

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

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 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.

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

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 مراجعة 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 سیکهای دفاعی ۴۰-DSQ (اندورز 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 متغیرهای سردرگمی، آزمون گری واقعیت، نمره کل سازمان شخصیت، دفاع رشد یافته و در فرد سوم در سازمان شخصیت، دفاع رشد یافته و دفاع روان آزرده دیده شد. مرحله پیگیری فرد اول تغییرات در مولفه های آزمون گری واقعیت، سردرگمی، فرد دوم در آزمون گری واقعیت، نمره کل شخصیت و فرد سوم در متغیرهای آزمون گری واقعیت نمره کل شخصیت، دفاع رشد یافته، دفاع رشد یافته 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.

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

مقدمه

اختلال شخصیت کلی^۱ طبق تعریف پنجمین ویرایش کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) عبارت است از تجارت 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 ناخوشنوی فرد و مختل شدن کارکردهایش می شود. دست کم در دو حوزه از چهار حوزه ظاهر می کند: شناخت، عاطفه مندی، کارکرد بین فردی یا کنترل تکانه (انجمان علمی روانپژوهشی امریکا^۲). اختلال شخصیت مرزی^۳ نوعی بیماری است که با مشکلات فرآیند عاطفی، شناختی، رفتاری و بین فردی مشخص می شود و اغلب با ناتوانی مشخص همراه است (لیبه، زانارینی^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). این اختلال از شایع ترین اختلالات شخصیت در موقعیت های روانپژوهشی است (دباشی، نجفی، رحیمیان، ۱۳۹۷). این اختلال را می توان با تلاشی سراسری سمه برای دوری از رهاسنگی خیالی یا واقعی، روابط بین فردی بی ثبات، آشفتگی هویت، تکانشگری، رفتارها یا اندیشه خودکشی، تغییرپذیری هیجانی، احساس مزمم تهی بودن و ایده پردازی پارانوئیدی گذرا و مرتبط با استرس یا نشانه های تجزیه ای شدید توصیف کرد. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی در حدود ۵/۶ تا ۱/۳ برآورده است (انجمان علمی روانپژوهشی امریکا، ۲۰۱۳). این اختلال، شایع ترین اختلال شخصیت است که افراد به خاطر آن تحت درمان قرار می گیرند. همچنین برآورده می شود که ۱۰٪ از کل بیماران سرپایی و ۲۰٪ از بیماران بستری روانپژوهشی به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند (بلک، بلوم^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). الگوهای مکرر ترک درمان، حضور نامنظم در جلسات روان درمانی، عدم پیروی نافذ از تجویزات درمانی، سطح بالای رفتار شبیه خودکشی که پیش بینی کننده ای اقدام به خودکشی است، ۸۴ درصد وقوع خودکشی (گندرسون^۶، ۲۰۰۵) و ۴ تا ۵۱ درصد خودکشی کامل که بیانگر نرخ کم و بیش ۱۰ تا ۱۵ درصد بیشتر مرگ و میر در جمعیت عمومی است (سادوک و سادوک^۷). با وجود این سازوکارهای تکوین و تداوم شخصیت مرزی، فرآیند تغییر درون مراجعت در خلال جلسات، و فنون خاصی درمانی که باعث چنین تغییراتی می شوند، چندان مشخص نیست. به عبارت دیگر، درخصوص فرآیندهای تغییر همچنان ابهاماتی وجود دارد (بوش^۸، 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 محرك آسیب پذیر و یک ظرفیت ضعیف برای حفظ نگه داشتن و تسکین بخشیدن به افراد مهمن هنگام مواجهه با استرس جدایی تعریف کرده اند. در روان درمانی، این معضلات تنهایی، زمانی آشکار می شوند که بیمار به درمانگر واپسی شود و با یک جدایی روبرو شود، مثلاً مربوط به پایان جلسه، شکست همدى، 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^۹، ۱۹۹۳). شناخت سازمان شخصیت مراجعت درمانی 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 (لنزوور، کلارکین^{۱۰} 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^{۱۱}، 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 گستردere تر از اختلال شخصیت مرزی تعریف شده توسط راهنمای اختلالات 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. Personality 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

