رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۲، شماره پیاپی ۶۹، اسفند ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(12), 2022

اثربخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازمان شخصیت و سبک های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on personality organization and defense styles of people with borderline personality disorder

فاطمه فتحی
دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.(رساله دکترا)
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 پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، مازندران، ساری، ایران).
دکتر مریم نصری
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

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.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازمان شخصیت و سبک های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی بود. 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 شخصیت کرنبرگ IPO (کرنبرگ، ۲۰۰۲) و سبکهای دفاعی DSQ-۴۰ (آندورز و همکاران، ۱۹۹۳) جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از روش تحلیل نمودار، تغییر پایا، استفاده شد. تحلیل نتایج در مرحله درمان، فرد اول در متغیرهای آزمون گری واقعیت، نمره کل سازمان شخصیت، فرد دوم در متغیر های سردرگمی، آزمون گری واقعیت، نمره کل سازمان شخصیت، دفاع رشد یافته و در فرد سوم در سازمان شخصیت، دفاع رشد نیافته و دفاع روان آزرده دیده شد. مرحله پیگیری فرد اول تغییرات در مولفه های آزمون گری واقعیت، سردرگمی، فرد دوم در آزمون گری واقعیت، سردرگمی، نمره کل شخصیت و فرد سوم در متغیرهای آزمون گری واقعیت نمره کل شخصیت، دفاع رشد یافته، دفاع رشد نیافته دیده شد. درمان ACT در مدت زمان ۱۰ ماه می تواند تغییراتی را در افراد مبتلا به شخصیت مرزی ایجاد کند، تحقیقات بیشتر برای تعمیم پذیری یافته ها نیاز است.

واژه‌های کلیدی: *درمان پذیرش و تعهد، سازمان شخصیت، سبک های دفاعی، اختلال شخصیت مرزی*

Abstract

The aim of this study was the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the organization of personality and defense styles of people with borderline personality. The research method was single-subject design A-B-A The statistical population includes all people with borderline personality disorder who were referred to the outpatient department of Zare Psychiatric Hospital and Mana Home Sari Clinic in June 2016. Among them, 3 people were selected by sampling method and treated for 40 sessions. they got. Data were collected in three baselines: treatment, follow-up, and follow-up over 11 months using the Kernberg IPO Personality Questionnaire (Kronberg, 2002) and the DSQ-40 Defense Styles (Anders & et al., 1993). For statistical analysis, the shape analysis method, stable change, was used. Analysis of the results in the treatment phase, the first person in the variables of reality testing, total personality score, the second person in the variables of confusion, reality testing, total personality score, progress growth defense, and the third person in personality, immature defense and Mental defense was seen as annoying. The follow-up stage of the first person was seen in the components of reality testing, confusion, the second person in reality testing, confusion, personality score, and the third person in the real testing variables of personality score, growth defense, immature defense. ACT treatment in 10 months I can make changes in a person with a borderline personality, Further research is needed to generalize the findings.

Keywords: *Acceptance and commitment therapy, personality organization, defensive styles, borderline personality disorder*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** مرداد ۱۴۰۰ | **پذیرش:** شهریور ۱۴۰۰ | **ویرایش نهایی:** اسفند ۱۴۰۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

مقدمه

اختلال شخصیت کلی[1]طبق تعریف پنجمین ویرایش کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری بادوامی که دور از معیارهای فرهنگی فرد است، نفوذی غیر قابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند و موجب ناخوشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می شود. دست کم در دو حوزه از چهار حوزه تظاهر می کند: شناخت، عاطفه مندی، کارکرد بین فردی یا کنترل تکانه (انجمن علمی روانپزشکی امریکا[2] ۲۰۱۳). اختلال شخصیت مرزی[3] نوعی بیماری است که با مشکلات فراگیر عاطفی ، شناختی ، رفتاری و بین فردی مشخص می شود و اغلب با ناتوانی مشخص همراه است (لیبه، زانارینی[4] و همکاران، ۲۰۰۴). این اختلال از شایع ترین اختلالات شخصیت در موقعیت های روانپزشکی است (دباشی، نجفی، رحیمیان، ۱۳۹۷). این اختلال را می توان با تلاشی سراسیمه برای دوری از رهاشدگیِ خیالی یا واقعی، روابط بین فردی بی ثبات، آشفتگی هویت، تکانشگری، رفتارها یا اندیشه خودکشی، تغییرپذیری هیجانی، احساس مزمنِ تهی بودن و ایده پردازی پارانوئیدیِ گذرا و مرتبط با استرس یا نشانه های تجزیه ای شدید توصیف کرد. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی درحدودِ ۵/۶ تا ۱/۳ برآورد شده است (انجمن علمی روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳). این اختلال ،شایع ترین اختلال شخصیت است که افراد به خاطر آن تحت درمان قرار می گیرند. همچنین برآورد می شود که ۱۰٪ از کل بیماران سرپایی و ۱۵-۲۰٪ از بیماران بستری روانپزشکی به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند (بلک، بلوم[5] و همکاران، ۲۰۰۴). الگوهای مکررِ ترک درمان، حضور نامنظم در جلسات روان درمانی، عدم پیروی نافذ از تجویزات درمانی، سطح بالای رفتارِ شبه خودکشی که پیش بینی کننده ی اقدام به خودکشی است، ۸۴ درصد وقوعِ خودکشی (گندرسون[6]، ۲۰۰۵) و ۴ تا ۵۱ درصد خودکشی کامل که بیانگرِ نرخِ کم وبیش ۱۰ تا ۱۵ درصدی بیشترِ مرگ ومیر در جمعیت عمومی است (سادوک و سادوک[7]،۲۰۱۵). با وجود این سازوکارهای تکوین و تداوم شخصیت مرزی، فرآیند تغییرِ درون مراجعان در خلال جلسات، و فنون خاصِ درمانی که باعث چنین تغییراتی میشوند، چندان مشخص نیست. به عبارت دیگر، درخصوصِ فرآیندهای تغییر همچنان ابهاماتی وجود دارد (بوش[8]، ۲۰۱۱). بیماران مرزی اغلب آسیب زایی مزمن و عود کننده داشته اند، تجربه هایی در طول کودکی و نوجوانی، با دشواری هایی که در همه سطوح رشد آشکار است. این دشواری ها را مربوط به احساس تنهایی آنها و مشکلاتشان با یک حافظه محرک آسیب پذیر و یک ظرفیت ضعیف برای حفظ نگه داشتن و تسکین بخشیدن به افراد مهم هنگام مواجهه با استرس جدایی تعریف کرده اند. در روان درمانی ، این معضلات تنهایی، زمانی آشکار می شوند که بیمار به درمانگر وابسته شود و با یک جدایی روبرو شود، مثلاً مربوط به پایان جلسه، شکست همدلی، تعطیلات درمانگر یا عدم توانایی تحمل در احساسات دردناک در بین جلسات. بیمار می تواند در طی این جدایی ها عصبانی شود، یا در صورت خستگی و گناه در مورد عصبانیت، به طور فزاینده ای خودکشی کند (آدلر[9]، ۱۹۹۳). شناخت سازمان شخصیت مراجعان هنگام برنامه ریزی درمان و مشاهده نتایج آن مهم است، اما ابزار اصلی ارزیابی ساختار شخصیت مصاحبه بوده است که استانداردسازی آن دشوار است. بنابراین کرنبرگ و همکارانش گزارش خود را برای عملیاتی کردن سازمان شخصیت ایجاد کردند (لنزورور، کلارکین[10] و همکاران ۲۰۰۱). سازمان شخصیت هر شخص یک روش خاص تفکر، احساس، رفتار و ارتباط با دیگران است که می تواند با مفهوم "شخصیت" خلاصه شود. تفاوت های فردی در عملکرد شخصیت اغلب از نظر ویژگی های شخصیتی توصیف می شود (ویدیگر[11]، ۲۰۰۳). تقریباً نیم قرن پیش ، کرنبرگ مقاله اصلی خود را منتشر کرد که توصیف دیدگاه وی در مورد ویژگیهای اساسی سازمان شخصیت مرزی است - ساختاری گسترده تر از اختلال شخصیت مرزی تعریف شده توسط راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. جدا از این طبقه بندی راهنمایی تشخیصی و آماری، کرنبرگ (۱۹۹۶) یک مدل روان پویایی از اختلال عملکرد شخصیت را ایجاد کرد، با این فرض که اختلالات

