

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر آمیختگی شناختی، استرس ادراک‌شده و حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

جهانگیر کرمی^۱، برزان سلیمانی^{۲*}، حسن قربانی^۳،
انور دستباز^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۳

تاریخ وصول: ۹۹/۰۲/۲۶

چکیده

افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، فشار روانی و عواطف منفی زیادی را تحمل می‌کنند، از همین رو زندگی سرشار از تنش را تجربه می‌کنند. هدف از پژوهش حاضر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر آمیختگی شناختی، استرس ادراک‌شده و حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش متشکل بود از کلیه افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به سه مرکز مشاوره و یک کلینیک روان‌پزشکی شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۷ که جمعاً ۴۰ نفر بودند. از این جامعه آماری نمونه‌ای ۳۰ نفری که حاضر به همکاری شدند و همچنین در دسترس بودند، انتخاب گردید سپس افراد انتخاب شده به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در ابتدا در هر دو گروه پرسشنامه‌های آمیختگی شناختی، استرس ادراک‌شده و حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا اجرا شد. سپس گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند اما گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. آنگاه برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه رازی (نویسنده مسئول) * soliemani.71@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۴. دکترای مشاوره، دانشگاه اصفهان

نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) تأثیر معنادار و مثبتی بر حافظه سرگذشتی بیش کلی گرا، گسلس شناختی، آمیختگی شناختی، ادراک منفی از تنیدگی و ادراک مثبت از تنیدگی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی دارد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آمیختگی شناختی، استرس ادراک‌شده، حافظه سرگذشتی بیش کلی گرا، اختلال شخصیت مرزی.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ از اوایل بزرگ‌سالی آغاز شده و در زمینه‌های متعددی از جمله: بی‌ثباتی در روابط بین فردی، عواطف، خودانگاره و تکانش‌گری تظاهر می‌یابد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). این اختلال تخریب‌های مکرر و شدیدی در طول زندگی فرد در زمینه‌های از دست دادن شغل، ترک تحصیل، شکست در ازدواج و مشکلاتی در پردازش پیچیده اطلاعات ایجاد می‌کند (دراپو و پریسی^۳، ۲۰۰۹؛ جود، مگلشن، گاندرسون و لینک^۴، ۲۰۰۸؛ استیون، بورخارد، هاتزینگر، شو ارز و انکل^۵، ۲۰۰۴؛ اسپروک، رادر، کندالو و یودر^۶، ۲۰۰۰) که فراموشی نیز از جمله مشکلات متعدد افراد دارای اختلال شخصیت مرزی است (کورفین و هولی^۷، ۲۰۰۰).

حافظه سرگذشتی به یک پایگاه اطلاعاتی از دانش شخصی اشاره دارد که شامل خاطرات رویدادی خاص از وقایع گذشته، اطلاعات مفهومی و اطلاعات مربوط به خود است (کانوی و پلیدل پرس^۸، ۲۰۰۰). این حافظه، تجارب گذشته را ثبت و در آن رمزگردانی خصوصیات

¹ borderline personality disorder

² American Psychiatric Association

³ Drapeau, & Perry

⁴ Jud, McGlashan, Gunderson, & Links

⁵ Stevens, Burkhardt, Hautzinger, Schwarz, & Unckel

⁶ Sprock, Rader, Kendall, & Yoder

⁷ Korfin, & Holay

⁸ Conway, & Pleydell-Pearce

مکان، زمینه و زمان انجام می شود و به دو صورت اختصاصی و بیش کلی گرا بازیابی می شود (شاختر، واگنر و بوکنر^۱، ۲۰۰۰). خاطرات سرگذشتی جزء حیاتی و مهم از تجربه انسان است که نه تنها نقش کلیدی در احساس خود و هویت دارد، بلکه به عنوان یک راهنمای مهم برای آینده نیز عمل می کند، چنین خاطراتی به عنوان سوابق تجربه های گذشته شخص، درس های آموخته شده قبل را یادآوری می کند و به افراد کمک می کند تا مشکلات مشابه در حال حاضر را حل کنند و برای آینده برنامه ریزی کنند (ویلیامز^۲، ۲۰۰۶). پس هر اشکالی بر سر راه بازخوانی اطلاعات از حافظه ی سرگذشتی، احتمال شکست در حل مسئله را افزایش می دهد (ویلیامز و برودبنت^۳، ۱۹۸۶). وقتی از افراد سالم خواسته می شود که خاطره ای خاص را فراخوانی کنند، آن ها به سادگی قادر به جست و جو در سلسله مراتب ساختارهای حافظه از سطوح بالاتر خواهند بود؛ یعنی جایی که خاطرات کلی به سمت سطوح پایین تر ذخیره شده اند، پردازش را ادامه دهند ولی بیماران در سطوح واسطه گیر می کنند و نمی توانند که از توصیف های کلی فراخوانده شده برای رسیدن به بازیابی خاطرات اختصاصی سود ببرند، به این پدیده بیش کلی گرایی گفته می شود که به شدت با آسیب روانی در ارتباط است (ویلیامز، تیسدل، سگال و سالسی^۴، ۲۰۰۰)؛ که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به علت تجارب خلاصه شده و فضای تصمیم گیری کوچک، احتمال اقدام به تکرار تجربه های ناکارآمد گذشته بسیار زیاد است (داماسیو^۵، ۱۹۹۴). از همین رو بازیابی از حافظه به صورت بیش کلی گرا در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی احتمالاً روشی برای جلوگیری از رفتارهای خود صدمه رسان است، به همین دلیل بازیابی از حافظه به شکل بیش کلی گرا، عملکردی انطباقی دارد، چون با این نوع بازیابی، اجتناب از خاطرات آسیب زا صورت می گیرد (اکبری دهقی، اصغر نژاد و غرایبی، ۱۳۸۸). برای مثال شواهد مربوط به نمونه های غیر کلینیکی نشان داده است که اجتناب از

