Comparison of Effectiveness of Group Schema Therapy and Group Acceptance and Commitment Therapy on Symptoms of Borderline Personality Disorder of Patients with Substance Abuse

Mahmood Piri[1], Ali Hosseinaei[2*], Javanshir Asadi[1], Kazem Shariatnia[2]

[1]Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
[2]Department of Psychology, Azadshar Branch, Islamic Azad University, Azadshar, Iran

Article Info:

Received: **13 Oct 2019** ***Revised:*** **4 Jan 2020** ***Accepted*****: 12 Apr 2020**

ABSTRACT

Introduction: Personality disorders are one of the most important causes of drug abuse and improvement that is crucial for the treatment of subjects with addiction. This study aimed to compare the effectiveness of group psychotherapy based on schema therapy versus acceptance and commitment therapy on symptoms of borderline personality disorder among patients with substance abuse. ***Materials and Methods:*** The study was a semi-experimental inves tigation with a pretest-posttest and follow-up and control groups. The population included all addicted residing in two addiction treatment campuses in Gonbad-e-Kavoos city, Iran, in the first half of 2018, among which a sample of 30 individuals was selected by available sampling methods which were assigned into two experimental groups and one control group randomly. Instruments were Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). The first experimental group received the schema therapy intervention and the second experimental group received acceptance and commitment therapy in twelve 90-minute sessions in groups The control group did not receive any intervention. A follow-up test was performed one-month after the post-test. ***Results:*** The data indicated that both therapeutic interventions were effective in reducing the symptoms of borderline personality disorders, while the control group did not change significantly. Furthermore, there was a significant difference between the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy at the end of the treatment and in a one-month follow-up. Schema therapy was more effective in reduction of the symptoms of borderline personality disorder compared to the other groups. ***Conclusion:*** The results of this study can inspire addiction specialists to use the aforementioned psychotherapy for treatment of borderline personality disorder of substance abusers and improving their psychological ability to successfully quit and prevent their relapse.

Key words:

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Borderline Personality Disorder
3. Psychotherapy
4. Substance-Related Disorders

***Corresponding Author:** Ali Hosseinaei

E-mail: *a.hosseinaei@gmail.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

مقایسهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر علایم اختلال شخصیت مرزی مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر

محمود پیری[۱]، علی حسینائی[۲*]، جوانشیر اسدی[۱]، کاظم شریعت نیا[۲]

[۱]گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

[۲]گروه روانشناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۲۱ مهر ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۱۴ دی ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۲۴ فروردین ۱۳۹۹

چـــــکیده

مقدمه: اختلالات شخصیت یکی از مهم‌ترین عوامل گرایش به سوء مصرف مواد است که برای درمان افراد معتاد بسیار مهم است. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر طرحواره‌درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم اختلال شخصیت مرزی مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر انجام شد. ***مواد و روش‌ها:*** این پژوهش یک مطالعهٔ نیمه آزمایشی با گروه‌های پیش‌آزمون -پس‌آزمون، پیگیری و کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ معتادان مقیم در دو کمپ ترک اعتیاد شهر گنبدکاووس، ایران در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۷ بود که از میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به شیوهٔ در دسترس انتخاب شد که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوردی داده‌ها پرسشنامهٔ بالینی چند محوری میلون ۳ بود. گروه آزمایش اول، مداخلهٔ طرحواره‌درمانی و گروه آزمایش دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۱۲ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکردند. آزمون پیگیری نیز پس از گذشت یک ماه از پس‌آزمون صورت گرفت. ***یافته‌ها:*** داده‌ها نشان داد که هر دو مداخلهٔ درمانی در کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی مؤثر واقع شدند در حالی که گروه کنترل تغییر معنی‌داری نداشت. همچنین بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پایان درمان و پس از پیگیری یک ماهه تفاوت معنی‌داری وجود داشت. طرحواره‌درمانی در کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با گروه‌های دیگر مؤثرتر بود. ***نتیجه‌گیری:*** نتایج این مطالعه می‌تواند الهام‌بخش متخصصان حوزهٔ ترک اعتیاد در استفاده از روش‌های روان‌درمانی مذکور در درمان اختلال شخصیت مرزی افراد دارای سوء مصرف مواد و بهبود توانمندی روانشناختی آن‌ها در ترک موفق و پیشگیری از عود آن‌ها باشد.

