



## The Impact of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Extravagance and Methamphetamine Abuse in Patients with Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder

**Asghar Kamran**

Instructor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: asgharkamran14@pnu.ac.ir

**Maryam Mananipeykani**

Expert, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran. Email: m.manani.2001@gmail.com

**SeyedReza Mirmahdi**

Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email:mirmahdi@pnu.ac.ir

Received: 2021-12-08

Revised: 2022-12-07

Accepted: 2023-05-31

Published: 2023-07-22

**Citation:** Kamran, A., Mananipeykani, M., & Mirmahdie, S. R. (2023). The Impact of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Extravagance and Methamphetamine Abuse in Patients with Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(1), 156-173. doi: 10.22067/tpccp.2023.72838.1179

### Abstract

#### Introduction

A mental damage that can be observed in the users of methamphetamine is bipolar disorder, which happens because of high consumption of the drug. Another psychological problem observed among methamphetamine abusers is borderline personality disorder. People with bipolar disorder and borderline personality disorder need appropriate interventions, and acceptance and commitment treatment (ACT) can be a good choice. This study aimed to explore the impact of commitment and acceptance treatment on extravagant and methamphetamine abuse in people with bipolar disorder and borderline personality disorder.

#### Method

This quasi-experimental research used a pre-test and post-test and a control group design, including four groups (two experimental groups and two control groups). The inclusion criteria were: at least four months had passed since the participants had been hospitalized for withdrawal methamphetamine, they had been diagnosed as people with bipolar disorder or borderline personality disorder, they did not take psychiatric drugs during the treatment, and they did not participate in other therapeutic interventions at the same time. The exclusion criteria were: the participant did not want to continue the therapy, the participant with bipolar disorder and borderline personality disorder have other disorders, and the participant age is over 55. The aims of the study were explained to the participants and their written consent was obtained. They were explained that all information of the participants will remain confidential and will be used only for research purposes.

The statistical population of this research included all people with bipolar and borderline personality disorder admitted to Karamat Camp in Mobarakeh city of Isfahan in 2021. The population includes those who both used methamphetamine and suffered extravagance. From among the people with bipolar disorder and borderline personality disorder, 60 people (30 people for each group) were selected using available sampling and they were randomly divided



into experimental and control groups. They were selected after performing Millon Clinical Multi-axial Inventory questionnaire and diagnosed by a psychiatrist and a psychologist of the camp. The participants were evaluated both in pre-test and post-test phases.

The experimental groups participated in therapeutic commitment and acceptance interventions for 9 sessions, one and a half hours, three sessions per week. The control groups did not participate in any type of intervention. During the sessions, there was no drop in the number of participants. SPSS 23 was used for analysis of covariance.

The measuring instruments were: a) *Millon Inventory 3*, designed by Millon (1994). The most recent version of this questionnaire consists of 175 items, scored under 28 separate scales; b) *Personal Control Scale*, known as PCS (Shua Kazemi, 2010). This test consists of 15 items and evaluates the degree of personal control over drug abuse (in past and now). This test includes two sets of questions. The person's conditions over the past 90 days is examined in the first part and his conditions when starting drug abuse is examined in the second part; c) *Clarke and Mortimer's Extravagance Questionnaire* (Clarke & Mortimer, 2013). This questionnaire consists of 19 items. The sum of scores will be between 19 and 95. The range 9-44 shows appropriate management of life expenditures, 45-68 shows medium expenditures, and 69-95 indicates extravagance and being thoughtfulness after the expenditure.

### Results

The results showed that ACT was effective for methamphetamine abuse treatment in the experimental group with bipolar disorder ( $p < 0.05$ ), but it was not effective for extravagance treatment ( $P > 0.05$ ). Moreover, ACT impacts the methamphetamine abuse and extravagance control in the experimental group with borderline personality disorder ( $P < 0.05$ ), while there was no change in the control groups.

### Discussion and Conclusion

The results confirm the effectiveness of Acceptance and Commitment Treatment (ACT) for the treatment of methamphetamine abuse in people with bipolar and the treatment of methamphetamine abuse and extravagance in people with borderline personality disorder. It is suggested that ACT-based therapeutic interventions be used in addiction treatment centers. Moreover, it is suggested that researchers try to find the best model for methamphetamine abuse treatment by comparing ACT method with other treatment methods. This study focused on people with bipolar and borderline personality disorder and it is suggested that future studies explore the relationship between methamphetamine abuse and ten types of personality disorder.

**Keywords:** Methamphetamine Abuse, Extravagance, Bipolar Disorder, Borderline Personality Disorder

## پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی

اصغر کامران

مری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران. [asgharkamran14@pnu.ac.ir](mailto:asgharkamran14@pnu.ac.ir)

مریم منانی پیکانی

کارشناس، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران. [m.manani.2001@gmail.com](mailto:m.manani.2001@gmail.com)

سیدرضا میرمهدی

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران. [mirmahdi@pnu.ac.ir](mailto:mirmahdi@pnu.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۷	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۹/۱۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
<b>استناد:</b> کامران، اصغر؛ منانی پیکانی، مریم؛ میرمهدی، سیدرضا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۱۳۳-۱۵۶. doi: 10.22067/tpccp.2023.72838.1179			

## چکیده

**هدف:** پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی انجام شد. طرح پژوهش، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود.

**روش:** جامعه پژوهش بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بودند که به اردوگاه کرامت در شهرستان مبارکه اصفهان در سال ۱۴۰۰ مراجعه نموده‌اند. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بودند از اینکه: حداقل چهار ماه از بستری شدن گذشته باشد، بیمار تشخیص اختلالات دوقطبی یا شخصیت مرزی را گرفته باشد، حداقل به مدت دو هفته دارو مصرف نکرده باشد، و در مداخلات درمانی دیگر شرکت نکرده باشد. نمونه پژوهش چهار گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر بیماران دوقطبی گروه آزمایش، ۱۵ نفر بیماران دوقطبی گروه کنترل، ۱۵ نفر بیماران اختلال شخصیت مرزی گروه آزمایش، ۱۵ نفر بیماران اختلال شخصیت مرزی گروه کنترل) بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این چهار گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند. ابزار اندازه‌گیری: پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (۱۹۹۴) و آزمون مقیاس کنترل شخصی یا PCS و پرسشنامه ولخرجی کلارکی و مور تیمر (۲۰۱۳) بود. سپس اطلاعات بدست آمده به روش آماری تحلیل کوواریانس به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتیجه:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در گروه آزمایش با تشخیص اختلال دوقطبی در مصرف شیشه اثر بخش بود ( $p < 0/05$ ) ولی بر ولخرجی اثربخش نبود. ( $p > 0/05$ ) و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در گروه آزمایش با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر مصرف شیشه و کنترل ولخرجی اثربخش بود ( $p < 0/05$ )، این در حالی بود که در هیچ کدام از دو گروه کنترل تغییری حاصل نشد.

**واژه‌های کلیدی:** مصرف شیشه، ولخرجی، اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت مرزی

## مقدمه

یکی از انواع وابستگی‌ها به مواد، شیشه‌است. سوء مصرف شیشه یا مت‌آمفتامین<sup>۲</sup> که یک ماده کاملاً صنعتی است، در کشور ما حدود یک دهه است که آغاز شده و مصرف آن در سال‌های اخیر رشد زیادی در میان سوء مصرف کنندگان مواد داشته است. قیمت این ماده در حال کاهش و مصرف آن رو به افزایش است (Ekhtiari, 2013). مواد ارزان و مجاز موجود در بازار مثل: الکل، بنزین، آستون، آمونیاک، نمک آشپزخانه، محلول‌های اسیدی باز کننده فاضلاب‌ها، قرص‌های سرماخوردگی و یا هر داروی دیگر دارای افدرین<sup>۳</sup> یا سودوافدرین<sup>۴</sup>، از مواد اولیه سازنده شیشه هستند که این امر خود باعث فراوانی تولید و در نتیجه افزایش مصرف این ماده شده است (Manzari Tavakoli, 2015). لازم به ذکر است که با ایجاد کمی تغییر در میزان و نوع ترکیبات استفاده شده، می‌توان به انواع ترکیبات متفاوتی از شیشه دست یافت. اختلال وابستگی به شیشه مجموعه علائم شناختی، رفتاری و روانشناختی است که الگویی از تکرار و بروز عوارض تحمل، ترک و اعمال اجباری را به همراه دارد (Manzari Tavakoli, 2015). درمان بیماران مصرف کننده شیشه بسیار دشوار و دارای فرایند پیچیده‌ای است. به طور خاص، وابستگی به مت‌آمفتامین یک مشکل اساسی برای سلامت فرد است و با تبعات جدی پزشکی، عصبی روانی، اقتصادی اجتماعی و حقوقی همراه است (Garcia & Thibaut, 2010).

کریستالیزه مت‌آمفتامین در کشور ایران به شیشه معروف است. به گزارش دفتر مصرف دارو و جرم سازمان ملل متحد، ۳۵ میلیون سوء مصرف کننده در دنیا وجود دارد و پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در زمینه شیوع مصرف شیشه نشان می‌دهد این ماده از پرمصرف‌ترین مواد مصرفی در دنیا است. ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران نشان می‌دهد مصرف آن در میان جوانان و معتادین ترک کرده افزایش داشته است (Narenjiha et al., 2010). شیشه ماده محرک قوی روانی حرکتی و تقویت کننده مثبت رفتار است. مقادیر زیاد و مکرر شیشه با رفتار خشونت‌آمیز و جنون پارانوییدی همراه است. این مقادیر باعث کاهش طولانی مدت دوپامین و سروتونین مغز و تغییراتی پایدار می‌شود تا جایی که الگویی از رفتار هذیانی و جنون حاد ایجاد می‌کند. این جنون ممکن است برای هفته‌ها ادامه داشته باشد و مرگ ناگهانی در نتیجه مسمومیت قلبی را به همراه داشته باشد؛ تغییرات فیزیولوژیکی و تغییرات روانی پایدار در حین مصرف ماده، به دنبال قطع مصرف نیز گزارش شده‌اند (Wijetunga et al., 2004).