شخصیتی از تلاقي عوامل عصبی زیست شناختی و عوامل محیطی ناشی می‌شود. 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 می‌توان با موقعیت آن در سه بعد توصیف کرد: (۱) آزمایش واقعیت، که به "ظرفیت تمایز خود از دیگران، محرك های درون روانشناختی از محرك های بیرونی و حفظ همدلی با معیارهای اجتماعی عادی واقعیت" اشاره دارد (۲) سلط بر مکانیسم های دفاعی بدوي، 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 می‌شود. 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 می‌شود. سازمان شخصیت مرزی با آزمایش واقعیت دست نخورده، غلبه مکانیسم های دفاعی بدوي و انتشار هویت مشخص می‌شود. سرانجام، سازمان شخصیت روان پریش با نقص در هر سه بعد مشخص می‌شود (کرنبرگ^۱، ۱۹۶۷). دفاع ها آن دسته از اقدامات روانی هستند که مضامین عاطفی ناخوشایند را از حیطه هشیاری خودآگاه به بیرون می‌رانند (بلکمن^۲، ۲۰۱۳). کرنبرگ، علیرغم 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 پژوهشکان به طور پویا، در دهه های بعدی تحقیقات نسبتاً کمی در این زمینه انجام شده است. این فاصله عمده ای 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 پریسینیاک^۳، ۲۰۱۳ و باند^۴، 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 می‌دهد یا خیر (باند، پاریس^۵، همکاران، ۱۹۹۰ و پری، کوپر^۶، ۱۹۸۶ و باند، ۱۹۹۰ و کرامر، دی روتن^۷ و همکاران، ۲۰۱۳ و زنارینی و همکاران، ۲۰۰۹ و پری و همکاران، ۲۰۱۳ و پاریس، زیگ فرانک^۸ و همکاران، ۱۹۹۶). فرمول بندی ارائه شده در مورد رویکرد درمانی به تنها یک در بیماران مرزی می‌تواند به عنوان یک چارچوب برای انجام درمان موفقیت آمیز باشد. درمانگرانی که با این بیماران کار می‌کنند می‌توانند 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^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از روان درمانی های مطرح شده برای این بیماران، درمان های شاخه رفتاری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} با تحقیقات اساسی در مورد سازوکارهای اساسی رنج انسان آغاز شد و یک الگوی کلی از روانشناسی و مجموعه مداخلات مرتبط ایجاد کرد. عالم 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 لحظه ای، افزایش پذیرش احساسات دشوار بهره مند می‌شود، شناسایی ارزش ها را تسهیل کرده و اقدامات متعهدانه را در مورد ارزش ها 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 تجارت منفی می‌شود)، آمیختگی با افکار منفی و انتخاب های غیر مفیدی که شخص در مورد عمل انجام می‌دهد - به ویژه اقداماتی که بر خلاف ارزشهای اصلی فرد باشد. خود آزاری و سو مصرف مواد مخدر یا دارو می‌تواند به عنوان استراتژی های اجتناب از تجربه دیده شود (چمپون^{۱۱}، ۲۰۰۶). برخی تحقیقات وجود دارد که این دیدگاه را نشان می‌دهد که شدت علائم BPD مربوط به اجتناب از تجربه است تا عدم تنظیم نظام هیجان یا مشکلات تحمل پریشانی (ایورسون^{۱۲}، ۲۰۱۲). گرچه ثابت شده است که ACT یک درمان موثر برای طیف وسیعی از اختلالات است (توهیگ^{۱۳}، 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

اثریخشی 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 ...