¹. Schacte, Wagner, & Buckner

². Williams

³. Broadbent

⁴. Teasdale, Segal, & Soulsby

⁵. Damasio

جزئیات خاص خاطرات منفی، می‌تواند به عنوان یک استراتژی تنظیم عاطفی مؤثر برای کنترل عوامل استرس‌زا عمل کند (اندرسون، گدارد و پاول^۱، ۲۰۱۰؛ هرمانز^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). چرا که استرس، باعث افزایش احساسات منفی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود (دیسکرز^۳ و همکاران، ۲۰۱۵) که ۶۰ تا ۹۰ درصد افراد دارای اختلال شخصیت مرزی برای رهایی از تنش و استرس (استیگلمایر^۴، ۲۰۰۱) به خود آسیب می‌زنند (اندور، ۲۰۱۴؛ بریر و گیل^۵، ۱۹۹۸؛ چاپمن، گریتز و براون^۶، ۲۰۰۶؛ اسکانلبر، برنهام و موتی^۷، ۲۰۱۴). به گزارش افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، آسیب رساندن به خود به آن‌ها احساس آرامش می‌دهد (چاپمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ کلیندنست^۸ و همکاران، ۲۰۰۸). از همین رو علاوه بر بازیابی از حافظه سرگذشتی به شکل بیش‌کلی‌گرا، عامل دیگری که به نظر می‌رسد در افراد دارای استرس بالا وجود داشته باشد آمیختگی شناختی^۹ است (کنت، هوشارد و هاربرت ویلیامز^{۱۰}، ۲۰۱۹).

آمیختگی شناختی فرآیندی را توصیف می‌کند که فرد بیش‌ازحد در افکار خود غرق می‌شود، به گونه‌ای که افکار بر رفتار مسلط می‌شود، زیرا افراد، افکار خود را حقیقت می‌دانند و آن را واقعیت بیرونی قلمداد می‌کنند (گیلاندرس و همکاران، ۲۰۱۴)، همین امر قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده علائم اضطراب است (گیلاندرس، سینکلر، مک‌کن و جاردین^{۱۱}، ۲۰۱۵) که به شدت در رفتارهای اجتناب، پریشانی و طیف گسترده‌ای از اختلالات جسمی و روانی نقش دارد (گیلاندرس و همکاران، ۲۰۱۴) و اجتناب تجربی ناشی از استرس ادراک‌شده عامل اساسی

^۱. Anderson, Goddard, & Powell

^۲. Hermans

^۳. Decker

^۴. Stiglmayr

^۵. Andover, Briere & Gil

^۶. Chapman, Gratz, & Brown

^۷. Schoenleber, Berenbaum, & Motl

^۸. Kleindienst

^۹. Cognitive fusion

^{۱۰}. Kent, Hochard, & Hulbert-Williams

^{۱۱}. Sinclair, MacLean, & Jardine

در پریشانی روان شناختی است (تیندال، والداک، ریوا، ویسلمان و پانکانی^۱، ۲۰۱۸). در همین راستا پژوهش، کوکسن^۲ (۲۰۱۹) نشان داده است که آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی واسطه بین افسردگی، اضطراب و وقایع استرس‌زای زندگی هستند.

آمیختگی شناختی یکی از شش فرآیند اصلی درمان پذیرش و تعهد^۳ است (هیز، استرشهال و ویلسون^۴، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی موج سوم است که به تغییر کارکرد افکار و احساسات، به‌جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها می‌پردازد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). رویکرد پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرآیند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است که همه آن‌ها باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (هیز و همکاران، ۲۰۰۹). فرآیندهای مبتنی بر پذیرش این‌گونه عمل می‌کنند که به افراد یاد می‌دهند چگونه از بازداری فکری دست بردارند، چگونه از افکار مزاحم خلاص شوند و چگونه هیجانات ناخوشایند را بیشتر تحمل کنند (هیز و همکاران، ۲۰۰۴). در همین راستا پژوهش‌های فراوانی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در طیف گسترده‌ای از مشکلات مورد بررسی قرار داده‌اند.

از جمله پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش پولاکاناها^۵ و همکاران (۲۰۱۹) اشاره کرد، نتایج بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش استرس، تقویت مهارت تحصیلی و ارتقاء بهزیستی نوجوانان در زمینه مدرسه می‌شود؛ اما پژوهش، گلستار^۶ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که این درمان در هنگام واکنش‌های استرس‌حاد تأثیر ندارد. همچنین پژوهش، فلیو^۷ و همکاران (۲۰۱۸) که یک بررسی مروری بود نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش درد مزمن اثربخش است اما به‌اندازه کافی دلایل محکم وجود ندارد. از طرفی پژوهش

¹. Tyndall, Waldeck, Riva, Wesselmann, & Pancani

². Cookson

³. acceptance & Commitment therapy

⁴. Hayes, Strosahl, & Wilson

⁵. Puolakanaho

⁶. Gloster

⁷. Feliu

ورسب^۱ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بالا رفتن تندرستی می‌شود زیرا این درمان باعث کاهش استرس می‌شود، همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را نیز افزایش می‌دهد. همچنین پژوهش لی و هان^۲ (۲۰۱۸) نشان داد که برنامه مدیریت استرس مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر پرستاری از سلامت روان برای استرس بستری در بیمارستان و خودکارآمدی بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده شود. پژوهش روچ، داوسون، مقدم و ابی^۳ (۲۰۱۷) نشان داد که این درمان بر روی خستگی مزمن هم اثربخش است.

همچنین در پژوهش‌های داخلی نیز اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی گروه‌های مختلف صورت گرفته است و نشان از اثربخش بودن این درمان داشته‌اند، از جمله: کاهش اجتناب تجربی و کاهش پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص (نریمانی و طاهری فرد، ۱۳۹۸)، افزایش ضریب سختی و کاهش استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به دیابت نوع دو (موسوی و دشت بزرگی، ۲۰۱۷)، کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش خودکارآمدی ویژه سلامت کودکان هفت تا پانزده ساله مبتلا به دیابت (معدذی، مقالو، مقالو و پیشوایی، ۲۰۱۵)، کاهش استرس ادراک‌شده سالمندان (طرقی و مسعودی، ۱۳۹۸)، کاهش استرس ادراک‌شده و کاهش پرخاشگری زنان با سندروم پیش از قاعدگی (برزگر و همکاران، ۱۳۹۷)، افزایش رضایت زناشویی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متأهل اداره بهزیستی (مرادزاده و پیرخائفی، ۱۳۹۶)، بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی دانشجویان مضطرب (زارع، ۱۳۹۶) و افزایش نمره اختصاصی حافظه سرگذشتی و کاهش زمان واکنش (قلخانی و همکاران، ۱۳۹۶).

