



Research Article

Compare the Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Group Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Cognitive Strategies of Emotional Regulation in Addicts with Antisocial Personality Disorder

Mehdi Sahraei ¹ , Javanshir Asadi ^{2,*} , Afsaneh Khajevand Khoshli ³ 

¹ Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

* **Corresponding author:** Javanshir Asadi, Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. E-mail: ardeshir.asadi@yahoo.com

DOI: [10.29252/nkjmd-120313](https://doi.org/10.29252/nkjmd-120313)

How to Cite this Article:

Sahraei M, Asadi J, Khajevand Khoshli A. Compare the Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Group Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Cognitive Strategies of Emotional Regulation in Addicts with Antisocial Personality Disorder. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**12**(3):82-91. DOI: [10.29252/nkjms-120313](https://doi.org/10.29252/nkjms-120313)

Received: 22 Oct 2016

Accepted: 19 Feb 2017

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy
Dialectical Behavior Therapy
Cognitive Emotional Regulation
Antisocial Personality Disorder
Addiction

Abstract

Introduction: Acceptance and commitment based therapy and dialectical behavior therapy are new models of the third wave based on cognitive-behavioral approach. This research with the purpose of compare the effectiveness of these two models on cognitive strategies of emotional regulation in addicts with antisocial personality disorder.

Methods: The research method of the present study is quasi-experimental-clinical application with pre-test post-test. Participants by purposive sampling method were selected based on the MCMI-III questionnaire and the structured clinical interview based on the DSM-5 clinical version (SCID-5-PD). After screening and diagnosis, subjects were matched based on demographic variables in four control and experimental groups. To collect data Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) were used. To analyze the data, analysis of covariance Mancova and Bonferroni post hoc test was used to compare the mean of independent variables of therapeutic interventions in experimental groups.

Results: The results of this study showed that both acceptance and commitment treatment and dialectical behavior therapy are effective in improving emotional regulation strategies of addicts with antisocial personality disorder. Both therapeutic approaches increased the score of positive cognitive emotional regulation strategies (positive reconcentration and positive re-evaluation) and reduce the score of negative cognitive emotional regulation strategies (self-blaming, blaming others, rumination and catastrophization). There was no significant difference between the effectiveness of the two treatment models and only this difference was significant in relation to the negative emotion regulation strategy of "acceptance".

Conclusions: These findings indicate the helpfulness of both treatments on cognitive emotion regulation strategies of addicts with antisocial personality disorder. These findings can be promising in planning preventive interventions; however, more controlled studies are needed in this area.



مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در معنادان دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی

مهدی صحرایی^۱ ID، جوانشیر اسدی^{۱*} ID، افسانه خواجهوند خوشلی^۱ ID

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، گرگان، ایران

* نویسنده مسئول: جوانشیر اسدی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، گرگان، ایران. ایمیل:

ardeshir.asadi@yahoo.com

DOI: 10.29252/nkjms-120313

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۲۰	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۱۲	مقدمه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک از مدل‌های نوین موج سوم مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری هستند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی این دو مدل درمانی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان معنادان دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی انجام گرفت.
واژگان کلیدی:	روش کار: نوع روش تحقیق پژوهش حاضر شبه آزمایشی نوع کاربست بالینی توأم باپیش آزمون-پس آزمون می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مقیم در مرکز نگهداری معنادان ماده ۱۶ شهرستان بجنورد می‌باشند. آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس پرسشنامه چند محوری بالینی میلون MCMIII-III و مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-5 نسخه بالینی (PD-5) انتخاب شدند. پس از غربالگری، آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگذاری شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس مانکووا و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتار درمانی دیالکتیک راهبردهای شناختی تنظیم هیجان اختلال شخصیت ضد اجتماعی اعتیاد	یافته‌ها: هر دو مدل درمانی ACT و DBT در بهبود راهبردهای شناختی تنظیم هیجان معنادان دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی مؤثرند و در افزایش نمره راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجان (تمرکز مثبت مجدد و ارزیابی مجدد مثبت) و کاهش نمره راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه آمیز انگاری) تأثیر مثبت و معناداری داشتند ($P < 0/05$). مدل درمانی ACT در کاهش نمره راهبرد منفی تنظیم هیجان "پذیرش" مؤثرتر بود. نتیجه‌گیری: هر دو مدل درمانی مورد مطالعه بر بهبود راهبردهای شناختی تنظیم هیجان معنادان دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی مؤثر می‌باشد.

مقدمه

تحقیقات قبلی، حدود نیمی از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی مبتلا به انواع اختلال‌های شخصیت هستند و از این بین رایج‌ترین آنها اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌باشد [۱]. در مطالعه مولوی، ۵۴ درصد از افراد معنادار دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی بودند [۲]. در مطالعه هندریک (۱۹۹۰)، شایع‌ترین اختلال در بین افراد معنادار، اختلال شخصیت ضد اجتماعی با بروز ۸۰ درصد گزارش شده است [۳]. به اعتقاد زاگرم (۱۹۹۴) این اختلال شخصیت با سیستم بازداری رفتاری ضعیف، بی‌نظمی هیجانی و رفتار تکانشی همراه است [۴]. هیجان خواهی بالای این افراد با ویژگی‌هایی از قبیل؛ جستجوی هیجان و تجربه متنوع، پیچیده و جدید، تمایل پرداختن به خطرهای بدنی، اجتماعی و مالی توأم است و منجر به مشکلاتی در زمینه روابط بین فردی، شغلی، قانون و اجتماع و همچنین استفاده از الکل، ماری جوانا و مواد مخدر می‌شود [۵].