1 crystal

2 methamphetamine

3 ephedrine

4 pseudoephedrine

یکی از آسیب‌های روانی که با مصرف بالای شیشه در مصرف‌کنندگان این ماده مخدر مشاهده می‌شود، اختلال خلق دوقطبی است. اختلال دوقطبی به چند شکل نشان داده می‌شود. ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5) اختلال دوقطبی نوع یک و دو را از یکدیگر جدا کرده است. اختلال دوقطبی نوع یک حالتی را شرح می‌دهد که به وسیله آن فرد یک یا چند دوره مانیک را تجربه می‌کند و احتمالاً اما نه لزوماً یک یا چند تجربه افسردگی اساسی را نیز خواهد داشت. در مقابل تشخیص اختلال دوقطبی نوع دو به معنی آن است که فرد یک یا چند دوره افسردگی اساسی و حداقل یک دوره هیپومانیک داشته باشد. به بیان دیگر افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو هیچ‌گاه دوره مانیک کامل را تجربه نکرده‌اند اما به قدر کافی پارانرژی هستند که ملاک‌های مخصوص دوره هیپومانیک را برآورده سازند. از نشانه‌های اختلال دوقطبی نوع یک می‌توان به دوره متمایز خلق که بطور نابهنجار و مداوم بالا و گشاده (بی تکلف) یا تحریک‌پذیر است و افزایش نابهنجار و مداوم فعالیت و یا انرژی هدفمند که حداقل یک هفته ادامه می‌یابد و در بخش زیادی از روز و تقریباً هر روز وجود دارد اشاره کرد، به علاوه سه نشانه و یا بیشتر از نشانه‌هایی که در ادامه ذکر می‌شوند، با درجه قابل ملاحظه‌ای در این افراد وجود دارد: عزت نفس کاذب و یا بزرگ‌منشی، کاهش نیاز به خواب، پرحرف‌تر از معمول، پرش افکار یا تجزیه ذهنی که افکار شتاب دارند، حواسپرتی به صورتی که گزارش و یا مشاهده می‌شود، افزایش فعالیت هدفمند یا سراسیمگی روانی حرکتی، ولخرجی کردن کنترل نشده در خرید، روابط جنسی آشوبناک و سرمایه‌گذاری‌های احمقانه (Bowyer et al., 2007).

از دیگر مشکلات روان‌شناختی که در مصرف‌کنندگان شیشه مشاهده می‌شود، اختلال شخصیت مرزی است. افرادی که به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند میان نوروژ و پسیکوز قرار دارند و با بی‌ثباتی فوق‌العاده زیاد در عاطفه، خلق و رفتار معین می‌شوند. یک شخص مبتلا به اختلال شخصیت مرزی امکان دارد در یک موقعیت، کسی را بعنوان دوست‌داشتنی‌ترین و مهم‌ترین در نظر بگیرد و در موقعیتی دیگر از او بعنوان بی‌رحم‌ترین و استثمارکننده‌ترین شخص یاد کند. گویا نقطه تعادلی در زندگی این افراد نیست. این بیماران نسبت به مفاهیم هویت، ارزش‌ها، وفاداری‌ها و هدف‌های خود شک دارند (Khosravi & Rahmatinejad, 2014).

ارتباط میان اختلالات طیف دوقطبی به ویژه اختلال دوقطبی نوع دو<sup>۱</sup> و اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> اغلب به دلیل برابری بالای نشانه‌های بین این دو اختلال (مانند بی‌ثباتی خلق و تکانشگری) از موضوعات مهم

1. Bipolar II spectrum Disorders  
2. Borderline Personality disorder

مورد بحث و توجه بین نظریه پردازان و محققان بوده است. (New et al., 2008).

بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی نیازمند مداخله مناسبند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط هیز و همکارانش معرفی و با نام اختصاری (ACT<sup>1</sup>) شناخته شده است. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. (Hayes et al., 2012). همچنین این رویکرد همانطور که از نامش مشخص است، قصد دارد این پیام را به شخص منتقل کند که آنچه خارج از کنترل هست را بپذیرد و به عملی که باعث بهبود و غنی‌تر شدن زندگی می‌شود تعهد داشته باشد (Hayes et al., 2006).

این نوع درمان ابتدا سعی می‌کند پذیرش روانی فرد نسبت به تجارب ذهنی‌اش را افزایش داده و در مقابل اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به مراجع چنین آموخته می‌شود که هر گونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بیهوده است و حتی موجب بدتر شدن آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را پذیرفت. در گام دوم آگاهی فرد از حالات روانی، افکار و رفتار خود، در لحظه حال را افزایش می‌دهد. در گام سوم به فرد آموخته می‌شود تا خود را از این تجارب ذهنی جدا کند، به طوری که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در گام چهارم تلاش می‌شود تا تمرکز زیاد فرد بر خود و تجسم داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است را کاهش دهد. در گام پنجم به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصیل خود را شناخته و آن‌ها را به اهداف عینی رفتاری مبدل سازد. در آخر هم انگیزه فرد برای عمل متعهدانه به اهداف و ارزش‌ها افزایش داده می‌شود (Iverson et al., 2012).

ولخرجی به صورت تکانشی و سرمایه‌گذاری بدون برنامه قبلی در بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی مشاهده می‌شود این بیماران با توجه به مقروض بودن و ولخرجی هیجانی و تکانشی قبلی مجدداً دست به رفتارهای پرخطر می‌زنند که ولخرجی نمونه‌ای از رفتارهای آنان می‌باشد لذت پس از خرید و تنظیم هیجان یکی از مشکلات اصلی این گونه بیماران در ولخرجی می‌باشد (Halgin & Whitbourne, 2003). با توجه به مشکلات بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی در زمینه مصرف مواد و ولخرجی تحقیقی با موضوع مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

## روش

روش تحقیق حاضر، شبه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل در قالب چهار گروه (دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل) بود. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بودند از اینکه: حداقل چهارماه از بستری شدن آن‌ها جهت ترک شیشه گذشته باشد، تشخیص اختلال دوقطبی یا اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده باشند، در طول آموزش داروهای روانپزشکی مصرف نکنند و همزمان در مداخلات درمانی دیگری شرکت نداشته باشند. و ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از اینکه: آزمودنی برای ادامه حضور در پژوهش رضایت نداشته باشد، همزمان با تشخیص اختلال دوقطبی، شخصیت مرزی، مبتلا به اختلالات دیگری هم باشد، یا سن‌اش بالای ۵۵ سال باشد. پس از توضیح اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه بوده و در جهت رعایت اخلاق پژوهشی فقط برای اهداف پژوهشی از آن استفاده شده و فقط در صورتی که شرکت‌کنندگان مایل باشند می‌توانند از نتایج و محتوی اطلاعات و نتایج مطلع شوند.

جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بستری در اردوگاه کرامت سپاه صاحب‌الزمان (عج) در شهرستان مبارکه اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند که همزمان سوء‌مصرف شیشه و ولخرجی داشتند. توجه به ملاک‌های ورود و خروج از بین ۱۸۰ نفر بیمار دوقطبی و مرزی تعداد ۶۰ نفر (۳۰ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی و ۳۰ نفر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. این دو گروه بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی، با اجرای پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون و تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس از اردوگاه کرامت سپاه صاحب‌الزمان (عج) مبارکه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون در کلینیک اردوگاه ارزیابی شدند.

گروه‌های آزمایش به مدت ۹ جلسه یک و نیم ساعته و به صورت هفته‌ای سه جلسه در مداخلات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش شرکت نمودند ولی گروه‌های کنترل در هیچ نوع مداخله‌ای شرکت نمودند. در طول این جلسات، ریزشی در تعداد شرکت‌کننده‌ها مشاهده نشد. در نهایت داده‌ها به روش آماری تحلیل کوواریانس بوسیله نرم‌افزار SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه میلون ۳: توسط میلون تدوین و ارائه شده است (Millon & Davis, 1994). نسخه فعلی این پرسشنامه شامل ۱۷۵ ماده است که تحت ۲۸ مقیاس جداگانه نمره‌گذاری می‌شود. به هر پاسخ بلی نمره (۱)، و به هر پاسخ خیر نمره (۲)، تعلق می‌گیرد. برای اندازه‌گیری میزان اعتبار آزمون از روش همسانی

درونی استفاده می‌شود. این ارزیابی که توسط میلون انجام گرفته نشان می‌دهد که در مجموع میزان اعتبار آزمون ۰/۷۸ می‌باشد. پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-بازآزمون در گروه بیمار ۰/۷۹ و در گروه غیربیمار ۰/۹۷ و پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد (Chegini et al., 2013). این پرسشنامه توسط خواجه موگهی هنجاریابی شد (Khaja Moghi, 1993). همچنین نسخه سوم این فرم توسط شریفی هنجاریابی شده است (Sharifi & Namdari, 2008).

۲- آزمون مقیاس کنترل شخصی یا PCS: این آزمون ۱۵ سوال دارد و هدف آن ارزیابی میزان کنترل شخصی در استفاده از مواد (در دو حالت گذشته و حال) است (ShoaKazemi, 2010). این آزمون دارای دو مجموعه سوالات است. در قسمت اول حالات فرد در ۹۰ روز گذشته بررسی می‌شود و در قسمت دوم حالاتی که اگر فرد همین الان به مصرف مواد روی آورد مورد پرسش قرار می‌گیرد. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به ترتیب؛ به شدت مخالف (۱)، مخالف (۲)، نمی‌دانم (۳)، موافقم (۴)، به شدت موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع امتیاز این مقیاس دامنه‌ای از ۱۵ تا ۷۵ است. بدیهی است که هرچه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان توانایی بالاتر فرد پاسخ‌دهنده در کنترل شخصی خود در برابر مصرف مواد است و بالعکس. نمرات (۳۵-۱۵) نشان‌دهنده کنترل ضعیف، نمرات (۵۶-۳۶) نشان‌دهنده کنترل متوسط و نمرات (۷۵-۵۷) نشان‌دهنده کنترل خوب در مورد مصرف مواد (شیشه) است. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش گردید (ShoaKazemi, 2010).

۳- پرسشنامه ولخرجی کلارک و مورتایمر (Clarke & Mortimer, 2013): این آزمون ۱۹ سوال دارد. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به ترتیب؛ کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نمی‌دانم (۳)، موافقم (۴)، کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع امتیاز این پرسشنامه دامنه‌ای از ۹۵-۱۹ است. نمرات (۴۴-۱۹) نشان‌دهنده مدیریت مناسب مخارج زندگی، نمرات (۶۸-۴۵) نشان‌دهنده مدیریت مخارج زندگی در حد متوسط است و نمرات (۹۵-۶۹) نشان‌دهنده ولخرجی و اندیشناکی پس از آن در فرد می‌باشد. اعتبار سازه پرسشنامه توسط فیض و همکاران (Feiz et al., 2018) در مطالعه‌ای با موضوع عوامل مؤثر بر رفتار شکایت‌آمیز مشتریان با تأکید بر نقش میانجی افسوس پس از خرید در یک جامعه آماری ۴۰۰ نفری در مراکز خرید شهر سمنان ۰/۸۹ گزارش گردید و پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش گردید.