کلید واژه‌ها:
۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۲. اختلال شخصیت مرزی
۳. روان‌درمانی
۴. اختلالات مرتبط با مواد

* **نویسنده مسئول:** علی حسینائی

آدرس الکترونیکی: *a.hosseinaei@gmail.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (BPD)[1] یک اختلال شخصیتی شایع و پیچیده است که از مشخصه‌های آن، الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودپنداره، عاطفه و بدتنظیمی هیجانی است (۱). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مجموعه‌ای همایندی‌ها با دیگر اختلالات روانی، نظیر افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد و دیگر اختلالات شخصیت رنج می‌برند (۲). اختلال شخصیت مرزی بر تمام جنبه‌های زندگی تأثیر می‌گذارد (مثلاً بر روابط با دیگران، تحصیلات، کار، خودمراقبتی) و در نتیجه با اختلالات معنی‌دار در کیفیت زندگی در ابعاد ذهنی، اجتماعی و جسمی (۳) و هزینه‌های اجتماعی بالا (۱۰، ۹، ۸-۴) ارتباط دارد. طبق تخمین‌ها، شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عمومی برابر با ۱/۱ درصد است (۱۱).

اختلال شخصیت مرزی یکی از رایج‌ترین اختلالات شخصیتی در جمعیت‌های بالینی است و در ۱۰ درصد بیماران سرپایی و ۲۵ درصد جمعیت بستری تشخیص داده می‌شود (۱۳، ۱۲). پژوهش‌های متعدد یافته‌های مهمی را در مورد سیر درمان اختلال شخصیت مرزی به دست داده‌اند: علایمی که به تکانشگری مربوط می‌شوند، مثلاً آسیب به خود و اقدام به خودکشی سریع‌تر حل می‌شوند. بر عکس، علایم عاطفی که ملالت مزمن را بازتاب می‌دهند، مانند احساس تنهایی و تهی بودن، پایداری بیشتری دارند (۱۵، ۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال شخصیت مرزی با هیجانات منفی از جمله خشم (۱۶)، شرم (۱۸، ۱۷)، افسردگی، تنش و اضطراب (۱۹)، ترس (۲۰) و برانگیختگی (۲۱) رابطهٔ مثبت دارد. در سال‌های گذشته، اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یک اختلال "غیرقابل درمان" در نظر گرفته می‌شد؛ با این حال، امروزه با روش‌های روان‌درمانی متعددی که حمایت تجربی دارند و از جهت‌گیری‌های درمانی مختلف برخاسته‌اند و به طور تخصصی برای اختلال شخصیت مرزی طراحی شده‌اند، می‌توان این اختلال را درمان کرد (۲۴-۲۲).

یکی از رویکردهای درمانی مورد استفاده در اختلال شخصیت مرزی، طرحواره‌درمانی (ST)[2] است. طرحواره‌درمانی، سیستم جدید و نوآورانه‌ای از روان‌درمانی است که یانگ[3] و همکارانش آن را با الهام گرفتن از مدل‌های مختلف شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت[4]، روابط شیء[5]، سازنده‌گرایی[6] و روانکاوی[7] ارائه کردند (۲۷-۲۵). طرحواره‌درمانی برنامهٔ منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه[8] فراهم می‌کند و بر پایهٔ درمان شناختی ـ رفتاری کلاسیک بنا شده و روش‌های شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند. طرحواره‌درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از روش‌های برانگیزاننده و ارائهٔ مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد (۲۸).

طرحواره‌ها، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی در دوران کودکی و نوجوانی تشکیل و در سایر دوران زندگی تداوم می‌یابند (۲۹). نظریهٔ یانگ در مورد سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی به‌شدت با این اختلال سازگار است؛ این نظریه توصیف می‌کند که چگونه بدکارکردی‌های خانواده همچون محرومیت، طرد و استیلا منجر به ناکامی نیازهای اصلی در کودکان کوچکتر می‌شود و در نتیجه این ناکامی‌ها به نوبهٔ خود منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار می‌شوند. فرایند پردازش اطلاعات بعدی به‌شدت به وسیلهٔ چنین طرحواره‌هایی هدایت می‌شود و مبنای آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی قرار می‌گیرد (۳۰).