در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست مدرن معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجان‌ها را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت [۶]. به همین دلیل، به جای

اختلالات شخصیت کلاستر "B" با خصوصیتی مانند هیجانی بودن، تکانشگری و بی‌نظمی مشخص می‌شوند [۱]. در کنار مفهوم تکانشگری، مفاهیمی مانند مخاطره جویی، هیجان خواهی و رفتارهای مخاطره جویانه نیز مطرح می‌باشند که عموماً مفاهیمی اختصاصی‌تر مانند تنوع طلبی، آسیب‌گریزی پایین و پاداش طلبی را به دنبال دارد که تنوع طلبی و آسیب‌گریزی پایین، هسته رفتار تکانشی را تشکیل می‌دهد [۲]. در این میان اختلال شخصیت ضداجتماعی با اعمال و رفتار ضداجتماعی و ناتوانی در انطباق با موازین اجتماعی مشخص می‌شود [۱]. فریبکاری، رفتار تکانشی و ناتوانی برای برنامه‌ریزی از قبل، تحریک‌پذیری و پرخاشگری، بی‌احتیاطی نسبت به ایمنی خود و دیگران، نداشتن احساس مسولیت مستمر و فقدان احساس پشیمانی از ویژگی‌های اصلی این اختلال است [۱]. بال، کارول و رونسویل نیز نشان دادند که هیجان خواهی با شخصیت ضداجتماعی و دوره سوء مصرف دارو ارتباط دارد [۳]. زمینه‌یابی‌ها حاکی از این است که ۱/۵ تا ۳/۵ درصد از جمعیت بزرگسالان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی مبتلا هستند و شیوع این اختلال در مردان سه برابر زنان است [۳]. مطابق اکثر

ADHD، یافته‌ها نشان داد که آموزش گروهی جویی هیجان مبتنی بر مدل فرایندی گراس باعث کاهش نشانه‌های نارسانا کنش وری، بازداری شناختی و افزایش استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد در گروه مبتلا به BPD شد. در حالی که تنها استفاده از فرونشانی و نارساکنش وری، بازداری رفتاری را در گروه مبتلا به ADHD کاهش داد [۱۰]. سوپی کلارک و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی به منظور بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی یک گروه نامتجانس از مراجعان مقاوم به درمان که بطور میانگین قبلاً ۳٫۵ بار درمان‌های روانشناختی مختلف دریافت کرده بودند، دریافتند که تغییر معناداری در متغیرهای مرتبط با فرایند ACT از جمله انعطاف پذیری روانشناختی و ذهن آگاهی داشتند [۱۱].

در تحقیقی که توسط بلیر و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای مخاطره آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به ایدز تأثیر گذاشته و از شدت علائم مخاطره آمیز (خشم‌های انفجاری و رفتارهای تکانشی) و شدت افسردگی و اضطراب کاسته است [۱۲].

مطابق تحقیقات و آمارهای موجود، حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد از افرادی که جهت دریافت خدمات روانشناختی مراجعه می‌کنند، حداقل یکی از اختلالات شخصیت را دارند و بیش از ۵۰ درصد افراد وابسته به مواد افیونی دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند [۱۳]. از طرفی در کشور ایران تنوع مطالعات مداخله‌ای در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی به خصوص مدل‌های درمانی ارائه شده در این تحقیق محدود هستند، لذا مطالعات اثربخشی و مقایسه‌ای در این زمینه کمک شایانی به روان درمانگران و متخصصان عرصه پیشگیری از آسیب‌ها خواهد نمود. با فرض بر اینکه دو مدل درمانی تحقیق به دلیل آموزش شناسایی و پذیرش افکار و هیجان‌ها، در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان اختلال‌های شخصیتی مؤثر واقع می‌شود. در این پژوهش قصد داریم بررسی کنیم آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، تأثیری دارد یا خیر؟

روش کار

نوع روش تحقیق پژوهش حاضر شبه آزمایشی- کاربست بالینی توام باپیش آزمون - پس آزمون می‌باشد و جامعه آماری شامل کلیه افراد مقیم در مرکز درمان اقامت اجباری ترک اعتیاد دولتی سطح شهر بجنورد در زمستان ۹۷ می‌باشند که بر اساس پرسشنامه چند محوری بالینی میلون MCMIII-III غربالگری شده و در ادامه برای قطعیت در تشخیص از مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-5 نسخه بالینی (SCID-5-PD) استفاده شد. از بین ۴۰ نفر از افراد غربالگری شده به طور هدفمند ۳۶ نفر از کسانی که واجد ملاک‌های ورود به تحقیق بودند انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه؛ آزمایشی اول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۲ نفر)، آزمایشی دوم رفتار درمانی دیالکتیک (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) جایگزین شدند. بعد از ۸ هفته مداخله درمانی از آنها پس آزمون به عمل آمد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: جنسیت مرد، تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی بر اساس ابزارهای پژوهش، سن ۲۲ تا ۵۳ سال، حداقل سطح تحصیلات پنجم ابتدایی و رضایت از شرکت در پژوهش.

رویکردهایی مانند درمان شناختی رفتاری که شناخت ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجانان و رفتارها اصلاح شوند، در اینجا به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانان خود را بپذیرد و با زندگی در اینجا و اکنون از انعطاف پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود. از جمله این رویکردها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک هستند که ما در این پژوهش سعی داریم تأثیر آنها را بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان اختلال شخصیت ضد اجتماعی مورد بررسی و مقایسه قرار دهیم [۷].

