پایا در مواردی که بیشتر از ۱/۹۶ باشد معنی‌دار است. که بررسی‌ها نشان داد در فرد اول تغییرات معنی‌داری در متغیرهای توافق، رخ داد و تغییرات معنی‌داری در فرد دوم در متغیرهای توافق، عصبیت، بی‌برنامگی، نمره کل تکانشگری رخ داد و در فرد سوم در متغیرهای عصبیت، تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی، بی‌برنامگی، نمره کل تکانشگری تغییرات معنی‌داری طی بازه زمانی پیش‌آزمون به پس‌آزمون دیده شد. در بررسی صورت گرفته از زمان پیش‌آزمون به زمان پیگیری مطالعه مواردی که اندازه ضریب تغییر پایا در مواردی که بیشتر از ۱/۹۶ باشد معنی‌دار است. که بررسی‌ها نشان داد در فرد اول تغییرات معنی‌داری تنها در متغیرهای تکانشگری حرکتی و شناختی، بی‌برنامگی، نمره کل تکانشگری رخ داد در فرد دوم در متغیرهای عصبیت، تکانشگری حرکتی، تکانشگری بی‌برنامگی، نمره کل تکانشگری، رشد یافته رخ داد و در فرد سوم در متغیرهای توافق، عصبیت، شناختی، حرکتی، بی‌برنامگی، نمره کل تکانشگری دیده شد.

جدول ۲. محاسبه شاخص تغییر پایا در بین افراد در پیگیری نسبت به پس‌آزمون

متغیر	افراد نمونه		
	۱	۲	۳
با وجدان بودن	-۰,۲۱	-۱,۴۷	-۱,۴۷
توافق	۰,۲۷	۲,۶۹	۰,۵۴

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پنج عامل شخصیت و مولفه های تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی
The effectiveness of treatment with acceptance and commitment on five factors of personality and impulsivity ...

باز بودن	۳,۵۰	-۱۰,۵۰	-۳,۵۰
برونگرایی	۰۰	-۲,۰۵	-۱,۵۴
عصبیت	۸,۸۸	۳,۹۵	-۱,۹۷
شناختی	-۱,۶۴	۰۰	۱,۰۹
حرکتی	-۱,۹۱	۰۱۵	-۱,۷۶
بی برنامه‌گی	۰۰	-۱,۰۴	-۲,۵۹
نمره کل تکانشگری	-۵۸	-۱,۱۵	-۲,۰۸

در بررسی صورت گرفته در جدول ۲ از زمان پیش از مومن به زمان میانه مطالعه مواردی که اندازه ضریب تغییر پایا در مواردی که بیشتر از ۱/۹۶ باشد معنی دار است. که بررسی ها نشان داد در فرد اول تغییرات معنی داری در متغیر های عصبیت، باز بودن، در فرد دوم عصبیت، باز بودن، برونگرایی، توافق و در فرد سوم در متغیر های عصبیت، باز بودن، تکانشگری، بی برنامه‌گی، نمره کل تکانشگری دیده شد.