مرور پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی برای اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفته است (۳۳-۳۱). برای مثال ترکیب طرحواره‌درمانی فردی و گروهی در بیماران اختلال شخصیت مرزی در یک پژوهش، نتایج نشان داد که در رویکرد ترکیبی طرحواره‌درمانی، احتمال افت آزمودنی‌ها بیشتر از رویکرد طرحواره‌درمانی فردی بود. افزون بر این در روش طرحواره‌درمانی گروهی به نظر می‌رسد بهبودی و کاهش نشانه‌ها سریع‌تر از طرحواره‌درمانی فردی است (۳۴).گیسن بلو[9] و همکاران در یک مطالعهٔ تجربی کنترل‌شده به مقایسهٔ طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر انتقال (TFP)[10] پرداختند. هر دو روش درمانی موجب کاهش تمام نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و افزایش کیفیت زندگی شده بود و این تغییرات تا یک سال پیگیری پس از درمان نیز حفظ شده بود؛ با این حال نتایج نشان‌دهندهٔ برتری طرحواره‌درمانی بر روان‌درمانی مبتنی بر انتقال بود (۳۵). در مطالعه‌ای دیگر که در آن نتایج طرحواره‌درمانی بر روی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در یک دورهٔ ۱/۵ساله مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان‌دهندهٔ آن بود که طرحواره‌درمانی به شکل معنی‌داری علایم اختلال شخصیت مرزی را پس از درمان کاهش می‌دهد (۳۶). طرحواره‌درمانی گروهی با تکیه بر تغییر ذهنیت طرحواره‌ای با افزایش خودآگاهی و آگاهی از برنامه‌ریزی پنهان ذهن برای تفسیر سوگیرانه وقایع با توجه به گذشته، کاهش این احساس که فقط خودشان دارای

[1] Borderline personality disorder
[2] Schema therapy
[3] Young
[4] Gestalt
[5] Object relations
[6] Constructivism
[7] Psychoanalysis
[8] Early maladaptive schemas
[9] Giesen-Bloo
[10] Transference focused psychotherapy

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

اختلال هستند و افزایش دریافت بازخوردهای تفسیری به وسیلهٔ مشاور و دیگر اعضا، کمک به ایجاد و تمرین رفتارهای جدید متناسب با واقعیت و شواهد درست و تنظیم هیجانات ناشی از تغییر شناخت‌ها و رفتارهای تکراری تقویت‌کنندهٔ طرحواره، به خوبی می‌تواند این علایم را با کمک عوامل دیگری همچون میل به تغییر و شرایط محیطی افراد کاهش دهد (۳۶).

از نگاه دیگر اختلال شخصیت مرزی که با تکانه‌های رفتاری دنبال‌کنندهٔ هیجانات بی‌ثبات شناخته می‌شود نیازمند نوعی پذیرش در هیجانات و نوعی از تعهد ارادی به تغییر رفتار به‌منظور افزایش ثبات هیجانی است؛ لذا به نظر می‌رسد، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود علایم اختلال شخصیت مرزی مؤثر واقع شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)[11] است (۳۷). رویکرد پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هایس[12] ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی رفتاری پدید آمد. هدف پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. فردی که انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در تغییر و کنترل آن‌ها ندارد. بنابراین انرژی خود را بجای اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند (۳۸).

