

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بی‌ثباتی هیجانی و رفتارهای خودآسیب رسان افراد
دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر

The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Emotional Instability and Self-Injurious Behaviors of People with Borderline Personality Disorder and Drug Abusers

Hosein Dehghan

Ph.D Student of clinical psychology, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University of Rudehen, Rudehen, Iran

Dr. Saeed Najarpour Ostadi*

Assistant Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, Islamic Azad University Of Shabestr Branch, Shabestr, Iran.

Dr. Mina Mojtabaei

Associate Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Psychology, Islamic Azad University of Rudehen, Rudehen, Iran.

حسین دهقان

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

دکتر سعید نجارپور استادی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.

دکتر مینا مجتبابی

دانشیار دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional instability and self-injurious behaviors of people with borderline personality disorder and substance abuse. This research was a semi-experimental study with the pre-test-post-test method and a control group. The statistical population was all addicts living in three addiction treatment camps in Tabriz and Ahar in the spring of 2021. First, Milon's multi-axis questionnaire was administered and 30 people who had a score higher than 85 for borderline personality disorder were purposefully selected as the research sample and randomly assigned to the experimental and control groups. The data collection tool was Milon's MCMII-III Multiaxial Questionnaire (Milon, 1987), SHI self-injurious behaviors questionnaire (Sanson et al., 1998), and EIS emotional instability scale (Malachich and Goldberg, 2007). The experimental group received two ACT therapy sessions in 8 sessions of 90 minutes each week. The results of the research showed that by controlling the effect of the pre-test, there was a significant difference between the post-test average of self-injurious behaviors ($f=59.513$, $p=0.001$) and emotional instability ($f=78.122$, $p=0.001$) in the two experimental groups. And there is evidence of a significant difference. Based on this, it can be concluded that treatment based on acceptance and commitment is effective in self-harming behaviors and emotional instability.

Keywords: Emotional Instability, Acceptance and Commitment, Self-Injurious Behaviors, Drug Abusers, Borderline Personality.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بی‌ثباتی هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوء مصرف مواد، انجام شد. پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری معنادان مقیم در سه کمپ ترک اعتیاد شهرهای تبریز و اهر در سال ۱۴۰۰ بود. ابتدا پرسشنامه چندمحوری میلون اجراء و ۳۰ نفر که نمره بالاتر از ۸۵ اختلال شخصیت مرزی را داشتند، به طور هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و گواه جایگذاری شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه چند محوری میلون MCMII-III (میلون، ۱۹۸۷)، پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان SHI (سانسون و همکاران، ۱۹۹۸) و مقیاس بی‌ثباتی هیجانی EIS (ملاچیچ و گلدبرگ، ۲۰۰۷) بود. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته دو جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. نتایج پژوهش نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون رفتارهای خودآسیب‌رسان ($f=59/513$ ، $p=0/001$) و بی‌ثباتی هیجانی ($f=78/122$ ، $p=0/001$) در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: بی‌ثباتی هیجانی، پذیرش و تعهد، رفتارهای خودآسیب‌رسان، سوء مصرف مواد، شخصیت مرزی.

معضل سوء مصرف مواد، به شکل جهانی زندگی میلیون‌ها نفر را در سراسر دنیا ویران کرده و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه یا جبران صدمات ناشی از آن می‌کند. سوء مصرف مواد، می‌تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی، حشیش و غیره به وجود آمده و به شکل وابستگی و تکرار سوء مصرف خود را نشان دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۲۱) و می‌تواند ناشی از اختلال‌های شخصیت باشد. اختلال شخصیت مرزی با شیوعی متنوع در بین جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی با برآورد شیوع طول عمر تا شیوع نقطه‌ای ۶/۱ تا ۹/۵ درصد، تا برآوردهای شیوع بین ۰/۷ تا ۲ درصد در میان افراد بزرگسال، یکی از اختلال‌های شخصیتی مرتبط با اعتیاد است که به‌طور جدی توجه پژوهشگران را به خود جلب نموده است (وزاتلو^۲ و همکاران، ۲۰۲۱؛ توبنر و ولکرت^۳، ۲۰۱۹). در ایران شیوع علایم اختلال شخصیت مرزی در برخی جمعیت‌های غیر بالینی نظیر جمعیت دانشجویان در حدود ۲ تا ۸ درصد گزارش شده است (آقایی و گلپور، ۲۰۱۴). از مهم‌ترین مشخصه‌های اختلال شخصیت مرزی، رفتار خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی است. این افراد همیشه در یک حالت بحرانی به‌سر می‌برند و نوسانات خلقی آنها بسیار شایع است و در اغلب اوقات به لحاظ هیجانی برانگیخته می‌باشند که در بین افراد وابسته به مواد نیز بیشتر به چشم می‌خورد. نتیجه این برانگیختگی بالا بی‌ثباتی هیجانی، کنترل ضعیف بر هیجان، برانگیختگی شدید فیزیولوژی و ارتباطات بین فردی است. آسیب به خود و خودآزاری عمدی در ۵۰ ساله گذشته به شکل‌های گوناگون از قبیل اقدام به خودکشی و خودکشی بدون قصد مردن و خودآزاری عمدی شامل مسموم‌سازی خود و همچنین سوء مصرف مواد طبقه‌بندی شده است (چامبرلین^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). حدود ۸۴ درصد از بیمارانی که اختلال شخصیت مرزی دارند، رفتارهای خودآسیب‌رسان از خود نشان می‌دهند و ۸ درصد از آنها با خودکشی می‌میرند (کالاتی^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). تنها اختلال شخصیت مرزی است که رفتار خودآسیب‌رسان ملاکی برای آن است. بیش از ۷۵ درصد این افراد اقدام به رفتارهای خودآسیب‌رسان را گزارش کردند (بیسلر و آگر^۶، ۲۰۱۹).