1. Pesrsonality Disorder
2 .American Psychiatric Association
3 .Borderline Personality Disorder
4. Lieb, Zanarini
5. Black, Blum
6 .Genderson
7 .Sadock, Ruiz
8 .Busch
9 .Adler
10 .Lenzenweger, Clarkin
11 .Widiger

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

شخصیتی از تلاقی عوامل عصبی زیست شناختی و عوامل محیطی ناشی می شود. کرنبرگ در سال ۱۹۶۷ برای توضیح توسعه اختلال عملکرد شخصیت، مفهوم سازمان شخصیت را معرفی کرد. وی سه سطح از سازماندهی شخصیت را تشخیص داد: روان رنجور ، مرزی و روان پریش. سه سطح از سازمان شخصیت را می توان با موقعیت آن در سه بعد توصیف کرد: (۱) آزمایش واقعیت، که به "ظرفیت تمایز خود از دیگران، محرک های درون روانشناختی از محرک های بیرونی و حفظ همدلی با معیارهای اجتماعی عادی واقعیت" اشاره دارد (۲) تسلط بر مکانیسم های دفاعی بدوی، مانند فرافکنی، انکار، تجزیه یا تقسیم و (۳) انتشار هویت، که به آن شاخصهای روانشناختی و رفتاری اشاره دارد که از یک هویت ضعیف یکپارچه، به ویژه مفاهیم ضعیف ادغام شده از خود و سایر افراد مهم ناشی می شود. سازمان شخصیت روان رنجور توسط آزمایش واقعیت دست نخورده ، مکانیسم های دفاعی بالغ مانند شکل گیری واکنش، انزوا، خنثی سازی، سرکوب و عدم انتشار هویت تعریف می شود. سازمان شخصیت مرزی با آزمایش واقعیت دست نخورده، غلبه مکانیسم های دفاعی بدوی و انتشار هویت مشخص می شود. سرانجام، سازمان شخصیت روان پریش با نقص در هر سه بعد مشخص می شود(کرنبرگ[1]، ۱۹۶۷). دفاع ها آن دسته از اقدامات روانی هستند که مضامین عاطفی ناخوشایند را از حیطه هشیاری خودآگاه به بیرون می رانند (بلکمن[2]، ۲۰۱۳). کرنبرگ، ۱۹۶۷ از میان این ویژگی ها، پنج مکانیزم دفاعی را ذکر کرد: کاهش ارزش، قدرت مطلق، ایده آل سازی اولیه، شناسایی فرافکنی و تقسیم. علیرغم علاقه قابل توجه پزشکان به طور پویا، در دهه های بعدی تحقیقات نسبتاً کمی در این زمینه انجام شده است. این فاصله عمدتاً به دلیل فقدان روشهای قابل اعتماد برای ارزیابی وجود طیف وسیعی از دفاع ها یا حداقل مشتقات آگاهانه آنها بوده است. در ربع قرن گذشته، فقط ۱۰ مطالعه منتشر شده است که سعی در ترسیم مکانیسم های دفاعی مورد استفاده توسط بیماران مرزی داشته است (پری و پریسنیاک[3]، ۲۰۱۳ و باند[4]، ۱۹۹۰) و فقط هشت نفر از آنها به دنبال تعیین این هستند که آیا این دفاع ها بیماران مرزی را از بیماران با سایر تشخیص ها تشخیص می دهد یا خیر (باند، پاریس[5] ، همکاران، ۱۹۹۰ و پری، کوپر[6]،۱۹۸۶ و باند، ۱۹۹۰ و کرامر، دی روتن[7] و همکاران، ۲۰۱۳ و زنارینی و همکارن، ۲۰۰۹ و پری و همکاران، ۲۰۱۳ و پاریس، زیگ فرانک[8] و همکاران، ۱۹۹۶). فرمول بندی ارائه شده در مورد رویکرد درمانی به تنهایی در بیماران مرزی می تواند به عنوان یک چارچوب برای انجام درمان موفقیت آمیز باشد. درمانگرانی که با این بیماران کار می کنند می توانند با استفاده از این فرمول ها مشکلات احتمالی پیچیده در درمان را برطرف کنند (آدلر، ۱۹۹۳). مطالعات نیز حاکی از اثربخشی و تاثیرگذاری برخی از انواع روان درمانی برای این گروه از مراجعان است (کلارکین، کاین[9] و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از روان درمانی های مطرح شده برای این بیماران، درمان های شاخه رفتاری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[10] با تحقیقات اساسی در مورد سازوکارهای اساسی رنج انسان آغاز شد و یک الگوی کلی از روانشناسی و مجموعه مداخلات مرتبط ایجاد کرد. علائم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را می توان با تجزیه و تحلیل عملکرد مشابه سایر اختلالات با موفقیت با استفاده از ACT درمان کرد و احتمالاً از درمان با هدف افزایش آگاهی لحظه ای، افزایش پذیرش احساسات دشوار بهره مند می شود، شناسایی ارزش ها را تسهیل کرده و اقدامات متعهدانه را در مورد ارزش ها افزایش می دهد. 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 می شود)، آمیختگی با افکار منفی و انتخاب های غیر مفیدی که شخص در مورد عمل انجام می دهد - به ویژه اقداماتی که بر خلاف ارزشهای اصلی فرد باشد. خود آزاری و سو مصرف مواد مخدر یا الکل یا دارو می تواند به عنوان استراتژی های اجتناب از تجربه دیده شود (چمپون[11]، ۲۰۰۶). برخی تحقیقات وجود دارد که این دیدگاه را نشان می دهد که شدت علائم BPD مربوط به اجتناب از تجربه است تا عدم تنظیم نظم هیجان یا مشکلات تحمل پریشانی (ایورسون[12]، ۲۰۱۲). گرچه ثابت شده است که ACT یک درمان موثر برای طیف وسیعی از اختلالات است (توهیگ[13]، ۲۰۱۲). هیچ گزارش منتشر شده ای از