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند، انعطاف‌پذیری روانشناختی از کاهش اضطراب گرفته تا کاهش دفاع در برابر آن و عدم نیاز به پرخاش و بی‌ثباتی هیجانی برای بیماران مرزی مفید واقع می شود؛ این فرایندها عبارتند از: گسلش[13]، پذیرش[14]، تماس با لحظهٔ حاضر[15]، مشاهدهٔ خود[16]، ارزش‌ها[17] و عمل متعهدانه[18] (۳۹، ۴۰). گسلش برای جلوگیری از درآمیختگی شناختی است. درآمیختگی شناختی بدین معناست که فرد، خود و افکارش را درآمیختهٔ یکی می‌داند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس‌ها، حواس، امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آن‌ها، فرار از آن‌ها یا توجه مجدد به آن‌ها است. تماس با لحظهٔ حاضر عبارت است از آوردن کامل آگاهی به تجربهٔ اینجا و اکنون با گشودگی، علاقه، پذیرش، تمرکز روی آن و درگیری کامل با آنچه که در حال انجام است. مشاهدهٔ خود عبارت است از آگاهی مداوم از خود که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است. از این دیدگاه، تجربهٔ افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها، امیال، حواس، تصویرها، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد است. این پدیده‌ها تغییر می‌کنند، اما خود فرد پیوسته ثابت است. ارزش‌ها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهم‌ترین و عمیق‌ترین است، تشخیص دهد، بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و مؤثر عمل کند (۴۱).

در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود عملکرد روانشناختی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت (۴۲)، درمان اختلال وسواس فکری ـ عملی (۴۳، ۴۴)، درمان اختلال اضطراب اجتماعی (۴۵) و اختلال افسردگی (۴۶، ۴۷) بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. مورتون[19] و همکاران (۴۹) در قالب یک مطالعهٔ پایلوت به بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم اختلال شخصیت مرزی پرداختند. در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان متداول، نسبت به گروه درمان متداول، بهبودی‌های معنی‌دار بیشتری در علایم شخصیت مرزی و همچنین اضطراب و ناامیدی و انعطاف‌پذیری روانشناختی از دورهٔ خط پایه و در متغیرهای پیامدی اصلی (علایم اختلال شخصیت مرزی) مشاهده شد (۴۹).

مداخلات درمانی برای این بیماران بیشتر حکم مداخله در بحران دارد؛ دارودرمانی نیز کمک چندانی به این افراد نمی‌کند، زیرا اکثر آن‌ها بعد از مدتی استفاده از دارو را قطع می‌کنند (۴۵).کاهش گرایش به سوء مصرف مواد، طلاق، هزینه‌های درمانی و خودکشی از دیگر مزایای درمان اختلال شخصیت مرزی است و اهمیت بررسی، درمان و آموزش‌های خاص در زمینهٔ این اختلال را ضروری‌تر می‌سازد؛ اعتیاد معمولاً با عوامل روانشناختی کلید می‌خورد و با نشانگان جسمانی ادامه می‌یابد (۴۶). مشکل اعتیاد به مواد مخدر، منجر به مشکلات و معضلات خانوادگی، فساد و جرائم و بی‌ثباتی سیاسی و اقتصادی جامعه می‌شود و سالانه هزینه‌های درمانی بسیاری را در ترک و عود مجدد به خانواده‌ها و کشورها تحمیل می‌کند و عامل بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و روانشناختی دیگر است (۴۶) انتخاب گروه بیماران دارای سوء مصرف مواد به دلیل آسیب‌پذیری و در بحران بودن این قشر و به جهت فاصله گرفتن از نقش پیشگیرانهٔ درمان‌های طرحواره محور و درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و محک زدن اثرات درمانی و کمک به بهبود افراد نمونه در بهبود علایم شخصیت مرزی در جهت کمک به ترک موفق سوء مصرف مواد بود.با توجه به افزایش روزافزون تعداد بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد و اختلالات روانشناختی همبود با این عارضه و همچنین با توجه به ناکارآمدی درمان‌های

[11] Acceptance & commitmen therapy
[12] Hayes
[13] Defusion
[14] Acceptance
[15] Contact with the present moment
[16] Observing self
[17] Values
[18] Committed action
[19] Morton