آزمایشات موفقیت آمیز ACT برای BPD ، به غیر از یک درمان گروهی که شامل مداخلات ACT توسط گراتز و گوندرسون دردست نیست (گراتز و گوندرسون^۱، 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^۲ و همکاران^۳ (۲۰۱۶) و محمدزاده و همکاران^۴ (Tan, ۲۰۱۳) و همکاران^۵ (۲۰۱۸)، سلطانی^۶ (۱۳۹۷)، خوریان و همکاران^۷ (۲۰۱۸)، استرن^۸ و همکاران^۹ (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، ۲۰۰۳) جلسه در هفته به مدت یک سال یا بیشتر کرینگ، جانسون، داویدسون، نالل، 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 میروند. این مسئله در شخصیتهای مرزی همراه با حملات میکروسایکاتیک به خوبی روشن است (خدابخش، ۱۳۹۲). هدف از انجام این پژوهش تعیین اثریخشی 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 موردي 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)، حين 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 روانپژشکی 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 روانپژشک و سوپروایزر مربوط، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دبیلم، عدم وجود افکار جدی آسیب به خود یا دیگران، عدم وجود سایکوز (با تایید روانپژشک)، عدم وجود اختلالات جسمی محدود کننده و مزمن (نارسایی مزمن کبدی ا، کلیوی و قلبی، با آزمایش تخصصی) برآورده می کرددند 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 حين درمان، بروز اختلالات هذیانی یا سایر اختلالات شناختی در حين درمان (با تایید روانپژشک) ، 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 کاملاً محرومانه 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^۹ (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)

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، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ گزارش شده است، همچنین پایابی عوامل این سیاهه با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین در تحقیق اسکودول، گاندرسون، پفوهل، ویدگر، لوسلی و سبور^۱ (۲۰۰۲)، نشان داده شده است که بین میزان آسیب روانی و ساختار شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، با ابعاد الگوی کرنبرگ، یعنی سردرگمی هویت، دفاع های نخستین و آزمونگری واقعیت هماهنگی وجود دارد. همبستگی عاطفه مثبت و منفی با خرده مقیاس افسردگی از پرسشنامه R-90-LCS به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۷۲ بوده است که نشانگر روابی مناسب این ابزار می باشد. در ایران آل ببهانی و محمدی (۱۳۸۶) ضرایب پایابی را به روش همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای سه متغیر به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲ و 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 روانشنختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمونگری واقعیت در این سیاهه بود که در مجموع بیش از ۳۹/۷۸ 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.

پرسشنامه سبکهای دفاعی^۲ (DSQ-40): این پرسشنامه این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسه مراتبی دفاع های 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) پایابی 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^۳ بین نشانه های ب دست آمده از SCL-90 و سیک رشد نیافته همبستگی ۰/۷۵ به دست آوردن 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 روابی همگرا سبک های شخصیتی و عوامل شخصیتی بر اساس پرسشنامه Neo-FFI همبستگی منفی ۰/۲۸ را به دست آوردند. ضریب پایابی 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 پایابی قابل قبول DSQ-40 در بین دانشجویان بین ۰/۹۱ و ۰/۳۲ بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸، 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 روانشنختی است. این فرآیندها در جلسات فردی شامل استراتژی های زیر است: ذهن آگاهی، نالمیدی خلاق، تفکر شناختی، روش 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 توانند 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^۴، 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. Pirkoet, et all

4. Moton

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 ...

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.