از سویی دیگر دشواری در تنظیم هیجان‌ات یکی از عوامل مهم در بروز خودآسیب‌رسانی است که شامل طیف وسیعی از اختلالات شامل عدم درک و آگاهی از احساسات، مشکلات در پذیرش تجربیات هیجانی منفی، ناتوانی در کنترل تکانه‌ها (یاب^۷ و همکاران، ۲۰۱۸) است. علاوه بر آن، تنظیم هیجان‌ات یک عملکرد معمول گزارش شده از خودآسیب‌رسانی است (براون و پلنر^۸، ۲۰۱۷؛ روجاس و لاسکرز^۹ و همکاران، ۲۰۲۰) خودآسیب‌رسانی عمدی توسط مدل اجتناب از تجربه به‌عنوان راهی برای فرار یا جلوگیری از تجارب عاطفی نامطلوب از طریق تقویت منفی توصیف شده است (سلیمی، ۱۴۰۰؛ ادموندسون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶؛ اسمولکر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱). مداخلات نشان داده است که با تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان‌ات می‌توان این رفتار را کاهش داد (اندور و موریس^{۱۲}، ۲۰۱۴).

درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کنار درمان‌های روانپویشی از موثرترین درمان‌های روانشناختی شخصیت مرزی هستند (آستین^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰). درمان پذیرش و تعهد بوسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (هیز^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۳). این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان شناختی است (فلکسمن و باند^{۱۵}، ۲۰۱۰).

1 American Psychiatric Association

2 Bozzatello

3 Taubner, & Volkert

4 Chamberlain

5 Calati

6 Beasley & Ager

7 Yap

8 Brown & Plener

9 Rojas-Velasquez

10 Edmondson

11 Smolker

12 Andover & Morris

13 Austin

14 Hayes

15 Flaxman, & Bond

افراد می‌آموزند به جای چالش با افکارشان آنها را بدون قضاوت بپذیرند و هدف این است که افراد بیاموزند ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی کنند و بر اساس آنها اقدام نمایند (دورفمن^۱، ۲۰۲۳).