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

معمول و رایج در حل مسائل پیچیده و غامض این دسته از بیماران که منجر به عود و بازگشت علایم و یا قطع درمان از سوی این بیماران می‌شود، لزوم توجه به مداخلات روانشناختی مؤثر و کارآمد در درمان این اختلال بیش از پیش احساس می‌گردد. با توجه به این موارد شناسایی شیوه یا شیوه‌های درمانی مؤثر بر این اختلال و تدوین برنامه‌هایی جهت تحت درمان قرار گرفتن این بیماران، با هدف کاهش علایم آن‌ها و آسیب‌های ناشی از اعتیاد در جامعه، جز مهم‌ترین مسائلی است که موجب می‌شود، انجام چنین پژوهشی امری ضروری تلقی گردد. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی روان‌درمانی گروهی به شیوهٔ طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم اختلال شخصیت مرزی افراد دارای سوء مصرف مواد انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون ـ پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده گردید. این مطالعه توسط کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد اخلاق IR.GOUMS.REC.1397.104 به تایید رسیده است. در این پژوهش مداخلات درمانی (طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) به‌عنوان متغیرهای مستقل و (علایم اختلال شخصیت مرزی) به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعهٔ آماری این پژوهش را معتادان مقیم در دو کمپ ترک اعتیاد شهرستان گنبد کاووس (کمپ نجات و آوای رهایی) در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۶۵ نفر بود. نمونه ۳۰ نفر از معتادان بودند که به صورت در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکدهٔ مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین کمپ‌های ترک اعتیاد نجات و آوای رهایی، در مرحلهٔ غربالگری، پرسشنامهٔ چند محوری بالینی میلون ۳ (MCMI-III)[20] بر روی معتادان مقیم در کمپ‌ها اجرا گردید و پس از بررسی نتایج آزمون، ۳۰ نفر از معتادانی که در اختلال شخصیت مرزی، بالاترین نمرات را نسبت به سایرین کسب کرده بودند، به شیوهٔ در دسترس انتخاب و پس از مصاحبهٔ بالینی کوتاهی که توسط متخصص روانشناسی بالینی با هدف اطمینان از رعایت اخلاق در پژوهش و افزایش روایی تشخیصی علایم شخصیت مرزی انجام و اطمینان لازم کسب شد با جایگزینی تصادفی در سه گروه شامل گروه طرحواره‌درمانی، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل قرار گرفتند. در توضیح حجم نمونه باید گفت گروه درمانی روانشناختی بر اساس منابع ۴-۶ نفر (۴۹) و بر اساس برخی دیگر از منابع ۸-۱۰ نفر را در بر می‌گیرد (۵۱) و در این پژوهش به ضرورت محدودیت نمونهٔ گروه درمانی در تحقیقات آزمایشی، ملاک انتخاب نمونهٔ حجم جامعه نبود و به جهت پیشگیری از ریزش در نمونه‌ها در هر گروه ۱۰ نفر انتخاب شدند. لازم به ذکر است انتخاب نمونه بر اساس مقایسه با سایرین و بدون توجه به نقطهٔ برش به این دلیل انجام شد که در صورت انتخاب نقطهٔ برش نمونهٔ کافی برای شرکت در گروه‌ها وجود نداشت و بیشتر افراد داوطلب شرکت در آزمایش زیر خط برش و دارای علایم شخصیت مرزی بودند. پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌ها، برای گروه آزمایش اول، مداخلهٔ مبتنی بر طرحواره در ۱۲ جلسهٔ ۱/۵ ساعته به شیوهٔ گروهی و با توالی هر هفته یک جلسه و برای گروه آزمایش دوم مداخلهٔ مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفتگی اجرا شد. در فرایند ارایهٔ مداخلات برای گروه‌های آزمایش، آزمودنی‌های گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیهٔ هلسینکی[21] رعایت شد که از جملهٔ آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد (۵۰). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، گذشت حداقل ۲۰ روز از بستری در کمپ و سم‌زدایی بدنی، سلامت جسمانی، داشتن حمایت خانواده و تاهل. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: مجرد بودن، بیماری جسمانی لاعلاج، غیبت بیش از یک جلسه در کلاس و عدم توانایی جسمانی و روانی شرکت در کلاس بعد از درخواست آگاهانه و شخصی خود فرد. به‌منظور همتاسازی گروه‌ها دامنهٔ سنی و تحصیلات به ترتیب در دامنهٔ ۲۵-۴۰ سال و تحصیلات دیپلم تا لیسانس نمونه‌گیری انجام گرفت و در آزمون تفاوت گروه‌ها از این لحاظ همتا بوده و تفاوت معنی‌داری نداشتند. از طرفی به‌منظور کنترل متغیرهای همایند و مداخله‌گر ابتدا وقایع همزمان با اجرای پژوهش از جمله کلاس‌های موازی روانشناختی و درمان فردی بالینی و مشاورهٔ روانشناختی حذف گردید، تحصیلات و سن همتاسازی شد و سپس به سبب کنترل تفاوت‌های فردی تقسیم تصادفی بین گروه‌ها انجام گرفت، بعد از تقسیم تصادفی فرض بر این است که تفاوت‌های درون‌گروهی افراد با هم ناشی از شانس و تصادفی است و نه میل و سوگیری ذهنی عملی پژوهشگر.