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پنج عامل شخصیت و مولفه های تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج در ۴۰ جلسه روان درمانی فردی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از زمان خط پایه تا فاز انتهایی درمانی مطالعه مواردی که اندازه ضریب تغییر پایا در مواردی که بیشتر از ۱/۹۶ باشد قابل توجه اس ارزیابی شد. بررسی ها نشان داد در فرد اول تغییرات در متغیرهای توافق، رخ داد در فرد دوم در متغیرهای توافق، عصبیت، نمره کل تکانشگری و در فرد سوم در متغیرهای عصبیت، مولفه های تکانشگری تغییرات قابل توجهی دیده شد. در بررسی صورت گرفته از زمان خط پایه به زمان پیگیری مطالعه مواردی که اندازه ضریب تغییر پایا در مواردی که بیشتر از ۱/۹۶ باشد قابل توجه است که بررسی ها نشان داد در فرد اول تغییرات در مولفه های تکانشگری رخ داد در فرد دوم تغییرات در متغیرهای عصبیت، تکانشگری حرکتی، تکانشگری بی برنامه‌گی، نمره کل تکانشگری، رخ داد و در فرد سوم تغییرات در متغیر های توافق، عصبیت، تکانشگری حرکتی، نمره کل تکانشگری تغییرات قابل توجهی دیده شد. به این ترتیب می توان گفت درمان ACT بر برخی ویژگی های شخصیتی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر بوده و با توجه به این امر که پژوهش حاضر از جمله پژوهش های بدیع در ایران و سایر کشورها می باشد یافته های مشابه اندکی برای تبیین در دست است، در تبیین انتخاب متغیرهای این پژوهش و تبیین اثربخشی ACT بر علائم یاد شده BPD ایورسون و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی با عنوان بررسی اجتناب از تجربه، بی نظمی هیجانی و تحمل پریشانی در بیماران سرپایی بزرگسال جوان با علائم اختلال شخصیت مرزی پرداختند. شرکت کنندگان ۴۰ بیمار سرپایی بزرگسال جوان در یک مرکز مشاوره دانشگاه بودند که افکار خودکشی فعلی را گزارش کردند و معیارهای تشخیصی BPD یا علائم BPD زیر آستانه را تجربه کردند (یعنی در میان معیارهای تشخیصی، ۳ یا ۴ علائم را داشتند). همبستگی های جزئی نشان داد که هم بی نظمی هیجان و هم اجتناب از تجربه پس از محاسبه افسردگی به طور معنی داری با شدت علائم BPD در ارتباط بودند. با این حال، نه خودگزارشگری و نه محاسبه افسردگی با رفتار تحمل پریشانی ارتباطی با شدت علائم BPD نداشت. تجزیه و تحلیل رگرسیون با بی نظمی هیجان و اجتناب از تجربه به عنوان متغیرهای مستقل نشان داد که تنها اجتناب از تجربه پس از کنترل علائم افسردگی به طور معنی داری با شدت علائم BPD در ارتباط بود. یافته های فعلی نشان می دهد که اجتناب از تجربه ممکن است یک فرایند مرکزی در شدت علائم BPD باشد. که کارکرد متمرکز در روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند راه گشای بر این متغیر باشد. مورتن و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان ACT به جای کاهش ناراحتی، بر پیگیری اقدامات مبتنی بر ارزش و همراه داشتن افکار و احساسات دشوار تاکید می کنند. همچنین گراتز، همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه ای تحت عنوان یک بررسی تجربی از بی نظمی هیجان در اختلال شخصیت مرزی نقش برجسته بی نظمی هیجان در گزارش های نظری اختلال شخصیت مرزی (BPD) را بررسی

1. Iverson

2. Gitz

کرده‌اند. به طور خاص، این مطالعه اندازه‌گیری آزمایشی تحمل‌پیشانی را برای بررسی تفاوت بین بیماران سرپایی با BPD (۱۷ نفر) و افراد فاقد اختلال شخصیت (۱۸ نفر) در ۲ جنبه از بی‌نظمی هیجان را بررسی کرد: (الف) عدم تمایل به تجربه‌پیشانی عاطفی به منظور دنبال کردن رفتار هدفمند و (ب) عدم توانایی در انجام رفتار هدفمند در هنگام‌پیشانی. همانطور که فرض گرفته شد، شرکت‌کنندگان در BPD تمایل کمتری به تجربه‌پیشانی برای دنبال کردن رفتار هدفمند داشتند. با این حال، شرکت‌کنندگان در BPD در هنگام‌پیشانی مشکلات بیشتری را در انجام رفتارهای هدفمند نشان دادند.