1. Kernberg
2. Blackman
3. Perry, Presniak
4 .Bond
5 .Bond, Paris
6 .Perry and Cooper
7 .Kramer, de Roten
8 .Paris, Zweig-Frank
9. Clarkin, Cain
10 .Acceptance and Communicated Therapy
11 .Chapman
12. Iverson
13.Twohig

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

آزمایشات موفقیت آمیز ACT برای BPD ، به غیر از یک درمان گروهی که شامل مداخلات ACT توسط گراتز و گوندرسون دردست نیست (گراتز و گندرسون[1]، ۲۰۰۶). البته که تحقیقات اثر بخشی روان درمانی های مختلف را بر کاهش علائم بیماران مبتلا به شخصیت مرزی گزارش کرده اند، که از بین آن می توان به فسیبیندرو[2] و همکاران (۲۰۱۶) و محمدزاده و همکاران(۱۳۹۶) تان[3]، و همکاران(۲۰۱۸)، سلطانی(۱۳۹۴)، خوریان و همکاران(۱۳۹۷)، استرن[4] و همکاران(۲۰۱۸)، اشاره کرد. 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 (خدابخش، ۱۳۹۲). توجه به طول درمان و تعداد جلسات (۳ سال یا بیشتر اسپری، ۲۰۰۳ ،۴ جلسه در هفته به مدت یک سال یا بیشتر کرینگ، جانسون، داویدسون، نآلل، ۲۰۱۰) میتوان به هزینه بری این مشکلات بیشتر پی برد .از سوی دیگر علیرغم وجود این بیماران در بین افراد عادی، عدم پذیرش نابهنجاری از سوی خود آنها و تردید در عدم سلامت ایشان از سوی دیگران، گاه ویژگیها و شدت این مشکلات به قدری است که حتی تا سرحد جنون هم پیش میرود. این مسئله در شخصیتهای مرزی همراه با حملات میکروسایکاتیک به خوبی روشن است (خدابخش، ۱۳۹۲). هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سازمان شخصیت و سبک های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

روش

در این پژوهش از طرح مطالعه شبه آزمایشی 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[5]، 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 ۱۳۹۹ 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 و آن دسته افرادی که معیارهای ورود را به این شرح که تشخیص اختلال شخصیت مرزی با تایید روانپزشک و سوپروایزر مربوط، 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 (با تایید روانپزشک)، عدم وجود اختلالات جسمی محدود کننده و مزمن (نارسایی مزمن کبدی ا، کلیوی و قلبی، با آزمایش تخصصی) برآورد می کردند و داوطلب شرکت در پژوهش شده به تعداد ۳ نفر وارد تحقیق شدند، بر این اساس 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 (با تایید روانپزشک) ، 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 ۱۲۰ دقیقه و در طول ۱۰ ماه به صورت یک جلسه در هفته با استفاده از تکنیک های خاص ACT آغاز گردید. ملاحظات اخلاقی این پژوهش عبارت بود از شرکت در برنامه درمانی آگاهانه و با دریافت رضایت کتبی از افراد آغاز شد، پرسشنامه های دریافتی با ذکر نام و به صورت کاملا محرمانه و برای ثبت اطلاعات آماری مورد استفاده قرار گرفت، زمان بندی شرکت در برنامه درمانی با رضایت طرفین تنظیم گردید، بیماران هر زمانی که تمایل به خروج از برنامه درمانی داشتند می توانستند از برنامه خارج گردند و هیچ گونه اجباری برای شرکت در برنامه وجود نداشت. همچنین برای تجزیه و تحلیل آماری از روش تحلیل نمودار، تغییر پایا، استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ[6] (IPO): پرسشنامه سازمان شخصیت توسط کرنبرگ (۲۰۰۲) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۳۷ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت می باشد، پرسشنامه سه زیر مقیاس های آزمونگری

1. Gratz, Gunderson
2.Fassbinder
3 .Tan
4. Stern
5 .Gall
6 .Kernberg's Inventory Of Personality Organization (IPO)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

واقعیت، دفاع های روان شناختی نخستین و سردرگمی هویت از سازمان شخصیت را مورد سنجش قرار می دهد. در مطالعه لزنوگر و همکاران (۲۰۰۱) همسانی درونی سردرگمی هویت، آزمون گری واقعیت، دفاع های نخستین به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است، همچنین پایایی عوامل این سیاهه با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین در تحقیق اسکودول،گاندرسون،پفوهل،ویدگر،لوسلی وسبور[1](۲۰۰۲)، نشان داده شده است که بین میزان آسیب روانی و ساختار شخصیت افراد مبتلا بهاختلال شخصیت مرزی،با ابعاد الگوی کرنبرگ،یعنی سردرگمی هویت،دفاع‌های نخستین وآزمونگری واقعیت هماهنگی وجود دارد. همبستگی عاطفه مثبت و منفی با خرده مقیاس افسردگی از پرسشنامه R-90-LCS به ترتیب۰/۵۵-و ۰/۷۲ بوده است که نشانگر روایی مناسب این ابزار می‌باشد. در ایران آل بهبهانی و محمدی (۱۳۸۶) ضرایب پایایی را به روش همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای سه متغیر به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۶۸ گزارش کردند، همچنین ضریب همبستگی بین خرده مقیاس ها با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۵ بود، همچنین آنها نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری بیانگر وجود عوامل دفاع های روانشناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمونگری واقعیت در این سیاهه بود که در مجموع بیش از۳۹/۷۸ درصد واریانس کل آزمون را تبیین کردند. در این پژوهش ضریب آلفا کرونباخ برای سه مقیاس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامۀ سبکهای دفاعی[2] (DSQ-40): این پرسشنامه این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع ها ساخته شده است. DSQ نخستین بار توسط باند و همکارانش به منظور بررسی مکانیزم های دفاعی در افراد بهنجار و بیمار در سال ۱۹۸۳ تدوین گردید که ۸۸ ماده را در بر می گرفت و ۲۴ مکانیزم را وارسی می نمود (اندروزو همکاران ۱۹۹۳). نی شی مورا (۱۹۹۸) پایایی به روش آلفا کرونباخ برای مکانیسم دفاعی رشد نیافته ۰/۷۱ ، روان آزرده ۰/۶۵ و رشد یافته ۰/۷۱ گزارش کرده است. پیرکو و همکارانش[3] بین نشانه های ب دست آمده از SCL-90 و سبک رشد نایافته همبستگی r=0/75 به دست آوردند در حالی که بین همین نشانه ها و سبک های دفاعی روان آرده همبستگی ۰/۲۶ به دست آورد. این پرسشنامه در ایران توسط حیدری نسب و همکاران (۱۳۹۰) در گروه غیربالینی مورد بررسی و وارسی های روانسنجی قرار گرفت و نتایج نمایان گر اعتبار قابل قبول این ابزار در نمونه های ایرانی بوده است. آنها در ارزیابی روایی همگرا سبک های شخصیتی و عوامل شخصیتی بر اساس پرسشنامه Neo-FFI همبستگی منفی ۰/۲۸ را به دست آوردند. ضریب پایایی با استفاده از آلفا کرونباخ در دانش آموزان ۰/۵۲ و در دانشجویان ۰/۵۷ و ضریب همبستگی بین دونیمه ۰/۵۴ گزارش شد. نتایج حاصل از بازآزمایی نیز نمایان گر پایایی قابل قبول DSQ-40 در بین دانشجویان بین ۰/۹۱ و ۰/۳۲ بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونابخ به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ 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 دو ساعت اجرا شد. تمامی مراحل درمان در روش های درمانی توسط پژوهشگر انجام گرفته است. بر این اساس هدف اصلی ACT افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است. 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[4]، همکاران ۲۰۱۲) و (هریس، امین زاده، ۱۳۹۴) و (باخ و موران، ۲۰۱۷).