پروتکل جلسات طرحواره‌درمانی بر اساس طرح‌درمانی

[20] Millon clinical multiaxial inventory
[21] Helsinki

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

آرنتز و ون‌جندرن[22] تنظیم گردید (۵۱). پکیج جلسات درمانی اکت نیز برگرفته از طرح‌درمانی مورتون[23] و همکاران بود (۴۹). لازم به ذکر است پروتکل‌های استاندارد درمان‌ها بر اساس اجرای گروهی تنظیم و ایجاد شده بود و در این جلسات مطابق با اصول و فنون دقیق مبتنی بر پروتکل اصلی اجرا شدند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه به پرسشنامهٔ چند محوری بالینی میلون ۳ پاسخ دادند (مرحلهٔ پس‌آزمون). یک ماه پس از آخرین جلسهٔ درمانی و اخذ پس‌آزمون از هر سه گروه، جهت سنجش پایداری اثر مداخلات، آزمودنی‌های هر سه گروه در یک مرحلهٔ پیگیری نیز حضور پیدا کردند و مجدداً توسط ابزار مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین برای آزمودنی‌های گروه کنترل جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آن‌ها جهت همکاریشان در فرایند اجرای پژوهش، پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی برگزار شد.

شرح مختصر محتوای جلسات روان‌درمانی به شیوهٔ طرحواره‌درمانی در جدول ۱ و خلاصه‌ای از طرح‌درمانی پذیرش و تعهد در جدول ۲ ارائه شده است.

در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامهٔ بالینی چند محوری میلون ۳ استفاده شد. MCMI-III یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویهٔ بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روانشناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. این آزمون یکی از مهم‌ترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح‌شده در محور یک و اختلالات شخصیت در محور دو DSM-IV می‌باشد. روایی آزمون از طریق

جدول ۱- شرح مختصری از جلسات روان‌درمانی گروهی به شیوهٔ طرحواره‌درمانی.

جلسات	شرح جلسات
جلسهٔ اول	اجرای پیش‌آزمون سمرووی بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافق‌های لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره‌درمانی، درمان گروهی، برقراری رابطه با اعضای گروه و فرامم‌سازی زمینهٔ اعتماد، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ دوم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، آموزش در زمینهٔ ارتباط بین طرحواره‌درمانی با سوء مصرف مواد، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطهٔ درمانی و اعتماد بین اعضا، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ سوم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحوارهٔ ناسازگار، عوامل مؤثر در اکتساب طرحواره، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ چهارم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های اعضای گروه، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند، کمک به اعضا برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ پنجم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال، دربارهٔ سبک‌های مقابله‌ای، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ ششم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تأکیدکننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی ردکنندهٔ طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرحواره، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ هفتم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیهٔ کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها، معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ هشتم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، به کار بردن روش گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی اعضای گروه برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ نهم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، برقراری گفتگوی بین طرحواره و جنبهٔ سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آن‌ها در جلسهٔ درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ دهم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای مؤثر در تداوم طرحواره، بررسی روش‌های مؤثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌های خود، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ یازدهم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، بررسی برخی از طرحواره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوهٔ درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائهٔ تکلیف
جلسهٔ دوازدهم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسهٔ قبل، بررسی روش‌های مؤثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحوارهٔ خویشتن‌داری، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسهٔ پیگیری در یک ماه آینده

[22] Arntz and Van Genderen
[23] Morton

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

جدول ۲- مختصری از محتوای جلسات روان‌درمانی گروهی به شیوهٔ پذیرش و تعهد.