### مداخله

روش مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی ۹ جلسه بر اساس پروتکل امین زاده و همکاران (Arjmand Ghujur et al., 2019) انجام شد، اهداف جلسه و ساختار کلی درمان در جدول ۱ ارائه شد. ابتدا



ارزیابی های اولیه، توافق برای شرکت در پژوهش، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پیش آزمون انجام شده و سپس جلسات درمانی شروع شدند.

جدول ۱: پروتکل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	موضوع جلسه
۱	معرفی درمانگر و اعضا، معرفی ذهن و تولیدات ذهنی، تعریف درماندگی خلاق، معرفی دیدگاه ACT
۲	شرح نتیجه جلسه قبل، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته، مفهوم سازی، انجام تمرینات تجربی برای چالش و اثربخشی راهبردهای کنترل و بیان این که کنترل یک مسئله است، نه راه حل، استعاره؛ گودال، دروغ سنجی و تقلا در جنگ با هیولا، آموزش رابطه بین خلق و خوی و رفتار با استفاده از زندگی مراجع
۳	بررسی مطالب جلسه قبل، ارزیابی مشکلات، استعاره جعبه پر از مسائل، توضیح انواع مغزها، فعال سازی رفتاری، بیان رنج پاک و ناپاک
۴	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز، ذهن شما دوست شما نیست، تمرین شیر شیر شیر و ذهن آگاهی، استعاره برگ ها در جویبار روان، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد.
۵	بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی انواع خودها، تمرین مشاهده گر
۶	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت ارزش ها، بیان استعاره اتوبوس، معرفی مهربانی به عنوان دومین مؤلفه فرمول عشق، شناسایی هدف رفتاری
۷	بررسی مطالب جلسه قبل، معرفی رابطه اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر، بررسی انتخاب در مقابل قضاوت ها و تصمیم ها، بیان استعاره مهمان ناخوانده، تمرین جهش
۸	مرور مطالب جلسه قبل، کمک به مراجع برای حرکت در مسیر ارزش ها به جای گوش دادن خود با رفتار مهربانانه همراه با تحمل پریشانی، موانع رفتار مهربانانه
۹	بررسی مطالب جلسه قبل، آموزش به درمانجو که خود یک درمانگر است، بیان استعاره دو کوه، منعکس کردن پیشرفت حاصل شده، جمع بندی و نامه مهربانان

### یافته ها

تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که شیشه مصرف می کردند بین سنین ۲۰-۳۵ سال انتخاب شدند، که تعداد ۲۱ نفر متأهل و ۹ نفر مجرد و از این تعداد ۵ نفر مدرک دیپلم و ۶ نفر مدرک کاردانی و ۲ نفر مدرک لیسانس و ۱۷ نفر با مدرک زیر دیپلم در جلسات حضور داشتند، که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که شیشه مصرف می کردند، بین سنین ۲۰-۳۵ سال انتخاب شدند که ۱۶ نفر متأهل و ۱۴ نفر مجرد بودند و از این تعداد ۸ نفر مدرک دیپلم و ۴ نفر مدرک کاردانی و ۲ نفر مدرک لیسانس و ۱۶ نفر با مدرک زیر

دیپلم، در جلسات حضور داشتند که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جدول شماره ۲: ویژگی‌های توصیفی متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد پژوهش به تفکیک مراحل ارزیابی

متغیرها	سوء مصرف شیشه				ولخرجی
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
آزمایش	۶۷/۷۳	۲۰/۸۶	۸۳/۸۳	۷۸/۲۰	۲
انحراف معیار	۵/۳۵	۵/۸۶	۱۰/۵۴	۷/۷۹	
کنترل	۲۲/۱۳	۲۹/۴۶	۷۸/۹۳	۸۰/۶۶	۳
انحراف معیار	۴/۳۵	۸/۶۹	۷/۶۳	۶/۶۰	
آزمایش	۷۰/۵۳	۲۴/۸۰	۷۹/۱۳	۳۵/۴۶	۳
انحراف معیار	۵/۱۵	۳/۲۲	۷/۸۹	۷/۵۴	
کنترل	۲۲/۸۰	۳۴/۱۳	۷۹/۶۶	۷۶/۹۳	۳
انحراف معیار	۵/۲۱	۱۰/۰۰	۷/۲۱	۷/۸۳	

به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر متغیرهای وابسته پس از کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون‌های آمار استنباطی استفاده شد. بدین منظور مفروضه‌ی نرمالیت توزیع متغیرها با آزمون کلوموگروف سمیرنوف و همگنی متغیر خطای وابسته با آزمون لوینمورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این آزمون‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است. ویژگی‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار عملکرد شرکت‌کننده‌های گروه‌های مختلف پژوهش (دارای اختلالات دوقطبی و مرزی) در هر یک از متغیرهای وابسته شامل سوء مصرف شیشه و ولخرجی) به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: مفروضه‌های همگنی و نرمالیت متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	آزمایش		کنترل		F (Levin)	معناداری
	معناداری	Z	معناداری	Z		
سوء مصرف شیشه	۰/۲۰	۰/۱۶	۰/۲۰	۰/۱۵	۳/۷۶	۰/۰۶
ولخرجی	۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۲۲	۰/۹۶	۰/۳۳
سوء مصرف شیشه	۰/۱۵	۰/۲۱	۰/۲۰	۰/۱۶	۳/۲۷	۰/۰۸
ولخرجی	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۱۵	۱/۴۶	۱/۲۳

با توجه به سطح معناداری در جدول ۳ ( $P > 0.5$ ) به دست آمده و مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. لذا در ادامه نتایج تحلیل آمار استنباطی با آزمون تحلیل کوواریانس، گزارش گردید.

جدول شماره ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در هریک از گروه‌ها

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدور تا	توان آزمون
سوء مصرف شیشه	۱۰۷۸۲/۱۹	۱	۱۰۷۸۲/۱۹	۱۸۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
دوقطبی ولخرجی	۵۹/۶۶	۱	۵۹/۶۶	۱/۰۹	۰/۳۰	۰/۳۹	۰/۱۷
سوء مصرف شیشه	۹۰۱۱/۹۳	۱	۹۰۱۱/۹۳	۱۸۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
ولخرجی	۱۲۸۳۱/۰۳	۱	۱۲۸۳۱/۰۳	۲۱۳/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰

از نتایج جدول شماره ۴ می‌توان این گونه استنباط کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سوء مصرف شیشه در بیماران دوقطبی اثربخش بود ( $P < 0/05$ ) و می‌توان استنباط کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی بیماران دوقطبی اثربخش نبوده است. ( $P > 0/05$ ) همچنین می‌توان استنباط کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سوء مصرف شیشه و ولخرجی بیماران اختلال شخصیت مرزی اثربخش بود ( $P < 0/05$ )

### نتیجه

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مصرف شیشه و ولخرجی بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش سوء مصرف شیشه در بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی اثر داشته، ولی فقط بر کاهش ولخرجی اختلال شخصیت مرزی اثربخش بود و بر کاهش ولخرجی بیماران دوقطبی اثربخش نبود.

اجتناب تجربه ای یکی از مولفه های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می باشد و در بیماران اختلال شخصیت مرزی ترس از دست دادن روابط نزدیک و پوچی مزمن باعث عدم رویایی با تجربه های دردناک و ناخوشایند می شود (Scott & McCracken, 2015). در تبیین یافته‌های اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش مصرف شیشه و ولخرجی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌توان به پژوهش ایورسون و فلت (Iverson et al., 2012) اشاره کرد، این پژوهشگران در زمینه کزتنظیمی هیجانی<sup>۱</sup>، تحمل، پریشانی و اجتناب تجربه ای<sup>۲</sup> در بیماران سرپایی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مطالعه کرده و به این نکته پی بردند که اجتناب تجربه‌ای با شدت علائم مرزی ارتباط دارد. در پژوهش دیگری، محققان با مشاهده سطوح بالای مصرف شیشه در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در دوره پس از درمان، نقش اجتناب

1. emotional dysregulation

2. experiential avoidance

تجربه‌ای در کاهش مصرف شیشه را مورد بررسی قرار دادند. یافته آن‌ها حاکی از این بود اجتناب تجربه‌ای ارتباط مستقیمی با شدت مصرف شیشه دارد و تغییر میزان اجتناب تجربه‌ای موجب تغییر در سطوح مصرف شیشه در مبتلایان می‌شود و به این ترتیب اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی کننده مصرف شیشه در بیماران مرزی نیز محسوب می‌شود (Berking et al., 2009). همچنین چاپمن و دیکسون (Chapman et al., 2011) به مکانیزم‌های زمینه‌ساز اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اشاره نمودند.

در تاریخچه زندگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رویدادهای تلخ و پرفشار زندگی و آسیب‌زا دیده می‌شود. با توجه به این که مبتلایان به این اختلال از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند، بنابراین این رویدادها و آسیب‌ها موقعیتی را برای اجتناب تجربه‌ای فراهم می‌آورند. آسیب‌پذیری هیجانی دیگر مکانیزم زمینه‌ساز اجتناب تجربه‌ای در میان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است. آسیب‌پذیری هیجانی منجر به فشار بر سیستم تنظیم‌کننده هیجانات شخص می‌شود. در نتیجه این رویداد نیاز به تنظیم هیجان و دشواری این فرایند افزایش می‌یابد. بنابراین مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در تنظیم هیجانی با دشواری روبرو بوده و انگیزه بالایی برای اجتناب یا فرار از هیجانات خود دارند. یکی از مؤلفه‌های آسیب‌پذیری هیجانی، حساسیت هیجانی است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نه تنها نسبت به محرک‌های شدید؛ بلکه نسبت به محرک‌هایی با آستانه پایین نیز واکنش‌های هیجانی شدیدی نشان می‌دهند. حساسیت در زمینه هیجانات پریشان‌کننده، بیانگر گرایش به اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. از آنجا که این بیماران غالباً هیجانات پریشان‌کننده را تجربه می‌کنند پتانسیل بیشتری برای اجتناب دارند. در واقع پژوهش‌ها حاکی از این است که وقتی مردم دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند، تمایل دارند تا منابع مقابله خود را برحذف پریشانی معطوف کنند (Chapman et al., 2011). کاویسچیلو و روگی (Cavichchioli et al., 2015) سه فرایند اجتناب تجربه‌ای، سرکوب فکر و عدم تحمل پریشانی را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی نمودند و دریافتند که بیماران شخصیت مرزی در ارتباط با افکار، هیجانات و احساسات بدنی خود به طور گسترده‌ای از راهبردهای مربوط به اجتناب و گریز (اجتناب تجربه‌ای و سرکوب فکر) استفاده می‌کنند. به گفته سائر و بیر (Sauer & Baer, 2009) با توجه به اینکه مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی محیطی بی‌اعتبار ساز را تجربه می‌کنند، باورهایی در خود بوجود می‌آورند مبنی بر اینکه افکار آن‌ها خطرناک و زیان‌آورند. علت گرایش این بیماران به سوء مصرف مواد و ولخرجی، سرکوب و اجتناب تجربه‌ای می‌باشد. تا کنون هیچ مطالعه‌ای انجام نشده که میزان قطعی شیوع این اختلال را نشان دهد اما به نظر می‌رسد در یک تا دو درصد از جمعیت وجود داشته باشد و در زن‌ها نیز دو برابر مردها شایع است.