مدل‌های نسل سوم رفتار درمانی به مفاهیم و پدیده‌هایی از قبیل؛ هیجانان، تنظیم هیجانی، پذیرش، اجتناب هیجانی، زبان بشر، ارزش‌ها، ذهن آگاهی و دیگر تمرینات مراقبه‌ای تأکید می‌کنند [۸]. DBT و ACT ویژگی‌های مشترک زیادی دارند. اما بارزترین شباهت آنها تأکید شان روی تمرینات ذهن آگاهی و پذیرش است. با این حال تفاوت‌های اساسی بین ACT و DBT از نظر چگونگی رسیدن به تمرکز روی ذهن آگاهی و پذیرش وجود دارد همانطور که در مفهوم سازی و کاربرد درمان این مداخلات نیز تفاوت وجود دارد [۸].

در درمان DBT سعی می‌شود ابتدا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد [۸]. نشان داده شده افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند، آن‌ها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در کنترل هیجان‌های منفی مؤثر عمل می‌کنند، با وجود اینکه در این درمانها آموزش مستقیم راهکارهای تغییر کنار گذاشته نمی‌شود، منحصر بفرودترین ویژگی درمانهای موج سوم میزان تأکید آنها روی راهکارهای تغییر محتوایی و تجربی فرد از قبیل پذیرش، سرخوردگی، ذهن آگاهی، ارزش‌ها، احساسات عمیق، تماس با لحظه حال و مانند این‌ها می‌باشد [۸].

با در نظر گرفتن مشخصه‌های بالینی اختلالات شخصیت ضد اجتماعی درموفه‌هایی از قبیل بی ثباتی در هیجان، تکانشگری، برون ریزی، هیجان خواهی زیاد، مشکل در کنترل خشم و همچنین بی ثباتی در رفتار و روابط، که مؤلفه‌های اساسی و مشکل آفرین این اختلال هستند [۶]، و وجه اشتراک تأکید درمانی دو مدل DBT و ACT بر هیجانان از قبیل تنظیم هیجان، پذیرش هیجان‌های منفی و مختل کننده [۸]، محقق در این پژوهش سعی دارد تا تأثیر کلی این دو مدل درمانی را در ابعاد شناختی تنظیم هیجان این اختلال را مورد بررسی و مقایسه قرار دهد.

در تحقیق حمیده ابری و همکاران (۱۳۹۷)، با موضوع مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی بر اضطراب سلامت، سازگاری روانی اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان زنان مطلقه، نتایج نشان داد هر دو پروتکل درمانی اثربخش بودند، اما رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب سلامت، افزایش سازگاری و تنظیم هیجان تأثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش داشت. اجرای آموزش ACT و DBT در کاهش مشکلات اجتماعی، تعاملی، سازگاری و اضطراب زنان مطلقه مفید به نظر می‌رسد [۹]. در تحقیق نیکو زرگرانی (۱۳۹۲) به منظور مقایسه اثربخشی آموزش گروهی نظم جویی هیجانی مبتنی بر مدل فرایندی گراس بر نشانه‌های بالینی، راهبردهای نظم جویی و کنش وری دختران نوجوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با دختران نوجوان مبتلا به

همکاران [۱۵] تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای فرم ویژه کودکان و بزرگسالان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد شناختی؛ خودسرزنش‌گری، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه‌انگاری، بسط دیدگاه، سرزنش دیگران را ارزیابی می‌کند. مطابق راهنمای نمره گذاری پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، عوامل تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی مثبت (تمرکز مجدد مثبت/ تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و ارزیابی مجدد مثبت/ اتخاذ دیدگاه وسیعتر) و منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیز تلقی کردن و پذیرش) تقسیم بندی شدند. گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند [۱۵]. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه تا هرگز) می‌باشد که هر چهار سؤال یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم فارسی این مقیاس به وسیله حسنی مورد اعتباریابی قرار گرفته است [۱۶].

بر حسب نوع مداخله درمانی آزمودنی‌ها پس از هم‌تاسازی در دو گروه آزمایشی ۱۲ نفره و یک گروه گواه جایگذاری شدند. پس از انجام پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و گواه، آزمودنی‌ها در هر گروه آزمایشی ۸ جلسه ۲ ساعته در ۸ هفته متوالی تحت مداخله درمانی قرار گرفتند. به علت اهمیت ارتباط درمانی و جلوگیری از ریزش شرکت‌کنندگان کلیه مداخله‌ها توسط یک درمانگر هدایت شد. بر اساس ملاک‌های خروج از هر گروه ۲ نفر خارج شدند. پس از تکمیل مجدد پرسشنامه تنظیم هیجانی گارنفسکی (پس‌آزمون)، نتایج مداخلات به وسیله تحلیل کوواریانس مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش تحلیل کوواریانس MANCOVA در مورد مقایسه میانگین متغیرهای مستقل تکنیک‌های درمانی در گروه‌های آزمایشی استفاده شد.

ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به بیماری یا ناتوانی جسمانی (مشکل حافظه، بینایی یا شنوایی)، اختلالات روانی محور I بر اساس آزمون میلون یا مصاحبه بالینی، مصرف داروهای آنتی سایکوتیک، داشتن علائم همزمان چند اختلال شخصیت، غیبت بیش از دو جلسه و عدم ابراز علاقه به شرکت در جلسات. در پژوهش حاضر کدهای اخلاقی مطرح شده توسط سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران (۱۳۸۵) و انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۰۳) مورد توجه قرار گرفت. مطالعات مربوط به اعتبار و روایی MCMIII نشان می‌دهند که این پرسشنامه به طور کلی یک ابزار روانسنجی به خوبی سازمان یافته است. ضرایب آلفای مقیاس‌های ۲۰ و ۲۶ MCMIII-III بیش از ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های افسردگی و وسواس عملی آن به ترتیب بالاتر از ۰/۹۰ و پایین‌تر از ۰/۶۶ است [۱۴]. همچنین برای MCMIII-III ضرایب بازآزمایی بالایی با میانه ۰/۹۱ گزارش شده است راهنمای پرسشنامه MCMIII میانگین ۰/۸۹ را برای مقیاس‌های شخصیت و میانگین اندکی بالاتر یعنی ۰/۹۱ را برای مقیاس‌های بالینی گزارش کرده است. همبستگی‌های گوناگونی میان MCMIII و ابزارهای مربوط مختلف از جمله پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه رفتار کلی، آزمون غربالگری میشیگان، پرسشنامه اضطراب حالت-صفت، فهرست نشانه‌ها ۹۰- SCL و MMPI به دست آمده است [۱۴]. ابزار پژوهش دیگر، مصاحبه بالینی ساختار یافته DSM-۵ نسخه بالینی (SCID-۵-PD) می‌باشد که SCID یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته (semi structured) است که تشخیص‌هایی برای اختلالات شخصیت بر اساس DSM-5 فراهم می‌آورد. این پرسشنامه شخصیتی ۱۱۹ تا سؤال دارد که در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود. مصاحبه گر با استفاده از سوالاتی که مصاحبه شونده به آنها پاسخ مثبت داده، مصاحبه را جهت می‌دهد که آن را می‌توان برای تشخیص اختلالات شخصیت چه از نظر قطعیت (اختلال وجود دارد یا خیر) یا از جنبه دامنه و شدت (اندازه گیری درجه ۰-۱ یا ۲) برای هر تشخیص مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش گروهی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات (درمان ACT, DBT)	محتوای جلسه
جلسه اول	DBT ACT توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، اجرای پیش‌آزمون، مرور درمان و اهداف آن. تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش، تکلیف برای جلسه آتی مرتبط با نوع درمان دریافتی
جلسه دوم	DBT ACT معرفی هیجان‌ها، هیجان‌های آشفته ساز تفاوت درد هیجانی و رنج هیجانی شرح ارتباط میان "درد، خلق و کارکرد"
جلسه سوم	DBT ACT شرح مفاهیم "پذیرش، گسلس شناختی، ارزش‌ها". آموزش مهارت تحمل آشفته‌گی و پذیرش بنیادین
جلسه چهارم	DBT ACT بحث در مورد ذهن آگاهی و زندگی در زمان حال. آموزش مهارت‌های توجه آگاهی و عدم قضاوت
جلسه پنجم	DBT ACT پرداختن به مفاهیم ذهن قضاوت گر، ذهن منطقی و ذهن مشاهده گر بحث. "خود مشاهده گری" و تمرین آن
جلسه ششم	DBT ACT بحث "مورد ارزش‌ها، موانع ارزش‌ها، اهداف و عمل، سیلی واقعیت. آموزش مهارت‌های نظم بخشی هیجانی
جلسه هفتم	DBT ACT تفهیم تمایل، تعهد در مقابل موانع. آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر مقابله با مقاومت و تعارض
جلسه هشتم	DBT ACT مباحث تعهد، انعطاف پذیری روانشناختی حرکت از FEAR به ACT. لزوم تعهد بر اساس این تکنیک‌ها و عمل به مهارت‌های جدید (عمل تعهد آمیز)

خلاصه جلسات مداخله درمانی (بر اساس راهنمای عملی درمان ACT (استیون هیز) و DBT (مارشا لینهان).

یکسان باشد. در واقع در اینجا از این طریق بررسی می‌شود که متغیرهای همپراش با متغیرهای مستقل رابطه نداشته باشند. در این بخش، مقدار F تعامل متغیرهای اصلی همپراش به ترتیب برابر با ۵/۵۶۰، ۱۲/۴۰۷، ۱۸/۶۶۴/۳۹۶، ۲/۵۰۸، ۱۳/۹۴۸، ۱۷/۳۴۳ آمد ($P > 0/05$)، که معنادار نمی‌باشد و می‌توان نتیجه گرفت که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

چنانچه سطح معناداری در آزمون لوین بیشتر ۰/۰۵ باشد، می‌توان گفت که واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. نتایج نشان داد در گروه اول و دوم تنظیم شناختی هیجان مثبت به ترتیب $P=0/5F=,0/52$ و $P=0/5F=,0/48$ و تنظیم شناختی هیجان منفی $P=0/6F=,0/24$ و $P=0/5F=,0/39$ می‌باشد که شرط همگنی واریانس‌ها ($P > 0/05$) برقرار است. برای انجام تحلیل کوواریانس باید شیب خط رگرسیون بین همپراش و وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه کنترل و آزمایش)

جدول ۳. تحلیل مانکووا برای متغیرهای اصلی تنظیم شناختی هیجان (درمان مبتنی بر دیالکتیک و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در اختلال شخصیت ضد اجتماعی)

متغیر وابسته	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مقدار F	معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
تنظیم شناختی هیجان مثبت						
گروه						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵/۳۰۵	۱	۱۶۵/۸۲۹ *	۰/۰۰۰	۰/۹۴۹	۱
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۳/۲۶۷	۱	۴۳/۵۰۶*	۰/۰۰۰	۰/۸۲۹	۱
خطا						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۰۳۲	۹				
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۰/۰۷۵	۹				
تنظیم شناختی هیجان منفی						
گروه						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	/۵۳۳	۱	۱۳۴/۶۳۰ *	۰/۰۰۰	۰/۹۳۷	۱
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۴/۲۰۱	۱	۱۱۱/۹۳۵*	۰/۰۰۰	۰/۹۲۶	۱
خطا						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۰۴۱	۹				
درمان مبتنی بر دیالکتیک		۹				

* $P < 0/05$

هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی، از لحاظ آماری، این امر بیانگر این است که مدل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک در افزایش نمره راهبرد تنظیم هیجان مثبت و کاهش نمره راهبرد تنظیم هیجان منفی معنادار دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اثربخش بوده است.