جدول ۱. 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 آشنازی با برنامه، توضیح شش ضلعی های ACT به زبان ساده و با واژگان غیر تخصصی
جلسه پنجم تا دهم	چک کردن مختصر، بررسی تمرين در منزل، یک تمرين کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "آسمان و هوا" ، "تمرين مشاهده گر" ، "نشاهزاده و گدا" استفاده شد. ایجاد درماندگی خلاقانه و تمرين تلاش برای کنترل احساسات. چک کردن مختصر، بررسی تمرين در منزل، یک تمرين کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "کشمکش خوردن" ، برای جلوگیری از تجارت 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 ، "مهمنان خاونده روی مبل" استفاده شد. ادامه روند درماندگی خلاقانه با تغییر ناکارآمد هدف.
جلسات دهم تا پانزدهم	چک کردن مختصر، بررسی تمرين در منزل، یک تمرين 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 تمرين 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 تمرين در منزل، یک تمرين کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "اسکن بدن" از استعاره "دستهای که چشم را می پوشانند" ، برای توصیف هم جوشی ها بهره برده شد همچنین از تمرين های گستینگی برای معنی زدایی زبان استفاده شد. استفاده از استعاره "لیموها" .
جلسه بیستم تا بیست پنجم	چک کردن مختصر، بررسی تمرين در منزل، یک تمرين 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 تمرين هم جوشی زدایی.
جلسه بیست پنجم تا سیم	چک کردن مختصر، بررسی تمرين در منزل، یک تمرين کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "یک پاکت چیپس" ، بر ارزش احساسات به عنوان بخشی از یک زندگی پرگنی 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 قرار گرفت. استفاده از استعاره "ناراحتی تمیز و ناراحتی کشیف" برای پذیرش.
جلسه سیم تا سی و پنجم	چک کردن مختصر، بررسی تمرين در منزل، یک تمرين کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "همراه بودن با فرآیند" ، تمرين خانگی به عنوان "آزمایش" مورد بحث قرار گرفت که به شرکت کنندگان کمک می کند آنچه را که برای آنها واقعاً مهم است روش 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 تمرين در منزل، یک تمرين کوتاه مدت (۱ تا ۵ دقیقه) ذهن آگاهی "فوت کردن حبابها" ، همچنین جلسات با بحث در مورد ایده هایی برای تمرين در منزل، از جمله برنامه ریزی گام های کوچک در یک مسیر ارزشمند، پایان یافت. در راستای تأکید بر انتخاب هوشمندانه، تمرين در خانه تشویق شد اما اختیاری بود. آموزش برای خلق استعارات خود.

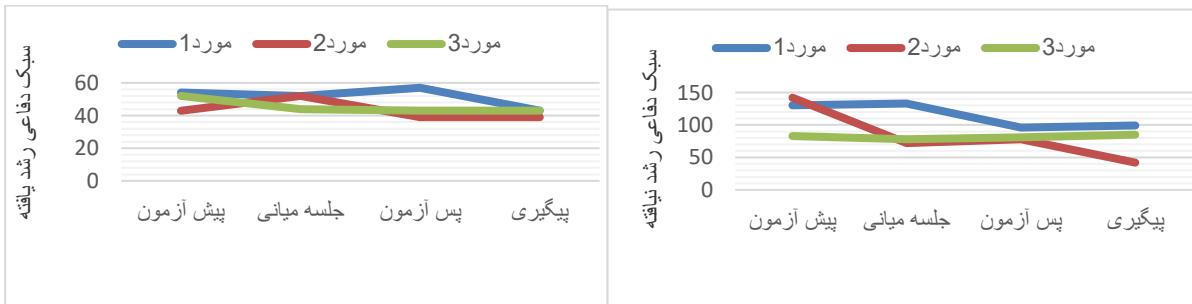
یافته ها

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 مرتبی مهد کودک بود.