مطالعات مختلف تاکنون از مشکلات تنظیم هیجانی، رفتاری، ادراکی و شناختی، هویتی، اجتماعی و جسمی، مخصوصاً آسیب‌پذیری در برابر بی‌ثباتی هیجانی در افراد شخصیت مرزی حکایت دارند (گیلکینز^۲ و همکاران^۳ ۲۰۱۸، بیسلر و آگر^۴، ۲۰۱۹؛ سلوتما^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). بی‌ثباتی هیجانی به نوسان هیجان‌ها از طیف هیجان‌های مثبت مانند شادی به هیجان‌های منفی مانند غم و اندوه گفته می‌شود (بیسلر و آگر^۶، ۲۰۱۹؛ گسوند^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). به عقیده لینهان^۸ (۲۰۲۰) بدتنظیمی هیجانی از آسیب‌پذیری هیجانی ناشی می‌شود. آسیب‌پذیری هیجانی به نوعی آمادگی بیولوژیکی جهت ابتلا به بی‌ثباتی هیجانی اشاره داشته و معمولاً شامل حساسیت و واکنش‌پذیری افراطی به محرک هیجانی و بازگشت کند یا تاخیری به خط پایه برانگیختگی هیجانی می‌شود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دلیل ناتوانی در تنظیم هیجان‌های خود در موقعیت‌های گوناگون، اغلب دچار مشکلات هیجانی مانند واکنش‌پذیری هیجانی، حساسیت هیجانی و ناتوانی در بازگشت به وضعیت عادی پس از هیجان می‌شوند. مشکلات افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی در بی‌ثباتی عاطفی و هیجانی به این دلیل است که این افراد دارای مهارت‌های راهبردی و لازم برای تنظیم و کنترل هیجان‌های خود نیستند. به همین دلیل نیز اغلب اندیشمندان و درمانگران بر این باورند که این افراد برای دستیابی به مهارت‌های کنترل و تنظیم هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف نیازمند درمان هستند (بیسلر و آگر^۶، ۲۰۱۹). تاکنون اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر متغیرهای مختلف از جمله تنظیم هیجان در پژوهش‌های گلوستر^۷ و همکاران (۲۰۲۰)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۸)، درخشان و همکاران (۱۳۹۹) پیری و همکاران (۱۳۹۸)، پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، بایزیدی و همکاران (۱۴۰۱) پرویزیان و همکاران (۱۴۰۱)، اصلی‌آزاد و همکاران (۱۳۹۹) و اختلال شخصیت مرزی، چاکسی^۸ و همکاران (۲۰۱۵)، درویش باصری و دشت‌بزرگی (۱۳۹۶)، تقوی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، مورتون^۹ و همکاران (۲۰۱۸) و رفتارهای خودآسیب‌رسان گرائیلی مشک‌آبادی و همکاران (۱۴۰۱)، پولاکاناها^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۹)، ایزکیان و همکاران (۱۳۹۸) تایید شده است. با توجه به توضیحات ارائه شده و همبودی اختلال شخصیت مرزی با سوء‌مصرف مواد، لزوم توجه به مداخلات روانشناختی مؤثر و کارآمد در درمان این اختلال بیش از پیش احساس می‌گردد. با توجه به این موارد، شناسایی شیوه‌های درمانی مؤثر بکارگیری این برنامه‌ها جهت درمان این بیماران، با هدف بهبود و کاهش علائم آنها، جز مهم‌ترین مسائلی است که موجب می‌شود انجام چنین پژوهشی، ضروری گردد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بی‌ثباتی هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوء‌مصرف مواد، انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل معتادان مستقر در سه کمپ ترک اعتیاد تبریز و شهرستان اهر به تعداد ۱۱۵ در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه ۳۰ نفر از معتادان بودند که به صورت هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگذاری شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، گذشت حداقل یک ماه از بستری در کمپ و سم‌زدایی بدنی، سلامت جسمانی و عدم شرکت در دوره‌های موازی و کسب نمره ۸۵ به بالا در پرسشنامه پرسشنامه بالینی چند محوری میلون بود. بیماری جسمانی، غیبت بیش از یک جلسه در کلاس، عدم توانایی جسمانی و روانی شرکت در کلاس و عدم تعهد نسبت به تمرینات گروه، بعنوان معیار خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. برای گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و با توالی هر هفته دو جلسه اجرا شد. آزمودنی‌های گروه کنترل

1 Dorfman

2 Gielkens

3 Slotema

4 Geschwind

5 Linehan

6 Beasley & Ager

7 Gloster

8 CHaksi

9 Morton

10 Puolakanaho

مداخلاتی دریافت نکردند. بر مبنای موازین و اصول اخلاقی از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و در رابطه با موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات کافی و لازم به آنان ارائه گردید، به زنان شرکت‌کننده این اطمینان داده شد که امکان انصراف و خروج در هر مرحله‌ای از مراحل پژوهش را دارند و همچنین نتایج برآمده از پژوهش به صورت کلی انتشار یافته و اصل رازداری و محرمانه بودن رعایت خواهد شد. در نهایت، داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه بالینی چند محوری میلیون^۱ (MCMI-III): این پرسشنامه توسط میلیون^۱ (۱۹۸۷) ساخته شده است. میلیون یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را شامل می‌شود. روایی آزمون از طریق تحلیل عاملی تأییدشده و پایایی آن از طریق همسانی درونی و بازآزمایی با فاصله ۵ تا ۶ روز ۰/۷۸ گزارش شده است. در مطالعه خواجه موگهی (۱۳۷۲) ضریب پایایی مقیاس‌ها به روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۷ گزارش شده است در مطالعه شریفی (۱۳۹۷) همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۰ تا ۱۵ روز در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ گزارش شده است. همچنین در مطالعه شریفی پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی با روش کودریچاردسون این پرسشنامه ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان^۲ (SHI): این ابزار توسط سانسون^۴ و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شده و از ۲۲ گویه تشکیل شده است و نمره گذاری آن با پاسخ بله=۱ و خیر=۰ مشخص می‌شود که کمترین نمره در این پرسشنامه ۰ و بیشترین نمره ۲۲ می‌باشد. این ابزار رفتارهای خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره بالا نشان‌دهنده شدت و فراوانی بیشتر رفتارهای خودآسیب‌رسانی است. اعتبار همگرایی SHI بر اساس همبستگی با مصاحبه تشخیصی شخصیت مرزی (DIB)، ۰/۷۶ و با پرسشنامه تشخیصی شخصیت اصلاح شده (PDQ-R) ۰/۷۳ به دست آمده است. مقادیر آلفای کرونباخ برای SHI، برای نمونه ۵۲ زن و ۰/۹۰ و برای نمونه ای متشکل از ۵۷ زن و ۳۶ مرد ۰/۸۰ گزارش کردند (سانسون همکاران، ۱۹۹۸). پایایی این پرسشنامه روش بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۸۴ و روایی این پرسشنامه به روش همگرا با مصاحبه تشخیصی شخصیت مرزی ۰/۵۴ گزارش گردید (طاهباز حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی با روش کودریچاردسون این پرسشنامه ۰/۸۰ به‌دست آمد.