1. Skodol, Gunderson, Pfhol, Widiger, Livesley, W & Siever
2 .Defense Styles Questionnaire (DSQ)
3 Pirrkoet, et all
4 .Moton

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

قابل ذکر است تمام جلسات به صورت فردی بر مبنای نیاز فرد بر اساس ماتریکس طراحی شد ACT و زیر نظر سوپروایزر طراحی و اجرا شد.

جدول۱. محتوای جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر هفته

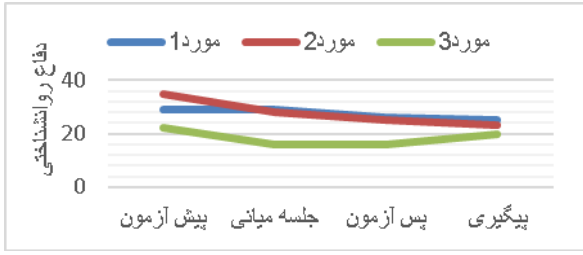
جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول تا پنجم	خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی های اولیه و آشنایی با برنامه، توضیح شش ضلعی های ACT به زبان ساده و با واژگان غیر تخصصی چک کردن مختصر، بررسی تمرین در منزل، یک تمرین کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی"آسمان و هوا"، "تمرین مشاهده گر"، "شاهزاده و گدا" استفاده شد. ایجاد درماندگی خلاقانه و تمرین تلاش برای کنترل احساسات.
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 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 ، " مهمان ناخوانده روی مبل" استفاده شد. ادامه روند درماندگی خلاقانه با تغییر ناکارآمد هدف.
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 "به فیل سفید فکر نکن " استفاده شد.عملکرد ارزشها و استعاره قطب نما و انتخاب بر اساس ارزشها.
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 " دستهایی که چشم را می پوشانند"،برای توصیف هم جوشی ها بهره برده شد همچنین از تمرین های گسستگی برای معنی زدایی زبان استفاده شد. استفاده از استعاره "لیموها ".
جلسه بیستم تا بیست 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 کاربرگ ارزشها تاکید شد. ادامه استعاره "تماس چشمی" برای تمرین هم جوشی زدایی.
جلسه بیست پنجم تا سیم	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)، برای اقدام مبتنی بر ارزش و در پیش گرفتن راهی که به نظر می رسد راه ساده تری است، مورد بررسی قرا گرفت. استفاده از استعاره "ناراحتی تمیز و ناراحتی کثیف" برای پذیرش.
جلسه سیم 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. آموزش برای خلق استعارات خود.
جلسه سی و پنجم تا چهلم	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. آموزش برای خلق استعارات خود.

یافته ها

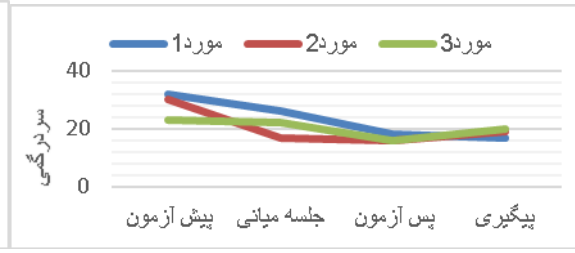
بر این اساس مورد اول آقای ۲۵ ساله اهل ساری، مجرد دانشجوی فوق دیپلم کامپیوتر بود و شاغل در مکانیکی بود. مورد دوم خانم ۲۷ ساله اهل زیرآب، متاهل و دانشجوی کارشناسی روانشناسی و مدیر مهد کودک بود. مورد سوم یک خانم ۳۰ ساله اهل قائمشهر و متاهل کارشناس علوم اجتماعی و مربی مهد کودک بود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

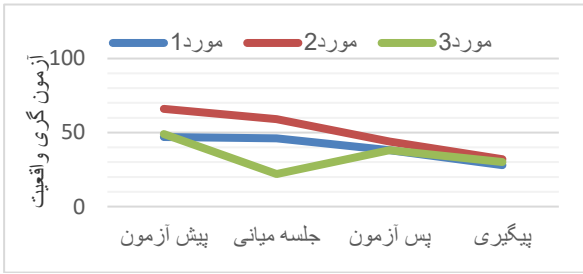
تحلیل نمودارهای سازمان شخصیت به این شرح بود که:



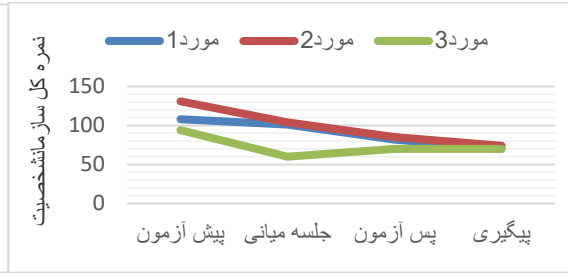
نمودار۱. نمره نمونه ها در طی مطالعه در دفاع روانشناختی