بنابراین با توجه به اینکه افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تنش و استرس درونی بالایی را تجربه می‌کنند (دیسکرز و همکاران، ۲۰۱۵) که می‌تواند ناشی از آمیختگی شناختی بالا باشد (کنت، هوشارد و هاربرت ویلیامز^۴، ۲۰۱۹)، ممکن است برای رهایی از این تنش و استرس به

¹. Wersebe

². Lee, & Hyun

³. Roche, Dawson, & Abey

⁴. Kent, Hochard, & Hulbert-Williams

خود آسیب بزنند (اندور، ۲۰۱۴). همچنین چون این افراد در حافظه سرگذشتی نیز مشکل دارند، به این صورت که به شکل بیش کلی‌گرایی اطلاعات را بازیابی می‌کنند و از آنجایی که حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا برای حل مسائل و تنظیم خلق‌وخو از اهمیت بالایی برخوردار است (اندرسون، گدارد و پاول، ۲۰۱۰)، از همین رو افراد دارای اختلال شخصیت مرزی طیف وسیعی از مشکلات را تجربه می‌کنند که لازم است تا توجه ویژه‌ای به آن‌ها شود. از سویی دیگر مرور پژوهشی در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیانگر تأثیرگذاری مثبت برنامه درمانی مبتنی بر این رویکرد در زمینه‌های مختلف هم در داخل ایران و هم در خارج از ایران است اما طبق بررسی‌های انجام‌شده پژوهشی که به بررسی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر آمیختگی شناختی، استرس ادراک‌شده و حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا در افرادی که دارای اختلال شخصیت مرزی باشد، یافت نشد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آمیختگی شناختی، استرس ادراک‌شده و حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش متشکل بود از کلیه افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به سه مرکز مشاوره و یک کلینیک روان‌پزشکی شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۷ که تعداد این افراد جمعاً ۴۰ نفر بود. از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ بدین ترتیب پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۳۰ نفر از کسانی که مایل به شرکت در طرح درمانی بودند و طی انجام مصاحبه روان‌شناختی بر اساس DSM-5 و پس‌ازاینکه تشخیص اختلال شخصیت مرزی توسط روان‌پزشک داده شد، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل، جایگزین شدند. پس از انتخاب نمونه و قبل از اجرای مداخله، جلسه مقدماتی اجرا شد که در این جلسه هدف پژوهش، هنجارهای گروه‌درمانی و هماهنگی‌های لازم در مورد نحوی اجرای پژوهش مطرح شد، سپس پرسشنامه‌ها (پیش‌آزمون) تکمیل گردید. آنگاه شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش در ده جلسه ۲ ساعته تحت برنامه مداخله درمانی پذیرش و تعهد (ACT) قرار

گرفتند. پس از پایان مداخله، مجدداً از کل شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد. ملاک‌های ورود به طرح درمانی عبارت بود از تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس انجام مصاحبه تشخیصی روان‌شناختی بر اساس DSM-5، پاسخ دادن به آزمون میلون و داشتن برافراشتگی در مقیاس بالینی مرزی و معاینه دقیق توسط روان‌پزشک، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج از طرح درمانی عبارت بود از دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی، سوء‌مصرف مواد یا الکل و وجود اختلالات روان‌شناختی دیگر. در این راستا شرکت‌کنندگانی که غیبت بیش از ۲ جلسه داشتند و تکالیف مشخص شده را انجام ندادند از فرآیند پژوهش حذف شدند. لازم به ذکر است که تا مرحله پس‌آزمون از هر گروه دو نفر ریزش کردند و در انتها در هر گروه ۱۳ نفر با پژوهشگر همکاری کردند. همچنین در اجرای این پژوهش مباحث زیر در نظر گرفته شد:

- ۱- اختیاری و داوطلبانه بودن شرکت افراد و داشتن رضایت کامل، ۲- دادن اطلاعات کافی در ابتدای پژوهش در رابطه با اهداف، شیوه، مدت و شرایط اجرای پژوهش به شرکت‌کنندگان در پژوهش. ۳- اجرای جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برای گروه کنترل بعد از پایان پژوهش.

ابزارهای پژوهش

مقیاس استرس ادراک‌شده^۱: این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کمارک و مرملستین^۲ ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم بر اساس مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود، این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. مقیاس تنیدگی ادراک‌شده دو خرده مقیاس را می‌سنجد: الف) خرده مقیاس ادراک منفی از تنیدگی که شامل آیتم‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ می‌شود. ب) خرده مقیاس ادراک مثبت از تنیدگی که آیتم‌های ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ را دربر می‌گیرد که به صورت برعکس

1. Perceived Stress Scale

2. Cohen, Kamarck & Mermelstein

نمره گذاری می شوند. مقیاس تنیدگی ادراک شده زمانی بکار می آید که قصد داشته باشیم، ارزیابی کنیم موقعیت های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خود فرد تنیدگی زا است. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک به دست آمده است. مقیاس تنیدگی ادراک شده به طور معنی داری با رویدادهای زندگی، نشانه های افسردگی و نشانه های جسمی، بهره مندی از خدمات بهداشتی، اضطراب اجتماعی و رضایت از زندگی پایین همبسته است (کوهن، کمارک و مرمستین، ۱۹۸۳). میموراز^۱ و گریفیث^۲ در پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی ضریب آلفای کرونباخ اصلی و مقیاس تجدیدنظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به دست آوردند که این ضرایب به ضرایب پایایی نسخه اصلی خیلی نزدیک است، در مقیاس اصلی دو عامل ۵۳/۲ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل اول ۲۷/۳ درصد و عامل دوم ۲۵/۹ درصد. در صورتی که مقیاس تجدیدنظر شده ژاپنی دو عامل ۴۹/۹ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل اول ۲۸/۵ درصد واریانس و عامل دوم ۲۱/۴ درصد واریانس (میموراز و گریفیث، ۲۰۰۴؛ به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵). در پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه های ادراک مثبت از تنیدگی ۰/۷۱ و ادراک منفی از تنیدگی ۰/۷۵ به دست آمد. ضمن اینکه ضریب آلفا برای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۴ مشخص گردید. همچنین در این پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) با استفاده از روش تحلیل مواد ضرایب همبستگی به دست آمده برای ادراک مثبت از تنیدگی در دامنه ای ۰/۴۹ تا ۰/۷۰ و ادراک منفی از تنیدگی در دامنه ای ۰/۵۲ تا ۰/۷۷ و ضرایب همبستگی مواد مقیاس ادراک تنیدگی کل در دامنه ای ۰/۵۱ تا ۰/۷۸ قرار داشت. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس استرس ادراک شده ۰/۸۹ محاسبه شد.