مقیاس بی‌ثباتی هیجانی^۵ (EIS): برای سنجش بی‌ثباتی هیجانی در این پژوهش از مقیاس ۲۰ عبارتی که توسط ملاچیچ و گلدبرگ^۶ (۲۰۰۷) ارائه گشته، استفاده شد. این پرسشنامه تک‌عاملی و مقیاس پاسخگویی آن پنج درجه‌ای (در مورد من صحت ندارد=۱، ۲، ۳، ۴ و در مورد من صحت دارد=۵) است. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. ملاچیچ و گلدبرگ (۲۰۰۷) روایی سازه این پرسشنامه را با تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نشان دادند که سوالات این مقیاس چه در قالب خودگزارش‌دهی و چه در قالب دیگر گزارش‌دهی دارای بارهای عاملی ۰/۴ و بالاتر بر روی یک عامل است. علاوه بر این، نمره‌های حاصل از این پرسشنامه در راستای روایی واگرا، در دو قالب خودگزارش‌دهی و دیگری گزارش‌دهی (به ترتیب دارای همبستگی معنادار ۰/۷۰- و ۰/۶۳-) با نشانگرهای دوقطبی ثبات هیجانی در پرسشنامه شخصیت گلدبرگ دارای همبستگی معنادار گزارش شده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دو گروه نمونه مستقل (یک گروه برای خودگزارش‌دهی شامل ۵۱۹ نفر از دانشجویان دانشگاه زاگرب در کرواسی و گروه دیگر برای دیگری گزارش‌دهی شامل ۵۱۵ نفر از دوستان گروه نمونه خودگزارش‌دهی) نیز به‌ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۹۱ گزارش شده است (ملاچیچ و گلدبرگ، ۲۰۰۷). میلیچ^۷ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه دیگری به‌عنوان شواهدی از روایی همگرا بین امتیازات حاصل از این مقیاس با توافق جویی و وظیفه شناسی رابطه معنادار (به ترتیب برابر با ۰/۲۳۷ و ۰/۲۸۰ و معناداری ۰/۰۱) و پایایی برحسب آلفای کرونباخ مقیاس برابر با ۰/۸۶ گزارش شده است (میلیچ و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه ذاکرزاده و همکاران (۱۴۰۰) روایی همگرا بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با تکانشگری همبستگی معنادار برابر با ۰/۶۸ و پایایی برحسب آلفای کرونباخ مقیاس بی‌ثباتی هیجانی برابر با ۰/۹۴ به‌دست آمد.

1 Million clinical multiaxial inventory

2 Million

3 The Self-Harm Inventory

4 Sansone

5 Emotional instability Scale

6 Mlacic & Goldberg

7 Milić

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱(ACT): پروتکل جلسات درمان مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) و کتاب دال و همکاران^۲ (۲۰۱۴) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۴ هفته پیاپی برگزار شد و خلاصه محتوای هر جلسه در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات | محتوای جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | برقراری رابطه درمانی آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی. |
| جلسه دوم | کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث در مورد موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه سوم | کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه چهارم | توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه پنجم | معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف |
| جلسه ششم | توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه هفتم | توضیح مفهوم ارزش‌ها ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه هشتم | آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها. جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون. |

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب ۳۴/۵۸ و در گروه گواه ۳۶/۳۷ سال بود. همچنین بیشترین درصد در گروه آزمایش (۳۱/۱۱) و گروه گواه (۳۱/۳۷٪) دارای سطح تحصیلات دیپلم بودند. شاخص‌های توصیفی در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار رفتارهای خودآسیب‌رسان بر اساس پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| گروه گواه | | گروه آزمایش | | گروه | متغیر |
|-----------|-------|-------------|-------|-----------|-----------------------|
| SD | M | SD | M | | |
| ۲/۶۹ | ۹/۳۴ | ۳/۲۱ | ۱۶/۲۶ | پیش‌آزمون | رفتارهای خودآسیب‌رسان |
| ۳/۵۲ | ۱۶/۸۹ | ۳/۱۳ | ۱۶/۳۷ | پس‌آزمون | |
| ۹/۷۶ | ۵۹/۴۶ | ۱۱/۲۶ | ۸۷/۱۶ | پیش‌آزمون | بی‌ثباتی هیجانی |
| ۱۱/۵۶ | ۸۹/۳۱ | ۱۱/۴۴ | ۸۸/۶۷ | پس‌آزمون | |

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمرات تغییرات محسوسی داشته است. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. بنابراین ابتدا پیش‌فرض‌هایی که برای آزمون فوق نیاز بود، بررسی گردید. برای بررسی توزیع نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که مقدار ۰ و در نتیجه توزیع نمرات / سطح معناداری به‌دست‌آمده متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی بیشتر از ۰/۰۵ نرمال است. برای

1 acceptance and commitment-based therapy

2 Dahl, Stewart, Martell & Kaplan

بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد؛ نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی رفتارهای خودآسیب‌رسان (p=۰/۴۵۷، f=۰/۶۶۴) و بی‌ثباتی هیجانی (p=۰/۵۹۸، f=۰/۲۸۲) تأیید می‌شود. پیش‌شرط لازم دیگر جهت بررسی نبودن تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون است که میزان F در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (f=۰/۰۵) و بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعامل وجود نداشت. به‌منظور شرط همگنی ماتریس‌های محاسبه شده برای متغیرهای تحقیق، فرض برابری ماتریس کوواریانس واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید با توجه به سطح Sig=۰/۳۴۵ برای متغیرهای تحقیق تأیید شد.