شیوع اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مربوط به الکل و سوء مصرف مواد در بستگان درجه اول مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر از جمعیت عمومی است (Sadok, 2013). تکانشگری بیماران اختلال شخصیت مرزی حداقل در دو حوزه از موارد ذکر شده آسیب زا است. ولخرجی، رابطه جنسی، سوء مصرف مواد، رانندگی و پر خوری، با نگاهی به مکاتب مختلف روان‌درمانی همچون انسان‌گرایی، وجود‌گرایی و شناختی رفتاری، مشخص می‌گردد که تقریباً همه آسیب‌های روانی منشعب از انواع گوناگون اجتناب، از واقعیت ناشی می‌شوند (Hayes et al., 2006). پذیرش در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقابل اجتناب قرار می‌گیرد و شامل شناخت کامل و آگاهی از احساسات مان است، بدون اینکه سعی کنیم آن‌ها را تغییر دهیم. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گسلش از افکار و ارتباط برقرار کردن با افکار و قضاوت نکردن آن یعنی پذیرش افکار بدون قضاوت در این روش درمانی از اجتناب تجربه‌ای پرهیز می‌کنند در نتیجه وقایع آسیب‌زا دوره کودکی دیگر برای آنان فشارزا نیست (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011). با توجه به نظریه آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشخص می‌گردد که مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با تجربیات دشوار متعددی مانند مصرف شیشه و ولخرجی روبه‌رو می‌شوند و الگوهای اجتنابی برجسته‌ای را نشان می‌دهند. این همجوشی شناختی<sup>۱</sup> و هیجانی موجب پدیدآیی تجارب درونی غیرقابل قبول و تحمل ناپذیری می‌گردند و در این صورت، جدا شدن از این تجارب، تنها راه اجتناب مستقیم از آن‌ها می‌باشد. متأسفانه نه تنها این اجتناب هیجانی هزینه سنگینی را بر فرد وارد می‌کند، بلکه نهایتاً بی‌حاصل بوده و در اجتناب از تجارب شخصی نامطلوب، ناتوان می‌ماند (Hayes et al., 2012). در زمینه شیوه‌های درمانی اجتناب تجربه‌ای، در بیماران مرزی یافته‌های شارپ و همکاران (Sharp et al., 2015) بر اهمیت آموزش معنادهی و پذیرش حالات درونی تأکید می‌کنند. گراتز و گوندرسون (Gratz & Gunderson, 2006) اثربخشی مداخله گروهی تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش در درمان خودجراحی<sup>۲</sup>، کژتنظیمی هیجانی، اجتناب تجربه‌ای و کنترل سوء مصرف مواد و ولخرجی و رفتارهای جنسی آشوبناک<sup>۳</sup> در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی خبر دادند. اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط مورتون و اسنودون مورد مطالعه قرار گرفته است (Morton et al., 2012). بنابراین با در نظر گرفتن آنچه گفته شد، میزان اجتناب تجربه‌ای یا عدم پذیرش تجارب لحظه حال در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بالا بوده و عامل پیش‌بینی کننده عدم کنترل تکانه در این اختلال محسوب می‌شود. عواملی همچون

1. cognitive fusion  
2. self-Injury  
3. chaotic sexuality

حوادث تلخ دوران کودکی، آسیب‌پذیری هیجانی، حساسیت هیجانی و محیط بی‌اعتبارکننده‌ی دوران کودکی، هریک به طریقی فرد را برای اتخاذ یک رویکرد اجتنابی در زندگی آماده می‌کنند. بنابراین لازم است در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، مداخلات درمانی، توجه ویژه خود را بر عامل پذیرش و اجتناب تجربه‌ای معطوف نمایند. نتایج این تحقیق در راستای تحقیقات قبلی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کنترل سوءمصرف مواد و ولخرجی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت می‌کند.

از دیگر نتایج این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کنترل سوءمصرف شیشه در بیماران دوقطبی بود. علاوه بر اعتیاد به الکل، سایر اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد به طور فراوان با اختلال دوقطبی مرتبط است. سوءمصرف مواد ممکن است در جرقه زدن یک اپیزود بیماری نقش داشته باشد یا بر عکس، ممکن است نشان‌دهنده تلاش فرد برای درمان بیماری خود باشد (خوددرمانی) با اینکه بیماران در فاز مانیک به ندرت از داروهای آرامبخش برای کاستن از سرخوشی خود استفاده می‌کنند، اما در فاز افسردگی معمولاً از مواد محرک مثل کوکائین و شیشه برای کاهش افسردگی استفاده می‌کنند (Sadok, 2013). اسموت و لانگو (Smout et al., 2013) در مطالعه‌ای در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در سوءمصرف کنندگان شیشه نشان دادند که بعد از آموزش‌ها کمتر دچار بازگشت مجدد به سوءمصرف می‌شوند که با یافته‌های تحقیق حاضر همسو می‌باشد. همچنین دباغی و اصغرنژاد (Dabaghi et al., 2007) در تحقیقی نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند در کاهش میزان عود مصرف شیشه، و میزان ابقاء در درمان موثر باشد. بنابراین پژوهشگران بر این باورند که بکارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. بنابراین افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان پذیرش و تعهد و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ی بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران افزایش دهد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم آمیختگی یا گسلش<sup>۱</sup> شناختی میزان تأثیری می‌باشد که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) روی رفتار دارد. رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با

افکارش درهم می آمیزد نمی تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (Hayes et al., 2012)، در نتیجه، در این درمان ها با آموزش تعهد و پذیرش و عمل در زمان حال، تاثیر حساسیت های فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از مصرف شیشه روی رفتار آشکار، به واسطه رابطه فرد با این تجربیات تعدیل می شود. بنابراین، در این درمان به مصرف کنندگان شیشه آموزش داده می شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که آن ها بتوانند این تجربیات را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند. در رابطه با عدم اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی بیماران دوقطبی می توان به شدت و میزان ولخرجی بیماران دوقطبی نسبت به بیماران اختلال شخصیت مرزی اشاره کرد که تلفیق دارو درمانی و روان درمانی می تواند اثربخش تر باشد.

مهم ترین محدودیت پژوهش حاضر نبودن منابع کافی و نبودن تحقیق مرتبط با موضوع مورد پژوهش بود. از دیگر محدودیت های این پژوهش محدود بودن نمونه بود که تعمیم نتایج به نمونه های دیگر باید با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی تعداد حجم نمونه بیشتر که متناسب تحقیقات مداخله ای است، استفاده شود. محدودیت زمانی و عدم مداومت پیگیری اثربخشی روش درمان از دیگر محدودیت های پژوهش بود که پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی، تحقیقات در مرحله پیگیری انجام پذیرد. از دیگر محدودیت های تحقیق بیماری کوید ۱۹ بود که باعث شد دوره آموزشی فشرده برگزار شود. پیشنهاد می شود در مراکز ترک اعتیاد، مداخلات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش به کار گرفته شود. همچنین با مقایسه روش های درمانی دیگر، با روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در یافتن بهترین مدل و انتخاب درمانی مناسب برای سوء مصرف شیشه تلاش شود. با توجه به اینکه این تحقیق بر روی بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی انجام شد، پیشنهاد می شود تحقیقات آتی در زمینه رابطه مصرف شیشه با ده طبقه اختلالات شخصیت بررسی شود.

## تقدیر و تشکر

در پایان از مدیر محترم اردوگاه کرامت سپاه صاحب الزمان (عج) و مدیر فنی اردوگاه و کلیه کادر درمان و مددجویان که با صبر و حوصله و رغبت در این تحقیق همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می نمایم.

## References

- Arjmand Ghujur, K., Mahmoud A, M., Khanjani, Z., & Bakhshipour, A. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Relapse Prevention in Methamphetamine Addict Patients. *Yafteh*, 21(1), 38-51. <https://sid.ir/paper/79957/en> (In Persian)

- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(8), 663-670. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.011>
- Bowyer, J. F., Pogge, A. R., Delongchamp, R. R., O'Callaghan, J. P., Patel, K. M., Vrana, K. E., & Freeman, W. M. (2007). A threshold neurotoxic amphetamine exposure inhibits parietal cortex expression of synaptic plasticity-related genes. *Neuroscience*, 144(1), 66-76. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2006.08.076>
- Cavicchioli, M., Rugi, C., & Maffei, C. (2015). Inability to withstand present-moment experiences in borderline personality disorder: a meta-analytic review. *Clinical Neuropsychiatry*, 12(4), 101-110. <https://doi.org/10.1037/t27764-000>
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., & Walters, K. N. (2011). Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29(1), 35-52. <https://doi.org/10.1007/s10942-011-0124-6>
- Chegin, M., Delavar, A., & Garrayi, B. (2013). psychometric characteristics of millon clinical multiaxial inventory-iii. *journal of psychology*, 8(29), 135-162. <https://sid.ir/paper/120293/en>
- Clarke, P. D., & Mortimer, G. (2013). Self-gifting guilt: an examination of self-gifting motivations and post-purchase regret. *Journal of Consumer Marketing*. <https://doi.org/10.1108/JCM-05-2013-0566>
- Dabaghi, P., Asgharnejad, F., Atef, A., Kazem, V., & Bolhari, J. (2007). The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness observational thinking and activation of spiritual schemas in preventing relapse of opioid use. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13, 366-375. (In Persian)
- Ekhtiari, H. (2013). Length of Methamphetamine Abuse and Sustained Attention Disorders among Methamphetamine Abusers. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 17. (In Persian)
- Feiz, D., Bagheri G, h., & radfar, S. (2018). Examining the factors affecting on customer complaint behavior: with the mediator role of post-purchase regret in the fashion clothing Industry. *New Marketing Research Journal*, 8(2), 199-216. <https://doi.org/10.22108/nmrj.2018.109676.1613> (In Persian)
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 254-260. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.503823>
- 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), 25-35. [https://doi.org/0005-7894/06/025-035\\$1.00/0](https://doi.org/0005-7894/06/025-035$1.00/0)
- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2003). *Abnormal Psychology, Clinical Perspectives on Psychological Disorders* (4th ed.).
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: Second addition, the process and practice of mindful change*. . Guilford. <https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy/Hayes-Strosahl-Wilson/9781462528943>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>



- Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A. E. (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. <https://doi.org/10.1037/a0023703>
- Khaja Moghi, N. (1993). Preliminary preparation of Persian form of clinical of Milon's Multiaxial Clinical Questionnaire questionnaire. *Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*(2), 68-69. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/125510>
- Khosravi, Z., & Rahmatnejad, P. (2014). The relationship between Borderline Personality Disorder and bipolar disorder type II based on Borderline Personality Organization. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 9(32), 37-46. (In Persian)
- Manzari Tavakoli, f. (2015). Evaluation of the effectiveness of self-compassion-focused group on anxiety and depression in students of Islamic Azad University, Baft Branch. *World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the beginning of the third millennium*. (In Persian)
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004>
- Millon, T., & Davis, R. (1994). Millon's evolutionary model of normal and abnormal personality: theory and measures. . *Differentiating normal and abnormal personality*, 79-113. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055751>
- Morton, J., Snowden, S., Gopold, M., & Guymier, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.005>
- Narenjiha, H., Nouri, R., Akbarian, M., Farahani, M. A., & Mirzamani, M. (2010). The experience of lifetime non-fatal overdose of drugs in Iranian substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(4), 327-333. (In Persian)
- New, A. S., Triebwasser, J., & Charney, D. S. (2008). The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*, 64(8), 653-659. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.020>
- Sadok, K. a. (2013). *Summary of Psychiatry, Kaplan and Zadok, based on DSM5* (second edition(2015) ed., Vol. 2). Savalan Publications. .
- Sauer, S. E., & Baer, R. A. (2009). Relationships between thought suppression and symptoms of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(1), 48-61. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.48>
- Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current opinion in psychology*, 2, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.013>
- Sharifi, A. A., & Namdari, K. (2008). The validity of mcmi-iii (millon, 1994) scales. . *knowledge & research in applied psychology*, 9(34), 27-38. <https://sid.ir/paper/163788/en> (In Persian)
- Sharp, C., Kalpakci, A., Mellick, W., Venta, A., & Temple, J. R. (2015). First evidence of a prospective relation between avoidance of internal states and borderline personality disorder features in adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 24(3), 283-290. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0574-3>

- ShoaKazemi, M. A. (2010). Investigating the relationship between attitudes toward addiction and coping strategies in heroin users in Tehran. *Scientific Quarterly of Research on Addiction* 7(2), 79-90. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/953762> (In Persian)
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., & Wickes, W. (2013). *Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy*. Routledge. <https://doi.org/10.1080/08897071003641578>
- Wijetunga, M., Bhan, R., Lindsay, J., & Karch, S. (2004). Acute coronary syndrome and crystal methamphetamine use: a case series. *Hawaii medical journal*, 63(1). <https://doi.org/10.1592/phco.26.8.1148>.

## مقدمه

یکی از انواع وابستگی‌ها به مواد، شیشه است. سوء مصرف شیشه یا مت‌آمفتامین<sup>۲</sup> که یک ماده کاملاً صنعتی است، در کشور ما حدود یک دهه است که آغاز شده و مصرف آن در سال‌های اخیر رشد زیادی در میان سوء مصرف کنندگان مواد داشته است. قیمت این ماده در حال کاهش و مصرف آن رو به افزایش است (Ekhtiari, 2013). مواد ارزان و مجاز موجود در بازار مثل: الکل، بنزین، آستون، آمونیاک، نمک آشپزخانه، محلول‌های اسیدی باز کننده فاضلاب‌ها، قرص‌های سرماخوردگی و یا هر داروی دیگر دارای افدرین<sup>۳</sup> یا سودوافدرین<sup>۴</sup>، از مواد اولیه سازنده شیشه هستند که این امر خود باعث فراوانی تولید و در نتیجه افزایش مصرف این ماده شده است (Manzari Tavakoli, 2015). لازم به ذکر است که با ایجاد کمی تغییر در میزان و نوع ترکیبات استفاده شده، می‌توان به انواع ترکیبات متفاوتی از شیشه دست یافت. اختلال وابستگی به شیشه مجموعه علائم شناختی، رفتاری و روانشناختی است که الگویی از تکرار و بروز عوارض تحمل، ترک و اعمال اجباری را به همراه دارد (Manzari Tavakoli, 2015). درمان بیماران مصرف کننده شیشه بسیار دشوار و دارای فرایند پیچیده‌ای است. به طور خاص، وابستگی به مت‌آمفتامین یک مشکل اساسی برای سلامت فرد است و با تبعات جدی پزشکی، عصبی روانی، اقتصادی اجتماعی و حقوقی همراه است (Garcia & Thibaut, 2010).

کریستالیزه مت‌آمفتامین در کشور ایران به شیشه معروف است. به گزارش دفتر مصرف دارو و جرم سازمان ملل متحد، ۳۵ میلیون سوء مصرف کننده در دنیا وجود دارد و پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در زمینه شیوع مصرف شیشه نشان می‌دهد این ماده از پرمصرف‌ترین مواد مصرفی در دنیا است. ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران نشان می‌دهد مصرف آن در میان جوانان و معتادین ترک کرده افزایش داشته است (Narenjiha et al., 2010). شیشه ماده محرک قوی روانی حرکتی و تقویت کننده مثبت رفتار است. مقادیر زیاد و مکرر شیشه با رفتار خشونت‌آمیز و جنون پارانوییدی همراه است. این مقادیر باعث کاهش طولانی مدت دوپامین و سروتونین مغز و تغییراتی پایدار می‌شود تا جایی که الگویی از رفتار هذیانی و جنون حاد ایجاد می‌کند. این جنون ممکن است برای هفته‌ها ادامه داشته باشد و مرگ ناگهانی در نتیجه مسمومیت قلبی را به همراه داشته باشد؛ تغییرات فیزیولوژیکی و تغییرات روانی پایدار در حین مصرف ماده، به دنبال قطع مصرف نیز گزارش شده‌اند (Wijetunga et al., 2004).

1 crystal

2 methamphetamine

3 ephedrine

4 pseudoephedrine

یکی از آسیب‌های روانی که با مصرف بالای شیشه در مصرف‌کنندگان این ماده مخدر مشاهده می‌شود، اختلال خلق دوقطبی است. اختلال دوقطبی به چند شکل نشان داده می‌شود. ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5) اختلال دوقطبی نوع یک و دو را از یکدیگر جدا کرده است. اختلال دوقطبی نوع یک حالتی را شرح می‌دهد که به وسیله آن فرد یک یا چند دوره مانیک را تجربه می‌کند و احتمالاً اما نه لزوماً یک یا چند تجربه افسردگی اساسی را نیز خواهد داشت. در مقابل تشخیص اختلال دوقطبی نوع دو به معنی آن است که فرد یک یا چند دوره افسردگی اساسی و حداقل یک دوره هیپومانیک داشته باشد. به بیان دیگر افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو هیچ‌گاه دوره مانیک کامل را تجربه نکرده‌اند اما به قدر کافی پرنرزی هستند که ملاک‌های مخصوص دوره هیپومانیک را برآورده سازند. از نشانه‌های اختلال دوقطبی نوع یک می‌توان به دوره متمایز خلق که بطور نابهنجار و مداوم بالا و گشاده (بی تکلف) یا تحریک‌پذیر است و افزایش نابهنجار و مداوم فعالیت و یا انرژی هدفمند که حداقل یک هفته ادامه می‌یابد و در بخش زیادی از روز و تقریباً هر روز وجود دارد اشاره کرد، به علاوه سه نشانه و یا بیشتر از نشانه‌هایی که در ادامه ذکر می‌شوند، با درجه قابل ملاحظه‌ای در این افراد وجود دارد: عزت نفس کاذب و یا بزرگ‌منشی، کاهش نیاز به خواب، پرحرف‌تر از معمول، پرش افکار یا تجزیه ذهنی که افکار شتاب دارند، حواسپرتی به صورتی که گزارش و یا مشاهده می‌شود، افزایش فعالیت هدفمند یا سراسیمگی روانی حرکتی، ولخرجی کردن کنترل نشده در خرید، روابط جنسی آشوبناک و سرمایه‌گذاری‌های احمقانه (Bowyer et al., 2007).

از دیگر مشکلات روان‌شناختی که در مصرف‌کنندگان شیشه مشاهده می‌شود، اختلال شخصیت مرزی است. افرادی که به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند میان نوروژ و پسیکوز قرار دارند و با بی‌ثباتی فوق‌العاده زیاد در عاطفه، خلق و رفتار معین می‌شوند. یک شخص مبتلا به اختلال شخصیت مرزی امکان دارد در یک موقعیت، کسی را بعنوان دوست‌داشتنی‌ترین و مهم‌ترین در نظر بگیرد و در موقعیتی دیگر از او بعنوان بی‌رحم‌ترین و استثمارکننده‌ترین شخص یاد کند. گویا نقطه تعادلی در زندگی این افراد نیست. این بیماران نسبت به مفاهیم هویت، ارزش‌ها، وفاداری‌ها و هدف‌های خود شک دارند (Khosravi & Rahmatinejad, 2014).

ارتباط میان اختلالات طیف دوقطبی به ویژه اختلال دوقطبی نوع دو<sup>۱</sup> و اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> اغلب به دلیل برابری بالای نشانه‌های بین این دو اختلال (مانند بی‌ثباتی خلق و تکانشگری) از موضوعات مهم

1. Bipolar II spectrum Disorders  
2. Borderline Personality disorder

مورد بحث و توجه بین نظریه پردازان و محققان بوده است. (New et al., 2008).

بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی نیازمند مداخله مناسبند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط هیز و همکارانش معرفی و با نام اختصاری (ACT<sup>1</sup>) شناخته شده است. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (Hayes et al., 2012). همچنین این رویکرد همانطور که از نامش مشخص است، قصد دارد این پیام را به شخص منتقل کند که آنچه خارج از کنترل هست را بپذیرد و به عملی که باعث بهبود و غنی‌تر شدن زندگی می‌شود تعهد داشته باشد (Hayes et al., 2006).