^۱. Mimura

^۲. Griffiths

مقیاس آمیختگی شناختی گیلاندرز^۱: این پرسشنامه توسط گیلاندرز^۲ و همکاران (۲۰۱۰) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال و دو مؤلفه همجوشی و گسلس شناختی است و هر آیتم بر اساس مقیاس لیکرتی شش درجه‌ای (با سؤالاتی مانند: حتی وقتی افکار ناراحت‌کننده به سراغم می‌آید می‌دانم که این افکار در نهایت بی‌اهمیت می‌شوند) به سنجش همجوشی شناختی می‌پردازد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) ۰/۸۳ محاسبه شد. روایی این پرسشنامه در پژوهش زارع (۱۳۹۳) سنجیده شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش زارع (۱۳۹۳)، برای این پرسشنامه بالای ۰/۷۰ برآورد شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه استاندارد آمیختگی شناختی برابر با ۰/۷۸ بود.

آزمون حافظه سرگذشتی شرح حال (AMT)^۳: این آزمون دارای ۱۵ محرک-واژه با بار هیجانی خوشایند، خنثی و ناخوشایند است. این واژه‌های هیجانی از میان واژه‌هایی برگزیده می‌شوند که در یک بررسی مقدماتی برای فرهنگ ایرانی اعتباریابی نسبی شده‌اند (کاویانی، رحیمی و نقوی، ۱۳۷۸). ترتیب ارائه خوشایند-خنثی-ناخوشایند واژه‌ها به صورت متوازن خواهد بود. آزمودنی پس از شنیدن هر واژه بایستی نخستین رویدادی را که به ذهنش می‌رسد بگوید، طول زمانی رخداد مورد نظر نبایستی بیشتر از یک روز باشد. تأخیر زمانی در پاسخ‌گویی همچنین میزان اختصاصی بودن اندازه‌گیری خواهد شد. بیش کلی‌گرایی محتوای پاسخ‌ها بر پایه مقیاس ۰-۱۰ (صفر برابر با بیش کلی‌گرایی تام و ۱۰ برابر با اختصاصی بودن تام) به صورت کمی درجه‌بندی می‌شوند. ارزیاب برای کمی سازی محتوای سخن از یک فهرست وارسی دارای معیارهای زمان (تاریخ، روز، ماه، فاصله زمانی و مدت زمان)، مکان (نام مکان و جزئیات مکان)، اشخاص (جنس، نام، نسبت و سن)، اشیا (نام شی، شکل و رنگ) و موقعیت (جشن، عزا و عید) سود می‌برد. در راستای بررسی شاخص‌های روان‌سنجی این آزمون، مطالعه مقدماتی و

3. cognitive fusion scale

2. Gillanders

3. autobiographical Memory Test

پیگیری توسط کاویانی و همکاران (۱۳۷۸) انجام گرفته است که نشانگر روایی این آزمون برای بررسی حافظه سرگذشتی است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ثبات درونی سؤالات این آزمون را کاویانی و همکاران (۱۳۷۸)، ۰/۸۶ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد.

در جدول زیر خلاصه‌ای از جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ذکر شده است. این جلسات بر اساس پروتکل درمانی هیز و ویلسون^۱ (۲۰۰۵)، هیز و همکاران (۲۰۰۹)، لوین و هیز^۲ (۲۰۱۶) و ایزدی و عابدی (۱۳۹۳) طراحی شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه درمانی مفاهیم درمان پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف جلسات	خلاصه جلسات
جلسه اول	آشنایی با شرکت‌کنندگان، معرفی اهداف برنامه، قوانین و مقررات گروه، برگزاری پیش‌آزمون‌ها	کسب شناخت کافی در رابطه با اهداف برنامه آموزشی، قوانین گروه از جمله رازداری و حضور به‌موقع در جلسات و چگونگی روند پژوهش، اجرای پیش‌آزمون. تکلیف: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در پژوهشی.
جلسه دوم	بررسی اهمیت درگیری‌ها و مشکلات عمده، بحث در مورد تعارضات و راهکارهای استفاده‌شده	بررسی مشکلات و درگیرهای اعضا، شناسایی تأثیراتی که مشکلات بر شرکت‌کننده‌ها داشته، شناسایی راه‌حل‌های که تاکنون استفاده کرده‌اند. تکلیف: مشخص کردن علت اصلی تعارضاتی و مشکلاتی در زندگی و بررسی تأثیر این مشکلات بر روابط آن‌ها.
جلسه سوم	بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد و ایجاد در ماندگی خلاق	بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیرات تعارضات در زندگی آن‌ها همچنین بررسی راهبردهای استفاده‌شده و مشخص کردن کارآمدی و ناکارآمدی این راهبردها، پی بردن به بیهودگی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره‌های شخص در چاه استعاره- استعاره داروهای مُسکن- استعاره طناب‌کشی با هیولا. تکلیف: مشخص کردن