در تبیین اثر بخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری و ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باید بیان نمود مورتن و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای تحت عنوان گروه درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی یک مطالعه آزمایشی برای بخش عمومی نشان دادند گروه ACT تغییرات مثبت بیشتر در انعطاف‌پذیری روانشناختی، مهارت‌های تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و ترس از احساسات نشان دادند. پیگیری فقط برای تعداد کمی از شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر بود. پیشرفت‌های به دست آمده توسط شرکت‌کنندگان ACT به جز ترس از احساسات حفظ شد. اضطراب همچنان بهبود می‌یابد، و در پیگیری تفاوت اساسی با وضعیت پایه می‌یابد. ریز، و همکاران (۲۰۱۹) در یک مطالعه با عنوان اثربخشی ترکیب روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیک و تحلیل کارکردی مداخله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان دادند ACT در کاهش شدت علائم BPD و آشفتگی هیجانی، و همچنین دلبستگی بین فردی منفی مؤثر بوده است. این تغییرات مربوط به کاهش اجتناب از تجربه و کسب مهارت‌های ذهن‌آگاهی در تمام گروه‌های درمانی بود، که ممکن است توضیح دهد که چرا هیچ تفاوتی بین سه روش مختلف مداخله مشاهده نشده است که نتایج حاصل از این تحقیق یافته‌های این تحقیق همخوان بود. همچنین، کلارکی و همکاران (۲۰۱۴) مداخله درمان ACT می‌تواند بر بیماران مقاوم به درمان در اختلال شخصیت مرزی منجر به پیشرفت قابل توجهی گردد. هر پژوهشی با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می‌سازد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت است از نمونه‌گیری در ابعاد گسترده با توجه به منابع اندک، همچنین پژوهش در استان مازندران انجام شده که تعمیم نتایج به سایر استان‌ها با توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی متفاوت با محدودیت مواجه است. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، بر روی تعداد نمونه‌های بیشتری و به صورت طرح آزمایشی و در قالب گروه‌های آزمایش و کنترل مطالعاتی انجام گیرد. پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر برخی ویژگی‌های شخصیت و تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مفید باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌ها بیشتر در این زمینه با گروه‌های گسترده‌تری انجام گردد.

منابع

- استودارد، ج.ا. (۱۳۹۶). کتاب بزرگ استعاره‌های ACT. ترجمه رمضان، ح.، مصلح، م.، مهدی نژاد، گ.، محرابی، س. اهران: ویرایش.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM 5. ترجمه رضاعی، ف.، و فخرایی، ع.، و فرمند، آ.، و نیلوفری، ع.، و هاشمی آذر، ژ.، و شاملو، ف. تهران: نشر ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۳).
- انیسی، ج.، مجدیان، م.، جوشن لو، م.، گوهری، م.، کامل، ز. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی نئو در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۵(۴): ۳۵۶-۳۵۱.
- بارلو، د.ا.ج.، دیورند، وی.م. (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه فیروزبخت، مهرداد. تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا. (تاریخ انتشار کتاب به زبان اصلی ۲۰۱۲).
- خدابخش، ر. (۱۳۹۲). مقایسه میزان شیوع اختلال شخصیت در مردان و زنان به وسیله نمرات خام تعدیل شده میلیون III. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۷(۲۲): ۱۲۵-۱۰۳.
- خوریان، م.، و بخشی پور رودسری، ع.، و محمود علی علو، م.، و هاشمی، ت. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی انتقال محور بر کنش تاملی و کاهش نشانه‌های شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله روانشناسی بالینی، ۱۰، ۴۵-۵۷.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پنج عامل شخصیت ومولفه های تکانشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی
The effectiveness of treatment with acceptance and commitment on five factors of personality and impulsivity ...

دباشی، ل.، نجفی، م.، رحیمیان، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی- تحلیلی بر تکانشگری و تجارب تجزیه ای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۰(۲): ۱۵-۲۷.

سادوک، ب.، و سادوک، و.، و روئیز، پ. (۲۰۱۵). *خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*. ترجمه رضاعی، فرزین. تهران: نشر ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۵).

سرمد، ز.، و بازرگان، ع.، و حجازی، ا. (۱۳۸۷). *روش های تحقیق در علوم رفتاری*. چاپ دوازدهم، تهران: انتشارات آگاه.

سلطانی، ز.، و علی پور، گ.، و قاسمی جوبنه، ر.، و سلیمی، ه. (۱۳۹۴). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر کرد. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۶(۳): ۴۷-۵۵.

فیست، ج.، فیست، ج. (۲۰۰۲). *کاربست نظریه های شخصیت*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: روان.