این نوع درمان ابتدا سعی می‌کند پذیرش روانی فرد نسبت به تجارب ذهنی‌اش را افزایش داده و در مقابل اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به مراجع چنین آموخته می‌شود که هر گونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بیهوده است و حتی موجب بدتر شدن آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را پذیرفت. در گام دوم آگاهی فرد از حالات روانی، افکار و رفتار خود، در لحظه حال را افزایش می‌دهد. در گام سوم به فرد آموخته می‌شود تا خود را از این تجارب ذهنی جدا کند، به طوری که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در گام چهارم تلاش می‌شود تا تمرکز زیاد فرد بر خود و تجسم داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است را کاهش دهد. در گام پنجم به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصیل خود را شناخته و آن‌ها را به اهداف عینی رفتاری مبدل سازد. در آخر هم انگیزه فرد برای عمل متعهدانه به اهداف و ارزش‌ها افزایش داده می‌شود (Iverson et al., 2012).

ولخرجی به صورت تکانشی و سرمایه‌گذاری بدون برنامه قبلی در بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی مشاهده می‌شود این بیماران با توجه به مقروض بودن و ولخرجی هیجانی و تکانشی قبلی مجدداً دست به رفتارهای پرخطر می‌زنند که ولخرجی نمونه‌ای از رفتارهای آنان می‌باشد لذت پس از خرید و تنظیم هیجان یکی از مشکلات اصلی این گونه بیماران در ولخرجی می‌باشد (Halgin & Whitbourne, 2003). با توجه به مشکلات بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی در زمینه مصرف مواد و ولخرجی تحقیقی با موضوع مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

## روش

روش تحقیق حاضر، شبه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل در قالب چهار گروه (دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل) بود. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بودند از اینکه: حداقل چهارماه از بستری شدن آن‌ها جهت ترک شیشه گذشته باشد، تشخیص اختلال دوقطبی یا اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده باشند، در طول آموزش داروهای روانپزشکی مصرف نکنند و همزمان در مداخلات درمانی دیگری شرکت نداشته باشند. و ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از اینکه: آزمودنی برای ادامه حضور در پژوهش رضایت نداشته باشد، همزمان با تشخیص اختلال دوقطبی، شخصیت مرزی، مبتلا به اختلالات دیگری هم باشد، یا سن‌اش بالای ۵۵ سال باشد. پس از توضیح اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه بوده و در جهت رعایت اخلاق پژوهشی فقط برای اهداف پژوهشی از آن استفاده شده و فقط در صورتی که شرکت‌کنندگان مایل باشند می‌توانند از نتایج و محتوی اطلاعات و نتایج مطلع شوند.

جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بستری در اردوگاه کرامت سپاه صاحب‌الزمان (عج) در شهرستان مبارکه اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند که همزمان سوء‌مصرف شیشه و ولخرجی داشتند. توجه به ملاک‌های ورود و خروج از بین ۱۸۰ نفر بیمار دوقطبی و مرزی تعداد ۶۰ نفر (۳۰ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی و ۳۰ نفر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. این دو گروه بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی، با اجرای پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون و تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس از اردوگاه کرامت سپاه صاحب‌الزمان (عج) مبارکه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون در کلینیک اردوگاه ارزیابی شدند.

گروه‌های آزمایش به مدت ۹ جلسه یک و نیم ساعته و به صورت هفته‌ای سه جلسه در مداخلات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش شرکت نمودند ولی گروه‌های کنترل در هیچ نوع مداخله‌ای شرکت ننمودند. در طول این جلسات، ریزشی در تعداد شرکت‌کننده‌ها مشاهده نشد. در نهایت داده‌ها به روش آماری تحلیل کوواریانس بوسیله نرم‌افزار SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه میلون ۳: توسط میلون تدوین و ارائه شده است (Millon & Davis, 1994). نسخه فعلی این پرسشنامه شامل ۱۷۵ ماده است که تحت ۲۸ مقیاس جداگانه نمره‌گذاری می‌شود. به هر پاسخ بلی نمره (۱)، و به هر پاسخ خیر نمره (۲)، تعلق می‌گیرد. برای اندازه‌گیری میزان اعتبار آزمون از روش همسانی

درونی استفاده می‌شود. این ارزیابی که توسط میلون انجام گرفته نشان می‌دهد که در مجموع میزان اعتبار آزمون ۰/۷۸ می‌باشد. پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-بازآزمون در گروه بیمار ۰/۷۹ و در گروه غیربیمار ۰/۹۷ و پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد (Chegini et al., 2013). این پرسشنامه توسط خواجه موگهی هنجاریابی شد (Khaja Moghi, 1993). همچنین نسخه سوم این فرم توسط شریفی هنجاریابی شده است (Sharifi & Namdari, 2008).

۲- آزمون مقیاس کنترل شخصی یا PCS: این آزمون ۱۵ سوال دارد و هدف آن ارزیابی میزان کنترل شخصی در استفاده از مواد (در دو حالت گذشته و حال) است (ShoaKazemi, 2010). این آزمون دارای دو مجموعه سوالات است. در قسمت اول حالات فرد در ۹۰ روز گذشته بررسی می‌شود و در قسمت دوم حالاتی که اگر فرد همین الان به مصرف مواد روی آورد مورد پرسش قرار می‌گیرد. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به ترتیب؛ به شدت مخالف (۱)، مخالف (۲)، نمی‌دانم (۳)، موافقم (۴)، به شدت موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع امتیاز این مقیاس دامنه‌ای از ۱۵ تا ۷۵ است. بدیهی است که هرچه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان توانایی بالاتر فرد پاسخ‌دهنده در کنترل شخصی خود در برابر مصرف مواد است و بالعکس. نمرات (۳۵-۱۵) نشان‌دهنده کنترل ضعیف، نمرات (۵۶-۳۶) نشان‌دهنده کنترل متوسط و نمرات (۷۵-۵۷) نشان‌دهنده کنترل خوب در مورد مصرف مواد (شیشه) است. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش گردید (ShoaKazemi, 2010).

۳- پرسشنامه ولخرجی کلارک و مورتایمر (Clarke & Mortimer, 2013): این آزمون ۱۹ سوال دارد. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به ترتیب؛ کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نمی‌دانم (۳)، موافقم (۴)، کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع امتیاز این پرسشنامه دامنه‌ای از ۹۵-۱۹ است. نمرات (۴۴-۱۹) نشان‌دهنده مدیریت مناسب مخارج زندگی، نمرات (۶۸-۴۵) نشان‌دهنده مدیریت مخارج زندگی در حد متوسط است و نمرات (۹۵-۶۹) نشان‌دهنده ولخرجی و اندیشناکی پس از آن در فرد می‌باشد. اعتبار سازه پرسشنامه توسط فیض و همکاران (Feiz et al., 2018) در مطالعه‌ای با موضوع عوامل مؤثر بر رفتار شکایت‌آمیز مشتریان با تأکید بر نقش میانجی افسوس پس از خرید در یک جامعه آماری ۴۰۰ نفری در مراکز خرید شهر سمنان ۰/۸۹ گزارش گردید و پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش گردید.

### مداخله

روش مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی ۹ جلسه بر اساس پروتکل امین زاده و همکاران (Arjmand Ghujur et al., 2019) انجام شد، اهداف جلسه و ساختار کلی درمان در جدول ۱ ارائه شد. ابتدا

ارزیابی‌های اولیه، توافق برای شرکت در پژوهش، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پیش‌آزمون انجام شده و سپس جلسات درمانی شروع شدند.

جدول ۱: پروتکل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	موضوع جلسه
۱	معرفی درمانگر و اعضا، معرفی ذهن و تولیدات ذهنی، تعریف درماندگی خلاق، معرفی دیدگاه ACT
۲	شرح نتیجه جلسه قبل، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته، مفهوم سازی، انجام تمرینات تجربی برای چالش و اثربخشی راهبردهای کنترل و بیان این که کنترل یک مسئله است، نه راه حل، استعاره؛ گودال، دروغ سنجی و تقلا در جنگ با هیولا، آموزش رابطه بین خلق و خوی و رفتار با استفاده از زندگی مراجع
۳	بررسی مطالب جلسه قبل، ارزیابی مشکلات، استعاره جعبه پر از مسائل، توضیح انواع مغزها، فعال‌سازی رفتاری، بیان رنج پاک و ناپاک
۴	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده‌ساز، ذهن شما دوست شما نیست، تمرین شیر شیر شیر و ذهن آگاهی، استعاره برگ‌ها در جویبار روان، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد.
۵	بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی انواع خودها، تمرین مشاهده‌گر
۶	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت ارزش‌ها، بیان استعاره اتوبوس، معرفی مهربانی به عنوان دومین مؤلفه فرمول عشق، شناسایی هدف رفتاری
۷	بررسی مطالب جلسه قبل، معرفی رابطه اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر، بررسی انتخاب در مقابل قضاوت‌ها و تصمیم‌ها، بیان استعاره مهمان ناخوانده، تمرین جهش
۸	مرور مطالب جلسه قبل، کمک به مراجع برای حرکت در مسیر ارزش‌ها به جای گوش دادن خود با رفتار مهربانانه همراه با تحمل پریشانی، موانع رفتار مهربانانه
۹	بررسی مطالب جلسه قبل، آموزش به درمانجو که خود یک درمانگر است، بیان استعاره دو کوه، منعکس کردن پیشرفت حاصل شده، جمع‌بندی و نامه مهربانان

### یافته‌ها

تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که شیشه مصرف می‌کردند بین سنین ۲۰-۳۵ سال انتخاب شدند، که تعداد ۲۱ نفر متأهل و ۹ نفر مجرد و از این تعداد ۵ نفر مدرک دیپلم و ۶ نفر مدرک کاردانی و ۲ نفر مدرک لیسانس و ۱۷ نفر با مدرک زیر دیپلم در جلسات حضور داشتند، که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که شیشه مصرف می‌کردند، بین سنین ۲۰-۳۵ سال انتخاب شدند که ۱۶ نفر متأهل و ۱۴ نفر مجرد بودند و از این تعداد ۸ نفر مدرک دیپلم و ۴ نفر مدرک کاردانی و ۲ نفر مدرک لیسانس و ۱۶ نفر با مدرک زیر