1. Haye, & Wilson

2. Levin & Hayes

<p>راهبردهای کنترلی و نقش آن‌ها در تعارضات و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی.</p>	<p>جلسه چهارم درک اینکه کنترل مسئله است نه راه‌حل، پی بردن به رفتارهای تعارض برانگیز و پرورش افکار و احساسات مخرب و آسیب‌زا، آموزش ذهن آگاهی و پذیرش</p>
<p>بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث در باره بیهودگی راهبردهای کنترلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات. برای این منظور از استعاره‌های زیر استفاده می‌شود: استعاره پلی‌گراف-۱ استعاره عاشق شدن -۱ استعاره دونات ژله‌ای، تکلیف: اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی.</p>	<p>جلسه پنجم آموزش گسلش شناختی (فاصله گرفتن از افکار و مشاهده آن‌ها بدون قضاوت)</p>
<p>توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار. تکلیف: تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن بر تعارضات در زندگی.</p>	<p>جلسه ششم جایگزینی برای کنترل: تمایل، احساسات پاک و ناپاک</p>
<p>شرکت‌کنندگان لازم است در این جلسه به منشأ تعارضات که ریشه در افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند گذشته آن‌ها دارد پی ببرند و در مقابل این تجربیات درونی ناخوشایند رفتارهای واکنشی و تعارض برانگیز را نشان ندهند بلکه این افکار و احساسات را تجربه کنند. برای کمک به تجربه درون خودشان، تشخیص احساسات پاک از ناپاک، ذکر مثال‌های در مورد هیجانانگیز و احساسات اولیه (پاک) و هیجانانگیز و احساسات ثانویه (ناپاک) می‌توان از استعاره دو مقیاس- استعاره گدای دم در استفاده کرد.</p>	<p>جلسه هفتم آشنایی با خود به‌عنوان زمینه و ادامه گسلش شناختی</p>
<p>بررسی تکالیف جلسات قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان‌جویان، شناخت ویژگی‌های پنهان زبان و ذهن، شکاف بین واقعیات درونی و بیرونی، شناخت انواع آمیختگی‌ها و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر. استفاده از استعاره صفحه شطرنج، استعاره خانه با مبلمان، مسافران در اتوبوس- استعاره ۱، ۲ و ۳، تمرین سربازان در حال رژه، نگاه کردن</p>	

<p>از فکرها به نگاه به فکرها، پیاده‌روی با ذهن، تکلیف: تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و بررسی تأثیر آن بر راهکارهای ارتباطی خانوادگی.</p>	<p>جلسه تصریح ارزش‌ها هشتم</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمان‌جویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، برای کمک به درک بهتر این موضوع از استعاره تشیع جنازه، استعاره جزیره متروک تکلیف: مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی.</p>	<p>جلسه ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها نهم</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، حرکت با تمام وجود در مسیر ارزش‌ها بدون توجه به افکار و احساسات و خاطرات گذشته، برای این منظور از استعاره‌های شخم زدن زمین، استعاره درختکاری.</p>	<p>جلسه مروور جلسات، اجرای پس- آزمون دهم</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آن‌ها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمان‌جویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی.</p>	

یافته‌ها

در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا اطلاعات توصیفی مربوط به آزمودنی‌های پژوهش ارائه شده است و سپس با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس فرضیات پژوهش مورد آزمون قرار گرفته‌اند. حجم هر گروه در ابتدای پژوهش ۱۵ نفر بودند که از هر گروه دو نفر حاضر به همکاری نشدند که در پایان حجم هر گروه ۱۳ نفر بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه

کنترل به ترتیب ۲۵/۵۰ (۳/۶) و ۲۶ (۳/۸) بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد بین دو گروه از نظر دامنه سنی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). در هر دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۶ و ۷ نفر مرد و زن شرکت کردند؛ بنابراین از نظر جنسیت بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل، به ترتیب ۷ و ۸ نفر دیپلم، ۶ و ۵ نفر لیسانس حضور داشت. در این زمینه نتایج آزمون مجذور کای نشان داد از جهت سطح تحصیلات بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل	گروه	گروه
	S	MD			
آزمون تنبیه	۱۰/۸۵	۳/۳	۹/۶۹	۲/۲	حافظه سرگذشتی
	۱۳/۲۳	۲/۶	۱۳/۴۶	۲/۵	گسلش شناختی
	۴۲	۴/۹	۴۴	۴/۸	آمیختگی شناختی
	۲۱/۶	۴/۴	۲۱/۷	۳/۲	ادراک منفی از تنیدگی
	۱۱	۳/۱	۱۱/۴	۲/۶	ادراک مثبت از تنیدگی
گروه کنترل	۱۹/۶۹	۲/۲	۱۱/۳	۲/۴	حافظه سرگذشتی
	۹/۴	۲	۱۴/۴۶	۱/۴	گسلش شناختی
	۲۹/۹	۲/۴	۴۲/۶	۲/۹	آمیختگی شناختی
	۱۳/۲۳	۱/۵	۲۲/۶	۳/۳	ادراک منفی از تنیدگی
	۲۰/۸	۴/۵	۱۳	۱/۷	ادراک مثبت از تنیدگی

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات حافظه سرگذشتی، گسلش شناختی، آمیختگی شناختی، ادراک منفی از تنیدگی، ادراک مثبت از تنیدگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون نشان داده شده است. برای تحلیل داده‌ها، با توجه به

اینکه این پژوهش دارای دو گروه آزمایش و کنترل همچنین در مراحل پیش آزمون-پس آزمون بود به همین دلیل از تحلیل کوواریانس چند متغیره (لامبدای ویلکس) استفاده شد. در ادامه پیش فرض آزمون همسانی واریانس های لوین نشان داد که سطوح معنی داری بین ۰/۲۱۳ تا ۰/۹۶۱ قرار دارد و معنی دار نیست ($p > ۰/۰۵$)، لذا فرض همسانی واریانس ها برقرار است. مقادیر چولگی در بازه ۰/۵۶ تا ۱/۳۶ و مقادیر کشیدگی در بازه ۱/۳۲ تا ۱/۹۶ قرار دارد و بررسی توزیع داده ها با نمودار Q-Q نرمال نشان داد که داده ها به خطوط قطری نزدیک اند و می توان توزیع را نرمال در نظر گرفت. نتایج کرویت بارتلت مبنی بر ماتریس SSCP باقی مانده^۱، در پس آزمون معنی دار ($p < ۰/۰۰۱$) به دست آمد و نشان داد همبستگی بین متغیرهای وابسته معنی دار است و امکان استفاده از روش های تحلیل واریانس چند متغیره فراهم است. جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (لامبدای ویلکس) متغیرها در گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون

منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	Df فرضی	Df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
حافظه سرگذشتی (پیش آزمون)	۰/۴۲۳	۱/۱	۵	۱۵	۰/۰۷۵	۰/۲۴	۰/۳۰
گسلش شناختی (پیش آزمون)	۰/۷۴۳	۱/۰۲	۵	۱۵	۰/۴۳۸	۰/۲۵	۰/۲۶
آمیختگی شناختی (پیش آزمون)	۰/۷۰۲	۱/۲	۵	۱۵	۰/۳۳۲	۰/۲۹	۰/۳۲
ادراک منفی از تنیدگی (پیش آزمون)	۰/۸۸۵	۰/۳۹	۵	۱۵	۰/۸۴۴	۰/۱۱	۰/۱۲
ادراک مثبت از تنیدگی (پیش آزمون)	۰/۴۴۶	۳/۶	۵	۱۵	۰/۰۶۲	۰/۴۱	۰/۰۰۳/۴۸
عضویت گروهی	۰/۰۳۳	۸۷/۵	۵	۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶	۱

جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (لامبدای ویلکس) با متغیر کنترل پیش آزمون را نشان می دهد. همان طور که قابل ملاحظه است، هیچ کدام از متغیرهای کنترل شده (پیش آزمون ها) تأثیر معناداری بر نمرات پس آزمون ندارد. ولی تأثیر چند گانه عضویت گروهی

^۱. residual SSCP matrix

(متغیر مستقل) معنی‌دار است ($P < 0/001$). می‌توان گفت حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (حافظه سرگذشتی، گسلش شناختی، آمیختگی شناختی، ادراک منفی از تنیدگی، ادراک مثبت از تنیدگی) بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس در متن مانکوا صورت گرفت که نتایج آن در جدول بعدی است. اندازه اثر و توان آماری برای عضویت گروهی به ترتیب ۰/۹۶ و ۱ به دست آمد که این نشان‌دهنده مطلوبیت اثربخشی و کفایت حجم نمونه است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

منشأ تأثیرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳ ۱۴ ۱۵ ۱۶ ۱۷ ۱۸ ۱۹ ۲۰ ۲۱ ۲۲ ۲۳ ۲۴ ۲۵ ۲۶ ۲۷ ۲۸ ۲۹ ۳۰ ۳۱ ۳۲ ۳۳ ۳۴ ۳۵ ۳۶ ۳۷ ۳۸ ۳۹ ۴۰ ۴۱ ۴۲ ۴۳ ۴۴ ۴۵ ۴۶ ۴۷ ۴۸ ۴۹ ۵۰ ۵۱ ۵۲ ۵۳ ۵۴ ۵۵ ۵۶ ۵۷ ۵۸ ۵۹ ۶۰ ۶۱ ۶۲ ۶۳ ۶۴ ۶۵ ۶۶ ۶۷ ۶۸ ۶۹ ۷۰ ۷۱ ۷۲ ۷۳ ۷۴ ۷۵ ۷۶ ۷۷ ۷۸ ۷۹ ۸۰ ۸۱ ۸۲ ۸۳ ۸۴ ۸۵ ۸۶ ۸۷ ۸۸ ۸۹ ۹۰ ۹۱ ۹۲ ۹۳ ۹۴ ۹۵ ۹۶ ۹۷ ۹۸ ۹۹ ۱۰۰	حافظه سرگذشتی شده	۴۳۷	۱	۴۳۷	۷۶/۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱
	گسلش شناختی	۱۴۳	۱	۱۴۳	۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۱
	آمیختگی شناختی	۸۴۴	۱	۸۴۴	۱۲۲/۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶	۱
	ادراک منفی از تنیدگی	۵۱۲	۱	۵۱۲	۱۳۰/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷	۱
ادراک مثبت از تنیدگی	۳۲۵	۱	۳۲۵	۳۲/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱	

جدول شماره ۴ تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی، گسلش شناختی، آمیختگی شناختی، ادراک منفی از تنیدگی، ادراک مثبت از تنیدگی در پس‌آزمون را نشان می‌دهد. همان‌طور که قابل‌ملاحظه است تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی، گسلش شناختی، آمیختگی شناختی، ادراک منفی از تنیدگی، ادراک مثبت از تنیدگی معنی‌دار است ($P < 0/001$). در نتیجه مشاوره گروهی مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبودی حافظه سرگذشتی بیش‌کلی گرا، گسلش شناختی، آمیختگی شناختی، ادراک منفی از تنیدگی، ادراک مثبت از تنیدگی شده است. اندازه اثر و توان آزمون به دست آمده، بیانگر مطلوبیت اثربخشی و کفایت حجم نمونه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آمیختگی شناختی، استرس ادراک شده و حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند اثر مثبت و معناداری در بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی به صورت اختصاصی، افزایش گسلس شناختی، کاهش آمیختگی شناختی، کاهش ادراک منفی از تنیدگی و افزایش ادراک مثبت از تنیدگی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی داشته باشد. در بررسی‌های انجام شده با توجه به نادر بودن پژوهش تنها دو پژوهش یافت شد (قالخانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ مس کنزی^۱، ۲۰۱۹) که نتایج آن‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر بود؛ اما از جانی دیگر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی طیف وسیعی از اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب (اوست ال‌جی^۲، ۲۰۱۴؛ رامیرز^۳، ۲۰۱۹)، اعتیاد و استرس (تورستون^۴ و همکاران، ۲۰۱۷)، شرایط جسمی مانند درد مزمن (آتجیک^۵ و همکاران، ۲۰۱۵)، همچنین روی مردانی که خشونت‌های خانگی انجام دادند (زارلینگ، بانون و برتا^۶، ۲۰۱۷) نشان داده شده است. از همین رو پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های ذکر شده بود. در این راستا نتایج پژوهش ریز^۷ و همکاران (۲۰۱۹) نیز بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اجتناب تجربی، دستیابی به مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم عواطف و کاهش دل‌بستگی بین فردی منفی در افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی می‌شود، در نتیجه این درمان برای افرادی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند، مؤثر است که پژوهش حاضر نیز همسو با نتایج این پژوهش بود.