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در گروه‌های کنترل و آزمایش، اثر معنی دار عامل، بین آزمودنی‌ها در متغیرهای اصلی پژوهش (راهبرد تنظیم هیجان مثبت و راهبرد تنظیم هیجان منفی) وجود دارد. به بیانی دیگر با توجه به ضریب اتا و معنی داری تفاوت میان گروه‌ها در پس آزمون راهبرد تنظیم شناختی

جدول ۴. تحلیل مانکووا برای خرده مقیاس‌های متغیر تنظیم شناختی هیجان (درمان مبتنی بر دیالکتیک و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در اختلال شخصیت ضد اجتماعی)

تغییر	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مقدار F	معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
تمرکز مثبت						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۷/۲۹۰	۱	۱۷۴/۹۸۹*	۰/۰۰۰	۰/۹۵۱	۱
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۷/۱۷۸	۱	۱۰۸/۱۹۸*	۰/۰۰۰	۰/۹۲۳	۱
ارزیابی مثبت						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۶۶۰	۱	۲۷/۷۸۳*	۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	۰/۹۹۶
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۱/۶۹۱	۱	۹/۷۲۱*	۰/۰۱۲	۰/۵۱۹	۰/۷۹۲
سرزنش خود						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶/۸۰۷	۱	۳۷/۳۸۱*	۰/۰۰۱	۰/۷۵۲	۰/۹۹۶
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۶/۶۶۹	۱	۳۵/۹۹۳*	۰/۰۰۰	۰/۸۰۰	۱
سرزنش دیگران						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵/۳۰۹	۱	۶۲/۱۰۵*	۰/۰۰۰	۰/۸۷۳	۱
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۴/۹۵۸	۱	۲۱/۷۹۸*	۰/۰۰۱	۰/۷۰۸	۰/۹۸۵
نشخوار فکری						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵/۲۶۷	۱	۵۳/۱۹۱*	۰/۰۰۰	۰/۸۵۵	۱
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۶/۹۸۳	۱	۸۶/۵۲۶*	۰/۰۰۰	۰/۹۰۶	۱
فاجعه آمیزی						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶/۶۸۰	۱	۳۰/۳۷۴*	۰/۰۰۰	۰/۷۷۱	۰/۹۹۸
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۴/۲۵۴	۱	۱۷/۵۰۱*	۰/۰۰۲	۰/۶۶۰	۰/۹۶۰
پذیرش						
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۴۸۳	۱	۱۱/۳۰۲*	۰/۰۰۸	۰/۵۵۷	۰/۸۴۸
درمان مبتنی بر دیالکتیک	۰/۱۳۱	۱	۱/۳۶۹**	۰/۲۷۲	۰/۱۳۲	۰/۱۸۲

* $P < 0/05$ **, $P > 0/05$

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی یونفرونی در راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (اختلال شخصیت ضد اجتماعی)