نمودار ۲. نمره نمونه ها در طی مطالعه در سردرگمی

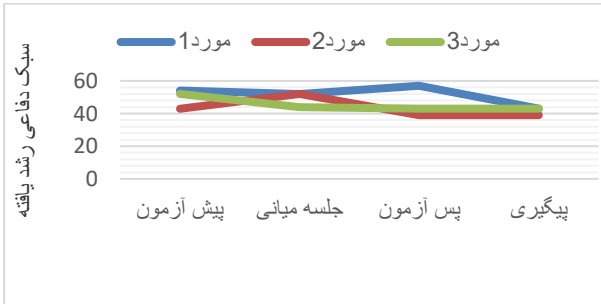


نمودار ۴. نمره نمونه ها در طی مطالعه در آزمون گری واقعیت

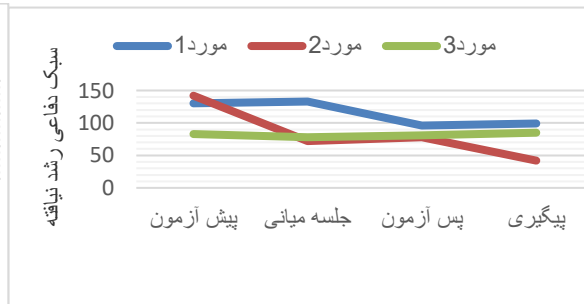


نمودار۳. نمره نمونه ها در طی مطالعه درنمره کل سازمان شخصیت

با توجه به جدول در مورد اول، متغیر دفاع روانشناختی ۲۹ بود که پس از شروع مداخله سه نمره کاهش و در زمان پیگیری نیز روند کاهشی خود را ادامه داد، متغیر سردرگمی ۳۲ بود که پس از آغاز جلسات درمانی ۶ نمره کاهش داشت که این روند کاهشی تا پایان جلسات به ۸ نمره کاهش و در جلسه پیگیری نیز یک نمره دیگر کاهش یافت، متغیر آزمون گری واقعیت در آغاز جلسات ۴۷ بود که پس از شروع مداخله یک نمره کاهش و در انتهای درمان ۶ نمره کاهش یافت و در جلسه پیگیری با ادامه روند کاهشی به ۲۸ رسید، نمره کل سیاهه سازمان شخصیت در زمان پایه ۱۰۸ بود که پس از مداخله ۷ نمره کاهش و در انتهای جلسات ۲۲ نمره کاهش داشت که این روند در جلسه پیگیری به ۷۰ رسید. در مورد دوم متغیر دفاع روانشناختی ۳۵ بود که با ادامه روند درمانی با ۱۰ نمره کاهش به ۲۵ رسید و در جلسه پیگیری دو نمره دیگر کاهش داشت، در متغیر سردرگمی ارزیابی اولیه ۳۰ بود کخ پس از مداخله با ۱۴ نمره کاهش به ۱۶ رسید و در جلسه پیگیری ۴ نمره افزایش داشت، آزمون گری واقعیت نمره ۶۶ بود که در انتهای روند درمان با ۲۲ نمره کاهش رو به رو شدیم و در جلسه پیگیری نیز دوازده نمره کاهش داشت روند، در نمره کل سیاهه سازمان شخصیت نیز این روند کاهشی ادامه یافت و از نمره ۱۳۱ ابتدایی به ۸۵ رسیده و در جلسه پیگیری نیز یازده نمره کاهش داشته، در مورد سوم در متغیر دفاع روانشناختی پس از آغاز جلسات روند کاهشی بود، که از ۲۲ به ۱۶ رسید و در جلسه پیگیری با اندکی افزایش به۲۰ تغییر کرد، متغیر سردرگمی نیز از ۲۳ به ۱۶ و در انتها ۴ نمره افزایش داشته، متغیر آزمون گری واقعیت ۲۹ بوده که به ۳۸ در انتهای درمان فزایش یافته و در جلسه پیگیری کاهش هشت نمره ای داشت، در نمره کل سیاهه سازمان شخصیت روند کاهشی بود از ۹۴ به ۶۰ و در جلسه پیگیری با اندکی افزایش به ۷۰ رسید.

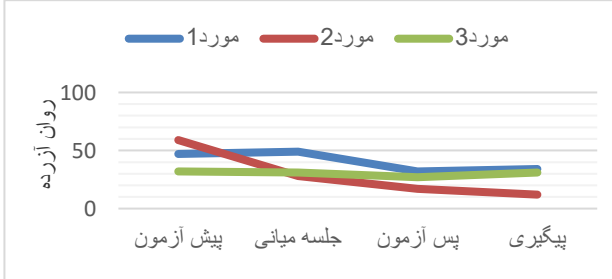


نمودار۳. نمره نمونه ها در طی مطالعه درسبک دفاعی رشد یافته



نمودار ۴.نمره نمونه ها در طی مطالعه در سبک دفاعی رشد نیافته

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]



نمودار ۵. نمره نمونه ها در طی مطالعه در روان ازرده

یافته های ما در این پژوهش نشان داد فرد اول در مرحله پیش آزمون در دفاع های رشد نیافته نمره ۱۳۰ و از دفاع های دلیل تراشی، جابه جایی، گذار به عمل و اوتستیک، در دفاع های روان رنجور نمره ۴۷ و از دفاع های ابطال، عقلانی سازی و دیگر دوستی کاذب، در دفاع های رشد یافته نمره ۵۴ از شوخ طبعی و والایش بیش از همه دفاع ها استفاده می کرد، درانتهای فازدرمانی استفاده از دفاع های رشد نیافته به طرز چشمگیری کاهش یافته با نمره ۹۶ و دفاع مورد استفاده جابه جایی بود، در دفاع های روان رنجور نمره ۳۲ از عقلانی سازی و در دفاع رشد یافته نمره ۵۷ از شوخ طبعی بیشتر از همه استفاده کرد. در فاز پیگیری در دفاعهای رشد نیافته نمره ۹۹ از دفاع جا به جایی استفاده استفاده از دفاع های روان رنجور نمره ۳۴ به طرز چشمگیری کاهش داشته و در دفاع رشد یافته نمره ۴۳ از شوخ طبعی بیش از همه استفاده نمود. فرد دوم در مرحله پیش آزمون در دفاع های رشد نیافته نمره ۱۴۲ از دفاع های بدنی سازی، اوتستیک، جابه جایی، نا ارزنده سازی و گذر به عمل، در دفاع های روان رنجوری نمره ۵۹ از عقلانی سازی، تشکل واکنشی و ابطال و در دفاع های رشد یافته نمره ۴۳ فرونشانی و در فاز انتهای درمان استفاده از دفاع های روان رنجور عقلانی سازی با نمره ۱۷ و رشد نیافته دلیل تراشی با نمره ۷۸ به طرز چشمگیری کاهش داشته و از دفاع پیشاپش نگری و شوخ طبعی در دفاع های رشد یافته نمره ۳۹ و در مرحله پیگیری همچنان استفاده از دفاع های به طرز چشمگیری کاهش و از دفاع پیشاپش نگری و شوخ طبعی در دفاع های رشد یافته با نمره ثابت ۳۹ همچنان استفاده میکرد. و نمره ۴۲ در دفاع رشد نیافته و مکانسیم دلیل تراشی و ۱۲ در دفاع روان رنجور با مکاسیم عقلانی سازی. در فرد سوم در مرحله پیش آزمون دلیل تراشی و اوتستیک در دفاع های رشد نیافته با نمره ۸۳ و تشکل واکنش در دفاع های روان رنجوری با نمره ۳۲، فرونشانی و والایش در دفاع های رشد یافته با نمره ۵۲ استفاده می کرد، در انتهای فاز درمانی دلیل تراشی و واکنش منفعلانه در دفاع های رشد نیافته وبا نمره ۸۱ استفاده از دفاع های روان رنجور به طرز چشمگیر کاهش با نمره ۲۷با مکانیسم دفاعی عقلانی سازی و ابطال و پیشاپیش نگری و شوخ طبعی در دفاع های رشد یافته با نمره ۴۳ و در مرحله پیگیری استفاده از دفاع جا به جایی در دفاع رشد نیافته با اندکی افزایش نمره ۸۵ و اندکی افزایش در استفاده از دفاع های روان رنجور با نمره ۳۱ با همان تکرار نتیجه در مرحله درمان و شوخ طبعی در دفاع های رشد یافته با نمره ثابت با همان تکرار نتیجه در مرحله درمان۴۳ بود.