¹ McKenzie

² Öst

³ Ramirez,

⁴ Thurstone

⁵ A-tjak

⁶ Zarling, Bannon, & Berta

⁷ Reyes

در تبیین نظری یافته‌های پژوهش می‌توان به این امر اشاره کرد که تمرکز رویکردهای رفتاردرمانی شناختی سنتی روی درمان مشکلات مربوط به استرس، بر تشخیص تحریف‌های شناختی و چالش با این تحریف‌ها صورت می‌گیرد، یعنی روی باورهای کار می‌شود که افراد در مورد توانایی‌های انطباقی خود دارند و یا روی عواطف و احساساتی کار می‌شود که افراد نسبت به سلامت خود دارند؛ اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برعکس است و صرف‌نظر از اینکه محتوای شناختی فرد تا چه حد تحریف شده باشد، چنین استدلال می‌شود که این تحریف‌ها مستقیماً به اختلال‌های مرتبط با استرس، منجر نمی‌شوند. در عوض، تنها زمانی این تحریف‌های شناختی منجر به نتایج آسیب‌زا می‌شوند که در یک بافت و زمینه خاصی رخ دهند. این بافت و زمینه، آسیب‌زا است، زیرا در آن افراد، دچار آمیختگی شناختی با معانی خشک و انعطاف‌ناپذیر محتوای افکار خود می‌شوند یعنی فرد محتوای فکر خود را واکنشی اساسی نسبت به خود و آینده غیرمتعارف می‌داند؛ بنابراین بر طبق رویکرد نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد از تجاربی که در پاسخ به محتوای شناختی تحریف‌شده‌ی آن‌ها مثل (اضطراب)، شکل گرفته است اجتناب می‌کنند. چنین بافت و زمینه‌ایی از آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی، بیشتر از خود عوامل فشار آور، علت ایجادکننده استرس است، زیرا بافت و زمینه است که تعیین می‌کند، آیا تجربه کردن یک عامل فشار آور به استرس منجر می‌شود یا خیر؛ بنابراین، بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان چنین مفهوم‌سازی کرد که آمیختگی شناختی با محتوای افکار شخصی ناخواسته، راهبردهای انطباقی اجتناب تجربی و فقدان جهت‌گیری‌های ارزشمند مشخص و تعریف‌شده، همه باهم در ایجاد پاسخی غیرقابل کنترل در برابر استرس، نقش دارند (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). در این راستا افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در مقابل استرس‌های درونی و تنش‌هایی که تجربه می‌کنند و نیز با آمیختگی در هیجانات و احساسات ناپخته، رفتارهای واکنشی و ناسازگارانه نشان می‌دهند (دراپو و پریسی، ۲۰۰۹). در این زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی، پذیرش خود به عنوان زمینه و عمل متعهدانه در راستای ارزش‌ها، زمینه مناسب برای انعطاف‌پذیری شناختی که نقطه مقابل رفتارهای واکنشی و ناسازگارانه است، فراهم می‌نماید.

همچنین با توجه به نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی بیش کلی گرا افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مؤثر بود، در تبیین نظری این بخش از پژوهش می توان گفت افرادی که در بازیابی از حافظه سرگذشتی به صورت بیش کلی گرا عمل می کنند، در مقابل افکار و هیجانات منفی از نوعی مکانیسم دفاعی فرار و اجتناب از تجربه استفاده می کنند تا از این طریق مانع ترس از پریشانی عاطفی شوند. استفاده از این استراتژی در کوتاه مدت مؤثر است اما در درازمدت موجب کاهش عملکرد حل مسئله می شود (مس کنزی، ۲۰۱۹). در این راستا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه مناسب برای یادآوری و پذیرش خاطرات ناخوشایند را فراهم می کند، به این صورت که در جلسات ۵ تا ۱۰ این درمان با استفاده از استعاره ها، افراد به فاصله گرفتن از افکار، مشاهده گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقلانه از تجارب ذهنی تشویق می شوند که این فرآیند موجب کاهش آمیختگی شناختی و بالا رفتن گسلس شناختی می شود. همچنین با استفاده از تکنیک های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرکت کنندگان به منشأ تعارضات که ریشه در افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند گذشته آن ها دارد، پی می برند و به این بینش می رسند که لازم نیست در مقابل تجربیات درونی ناخوشایند رفتارهای واکنشی و تعارض برانگیز را نشان دهند بلکه باید این افکار و احساسات را تجربه کنند.

به عبارت دیگر رئوس اصلی این درمان این بود که مراجعان در شرایط استرس زا رفتارهای واکنشی نشان ندهند بلکه استرس را تجربه کنند و به جای آنکه با شرایط استرس آور درگیر شوند به آن همانند یک مشاهده گر نگاه کنند، با افزایش گسلس شناختی افراد در مقابل خاطرات ناخوشایند گذشته تشویق به پذیرش آن ها می شوند و با کشف ارزش های شخصی در زمینه های خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت و زندگی اجتماعی شخص مسیر زندگی بهتر برای آن ها ترسیم می گردد، در واقع جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلس شناختی بستری را فراهم کرد که بدون آمیختگی و درگیری در افکار و احساسات و خاطرات گذشته، به تجربه و پذیرش آن ها در زمان حال بپردازند سپس به صورت متعهدانه در مسیر ارزش های انتخاب شده حرکت نمایند.

از محدودیت‌های پژوهش شامل نادر بودن بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی بود که بر اساس DSM-5 فقط دارای اختلال شخصیت مرزی باشند و اختلال‌های همایند دیگر را نداشته باشند، همچنین عدم انجام مرحله پیگیری به دلیل عدم دسترسی به آزمودنی‌ها بود. در مورد پیشنهادهای پژوهشی با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آمیختگی شناختی، استرس ادراک شده و حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می‌شود از این رویکرد درمانی در مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌پزشکی برای مراجعان دارای اختلال شخصیت مرزی استفاده شود و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود. همچنین برای سنجش دقیق حافظه سرگذشتی علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه حافظه شرح حال^۱ استفاده شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۵). *آزمون‌های روان‌شناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- احمدیان، علی. (۱۳۹۱). *تأثیر درمان شناختی ذهن آگاهی بر فشارخون، تنیدگی و شادکامی بیماران مرد مبتلابه فشارخون بیمارستان گلستان اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- اکبری دهقی، اشرف؛ اصغر نژاد، علی اصغر و غرابی، بنفشه. (۱۳۸۸). *عملکرد حافظه سرگذشتی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی*. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۱(۱)، ۳۰.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. نوبت دوم، تهران: انتشارات جنگل.
- برزگر، اسماعیل؛ زهره‌ای، اسماعیل؛ بوستانی پور، علیرضا؛ فتوح آبادی، خدیجه؛ ابراهیمی، شیما و حسین نیا، معصومه. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس*

۱. autobiographical memory interview (AMI)