سطح معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	گروه‌های مورد مطالعه
			تمرکز مثبت
			گروه آزمایش ACT
۰/۶۱۵	۱/۴۰۲	۰/۱۸۳	گروه آزمایش DBT
۰/۰۰۰	۰/۱۲۱	۱/۷۵	گروه کنترل
			گروه آزمایش DBT
۰/۶۱۵	۰/۱۴۰	-۰/۱۸۳	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۱۲۱	۱/۵۶	گروه کنترل
			گروه کنترل
۰/۰۰۰	۰/۱۲۱	-۱/۷۵	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۱۲۱	-۱/۵۶	گروه آزمایش DBT
			ارزیابی مثبت
			گروه آزمایش ACT
۰/۷۴۱	۰/۲۳۳	۰/۲۷۷	گروه آزمایش DBT
۰/۰۰۰	۰/۲۰۱	۱/۵۰	گروه کنترل
			گروه آزمایش DBT
۰/۷۴۱	۰/۲۳۳	-۰/۲۷۷	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۲۰۱	۱/۲۲	گروه کنترل
			گروه کنترل
۰/۰۰۰	۰/۲۰۱	-۱/۵۰	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۲۰۱	-۱/۲۲	گروه آزمایش DBT
			سرزنش خود
			گروه آزمایش ACT
۰/۹۹	۰/۲۹۵	-۰/۱۶۶	گروه آزمایش DBT
۰/۰۰۰	۰/۲۵۵	-۱/۵۰	گروه کنترل
			گروه آزمایش DBT
۰/۹۹	۰/۲۹۵	۰/۱۶۶	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۲۵۵	-۱/۳۳	گروه کنترل
			گروه کنترل
۰/۰۰۰	۰/۲۵۵	۱/۵۰	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۲۵۵	۱/۳۳	گروه آزمایش DBT
			سرزنش دیگران
			گروه آزمایش ACT
۰/۹۹	۰/۲۱۱	-۰/۴۱۶	گروه آزمایش DBT
۰/۰۰۰	۰/۱۸۳	-۱/۳۳	گروه کنترل
			گروه آزمایش DBT
۰/۹۹	۰/۲۱۱	۰/۴۱۶	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۱۸۳	-۱/۲۹	گروه کنترل
			گروه کنترل
۰/۰۰۰	۰/۱۸۳	۱/۳۳	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۱۸۳	۱/۲۹	گروه آزمایش DBT
			نشخوار فکری
			گروه آزمایش ACT
۰/۹۹	۰/۲۰۶	۰/۱	گروه آزمایش DBT
۰/۰۰۰	۰/۱۷۸	-۱/۳۳	گروه کنترل
			گروه آزمایش DBT
۰/۹۹	۰/۲۰۶	-۰/۱	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۱۷۸	-۱/۴۳	گروه کنترل
			گروه کنترل
۰/۰۰۰	۰/۱۷۸	۱/۳۳	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۱۷۸	۱/۴۳	گروه آزمایش DBT
			فاجعه آمیزی
			گروه آزمایش ACT
۰/۰۷۴	۰/۲۷۵	-۰/۶۶۶	گروه آزمایش DBT
۰/۰۰۰	۰/۲۳۸	-۱/۸۷	گروه کنترل
			گروه آزمایش DBT
۰/۰۷۴	۰/۲۷۵	۰/۶۶۶	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۲۳۸	-۱/۲۰۸	گروه کنترل
			گروه کنترل
۰/۰۰۰	۰/۲۳۸	۱/۸۷	گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۰	۰/۲۳۸	۱/۲۰	گروه آزمایش DBT
			پذیرش
			گروه آزمایش ACT
۰/۰۰۸	۰/۱۸۲	-۰/۶۲۵	گروه آزمایش DBT
۰/۰۰۰	۰/۱۵۷	-۰/۸۷۵	گروه کنترل
			گروه آزمایش DBT
۰/۰۰۸	۰/۱۸۲	۰/۶۲۵	گروه آزمایش ACT
۰/۳۸۵	۰/۱۵۷	-۰/۳۵۰	گروه کنترل
			گروه کنترل
۰/۰۰۰	۰/۱۵۷	۰/۸۷۵	گروه آزمایش ACT

سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیزی) وجود دارد به بیانی دیگر تفاوت میان گروه‌ها در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از لحاظ آماری معنادار است همان طور که در جدول مشاهده

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در گروه‌های کنترل و آزمایش، اثر معنی دار عامل، بین آزمودنی‌ها در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (تمرکز مثبت، ارزیابی مثبت،

می‌شود، ضریب اتای هردو مدل درمانی در بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی افراد، بسیار بالا و بیشتر از ۰/۳۶ می‌باشد و این امر بیانگر این است که مدل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک در افزایش نمره راهبردهای تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت و کاهش نمره راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیزی در افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی تأثیر معناداری داشته است.

لازم به ذکر است که نتایج مربوط به مقیاس پذیرش در مدل رفتار درمانی دیالکتیک، معنادار نبود ($P=0/2$; $F=1/369$) که این امر بیانگر این است که این مدل درمانی، در کاهش نمره این مقیاس تأثیر معناداری نداشته است. از طرفی مدل مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری روی کاهش نمره این متغیر داشته است.

در ادامه به منظور بررسی تفاوت این دو مدل درمانی در میزان اثربخشی و الگوی تفاوت آنها بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده می‌شود.

بر اساس نتایج جدول ۴ و ۵:

۱- در راهبردهای تنظیم هیجانی (تمرکز مثبت، ارزیابی مثبت، سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و پذیرش) هر دو گروه آزمایش ACT و DBT تفاوت معناداری با گروه گواه دارند ($P<0/05$)، در حالی که تفاوت بین گروه‌های آزمایش ACT و DBT معنادار نبوده است ($P>0/05$).

۲- در راهبرد هیجانی پذیرش، گروه آزمایش ACT تفاوت معناداری با گروه گواه دارد ($P<0/05$)، در حالی که گروه آزمایش DBT، تفاوت معناداری با گروه گواه نداشت ($P>0/05$). همچنین تفاوت بین گروه‌های آزمایش ACT و DBT در این راهبرد، معنادار است ($P<0/05$) و مدل درمانی ACT اثربخش‌تر از مدل درمانی DBT می‌باشد.

با توجه به نتایج، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی مدل مبتنی بر پذیرش و تعهد و مدل رفتار درمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی (به جز راهبرد هیجانی پذیرش) تأیید می‌شود. اما فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی مدل مبتنی بر پذیرش و تعهد و مدل رفتار درمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی تفاوت وجود دارد؛ تنها در راهبرد هیجانی پذیرش تأیید گردید، و در سایر راهبردها، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو مدل درمانی برخاسته از موج سوم رفتار درمانی شامل DBT و ACT بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در اختلال شخصیت ضد اجتماعی بود. نتایج نشان داد هر دو مدل درمانی تأثیر مثبت و معناداری در مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان معنادان دارای این اختلال دارند و بین اثربخشی دو مدل فوق در افزایش نمره راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش نمرات راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (به جز عامل پذیرش) تفاوت معناداری وجود ندارد.