جدول۲ محاسبه شاخص تغییر پایا در بین افراد در پس ازمون نسبت به پیش ازمون

متغیر	افراد نمونه		
	۱	۲	۳
روان شناختی شخصیت	-۱/۵۴	-۰/۷۷	-۲/۵٦
سردرگمی	-۱/۸٥	-۳/۷۰	-۳/۷۰
آزمون گری واقعیت	-۲.۰۳	-۲.۴۸	-۴.۹۷
نمره کل شخصیت	-۲.۸۷	-۳.۱۱	-۵.۵۱
رشد یافته	-۰/۹۱	-۲.۱۷	۰/۷۲
رشد نیافته	-۰/۰۹	-۱.۴۸	-۲.۷۹
روان ازرده	-۰/۵۱	-۱.۵۴	-۴.۳۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

در بررسی صورت گرفته از زمان پیش ازمون به زمان پس آزمون مطالعه مواردی که اندازه ضریب تغییر پایا در مواردی که بیشتر از ۱/۹۶ باشد برجسته است که بررسی ها نشان داد در فرد اول تغییرات در متغیرهای آزمون گری واقعیت، نمره کل شخصیت رخ داد و تغییرات در فرد دوم در متغیر های سردرگمی هویت، آزمون گری واقعیت، نمره کل شخصیت، دفاع رشد یافته رخ داد و در فرد سوم در متغیر های دفاع های روان شناختی نخستین، روان شناختی شخصیت، سردرگمی هویت، آزمون گری واقعیت، نمره کل شخصیت، دفاع رشد نیافته، روان ازرده دیده شد.

جدول۳ محاسبه شاخص تغییر پایا در بین افراد در پیگیری نسبت به پس آزمون

متغیر	افراد نمونه		
	۱	۲	۳
روان شناختی شخصیت	۱.۲۱	-۳/۳۰	-۰/۶۱
سردرگمی	۴.۳۳	۳/۲۵	-۱/۰۸
آزمون گری واقعیت	-۶/۸۰	-۵/۴۴	-۸/۱۶
نمره کل شخصیت	۰/۰	-۳/۳۸	-۳/۱۰
رشد یافته	۰/۰	۰/۰	-۲/۰۹
رشد نیافته	۰/۵۶	۰/۴۲	-۵/۰۸
روان ازرده	۰/۷۳	۰/۳۶	-۰/۹۱

در بررسی صورت گرفته از زمان پیگیری به پس آزمون مطالعه مواردی که اندازه ضریب تغییر پایا در مواردی که بیشتر از ۱/۹۶ باشد برجسته است .که بررسی ها نشان داد در فرد اول تغییرات در متغیر های آزمون گری واقعیت، سردرگمی در فرد دوم آزمون گری واقعیت، سردرگمی، نمره کل شخصیت و در فرد سوم در متغیر های آزمون گری واقعیت، نمره کل شخصیت، سبک رشد یافته، سبک رشد نیافته دیده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازمان شخصیت و سبکهای دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج در ۴۰ جلسه روان درمانی فردی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد امید بخش بود و حاکی از اثربخشی مناسب این درمان است، از آنجایی که پژوهش حاضر از جمله پژوهش های بدیع در این زمینه است و مطالعات زیادی برای تبیین آن وجود ندارد برخی از آنها به اثربخشی بخشی از آن می پردازند. در تبیین یافته های این پژوهش در بررسی مکانیسم های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بسیاری از نویسندگان این نظریه را مطرح کرده اند که مکانیسم های دفاعی در اختلالات شخصیت نقش دارند. پری، پریسنیانک و اولسون[1] (۲۰۱۲) با مطالعه بر روی ۱۰۷ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور فزاینده ای از دفاع های نابالغ استفاده می کنند. محور اصلی شخصیت مرزی ، ارتباطات قوی با دفاع های مخدوش کننده تصویر، تقسیم تصاویر خود و دیگران و دفاع سطح هیستریک ، تجزیه و سرکوب داشت. زارایني و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی که بر روی سبک های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام دادند نشان داند این افراد به طور فزاینده ای از دفاع های رشد نیافته استفاده می کنند که بعد از درمان استفاده از دفاع های رشد یافته به طرز چشمگیری باقی مانده. لطفی و همکاران (۲۰۱۷) در بررسی نشان داند زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از دفاع های نابالغ بیشتری استفاده کردند که یافته های فوق در این پژوهش نشان داد در مرحله پیش آزمون افراد به طور فزاینده از دفاع های دلیل تراشی، جا به جایی و اوتستیک در دفاع های نابالغ و در دفاع های روان رنجور از ابطال بیش از سایر دفاع ها استفاده کرده اند، به عبارتی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از دفاع های نابالغ بیشتری استفاده کردند. کرنبرگ و همکاران (۱۹۸۱) در تحقیقی تلاش کردند بر اساس مصاحبه ای نشان دهند سازمان شخصیت مرزی را می توان با سه معیار ساختاری از سطوح روان رنجور و روان پریش سازماندهی متمایز کرد: درجه یکپارچگی هویت ، سطح عملیات دفاعی و ظرفیت آزمایش واقعیت.