- ادراک شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۴(۳)، ۱۶۳-۱۷۸.
- زارع، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی. نشریه شناخت اجتماعی، ۶(۱۱)، ۱۲۱-۱۳۰.
- زارع، حسین. (۱۳۹۳). هنجاریابی مقیاس اجتماعی همجوشی شناختی گیلاندرز بر اساس الگوی بوهرنستات. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۴(۱۵)، ۲۸.
- سرمد، زهره؛ حجازی، الهه و بازرگان، عباس. (۱۳۹۰). روش تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه.
- قلخانی، الهام؛ صباحی، پرویز؛ طباطبایی، موسی؛ رحیمیان، اسحاق و شهبازی، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی نمونه‌های غیر بالینی افراد افسرده. روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۴(۱)، ۶۶-۷۵.
- مرادزاده، فریبا و پیرخوائفی، علیرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متأهل اداره بهزیستی. نشریه روان-پرستاری، ۵(۶)، ۱-۷.
- موسوی، مریم و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ضریب سختی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلابه دیابت نوع دو. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۵(۴)، ۳۱۱-۳۱۹.
- نریمانی، محمد و طاهری، فرد مینا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص. فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری، ۸(۴)، ۱۱۰-۱۳۳.
- هادی طرقي، حسین و مسعودی، شاهد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک‌شده سالمندان مبتلابه درد مزمن. نشریه روان‌شناسی پیری، ۵(۱)، ۱-۱۱.

- American Psychiatric, A., American Psychiatric, A., & Force, D. S. M. T. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Retrieved from <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>.
- Anderson, R. J., Goddard, L., & Powell, J. H. (2010). Reduced specificity of autobiographical memory as a moderator of the relationship between daily hassles and depression. *Cognition & Emotion*, 24(4), 702-709.
- Andover, M. S. (2014). Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry research*, 219(2), 305-310.
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 371-394.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Cookson, C., Luzon, O., Newland, J., & Kingston, J. (2019). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Damasio, A. R. (1994). Descartes' error: Emotion, rationality and the human brain.
- Deckers, J. W., Lobbestael, J., van Wingen, G. A., Kessels, R. P., Arntz, A., & Egger, J. I. (2015). The influence of stress on social cognition in patients with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 52, 119-129.
- Drapeau, M., & Perry, J. C. (2009). The core conflictual relationship themes (CCRT) in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 425-431.
- Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of pain research*, 11, 2145.

- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L.... & Masley, S. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83-101.
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311.
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Aggeler, T., Geisser, N., Juillerat, G., Schmidlin, N.,... & Gaab, J. (2019). Psychoneuroendocrine evaluation of an acceptance and commitment based stress management training. *Psychotherapy Research*, 29(4), 503-513.
- Gunderson, J., G, Links P. (2008) Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Second Edition. Washington, DC. *American Psychiatric Press, Inc.* 2008
- 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.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grunt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The psychological record*, 49(1), 33-47.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2005). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. 1999. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy?. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Springer, Boston, MA.

- Hermans, D., de Decker, A., De Peuter, S., Raes, F., Eelen, P., & Williams, J. M. G. (2008). Autobiographical memory specificity and affect regulation: Coping with a negative life event. *Depression and Anxiety*, 25(9), 787-792.
- Judd, P. H., & McGlashan, T. H. (2008). *A developmental model of borderline personality disorder: Understanding variations in course and outcome*. American Psychiatric Pub.
- Kent, W., Hochard, K. D., & Hulbert-Williams, N. J. (2019). Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility? *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 11-19.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W.... & Schmahl, C. (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(3), 230-236.
- Korfine, L., & Hooley, J. M. (2000). Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 214.
- Lee, J. W., & Ha, J. H. (2018). The effects of an acceptance-commitment therapy based stress management program on hospitalization stress, self-efficacy and psychological well-being of inpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(4), 443-453.
- Levin, M. E. & Hayes, S. C. (2016). Web-based self-help for preventing mental health problems in universities: Comparing acceptance and commitment training to mental health education. *Journal of clinical psychology*, 72(3), 207-225.
- McKenzie, C. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy for Depression after Psychosis: autobiographical memory specificity and rumination as candidate mechanisms of change: and Clinical research portfolio* (Doctoral dissertation, University of Glasgow).
- Moazzezi, M., Moghanloo, V. A., Moghanloo, R. A., & Pishvaei, M. (2015). Impact of acceptance and commitment therapy on perceived stress and special health self-efficacy in seven to fifteen-year-old children with diabetes mellitus. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(2).
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61, 105-121.

- 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.
- Ramirez, L. E. R. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Efficacy of Brief Group Treatment for Latinx Adults with Depressive Symptoms* (Doctoral dissertation, University of La Verne).
- Reyes-Ortega, M. A., Miranda, E. M., Fresán, A., Vargas, A. N., Barragán, S. C., Robles García, R., & Arango, I. (2019). *Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder*. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Roche, L., Dawson, D. L., Moghaddam, N. G., Abey, A., & Gresswell, D. M. (2017). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for Chronic Fatigue Syndrome (CFS): a case series approach. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 178-186.
- Schacter, D. L., Wagner, A. D., & Buckner, R. L. (2000). Memory systems of 1999.
- Schoenleber, M., Berenbaum, H., & Motl, R. (2014). Shame-related functions of and motivations for self-injurious behavior. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 204.
- Sprock, J., Rader, T. J., Kendall, J. P., & Yoder, C. Y. (2000). Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 56(12), 1587-1600.
- Stevens, A., Burkhardt, M., Hautzinger, M., Schwarz, J., & Unkel, C. (2004). Borderline personality disorder: impaired visual perception and working memory. *Psychiatry research*, 125(3), 257-267.
- Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder—a controlled study. *Journal of psychiatric research*, 35(2), 111-118.
- Thurstone, C., Hull, M., Timmerman, J., & Emrick, C. (2017). Development of a motivational interviewing/acceptance and commitment therapy model for adolescent substance use treatment. *Journal of contextual behavioral science*, 6(4), 375-379.

- Tyndall, I., Waldeck, D., Riva, P., Wesselmann, E. D., & Pancani, L. (2018). Psychological flexibility and ostracism: Experiential avoidance rather than cognitive fusion moderates distress from perceived ostracism over time. *Journal of contextual behavioral science*, 7, 72-80.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.
- Williams, J. M. G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition and emotion*, 20(3-4), 548-568.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 150.
- Williams, J. M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 144.
- Zarling, A., Bannon, S., & Berta, M. (2019). Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. *Psychology of Violence*, 9(3), 257.