جدول ۳. نتایج آزمونهای چند متغیری

| نام آزمون | مقدار | F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | مجذور سهمی اتا | توان آزمون |
|-------------------|-------|--------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| اثر پیلایی | ۰/۷۴۲ | ۱۹/۲۴۰ | ۱ | ۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴۲ | ۰/۹۹۹ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۲۴۹ | ۱۹/۲۴۰ | ۱ | ۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴۲ | ۰/۹۹۹ |
| اثر هتلینگ | ۳/۱۸ | ۱۹/۲۴۰ | ۱ | ۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴۲ | ۰/۹۹۹ |
| بزرگترین ریشه روی | ۳/۱۸ | ۱۹/۲۴۰ | ۱ | ۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴۲ | ۰/۹۹۹ |

همانطور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود، سطوح معناداری آزمون‌ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (p=۰/۰۰۰، f=۱۹/۲۴۰). بررسی دقیق‌تر این نتیجه در جدول ۴، ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود، سطوح معناداری آزمون‌ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (p=۰/۰۰۰، f=۱۹/۲۴۰). بررسی دقیق‌تر این نتیجه در جدول ۴، ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون مانکوا جهت بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذور سهمی اتا | توان آزمون |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------|--------------------------------|-----------------|----------------|-------------------|----------------|
| رفتارهای خودآسیب- رسان | پیش‌آزمون گروه خطا | ۷۲۸.۴۳۷ ۵۲۸۰.۶۹۶ ۲۳۹۵.۷۴۶ | ۱ ۱ ۲۷ | ۷۲۸.۴۳۷ ۵۲۸۰.۶۹۶ ۸۸.۷۳۱ | ۸.۲۰۹ ۵۹.۵۱۳ | ۰/۰۰۸ ۰/۰۰۰ | ۰/۲۳۳ ۰/۶۸۸ | ۰/۷۸۹ ۰/۹۹۸ |
| | کل | ۸۰۳۹.۹۹۲ | ۲۹ | | ۴۰.۶۵۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۰۱ | ۰/۸۹۲ |
| بی‌ثباتی هیجانی | پیش‌آزمون گروه خطا | ۲۱۲۸.۸۹۵ ۴۰۹۱.۳۹۰ ۵۲.۳۷۲ | ۱ ۱ ۲۷ | ۲۱۲۸.۸۹۵ ۴۰۹۱.۳۹۰ ۵۲.۳۷۲ | ۷۸.۱۲۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۴۳ | ۰/۹۹۹ |
| | کل | ۸۷۱۷.۴۶۷ | ۲۹ | | | | | |

باتوجه به سطوح معناداری متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی در جدول ۴، مشاهده می‌شود که برای رفتارهای خودآسیب‌رسان (p=۰/۰۰۱، f=۵۹/۵۱۳) و بی‌ثباتی هیجانی (p=۰/۰۰۱، f=۷۸/۱۲۲) کمتر از ۰/۵۰ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودآسیب‌رسان افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوء مصرف مواد، انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودآسیب‌رسان افراد دارای

اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، ایزکیان و همکاران (۱۳۹۸) و پولاکاناهو و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. از آنجائی که افراد با اختلال شخصیت مرزی که احساس معناداری در زندگی نمی‌کنند، به علت نوع نگاهی که به خود، دنیا و آینده دارند، حس کام بردن و مفیدبودن ندارند و احساس پوچی، بیهودگی و بی‌معنایی تمام وجود آنها را فراگرفته است که این امر می‌تواند موجب بروز رفتارهای خودآسیب رسان شود (کالاتی و همکاران، ۲۰۲۲). وقتی که در جلسات ACT تحت مداخلات درمانی مانند پذیرش روانی، افزایش آگاهی به خود، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی خود از افکار و احساسات منفی قرار می‌گیرند، به نگرشی یا رابطه با افکار، احساسات و عواطف دست می‌یابند که این امر موجب می‌شود ارزش‌های شخصی و اصلی خود را بهتر شناخته و ارتباط زیباتری با این ارزش‌ها برقرار کنند. این مهم به مرور زمان موجب می‌شود که بهزیستی روانشناختی آنها افزایش یابد و از میزان بروز رفتارهای خودآسیب رسان آنها کاسته شود. هیز (۲۰۰۴) معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به‌جای آنکه روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است، خلاص نمایند.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر بی‌ثباتی هیجانی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوء مصرف مواد تاثیر معنادار دارد. این یافته با نتایج پژوهش درخشان و همکاران (۱۳۹۹)، ایزکیان و همکاران (۱۳۹۸)، باصری و دشت‌بزرگی (۱۳۹۶)، مورتون و همکاران (۲۰۱۸)، پیمان‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، تقوی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) و بایزیدی و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود. به عقیده لینهان بدتنظیمی هیجانی از آسیب‌پذیری هیجانی ناشی می‌شود. آسیب‌پذیری هیجانی به نوعی آمادگی بیولوژیکی جهت ابتلا به بی‌ثباتی هیجانی اشاره داشته و معمولاً شامل حساسیت و واکنش‌پذیری افراطی به محرک هیجانی و بازگشت کند یا تاخیری به خط پایه برانگیختگی هیجانی می‌شود. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به BPD، در مقایسه با گروه‌های غیر BPD شدت و عمق بیشتری از هیجان‌ات و یا تغییرپذیری بیشتری در تجارب هیجانی را تجربه می‌کنند. از دیدگاه لینهان، مشکل در تنظیم هیجان‌ها هسته اصلی پاتولوژی مرزی را تشکیل می‌دهد بر این اساس نقص‌هایی که در تنظیم و تعدیل هیجان‌ها وجود دارد بواسطه ناتوانی بیماران مرزی در زمینه‌های بازداری رفتارهای فاقد کارکرد وابسته به خلق و سازماندهی رفتار در قالب اهداف مشخص، می‌باشد. معمولاً افراد با اختلال شخصیت مرزی در تنظیم هیجان‌های خود به ویژه در موقعیت‌های تنش‌زا دچار مشکل هستند، به همین جهت، یا از برقراری روابط اجتماعی ناتوان هستند یا از مناسبات اجتماعی گرم و مؤثری برخوردار نیستند. این مهم به نوبه خود در درازمدت به ناامیدی، کیفیت زندگی نامناسب و بهزیستی روان پایین در زندگی آنها منجر می‌شود. حال وقتی این افراد در جلسات درمانی ACT قرار می‌گیرند با به‌کارگیری فنون مختلف، یاد می‌گیرند چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه سازگانه به آنها پاسخ دهند. در واقع، رویارویی فعال و مؤثر همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی موجب می‌شود، این افراد فشارهای ناخواسته دیگران را در مناسبات اجتماعی درک، هیجان‌های خود را کنترل و کارکرد هیجانی مثبت و معناداری داشته باشند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه بر تقویت یک رابطه غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. همچنین تمایل به تجربه عواطف منفی و قرار گرفتن در معرض احساسات ناخوشایند، مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی شدت علائم شخصیت مرزی را کاهش داده است. هیز (۲۰۰۴) معتقد است که پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ات و شناخت‌های خود، آگاهی یابند و راهبردهای ناسازگار پیشین خود را به‌منظور دستیابی به اهداف بهتر و سازگانه‌تر کنار بگذارند. به‌همین دلیل مراجع را از چنگ کشمکش خودتخریبی که گرفتار آن شده است و ممکن است او را به سمت آزار رساندن به خود و دیگری و پناه بردن به راه حل‌های هیجان‌مدار مانند رفتارهای پرخطر سوق دهد، رها می‌کند و باعث بهبود سازگاری روانشناختی و ارتقای سلامت روانی و اجتماعی فرد می‌شود.

در نهایت می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوءمصرف مواد شده و همچنین به طور مؤثری بر کاهش بی‌ثباتی هیجانی در مردان دارای نشانگان شخصیت مرزی مبتلا به سوءمصرف مواد، اثرگذار باشد. از نظر محدودیت‌های پژوهش از آنجایی که روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند بود و این پژوهش تنها بر روی مردان انجام شده است بهتر است در تعمیم‌یافته‌های به‌دست آمده به سایر افراد احتیاط لازم صورت پذیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای بررسی بهتر اثربخشی ACT در افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی

مبتلا به سوء مصرف مواد، این مطالعه بر روی زنان و با شیوه نمونه‌گیری تصادفی انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود متخصصان از ACT به‌عنوان برنامه‌ای جهت کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و بی‌ثباتی هیجانی افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوء مصرف مواد در مراکز و کمپ‌های ترک اعتیاد، مشاوره و همچنین مراکز بهداشتی بهره‌گیرند.