تحلیل نمودارهای سازمان شخصیت به این شرح بود که:

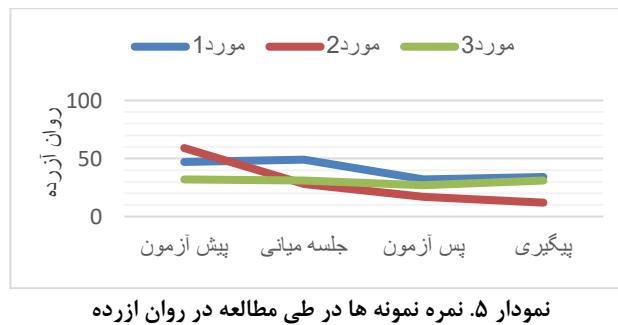


با توجه به جدول در مورد اول، متغیر دفاع روانشناسی ۲۹ بود که پس از شروع مداخله سه نمره کاهش و در زمان پیگیری نیز روند کاهشی خود را ادامه داد، متغیر سردرگمی ۳۲ بود که پس از آغاز جلسات درمانی ۶ نمره کاهش داشت که این روند کاهشی تا پایان جلسات به ۸ نمره کاهش و در جلسه پیگیری نیز یک نمره دیگر کاهش یافت، متغیر 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 روانشناسی 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 که 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 روانشناسی پس از آغاز جلسات روند کاهشی بود، که از ۲۲ به ۱۶ رسید و در جلسه پیگیری با اندکی افزایش به ۲۰ تغییر کرد، متغیر سردرگمی نیز از ۲۳ به ۱۶ و در انتهای ۴ نمره افزایش داشته، متغیر آزمون گری واقعیت ۲۹ بوده که به ۳۸ در انتهای درمان افزایش 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.



نماهه ۴. نمره نمونه ها در طی مطالعه در سبک دفاعی رشد یافته نماهه ۳. نمره نمونه ها در طی مطالعه در سبک دفاعی رشد نیافته

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 ...



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 اوستیک، 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 والايش بیش از همه دفاع ها استفاده می کرد، در انتهای فاز درمانی 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 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، اوستیک، 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 مکانسیم عقلانی سازی. در فرد سوم در مرحله پیش آزمون دلیل تراشی و اوستیک در دفاع های رشد نیافته با نمره ۸۳ و تشکل واکنش در دفاع های روان رنجوری با نمره ۳۲، فرونشانی و والايش در دفاع های رشد یافته با نمره ۵۲ استفاده می کرد، در انتهای فاز درمانی دلیل تراشی و واکنش منفعانه در دفاع های رشد نیافته و با نمره ۸۱ استفاده از دفاع های روان رنجور به طرز چشمگیر کاهش با نمره ۲۷ با مکانسیم 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 درمان ۴۳ بود.

جدول ۲ محاسبه شاخص تغییر پایا در بین افراد در پس ازمون نسبت به پیش ازمون

افراد نمونه			متغیر
۳	۲	۱	
-۲/۵۶	-۰/۷۷	-۱/۵۴	روان شناختی شخصیت
-۳/۷۰	-۳/۷۰	-۱/۸۵	سردرگمی
-۴.۹۷	-۲.۴۸	-۲.۰۳	آزمون گری واقعیت
-۵.۵۱	-۳.۱۱	-۲.۸۷	نمره کل شخصیت
۰/۷۲	-۲.۱۷	-۰/۹۱	رشد یافته
-۲.۷۹	-۱.۴۸	-۰/۰۹	رشد نیافته
-۴.۳۱	-۱.۵۴	-۰/۰۱	روان ازدهد

در بررسی صورت گرفته از زمان پیش ازمن 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 ازده دیده شد.

جدول ۳ محاسبه شاخص تغییر پایا در بین افراد در پیگیری نسبت به پس آزمون

متغیر	افراد نمونه
روان شناختی شخصیت	۱
سردرگمی	۲
آزمون گری واقعیت	۳
نمره کل شخصیت	-۰/۶۱
رشد یافته	-۱/۰۸
رشد نیافته	-۸/۱۶
روان ازده	-۳/۱۰
رشد یافته	-۲/۰۹
رشد نیافته	-۵/۰۸
روان ازده	-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 نیافته، 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 نویسندها این نظریه را مطرح کرده اند که مکانیسم های دفاعی در اختلالات شخصیت نقش دارند. پری، پریسینیانک و اولسون^۱ (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. زاراینی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی که بر روی سبک های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام دادند نشان دادن 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 دادن 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. کنبرگ و همکاران (۱۹۸۱) در تحقیقی تلاش کردند بر اساس مصاحبه ای نشان دهنده 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

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 ...