دیپلم، در جلسات حضور داشتند که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جدول شماره ۲: ویژگی‌های توصیفی متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد پژوهش به تفکیک مراحل ارزیابی

متغیرها	سوء مصرف شیشه				ولخرجی
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
آزمایش	۶۷/۷۳	۲۰/۸۶	۸۳/۸۳	۷۸/۲۰	۲
انحراف معیار	۵/۳۵	۵/۸۶	۱۰/۵۴	۷/۷۹	
کنترل	۲۲/۱۳	۲۹/۴۶	۷۸/۹۳	۸۰/۶۶	۳
انحراف معیار	۴/۳۵	۸/۶۹	۷/۶۳	۶/۶۰	
آزمایش	۷۰/۵۳	۲۴/۸۰	۷۹/۱۳	۳۵/۴۶	۳
انحراف معیار	۵/۱۵	۳/۲۲	۷/۸۹	۷/۵۴	
کنترل	۲۲/۸۰	۳۴/۱۳	۷۹/۶۶	۷۶/۹۳	۳
انحراف معیار	۵/۲۱	۱۰/۰۰	۷/۲۱	۷/۸۳	

به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر متغیرهای وابسته پس از کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون‌های آمار استنباطی استفاده شد. بدین منظور مفروضه‌ی نرمالیت توزیع متغیرها با آزمون کلوموگروف سمیرنوف و همگنی متغیرخطای وابسته با آزمون لوینمورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این آزمون‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است. ویژگی‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار عملکرد شرکت‌کننده‌های گروه‌های مختلف پژوهش (دارای اختلالات دوقطبی و مرزی) در هر یک از متغیرهای وابسته شامل سوء مصرف شیشه و ولخرجی) به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: مفروضه‌های همگنی و نرمالیت متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	آزمایش		کنترل		F (Levin)	معناداری
	معناداری	Z	معناداری	Z		
سوء مصرف شیشه	۰/۲۰	۰/۱۶	۰/۲۰	۰/۱۵	۳/۷۶	۰/۰۶
ولخرجی	۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۲۲	۰/۹۶	۰/۳۳
سوء مصرف شیشه	۰/۱۵	۰/۲۱	۰/۲۰	۰/۱۶	۳/۲۷	۰/۰۸
ولخرجی	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۱۵	۱/۴۶	۱/۲۳

با توجه به سطح معناداری در جدول ۳ ( $P > 0.5$ ) به دست آمده و مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. لذا در ادامه نتایج تحلیل آمار استنباطی با آزمون تحلیل کوواریانس، گزارش گردید.

جدول شماره ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در هریک از گروها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجدور تا	توان آزمون
سوء مصرف شیشه	۱۰۷۸۲/۱۹	۱	۱۰۷۸۲/۱۹	۱۸۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
دوقطبی ولخرجی	۵۹/۶۶	۱	۵۹/۶۶	۱/۰۹	۰/۳۰	۰/۳۹	۰/۱۷
سوء مصرف شیشه	۹۰۱۱/۹۳	۱	۹۰۱۱/۹۳	۱۸۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
ولخرجی	۱۲۸۳۱/۰۳	۱	۱۲۸۳۱/۰۳	۲۱۳/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰

از نتایج جدول شماره ۴ می‌توان این‌گونه استنباط کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سوء مصرف شیشه در بیماران دوقطبی اثربخش بود ( $P < 0/05$ ) و می‌توان استنباط کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی بیماران دوقطبی اثربخش نبوده است. ( $P > 0/05$ ) همچنین می‌توان استنباط کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سوء مصرف شیشه و ولخرجی بیماران اختلال شخصیت مرزی اثربخش بود ( $P < 0/05$ )

### نتیجه

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مصرف شیشه و ولخرجی بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش سوء مصرف شیشه در بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی اثر داشته، ولی فقط بر کاهش ولخرجی اختلال شخصیت مرزی اثربخش بود و بر کاهش ولخرجی بیماران دوقطبی اثربخش نبود.

اجتناب تجربه ای یکی از مولفه های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می باشد و در بیماران اختلال شخصیت مرزی ترس از دست دادن روابط نزدیک و پوچی مزمن باعث عدم رویایی با تجربه های درد ناک و ناخوشایند می شود (Scott & McCracken, 2015). در تبیین یافته‌های اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش مصرف شیشه و ولخرجی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌توان به پژوهش ایورسون و فلت (Iverson et al., 2012) اشاره کرد، این پژوهشگران در زمینه کژتنظیمی هیجانی<sup>۱</sup>، تحمل، پریشانی و اجتناب تجربه ای<sup>۲</sup> در بیماران سرپایی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مطالعه کرده و به این نکته پی بردند که اجتناب تجربه‌ای با شدت علائم مرزی ارتباط دارد. در پژوهش دیگری، محققان با مشاهده سطوح بالای مصرف شیشه در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در دوره پس از درمان، نقش اجتناب

1. emotional dysregulation

2. experiential avoidance

تجربه‌ای در کاهش مصرف شیشه را مورد بررسی قرار دادند. یافته آن‌ها حاکی از این بود اجتناب تجربه‌ای ارتباط مستقیمی با شدت مصرف شیشه دارد و تغییر میزان اجتناب تجربه‌ای موجب تغییر در سطوح مصرف شیشه در مبتلایان می‌شود و به این ترتیب اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی کننده مصرف شیشه در بیماران مرزی نیز محسوب می‌شود (Berking et al., 2009). همچنین چاپمن و دیکسون (Chapman et al., 2011) به مکانیزم‌های زمینه‌ساز اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اشاره نمودند.

در تاریخچه زندگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رویدادهای تلخ و پرفشار زندگی و آسیب‌زا دیده می‌شود. با توجه به این که مبتلایان به این اختلال از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند، بنابراین این رویدادها و آسیب‌ها موقعیتی را برای اجتناب تجربه‌ای فراهم می‌آورند. آسیب‌پذیری هیجانی دیگر مکانیزم زمینه‌ساز اجتناب تجربه‌ای در میان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است. آسیب‌پذیری هیجانی منجر به فشار بر سیستم تنظیم‌کننده هیجانات شخص می‌شود. در نتیجه این رویداد نیاز به تنظیم هیجان و دشواری این فرایند افزایش می‌یابد. بنابراین مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در تنظیم هیجانی با دشواری روبرو بوده و انگیزه بالایی برای اجتناب یا فرار از هیجانات خود دارند. یکی از مؤلفه‌های آسیب‌پذیری هیجانی، حساسیت هیجانی است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نه تنها نسبت به محرک‌های شدید؛ بلکه نسبت به محرک‌هایی با آستانه پایین نیز واکنش‌های هیجانی شدیدی نشان می‌دهند. حساسیت در زمینه هیجانات پریشان‌کننده، بیانگر گرایش به اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. از آنجا که این بیماران غالباً هیجانات پریشان‌کننده را تجربه می‌کنند پتانسیل بیشتری برای اجتناب دارند. در واقع پژوهش‌ها حاکی از این است که وقتی مردم دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند، تمایل دارند تا منابع مقابله خود را برحذف پریشانی معطوف کنند (Chapman et al., 2011). کاویسچیلو و روگی (Cavichchioli et al., 2015) سه فرایند اجتناب تجربه‌ای، سرکوب فکر و عدم تحمل پریشانی را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی نمودند و دریافتند که بیماران شخصیت مرزی در ارتباط با افکار، هیجانات و احساسات بدنی خود به طور گسترده‌ای از راهبردهای مربوط به اجتناب و گریز (اجتناب تجربه‌ای و سرکوب فکر) استفاده می‌کنند. به گفته سائر و بیر (Sauer & Baer, 2009) با توجه به اینکه مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی محیطی بی‌اعتبار ساز را تجربه می‌کنند، باورهایی در خود بوجود می‌آورند مبنی بر اینکه افکار آن‌ها خطرناک و زیان‌آورند. علت گرایش این بیماران به سوء مصرف مواد و ولخرجی، سرکوب و اجتناب تجربه‌ای می‌باشد. تا کنون هیچ مطالعه‌ای انجام نشده که میزان قطعی شیوع این اختلال را نشان دهد اما به نظر می‌رسد در یک تا دو درصد از جمعیت وجود داشته باشد و در زن‌ها نیز دو برابر مردها شایع است.

شیوع اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مربوط به الکل و سوء مصرف مواد در بستگان درجه اول مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر از جمعیت عمومی است (Sadok, 2013). تکانشگری بیماران اختلال شخصیت مرزی حداقل در دو حوزه از موارد ذکر شده آسیب‌زا است. ولخرجی، رابطه جنسی، سوء مصرف مواد، رانندگی و پر خوری، با نگاهی به مکاتب مختلف روان‌درمانی همچون انسان‌گرایی، وجود‌گرایی و شناختی رفتاری، مشخص می‌گردد که تقریباً همه آسیب‌های روانی منشعب از انواع گوناگون اجتناب، از واقعیت ناشی می‌شوند (Hayes et al., 2006). پذیرش در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقابل اجتناب قرار می‌گیرد و شامل شناخت کامل و آگاهی از احساسات مان است، بدون اینکه سعی کنیم آن‌ها را تغییر دهیم. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گسلس از افکار و ارتباط برقرار کردن با افکار و قضاوت نکردن آن یعنی پذیرش افکار بدون قضاوت در این روش درمانی از اجتناب تجربه‌ای پرهیز می‌کنند در نتیجه وقایع آسیب‌زا دوره کودکی دیگر برای آنان فشارزا نیست (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011). با توجه به نظریه آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشخص می‌گردد که مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با تجربیات دشوار متعددی مانند مصرف شیشه و ولخرجی روبه‌رو می‌شوند و الگوهای اجتنابی برجسته‌ای را نشان می‌دهند. این همجوشی شناختی<sup>۱</sup> و هیجانی موجب پدیدآیی تجارب درونی غیرقابل قبول و تحمل‌ناپذیری می‌گردند و در این صورت، جدا شدن از این تجارب، تنها راه اجتناب مستقیم از آن‌ها می‌باشد. متأسفانه نه تنها این اجتناب هیجانی هزینه سنگینی را بر فرد وارد می‌کند، بلکه نهایتاً بی‌حاصل بوده و در اجتناب از تجارب شخصی نامطلوب، ناتوان می‌ماند (Hayes et al., 2012). در زمینه شیوه‌های درمانی اجتناب تجربه‌ای، در بیماران مرزی یافته‌های شارپ و همکاران (Sharp et al., 2015) بر اهمیت آموزش معنادهی و پذیرش حالات درونی تأکید می‌کنند. گراتز و گوندرسون (Gratz & Gunderson, 2006) اثربخشی مداخله گروهی تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش در درمان خودجراحی<sup>۲</sup>، کژتنظیمی هیجانی، اجتناب تجربه‌ای و کنترل سوء مصرف مواد و ولخرجی و رفتارهای جنسی آشوبناک<sup>۳</sup> در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی خیر دادند. اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط مورتون و اسنودون مورد مطالعه قرار گرفته است (Morton et al., 2012). بنابراین با در نظر گرفتن آنچه گفته شد، میزان اجتناب تجربه‌ای یا عدم پذیرش تجارب لحظه حال در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بالا بوده و عامل پیش‌بینی‌کننده عدم کنترل تکانه در این اختلال محسوب می‌شود. عواملی همچون

1. cognitive fusion  
2. self-Injury  
3. chaotic sexuality

حوادث تلخ دوران کودکی، آسیب‌پذیری هیجانی، حساسیت هیجانی و محیط بی‌اعتبارکننده‌ی دوران کودکی، هریک به طریقی فرد را برای اتخاذ یک رویکرد اجتنابی در زندگی آماده می‌کنند. بنابراین لازم است در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، مداخلات درمانی، توجه ویژه خود را بر عامل پذیرش و اجتناب تجربه‌ای معطوف نمایند. نتایج این تحقیق در راستای تحقیقات قبلی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کنترل سوءمصرف مواد و ولخرجی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت می‌کند.