منابع

- اصلی آزاد، م.، منشی، غ.، و قمرانی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۶)، ۳۳-۵۳. doi: 10.22054/jpe.2019.44480.202
- ایزدی، ر.، و عابدی، م. (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *دو ماهنامه علمی-پژوهشی فیض*، ۱۷(۳)، ۲۷۵-۲۸۶. url=https://api.semanticscholar.org/CorpusID:185307173
- ایزکیان، س.، میرزاییان، ب.، و حسینی، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود دانش‌آموزان خودآسیب‌رسان. *اندیشه و رفتار*، ۱۴(۵)، ۱۷-۴۸. URL: <http://jhpm.ir/article-fa.html>
- بایزیدی، پ.، علی‌اکبری دهکردی، م.، و علی‌پور، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان و توانمندی منش مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۳(۲)، ۳۵-۴۳. doi: 10.22034/ceciranj.2022.296943.1569
- پرویزیان، ف.، شریفی، ط.، شکرکن، ح.، و غضنفری، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی «طرحواره درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» بر تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱(۶)، ۷۹-۹۲. URL: <http://jhpm.ir/article-1-152fa.html>
- پیری، م.، حسینی، ع.، اسدی، ج.، و شریعت‌نیا، ک. (۱۳۹۸). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در معنادان ساکن در کمپ. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، ۱۳(۲)، ۱۳۸-۱۶۰. magiran.com/p2043592
- پیمان‌نیا، ب.، حمید، ن.، و محمودعلیلو، م. (۱۳۹۷). اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی. *مجله دست‌آوردهای روانشناختی*، ۲۵(۱)، ۲۳-۴۴. doi.org/10.22055/psy.2018.23581.1905
- تقوی‌زاده، م.، اکبری، ب.، حسین‌خانزاده، ع.، و مشکبیدحقیقی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کمال‌خواهی و تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس جبری. *مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱)، ۹-۱۰. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-1192-fa.html>
- خواجه موگهی، ن. (۱۳۷۲). *آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلیون-۲ در شهر تهران*. رساله کارشناسی ارشد، (چاپ نشده)، انستیتو روانپزشکی تهران.
- سلیمی، ح. (۱۴۰۰). بررسی رفتار آسیب به خود متاثر از وضعیت ذهنی سازی و روابط خانوادگی در نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۸ ساله دبیرستانی (پژوهش کیفی). *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۲(۳)، ۴۷-۶۱. doi: 10.30486/jsrp.2019.582144.1633
- شرفی، ع. ا. (۱۳۹۷). *راهنمای ام. سی. ام. آی (میلون-۳)*. تهران: انتشارات روانسنجی.
- درخشان، ش.، دلیری، ف.، غلام‌زاده، س. (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان و رفتارهای خودآسیب‌رسان افراد با اختلال شخصیت مرزی. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۳)، ۳۹-۴۶. <http://frooyesh.ir/article-1-1819-fa.html>
- درویشی باصری، ل.، و دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *روان‌پرستاری*، ۱۴(۱)، ۷-۱۴. <https://sid.ir/paper/235839/fa>
- ذاکریزاده، ز.، گل‌پور، م.، و آقایی، ا. (۱۴۰۰). طراحی الگوی آسیب شناختی و درمان یکپارچه‌نگر و تعیین اثربخشی آن بر بی‌ثباتی هیجانی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی: یک مطالعه آمیخته. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۰(۳۷)، ۱-۱۶.
- طاهباز حسین‌زاده، س.، قربانی، ن.، و نبوی، س. م. (۱۳۹۰). مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز و افراد سالم. *روانشناسی معاصر، دوفصلنامه انجمن روانشناسی ایران*، ۶(۲)، ۳۵-۴۴. SID: <https://sid.ir/paper/496265/fa>
- قدم‌پور، ع.، رشیدی، ف.، یوسف‌وند، م.، عنایتی، ب.، و ملکی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر سطح خوددلسوزی و تنظیم هیجانی در زوجین مبتلا به افسردگی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۱)، ۱۱۳-۱۲۹. doi: 10.22051/PSY.2018.15706.1425
- گرائیلی مشک‌آبادی، ا.، حیدری، ش.، و فخری، م. ک. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش شناختی رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در نوجوانان خودآسیب‌رسان. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۵)، ۲۷-۴۲. doi: 10.22034/aftj.2022.333513.1467