1.Perry, Presniak, Olson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

تجزیه و تحلیل بیشتر نشان می دهد که مصاحبه ساختاری ممکن است جنبه متفاوتی از عملکرد شخصیت را در رسیدن به تشخیص مرزی نسبت به سایر روشهای مورد مطالعه ایجاد کند. نتایج همچنین نشان می دهد که تشخیصهای ساختاری مرزی به بیمارانی اطلاق می شود که از نظر بالینی دارای آسیب شناسی شدید هستند و با بیمارانی که دارای اختلالات اسکیزوفرنیک توصیف شده اند همپوشانی نداشته باشند. خسروی و رحمتی نژاد (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داند افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مکانیسمهای دفاعی ابتدای (ایدآل سازی، بی ارزشی، انکار) استفاده کرده و همین سبب رفتار های گسسته، متضاد و بی ثبات در آنها می گردد. پاریس (۲۰۰۵) نشان داد وجه مشخصه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بازنمایی دو نیمه شده آنها می باشد که مشخصا نقایص شدید در شکل گیری و حفظ روابط صمیمانه را می توان به فقدان شی درونی شده نسبت داد که منجر به آرمانی سازی، بی ارزشی دیگران و ترس از رهاشدگی و حساسیت به طرد در این افراد می گردد که خود سبب اثبات واقعیت آزمایی ضعیف در آنها می شود. تحلیل نتایج ما در مرحله خط پایه نشان داد که هر سه فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور فزاینده ای از دفاع های رشد نیافته استفاده می کنند که غالب این دفاع های رشد نیافته جا به جایی، دلیل تراشی و اوتیستیک بود که با تمام پژوهش های حاضر همسو بوده پژوهش حاضر همچنین نشان داد که هر سه فرد بعد از دفاع رشد نیافته از دفاع روان رنجور بیشتر استفاده می کنند که بیشترین دفاع در این بین مربوط به عقلانی سازی و ابطال می شده. یافته های ناهمسویی در این زیمنه یافت نشد همچنین در در تبیین اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیسمهای دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می توان گفت، لطفی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند علائم در مردان مبتلا به اختلال شصیت مرزی مردان بیشتر از زنان از مکانیسم های نابالغ و روان رنجور استفاده می کنند. مردان همچنین از شیوه های مقابله ای با تمرکز بر احساسات و اجتناب بیشتر استفاده می کنند، تحلیل نتایج ما همچنین نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله درمان در فرد دوم سبب افزایش استفاده از دفاع رشد یافته و در فرد سوم سبب کاهش استفاده از دفاع رشد نیافته و روان رنجور شد. و در مرحله پیگیری در فرد سوم تغییر چشمگیر در افزایش استفاده از دفاع رشد یافته، کاهش استفاده دفاع رشد نیافته دیده شد.

در تبیین اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازمان شخصیت و ، ایورسون[1] 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. 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. 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[2] و همکاران ،(۲۰۱۲) در مطالعه ای 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 داند گروه ACT تغییرات مثبت بیشتر در انعطاف پذیری روانشناختی ، مهارت های تنظیم هیجان ، ذهن آگاهی و ترس از احساسات نشان داند. عینی و نریمانی (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند ذهن آگاهی می تواند بر افزایش قدر ایگو و کاهش استفاده از مکانیسم های دفاعی رشد نایافته و روان رنجور موثر باشد. بتامن و فانگوری[3] (۲۰۱۶) چنین بیان کردند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در شرایط استرس زا به دلیل سبک‌های دلبستگی ناایمن، مهارتهای ذهنی سازی خود را از دست میدهد به راههایی که کودکان خردسال قبل از رشد ظرفیتهای ذهنی سازی خود رفتار میکردند متوسل میشوند که در واقع حاالت پیش ذهنی سازی،غایت شناختی، هم ارزی روانی و حالت وانمودی است. پالک[4] و همکاران (۲۰۱۶) بیان کردند به نظر میرسد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، توجه بیماران را به دو جنبۀ اساسی از تجارب دنیای واقعی خود مبنی بر تلاش برای نزدیک شدن به افراد و ارزشهای مهم زندگی و تلاش برای دور شدن از افکار و احساسات آزارنده جلب میکند .به بیان دیگر، شناسایی ارزشها و حرکت در مسیر ارزشها منجر به ارتقای انعطاف پذیری روانشناختی با تجربۀ رفتارهای متعهدانۀ جدید بر خلاف میل و مسیر هیجانات اما در جهت درست، در درمانجویان از طریق امتحان کردن راههای تازه رفتار و تغییر هیجانات از طریق پذیرش آنها خواهد شد. رضاکیو[5] و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که در چنین شرایطی وقتی بیمار می آموزد، تجربه های درونی خود را با پذیرش نظاره

1 .Iverson
2 .Morton
3. Bateman, Fonagy
4 .Polk
5 .Razzaque

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

کنـــد، حتـــی خاطـــرات، احساســـات، افـــکار و حسهـای بدنـی دردنـاک نیـز به عنـوان یـک توجـه دزد کـه گیـــر افتـــادن در دام آن می توانـــد وی را از نزدیـــک شـــدن بـــه ارزشهـای اساسـی زندگـی بـازدارد، در نظـر گرفتـه میشـود .در نهایـت بـــه ایـــن شـــیوه بـــه درمانجویـــان کمـــک میکنـــد از دام اجتنـــاب تجربـــه ای رهایـــی یابنـــد و رابطـــهٔ خـــود بـــا افـــکار و احساســـات دردنـــاک را بـــه نحـــوی مشـاهده کـرده تـا تأثیـر و نفـوذ آنهـا بـر زندگیشـان کمتـر شـود. نتایج حاصل از تحلیل ما نشان داد که در فرد اول تغییر در آزمون گری واقعیت و نمره کل سازمان شخصیت و در فرد دوم نیز نتایج مانند فرد اول و در فرد سوم بر سازمان شخصیت موثر بوده که با توجه به تحلیل پژوهش های انجام شده در این زمینه و ارتباط درمان ACT با سازمان شخصیت می توان گفت نتایج پژوهش ما همسو با پژوهش های فوق بوده. تحلیل نتایج در مرحله پیگیری فرد اول تغییرات در مولفه های آزمون گری واقعیت، سردرگمی، فرد دوم در آزمون گری واقعیت، سردرگمی، نمره کل شخصیت و فرد سوم در متغیرهای آزمون گری واقعیت نمره کل شخصیت دیده شده که نشان می دهد افراد بعد از آموزش ماتریکس ACT می توانند از آن به درستی استفاده کرده و نتایج بهتر کسب کنند.

به این ترتیب همان طور که تبیین شد نتایج حاصل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد امید بخش بود. البته که هر پژوهشی با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت هایی است که تعمیم پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می سازد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر عبارت است از نمونه گیری در ابعاد گسترده با توجه به منابع اندک، همچنین پژوهش در استان مازندران انجام شده که تعمیم نتایج به سایر استان ها با توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی متفاوت با محدودیت مواجه است. پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی، بر روی تعداد نمونه های بیشتری و به صورت طرح آزمایشی و در قالب گروه های آزمایش و کنترل مطالعاتی انجام گیرد. پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بر برخی مولفه های سازمان شخصیت و سبک های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مفید باشد. بنابراین پیشنهاد می گردد پژوهش ها بیشتر در این زمینه با گروه های گشترده تری انجام گردد.