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 بازمانی دو نیمه شده آنها می باشد که مشخصاً 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 فرازینه ای از دفاع های رشد نیافته استفاده می کنند که غالب این دفاع های رشد نیافته جا به جایی، دلیل تراشی و اوپتیستیک 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 ناهمسوی 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 شخصیت 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^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی با عنوان بررسی اجتناب از تجربه، بی نظمی هیجانی و تحمل پریشانی در بیماران سرپاپی بزرگسال جوان با علائم اختلال شخصیت مرزی پرداختند. همبستگی های جرئی 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 باشد. که کارکرد متمرکز در روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند راه گشای بر این تغییر باشد. مورتن^۲ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه ای تحت عنوان گروه درمانی مبتنی 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 روانشناسی، 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 نیافته و روان رنجور موثر باشد. بنامن و فانگوری^۳ (۲۰۱۶) چنین بیان کرند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در شرایط استرس زا به دلیل سبکهای دلبستگی نایامن، مهارت های ذهنی سازی خود را از دست میدهند به راههایی که کودکان خردسال قبل از رشد ظرفیهای ذهنی سازی خود رفتار میکردند متول میشوند که در واقع حالت پیش ذهنی سازی، غایت شناختی، هم ارزی روانی و حالت وانمودی است. پالک^۴ و همکاران (۲۰۱۶) بیان کرند به نظر میرسد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، توجه بیماران را به دو جنبه اساسی از تجارب دنیای واقعی خود مبنی بر تلاش برای نزدیک شدن به افراد و ارزشها و حرکت در مسیر ارزشها منجر به ارتقای افکار و احساسات آزارنده جلب میکند. به بیان دیگر، شناسایی ارزشها و حرکت در جهت درست، انعطاف پذیری روانشناسی با تجربه رفتارهای متعهدانه 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^۵ 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

کند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حسهاي بدنی دردناک نیز به عنوان یک توجه دارد که گیر افتادن در دام آن می‌تواند وی را از نزدیک شدن به ارزشهاي اساسی زندگی بازدارد، در نظر گرفته می‌شود. در نهایت به این شیوه به درمانجویان کمک می‌کند از دام اجتناب تجربه ای رهایی یابند و رابطه خود با افکار و احساسات دردناک را به نحوی مشاهده کرده تا تأثیر و نفوذ آنها بر زندگی‌شان کمتر شود. 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 می‌توان 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 می‌دهد افراد بعد از آموزش ماتریکس ACT می‌توانند 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 می‌سازد. 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 می‌شود 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 می‌تواند بر برخی مولفه های سازمان شخصیت و سبک های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مفید باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد پژوهش های 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 ۵. *DSM-R*. ترجمه رضاعی، ف.، و فخرایی، ع.، و فرمند، آ.، و نیلوفری، ع.، و هاشمی آذر، ز.، 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 روان‌شناسی*، ۶(۲۱)، 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 زنانه وسیله نمرات خام تعديل شده میلیون III. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، سال ۷. شماره ۲۲. ۱۰۳-۱۲۵.
- خسروی نژاد، ز.، و رحمتی نژاد، پ. (۱۳۹۳). رابطه ای 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. 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 خاتمه*، ۳(۷)، ۲-۱۲.
- دبashi، 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، ۱۵-۲۷.
- садوک، 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 یلام*، ۲۶(۳)، ۴۷-۵۵.

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 ...

- 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*، ۱۰(۶)۲۷: ۴۴-۵۳.
- 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*, 181(2): 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.
- Lotti, 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.

- 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., Sammalhti, 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*, 41(2): 207-223.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfhol, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis J : Psychopathology, comorbidity and personality structure, *Biological 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.