نوعی واکنش منفعلانه به شرایط است که از عوامل تنظیم شناختی هیجان منفی به حساب می‌آید و درمان ACT باعث کاهش نمرات این مقیاس شده است. در دو مدل درمانی فوق، پذیرش از اهداف مهم درمان قلمداد می‌شود و شامل استقبال فعال و پذیرفتن درد هیجانی به جای اجتناب و گریز از آن می‌شود که در این صورت مانع تبدیل درد به رنج هیجانی در بیمار می‌شود. با توجه به تاکید برجسته‌تری که درمان فرایندی ACT روی مفهوم پذیرش دارد و به شکل کاربردی‌تر این مفهوم را تبدیل به مهارت می‌کند (مانند ریلکسیشن و اسکن بدنی)، لذا در مقایسه با DBT که به این مفهوم بطور سطحی‌تری می‌پردازد، تأثیر معناداری از لحاظ آماری داشته است. پذیرش در ACT کاربردی تر و با منطق بیشتری در بیمار تقویت می‌شود. نتایج این پژوهش نیز این مطلب را تأیید می‌کند.

با توجه به نتایج این تحقیق و مقاوم بودن اختلالات شخصیت به مبحث روان‌درمانی، می‌توان مداخله کوتاه این دو مدل درمانی را گزینه‌های مناسبی در درمان و کاهش نشانگان این اختلال شخصیتی از قبیل تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی، در نظر گرفت. با در نظر گرفتن مؤلفه کلیدی بررسی پژوهش‌های گذشته و نقاط قوت و ضعف در حوزه‌های مختلف در راستای این تحقیق، موارد زیر برای تحقیقات بیشتر پیشنهاد می‌گردد:

با توجه به فرایند انجام این تحقیق می‌توان به محدودیت‌هایی از جمله، حجم کم نمونه، تک جنسیتی بودن، عدم امکان پیگیری، جمع آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه و خود گزارش دهی شرکت کنندگان و فاصله کوتاه بین آزمون‌ها اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود این عنوان تحقیق به صورت کلی‌تر و مقایسه‌ای روی اختلالات شخصیت خوشه B (بی‌ثبات هیجانی و تکانشگر) در مقایسه با خوشه C (مضطرب و وابسته)، انجام شود. اجرای این تحقیق در جامعه زنان، با حجم نمونه بالاتر و توام با مرحله پیگیری، مقایسه تأثیر این دو مدل درمانی با درمان شناختی رفتاری و مدل طرحواره درمانی مناسب به نظر می‌رسد. از آنجا که درمان پذیرش و تعهد مدلی می‌باشد که هدف نهایی آن ایجاد انعطاف پذیری روانی در بیمارانی است که درگیر هیجان‌ات منفی شدید و مختل کننده شده‌اند لذا در مداخلات طولانی مدت توام با پیگیری نتایج بهتری خواهد داشت، تکرار این تحقیق در مورد اختلالات محور I مخصوصاً اختلالات خلقی و اضطرابی که از لحاظ هیجانی درگیر هستند می‌تواند به نتایج مطلوبی منجر شود. با توجه به اینکه شخصیت ضد اجتماعی با علائمی چون فریبکاری، رفتار تکانشی، سوء مصرف دارو، فعالیت‌های غیر قانونی، بی‌مبالاتی جنسی و بدرفتاری با اطرافیان همراه است [۱]، بررسی مقایسه‌ای این دو مدل درمانی بر روی این متغیرهای این اختلال می‌تواند نتایج قابل استناد و مفیدی را ارائه کند.

سپاسگزاری

نویسنده مقاله بر خود لازم می‌داند از آقایان دکتر اسدی و دکتر حجت به ترتیب بابت راهنمایی و هماهنگی در اجرای تحقیق کمال تشکر و قدردانی را داشته باشد.

References

- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical psychiatry, 11th ed: Philadelphia; 2014.
- Eysenck HJ, Strelau J. Personality and Individual Difference. London: Academic Press; 1983.

تجارب)، اهمیت به زندگی در زمان حال، پذیرش واقعیت‌های زندگی نیز در نتایج به دست آمده مؤثر بوده است.

رفتاردرمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمان‌گری رفتاری- شناختی است و در افرادی استفاده می‌شود که با هیجان‌ات خارج از کنترل و هم چنین مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک پذیری دست و پنجه نرم می‌کنند و از متخصصین بالینی خواسته می‌شود تا به درمانجویی که فاقد مهارت‌های لازم و ضروری برای واکنش نشان دادن به شیوه‌ای کارآمد و خلاق‌تر است، کمک کند و در درک رفتارهای مختل کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل یاری رساند [۱۷]. و این یکی از دلایلی است که رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش سطح نمرات مقیاس‌های منفی متغیر تنظیم شناختی هیجان و متقابلاً افزایش نمرات تنظیم شناختی مثبت در این تحقیق ثمربخش بوده است. با توجه به نتایج پژوهش لینهان [۱۷] می‌توان این روش درمان را مختص بیمارانی که اختلال آن‌ها در سطح شدید رفتارهای خودکشی، دیگرکشی، رفتارهای تهدیدکننده زندگی مانند راندگی‌های پر خطر، سسک‌های به هم ریخته، پرخوری و بیماران تکانشی و افرادی که الگوهای رفتاری آن‌ها غیرقابل کنترل است، معرفی کرد. در DBT، درمانگر دائماً در حال توازن و ترکیب نیروهای متضاد پذیرش و تغییر در مراجع است و در هر لحظه هدفش یافتن بهترین ترکیب با توجه به اهداف درمان، خصوصیات و بافت یا زمینه فعلی مشکل است. در حالی که در ACT، سنتز بین تغییر و پذیرش تا حد زیادی بر این باور استوار است که احساسات و شناخت‌ها به آسانی قابل تغییر نیستند [۲۲]. مداخلات مبتنی بر تغییر روی اعمال آشکار و جهت گیری‌های ارزشمند زندگی مراجع تمرکز دارند، در حالی که پذیرش روی تجربیات خصوصی مراجع از قبیل افکار و احساسات متمرکز است. پذیرش این تجربیات خصوصی را تسهیل می‌کند و تغییر در رفتار ممکن است پذیرش تجربیات خصوصی را تسهیل کند [۸].