منابع

آل بهبهانی، م.، و محمدی، ن. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی های روانسنجی سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ. *نشریه روانشناسی*، ۱۱(۲)، ۱۸۶-۱۹۷.

انجمن روان پزشکی امریکا. (۱۳۹۴). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال 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).

باخ، پ.، و موران، د. (۲۰۱۷). *ACT در عمل*. ترجمه کمالی، س.، و کیان راد، ن. تهران:انتشارات ارجمند.

حیدری نسب، ل.، و شعیری، م.ر. (۱۳۹۰). ساخت عاملی پرسشنامه سبک های دفاعی(DSQ-40) در نمونه های غیر بالینی ایرانی. *فصلنامه پژوهشهای نوین روانشناختی*، ۲۱(۶): ۷۷-۹۷.

بلکمن، جروم. اس.(۱۳۹۱). *۱۰۱ مکانیسم دفاعی*. ترجمه جواد زاده، غلامرضا. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۳).

خدابخش، روشنک. (۱۳۹۲). مقایسه میزان شیوع اختلال شخصیت در مردان و زنانبه وسیله نمرات خام تعدیل شده میلیون III. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، سال ۷. شماره ۲۲. ۱۰۳-۱۲۵.

خسروی نژاد، ز.، و رحمتی نژاد، پ. (۱۳۹۳). رابطه ی اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی نوع ۲ بر اساس سازمان شخصیت مرزی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۳۲(۸): ۳۷-۹۲.

خوریان، م.، و بخشی پور رودسری، ع.، و محمود علی علو، م.، و هاشمی، ت. (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی انتقال محور بر کنش تاملی و کاهش نشانه شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۰.، ۴. ۴۵-۵۷.

عینی، س.، و نریمانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن یسازی بر قدرت ایگو و مکانیس مهای دفاعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه شفای خاتم*، ۷(۳): ۲-۱۲.

دباشی، ل.، و نجفی، م.، و 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، ف. تهران: نشر ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۵).

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 شهرکرد. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام* ، ۲۶(۳): ۴۷-۵۵.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

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

محمدی‌زاده، 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): ۵۳-۴۴.

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

Adler, G. (1993). The psychotherapy of core borderline psychopathology. *American journal of psychotherapy*, 47(2): 194-205.

Andrews, G., Singh, M., Bond, M, (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 18(1): 246-256.

Bateman, A., Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1th ed. United Kingdom: Oxford University Press.

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3): Special issue, 226-239.

Bond, M. (1990). Are borderline defenses" specific for borderline personality disorders?, *Journal of Personality Disorders*, 4(3): 251-256.

Bond, M., Paris, J., Zweig-Frank, H. (1994). Defense styles and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1): 28-31.

Busch, F.N. (2011). *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*. Published routledge Taylor & Francis.

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): 308.

Clarkin, J. F., Cain., N.M. Lenzenweger, M.F. (2018). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: Clinical insights with a focus on mechanism. *Current opinion in psychology*, 21: 80-85.

Emmons, T., Vucinich, W. (1982). The Zemstvo in Russia: An Experiment in Local Self-Government. *Cambridge University Press.*

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*, 7.1851

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): 415.

Gall, M.D., Gall, J.P., Borg, W.R. (2014). *Applying educational research: How to read, do, and use research to solve problems of practice*. Pearson Higher Ed.

Genderson, J.H. (2005). Diagnosis and treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(5): 530–539.

Gratz, K.L., Gunderson., J.G. (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.

Kernberg, O. (1967). "Borderline personality organization. *Journal of the American psychoana. lytic Association*, 15(3): 641-685.

Kernberg, O. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77: 1031-1040.

Kernberg, O., et al. (1981). Diagnosing borderline personality. A pilot study using multiple diagnostic methods. Nerv mental disorder, 196(4):225-231.

Kramer, U., Y. de Roten, J. C. Perry. Despland. J.N. (2013). Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 30(1):15-30.

Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G.C ؛Neale, J.M. (2010). *Abnormal psychology (11th ed.,pp.354-374)*, New York: Wiley &Sons, Inc.

Lenzenweger, M. F., J. F. Clarkin, O. F. Kernberg., Foelsch, P. A. (2001). The inventory of personality organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological assessment*, 13(4): 577-591.

Lieb, K., M. C. Zanarini, C. Schmahl, M. M. Linehan., Bohus, M. (2004). "Borderline personality disorder." The Lancet 364(9432): 453-461.

Lotfi, n., et al. (2017). Comparing of Symptoms, Defense Mechanisms and Coping Styles in Women and Men With Borderline Personality Disorder. *Journal of Avacenna j Neuro psycho physiology*, 4(3): 113-121.

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. Shaw, L., Wise, c. (2020). *Acceptance and commitment therapy groups for people with borderline personality disorder*. Melbourne, Vic.: Australian Postgraduate Medicine.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

Nishimura, Ryoji. (1998) Study of the measurement of defense style using Bond,s defense style questionnaire. *psychiatry and clinical neurosciences*, 52:419- 424.

Paris, J., Zweig-Frank, H. Bond., M. Guzder, J. (1996). "Defense styles, hostility, and psychological risk factors in male patients with personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(3) 153-158.

Perry, J.C., Cooper, S.H (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(4): 863-893.

Perry, J. C., Presniak. M. D., Olson T.R. (2013). Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 76(1): 32-52.

Pirrko, R., Sammalahti, M.J., Holi, E.J., Kmulainen., Veikko.A.A. (2003) Comparing two self-report measuring of coping the sense of coherence scale and the defense style questionnaire. *Journal of clinical psychology*, 59:(12),1325- 1333.

Polk, K.L., Schoendorff, B., Webster, M., Olaz, F. (2016). *The essential guide to the ACT matrix. context press*. An Imprint of New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA.

Stern, B. L., Yeomans, F. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder: An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. *Psychiatric Clinics*, 4192): 207-223.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfhol, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The bo rde rline diagnosis J : Psychop at hology, co mo rbidity and p e rsonality st ructu re, Biologica Psychiatry, 51, 936-950.

Sperry, L. (2003). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM, IV, TR Personality disorders (2nd ed.)*. New York: Brunner Rutledge.

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., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., Jacob, G. A., Martius, D., Wastiaux, S. Zarbock, G. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions." *PloS one* 13(11): e0206039.

Twohig, M.P. (2012). The basics of acceptance and commitment therapy-Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19: 499–507

Widiger, T. A. (2003). *Personality disorder and Axis I psychopathology: The problematic boundary of Axis I and Axis II." Journal of Personality Disorders*. 17(2: Special issue): 90-108 .

Zanarini, M. C., Weingeroff , J.L. Frankenburg, F. R. (2009). "Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(2): 113-121.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.11.3]