- مددی زواره، س.، گل پرور، م.، و آقای، ا. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر درمان مثبت نگر و وجودگرا و درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی بر سرمایه عاطفی دانش آموزان دختر دارای اضطراب اجتماعی. *سلامت روان کودک (روان کودک)*، ۳(۶)، ۱۱۲-۱۲۵. SID: <https://sid.ir/paper/258285/fa>
- American Psychiatric Association. (2021). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Press. doi: [10.4103/0019-5545.117131](https://doi.org/10.4103/0019-5545.117131)
- Andover, M. S., & Morris, B. W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 569-575. DOI: [10.1177/070674371405901102](https://doi.org/10.1177/070674371405901102)
- Austin, S.F., Jansen, J.E., Petersen, C.J., Jensen, R., & Simonsen, E. (2020). Mobile app integration into dialectical behavior therapy for persons with borderline personality disorder: Qualitative and quantitative study. *JMIR Mental Health*, 7(6), e14913. DOI: [10.2196/14913](https://doi.org/10.2196/14913)
- Beasley, C. C., & Ager, R. (2019). Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 16(2), 144-159. Doi:10.1080/23761407.2018.1563013
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 1-8. DOI: [10.1007/s11920-017-0767-9](https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9)
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassari, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The role of trauma in early onset borderline personality disorder: a biopsychosocial perspective. *Frontiers in psychiatry*, 12, 721361. doi: [10.3389/fpsy.2021.721361](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361)
- Calati, R., Romano, D., Lopez-Castroman, J., Turolla, F., Zimmermann, J., Madeddu, F., ... & Preti, E. (2022). BOrderliNe symptoms and suicide-related outcomes: proTOcol for a systematic review/meta-analysis and an individual patient data meta-analysis (BONITO study). *BMJ open*, 12(5), e056492. doi: [10.1136/bmjopen-2021-056492](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056492)
- Chakhssi, F., Janssen, W., Pol, S. M., van Dreumel, M., & Westerhof, G. J. (2015). Acceptance and commitment therapy group-treatment for nonresponsive patients with personality disorders: An exploratory study. *Personality and Mental Health*, 9(4), 345-356. doi.org/10.1002/pmh.1311
- Chamberlain, S. R., Redden, S. A., & Grant, J. E. (2017). Associations between self-harm and distinct types of impulsivity. *Psychiatry research*, 250(5), 10-16. DOI: [10.1016/j.psychres.2017.01.050](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.050)
- Dahl, J., Stewart, I., Martell, C., & Kaplan, J. S. (2014). *ACT & RFT in relationships: Helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory*. Oakland, CA: New Harbinger. DOI: [10.1080/07317107.2015.1035993](https://doi.org/10.1080/07317107.2015.1035993)
- Dorfman, L. (2023). *The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Value Consistency During a Weight Loss Program* (Doctoral dissertation, University of Rhode Island). https://digitalcommons.uri.edu/oa_diss
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109-117. doi: [10.1016/j.jad.2015.11.043](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043)
- Flaxman, P.E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 816-820. DOI: 10.1016/j.brat.2010.05.004
- Geschwind, N., van Breukelen, G., & Lobbetael, J. (2019). Borderline personality disorder traits and affect reactivity to positive affect induction followed by a stressor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 65, 101497. doi: [10.1016/j.jbtep.2019.101497](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101497)
- Gielkens, E.M.J., Sobczak, S., Rossi, G., & Rosowsky, E. (2018). EMDR as a treatment approach of PTSD complicated by comorbid psychiatric, somatic, and cognitive disorders: A case report of an older woman with a borderline and avoidant personality disorder. *Clinical Case Studies*, 17(5), 328-347. DOI: [10.1177/1534650118790413](https://doi.org/10.1177/1534650118790413)
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. doi: [10.1016/j.jcbs.2020.09.009](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009)
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. DOI: [10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L., & Pistorello, J. (2013) Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-196. DOI: [10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002)
- Linehan, M. M. (2020). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York: Guilford Publications.
- Milić J, Milić Vranješ I, Krajina I, Heffer M & et al. (2020). Circadian typology and personality dimensions of croatian students of health-related university majors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4794.
- Millon, T. (1987). *Manual For the MCMI-II (2nd ed)*. Minneapolis, MN: National Computer systems. DOI: [10.1016/j.cbpra.2012.03.005](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.005)
- Mlacic B, Goldberg LR. (2007). An analysis of a cross-cultural personality inventory: the IPIP Big-Five factor markers in Croatia. *Journal of Personality Assessment*; 88(2): 168-177.
- Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Muotka, J. S., Hirvonen, R., Eklund, K. M., & Kiuru, N. (2019). Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: A randomized controlled trial. *Journal of youth and adolescence*, 48(2), 287-305. doi.org/10.1007/s10964-018-0973-8
- Rojas-Velasquez, D. A., Pluhar, E. I., Burns, P. A., & Burton, E. T. (2020). *Nonsuicidal self-injury among African American and Hispanic adolescents and young adults: a systematic review*. *Prevention Science*, 1-11. doi.org/10.1007/s11121-020-01147-x

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بی‌ثباتی هیجانی و رفتارهای خودآسیب رسان افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر
The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Emotional Instability and Self-Injurious Behaviors ...

- Sansone, R. A., Gage, M. D., & Wiederman, M. W. (1998). Investigation of borderline personality disorder among non-psychotic, involuntarily hospitalized clients. *Journal of Mental Health Counseling, 20*, 133-140. <https://psycnet.apa.org/record/1999-13886-004>
- Slotema, C.W., van den Berg, D.P.G, Driessen, A., Wilhelmus, B. & et al. (2019). Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1614822. doi.org/10.1080/20008198.2019.1614822
- Smolker, H. R., Snyder, H. R., Hankin, B. L., & Banich, M. T. (2022). Gray-matter morphometry of internalizing-symptom dimensions during adolescence. *Clinical psychological science, 10*(5), 941-959. doi:10.1177/21677026211071091
- Taubner, S., & Volkert, J. (2019). Evidence-based psychodynamic therapies for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology in Europe, 1*(2), 1-20. [doi:10.32872/cpe.v1i2.30639](https://doi.org/10.32872/cpe.v1i2.30639)
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology, 74*(4), 695-709. DOI: [10.1016/j.janxdis.2012.03.002](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.03.002)