طبق نتایج به دست آمده در این تحقیق و همچنین نظر به اشتراکات زیربنایی تئوریک دو مدل درمانی ACT و DBT در جهت گیری و اهداف، مفاهیم بنیادین، اصطلاحات و تاکیدات درمانی [۲۳]، هر دو روش درمانی تأثیر مثبت و معنادار روی علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی داشتند. همانطور که قبلاً تأثیر DBT در درمان اختلال شخصیت مرزی به اثبات رسیده و پروتکل درمانی آن نیز موجود می‌باشد [۱۷]، در این پژوهش نیز مدل درمانی DBT تأثیر مثبت و معناداری در کاهش علائم منفی و افزایش علائم مثبت اختلال شخصیت ضد اجتماعی که هم طبقه اختلال BPD است، نشان داد و در روند این بهبودی تفاوت چشمگیر و معناداری با درمان ACT نداشت. عبارتی هردو مدل روی متغیرهای وابسته چندگانه تنظیم شناختی هیجان، تأثیر مشابهی داشتند. تنها تفاوت در مورد متغیر "پذیرش" بود که این متغیر در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، مدل‌های DBT و ACT هر کدام معنا و مفهوم متفاوتی دارد. پذیرش در این پرسشنامه به منزله کناره‌گیری، تسلیم شدن و

- Aloja A, Cuevas L, Garcia F, Garcia O. Zuckerman's personality model predicts MCMI-III personality disorders. Personal Individual Differ. 2007. doi: 10.1016/j.paid.2006; 10.009
- Molavi P, Sadeghi F, Abolhasanzade M, Mashofi M, Mohamadnia H, Deilami P. Personal disorder in a addict population to the

- referrals drug rehabilitation centers in Ardebil. *J Ardebil Univ Med Sci.* 2009;9:325-33.
5. Hendrik VM. Psychiatric disorder in a Dutch addict population: rates and correlates of DSM3 Diagnosis. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58:158-65. doi: 10.1037/0022-006X.58.2.158
 6. Wagner MK. Behavioral characteristics related to substance abuse and risk-taking, sensation-seeking, anxiety sensitivity, and self reinforcement. *Addictive Behavior.* 2001;26(1):115-20. doi: 10.1016/S0306-4603(00)00071-X
 7. Wells A. GAD, Meta-cognition, and Mindfulness: An Information Processing Analysis. *Clinic Psychol Sci Pract.* 2002;9(1):95-100. doi: 10.1093/clipsy.9.1.95
 8. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson K. Acceptance and Commitment therapy, second edition: The Process and Practice of Mindful Change. Guilford Press. 2016:305-15.
 9. Iri H, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Dialectical Behavioral Therapy on health anxiety, psychosocial adjustment and cognitive emotion regulation of divorced women. *Med J Mashhad Univ Med Sci.* 2019;61(1):79-88.
 10. Zargarani N. Comparison of the effectiveness of emotional regulation group training based on Gross process model on clinical signs, regulation strategies and activity of adolescent girls with borderline personality disorder compared to adolescent girls with ADHD. (Dissertation for the Master degree Education) Graduate college Ferdowsi University of Mashhad. December 2013.
 11. Clarke S, Kingeston J, Wilson KG, Boldereston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy for a Heterogeneous Group of Treatment-Resistant Clients: A Treatment Development Study. *Cognitive Behav Pract.* 2012;19(4):560-74. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.03.001
 12. Belier S, Ansari M, Mohammadi Sh. Efficacy of Dialectical Behavioral Therapy on risky behaviors, Depression, Anxiety and Stress in patients with AIDS. *J Res Health.* 2018;3(3):159-60. doi: 10.29252/hrjbaq.3.3.155
 13. Parsania Z, Firuzeh M. The evaluation of personality disorders among drug abusers. *J Islamic Azad Univ Med Sci.* 2012;2(22):152-6.
 14. Sharifi AA, Karami A. A Guide for the Millon Clinical Multiaxial Inventory III. Tehran: Ravansanji Press; 2007.
 15. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Personal Individ Diff.* 2006;41(6):1045-53. doi: 10.1016/j.paid.2006.04.010
 16. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]. *J Clinic Psychol.* 2011;2(3):73-83.
 17. Linehan MM. Effectiveness of Inpatient Dialectical Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder: a Controlled trial. *J Behav Res Therap.* 2003;42:487-99. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00174-8
 18. Morton J, Snowdon S, Gopold M, Guymmer E. Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive Behav Pract.* 2012;19(4):527-44. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.03.005
 19. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):922-8. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.922 pmid: 17541052
 20. Yadaiva JE, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy for Self-Stigma Around Sexual Orientation: A Multiple Baseline Evaluation. *Cognitive Behav Pract.* 2012;19(4):545-59. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.09.002
 21. Izadi R, Neshatdust H, Abedi M. Comparison of the Effectiveness of Acceptance-based Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on the symptoms of patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *J Behav Sci Res.* 2014;12(1):19-33.
 22. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero F. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Therap.* 2004. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80003-0
 23. Chapman AL. Acceptance and Mindfulness in Behavioral Therapy: A Comparison of Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Int J Behav Consul Therap.* 2006;3(3):308-11. doi: 10.1037/h0100785