گندرسون، جان؛ هافمن، پری. (۱۳۹۵). *تشخیص و درمان اختلال شخصیت مرزی*. ترجمه جعفرزاده، سید مرتضی؛ میرشجاعیان، مهرداد. تهران: نشر ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۵).

گروسی فرشی، م.، و مهریار، ا.، و قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۰). کاربرد آزمون جدید شخصیتی نفو (NEO) و بررسی تحلیل ویژگی ها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه های ایران. *نشریه علوم انسانی الزهراء*، ۱۱(۳۹): ۱۹۸-۱۷۳.

محمدی زاده، ل.، و مکوندی، ب.، و پاشا، ر.، و بختیارپور، س.، و حافظی، م. (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر کاهش میزان رفتار تکانشی در آشفتگی شخصیت مرزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۷(۱۰۶): ۴۴-۵۳.

نادری، ف.، و حق شناس، ف. (۱۳۸۸). رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان. *یافته های نو در روانشناسی*، ۴(۱۲)، ۱۱۱-۱۲۱.

هریس، ر. (۱۳۹۴). *ACT به زبان ساده*. ترجمه امین زاده، ا. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۹).

- Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (2004). Neuropsychological and cognitive psycho-physiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061
- Berking, M., et al. (2004). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(8): p. 663-670.
- Black, D.W., et al. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3: Special issue): p. 226-239.
- Chapman, A.L. (2006). Acceptance and mindfulness in behavior therapy: A comparison of Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(3): p. 308.
- Chapman, A.L., M.W. Specht, and T. (2005). Cellucci, Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4): p. 388-399.
- Costa P.T., Jr & McCrae R.R. (1992) Reply to Eysenck. *Personality and Individual Differences*, 13, 861-865.
- Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H., & Remington, B. (2014). Acceptance and commitment therapy group for treatment-resistant participants: a randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 179-188.
- Fang, L., et al. (2012). Combined effects of neuroticism and extraversion: findings from a matched case control study of suicide in rural China. *Journal of nervous and mental disease*, 200(7): p. 598-602.
- Fassbinder, E. Schuetze, M. Kranich, A. Sipos, V. Hohagen, F. Shaw, I. Farrell, J. Arntz, A.S.U. (2016). Feasibility of Group Schema Therapy for Outpatients with Severe Borderline Personality Disorder in Germany: A Pilot Study with Three Year Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 7: p. 1851.
- Iverson, K.M., et al. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4): p. 415.
- Gall, M.D., J.P. Gall, and W.R. Borg. (2014). *Applying educational research: How to read, do, and use research to solve problems of practice*. Pearson Higher Ed.
- Genderson, J.H., P. (2005). Diagnosis and treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(5): 530-539.
- Gratz, K.L., et al. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. *Comprehensive psychiatry*, 51(3): p. 275-285.
- Gratz, K.L. and J.G. Gunderson. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 37(1): p. 25-35.
- Gullo, M.J. and S. Dawe. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(8): p. 1507-1518.
- Haren, E.G. and Mitchell, C.W. (2003). Relationships between the five factor personality model and coping styles Psychology & Education. *Journal of An Interdisciplinary*, 40(1), 38-49.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2015). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Morton, J., et al. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4): p. 527-544.

- Morton, J. and L. Shaw, Wise choices. (2020). *Acceptance and commitment therapy groups for people with borderline personality disorder*. Melbourne, Vic.: Australian Postgraduate Medicine.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6):768-74.
- Reyes-Ortega, M.A., et al. (2020). Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3): p. 474-489.
- Stern, B.L. and F. Yeomans. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder: An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. *Psychiatric Clinics*., 41(2): p. 207-223.
- Shah, A.J., et al. (2011). Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. *Archives of general psychiatry*, 68(11): p. 1135-1142.
- Twohig, M.P. (2012). The basics of acceptance and commitment therapy—Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19: p. 499–507
- Tan, Y.M., et al. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PloS one*., 13(11): 206-216.
- Tan, Y. M., C. W. Lee, L. E. Averbek, O. Brand-de Wilde, J. Farrell, E. Fassbinder, G. A. Jacob, D. Martius, S. Wastiaux and G. Zarbock (2018). "Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions." *PloS one* 13(11): e0206039.