از دیگر نتایج این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کنترل سوءمصرف شیشه در بیماران دوقطبی بود. علاوه بر اعتیاد به الکل، سایر اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد به طور فراوان با اختلال دوقطبی مرتبط است. سوءمصرف مواد ممکن است در جرقه زدن یک اپیزود بیماری نقش داشته باشد یا بر عکس، ممکن است نشان‌دهنده تلاش فرد برای درمان بیماری خود باشد (خوددرمانی) با اینکه بیماران در فاز مانیک به ندرت از داروهای آرامبخش برای کاستن از سرخوشی خود استفاده می‌کنند، اما در فاز افسردگی معمولاً از مواد محرک مثل کوکائین و شیشه برای کاهش افسردگی استفاده می‌کنند (Sadok, 2013). اسموت و لانگو (Smout et al., 2013) در مطالعه‌ای در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در سوءمصرف کنندگان شیشه نشان دادند که بعد از آموزش‌ها کمتر دچار بازگشت مجدد به سوءمصرف می‌شوند که با یافته‌های تحقیق حاضر همسو می‌باشد. همچنین دباغی و اصغرنژاد (Dabaghi et al., 2007) در تحقیقی نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند در کاهش میزان عود مصرف شیشه، و میزان ابقاء در درمان موثر باشد. بنابراین پژوهشگران بر این باورند که بکارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. بنابراین افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان پذیرش و تعهد و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ی بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران افزایش دهد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم آمیختگی یا گسلش<sup>۱</sup> شناختی میزان تأثیری می‌باشد که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) روی رفتار دارد. رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با

افکارش در هم می آمیزد نمی تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (Hayes et al., 2012)، در نتیجه، در این درمان‌ها با آموزش تعهد و پذیرش و عمل در زمان حال، تاثیر حساسیت‌های فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از مصرف شیشه روی رفتار آشکار، به واسطه رابطه فرد با این تجربیات تعدیل می‌شود. بنابراین، در این درمان به مصرف‌کنندگان شیشه آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که آن‌ها بتوانند این تجربیات را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند. در رابطه با عدم اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی بیماران دوقطبی می‌توان به شدت و میزان ولخرجی بیماران دوقطبی نسبت به بیماران اختلال شخصیت مرزی اشاره کرد که تلفیق دارو درمانی و روان‌درمانی می‌تواند اثربخش‌تر باشد.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر نبودن منابع کافی و نبودن تحقیق مرتبط با موضوع مورد پژوهش بود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن نمونه بود که تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر باید با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی تعداد حجم نمونه بیشتر که متناسب تحقیقات مداخله‌ای است، استفاده شود. محدودیت زمانی و عدم مداومت پیگیری اثربخشی روش درمان از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، تحقیقات در مرحله پیگیری انجام پذیرد. از دیگر محدودیت‌های تحقیق بیماری کوید ۱۹ بود که باعث شد دوره آموزشی فشرده برگزار شود. پیشنهاد می‌شود در مراکز ترک اعتیاد، مداخلات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش به کار گرفته شود. همچنین با مقایسه روش‌های درمانی دیگر، با روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در یافتن بهترین مدل و انتخاب درمانی مناسب برای سوءمصرف شیشه تلاش شود. با توجه به اینکه این تحقیق بر روی بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی انجام شد، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی در زمینه رابطه مصرف شیشه با ده طبقه اختلالات شخصیت بررسی شود.

## تقدیر و تشکر

در پایان از مدیر محترم اردوگاه کرامت سپاه صاحب الزمان (عج) و مدیر فنی اردوگاه و کلیه کادر درمان و مددجویان که با صبر و حوصله و رغبت در این تحقیق همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌نمائیم.

## References

- Arjmand Ghujur, K., Mahmoud A, M., Khanjani, Z., & Bakhshipour, A. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Relapse Prevention in Methamphetamine Addict Patients. *Yafteh*, 21(1), 38-51. <https://sid.ir/paper/79957/en> (In Persian)

- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(8), 663-670. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.011>
- Bowyer, J. F., Pogge, A. R., Delongchamp, R. R., O'Callaghan, J. P., Patel, K. M., Vrana, K. E., & Freeman, W. M. (2007). A threshold neurotoxic amphetamine exposure inhibits parietal cortex expression of synaptic plasticity-related genes. *Neuroscience*, 144(1), 66-76. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2006.08.076>
- Cavicchioli, M., Rugi, C., & Maffei, C. (2015). Inability to withstand present-moment experiences in borderline personality disorder: a meta-analytic review. *Clinical Neuropsychiatry*, 12(4), 101-110. <https://doi.org/10.1037/t27764-000>
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., & Walters, K. N. (2011). Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29(1), 35-52. <https://doi.org/10.1007/s10942-011-0124-6>
- Chegin, M., Delavar, A., & Garrayi, B. (2013). psychometric characteristics of millon clinical multi-axial inventory-iii. *journal of psychology*, 8(29), 135-162. <https://sid.ir/paper/120293/en>
- Clarke, P. D., & Mortimer, G. (2013). Self-gifting guilt: an examination of self-gifting motivations and post-purchase regret. *Journal of Consumer Marketing*. <https://doi.org/10.1108/JCM-05-2013-0566>
- Dabaghi, P., Asgharnejad, F., Atef, A., Kazem, V., & Bolhari, J. (2007). The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness observational thinking and activation of spiritual schemas in preventing relapse of opioid use. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13, 366-375. (In Persian)
- Ekhtiari, H. (2013). Length of Methamphetamine Abuse and Sustained Attention Disorders among Methamphetamine Abusers. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 17. (In Persian)
- Feiz, D., Bagheri G, h., & radfar, S. (2018). Examining the factors affecting on customer complaint behavior: with the mediator role of post-purchase regret in the fashion clothing Industry. *New Marketing Research Journal*, 8(2), 199-216. <https://doi.org/10.22108/nmrj.2018.109676.1613> (In Persian)
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 254-260. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.503823>
- 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), 25-35. [https://doi.org/0005-7894/06/025-035\\$1.00/0](https://doi.org/0005-7894/06/025-035$1.00/0)
- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2003). *Abnormal Psychology, Clinical Perspectives on Psychological Disorders* (4th ed.).
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: Second addition, the process and practice of mindful change*. . Guilford. <https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy/Hayes-Strosahl-Wilson/9781462528943>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

- Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A. E. (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. <https://doi.org/10.1037/a0023703>
- Khaja Moghi, N. (1993). Preliminary preparation of Persian form of clinical of Milon's Multi-axial Clinical Questionnaire questionnaire. *Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*(2), 68-69. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/125510>
- Khosravi, Z., & Rahmatinejad, P. (2014). The relationship between Borderline Personality Disorder and bipolar disorder type II based on Borderline Personality Organization. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 9(32), 37-46. (In Persian)
- Manzari Tavakoli, f. (2015). Evaluation of the effectiveness of self-compassion-focused group on anxiety and depression in students of Islamic Azad University, Baft Branch. *World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the beginning of the third millennium*. (In Persian)
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004>
- Millon, T., & Davis, R. (1994). Millon's evolutionary model of normal and abnormal personality: theory and measures. . *Differentiating normal and abnormal personality*, 79-113. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055751>
- Morton, J., Snowden, S., Gopold, M., & Guymier, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.005>
- Narenjiha, H., Nouri, R., Akbarian, M., Farahani, M. A., & Mirzamani, M. (2010). The experience of lifetime non-fatal overdose of drugs in Iranian substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(4), 327-333. (In Persian)
- New, A. S., Triebwasser, J., & Charney, D. S. (2008). The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*, 64(8), 653-659. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.020>
- Sadok, K. a. (2013). *Summary of Psychiatry, Kaplan and Zadok, based on DSM5* (second edition(2015) ed., Vol. 2). Savalan Publications. .
- Sauer, S. E., & Baer, R. A. (2009). Relationships between thought suppression and symptoms of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(1), 48-61. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.48>
- Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current opinion in psychology*, 2, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2014.12.013>
- Sharifi, A. A., & Namdari, K. (2008). The validity of mcmi-iii (millon, 1994) scales. . *knowledge & research in applied psychology*, 9(34), 27-38. <https://sid.ir/paper/163788/en> (In Persian)
- Sharp, C., Kalpakci, A., Mellick, W., Venta, A., & Temple, J. R. (2015). First evidence of a prospective relation between avoidance of internal states and borderline personality disorder features in adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 24(3), 283-290. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0574-3>



- ShoaKazemi, M. A. (2010). Investigating the relationship between attitudes toward addiction and coping strategies in heroin users in Tehran. *Scientific Quarterly of Research on Addiction* 7(2), 79-90. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/953762> (In Persian)
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., & Wickes, W. (2013). *Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy*. Routledge. <https://doi.org/10.1080/08897071003641578>
- Wijetunga, M., Bhan, R., Lindsay, J., & Karch, S. (2004). Acute coronary syndrome and crystal methamphetamine use: a case series. *Hawaii medical journal*, 63(1). <https://doi.org/10.1592/phco.26.8.1148>.