جلسات	شرح جلسات
جلسهٔ اول	اجرای پیش آزمون -آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو دربارهٔ هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مبانی آن: معرفی روش ذهن آگاهی -کاوش ذهن آگاه یک شیء (لبزه): استعاره "مسافران سوار اتوبوس"
جلسهٔ دوم	اجتناب و ارزش‌ها: بررسی بیشتر استعاره "مسافران سوار اتوبوس" و شناسایی "مسافران" دشوار (تفکرات و احساسات): "چرخهٔ اجتناب" (آسودگی کوتاه‌مدت، محدودیت‌های بلندمدت در زندگی): اقدامات اولیه در جهت شناسایی ارزش‌ها
جلسهٔ سوم	اشتیاق و پذیرش: تلاش برای جنگیدن با درد یا اجتناب از آن به رنج بیشتر منجر می‌شود: اشتیاق -تمرین "جنگ شدید با یک هیولا"؛ آزمایش کردن شیوه‌های مختلف برقراری ارتباط با تجارب دردناک: استعاره‌های اشتیاق
جلسهٔ چهارم	آگاهی از تفکرات: ذهن چگونه کار می‌کند: توجه به قضاوت‌ها (تمرین "فنجان خوب، فنجان بد")؛ تمرینات گسلش از جمله "شیر، شیر، شیر" و "رادیوی اخبار بد"
جلسهٔ پنجم	ذهن آگاهی لذت: بررسی احساسات لذت‌بخش از طریق پنج حس اصلی و همزمان توجه کردن به تفکرات و احساسات دشوار که می‌توانند ایجاد شده و برای این احساسات "فضا ایجاد کنند". لذت به‌عنوان بخشی از زندگی کامل، غنی و با معنا
جلسهٔ ششم	آگاهی و پذیرش هیجان: تمرین راهبردهای پذیرش برای هیجانات، حس‌های بدنی و کشش‌ها. راهبردهایی برای عمل کردن بر اساس ارزش‌های شخصی یا عمل نکردن، حتی زمانی که هیجانات قوی باشند
جلسهٔ هفتم	مسائل سلامتی: بررسی ارزش‌ها و اجتناب تجربی مرتبط با سلامتی
جلسهٔ هشتم	عمل کردن بر اساس ارزش‌های رابطه -کمک کردن: تمرین ارائه و دریافت تحسین و تعریف و مهارت‌های مکالمه در جلسه. تمرین آگاهی و پذیرش تفکرات و احساسات دشواری که در حین ادامه دادن عمل بر اساس ارزش‌ها ایجاد می‌شوند
جلسهٔ نهم	عمل کردن بر اساس ارزش‌های رابطه در شرایط تعارض‌آمیز: تمرین مهارت‌های جرأت‌ورزی و مذاکره
جلسهٔ دهم	نقاط انتخاب (یا تصمیم‌گیری): توجه به "نقاط انتخاب": بررسی بیشتر ارزش‌ها: برنامه‌ریزی یک گام کوچک در یک مسیر ارزشمند: بحث در مورد موانع درونی احتمالی (تفکرات و احساسات دشوار)
جلسهٔ یازدهم	موانع: مرور گام کوچک برنامه‌ریزی شده: بررسی تفکرات و احساسات دشواری که ایجاد شدند: تمرین ذهن‌آگاهی و راهبردهای پذیرش
جلسهٔ دوازدهم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسهٔ پیگیری در یک ماه آینده

تحلیل عاملی تایید شده و اعتبار آن از طریق همسانی درونی و باز آزمایی مناسب گزارش شده است. به نحوی که ضرایب اعتبار بازآزمایی بالایی با میانهٔ ۰/۹۱ برای میلون ۳ گزارش شده است. دامنهٔ فواصل زمانی بازآزمایی‌ها بین ۵ تا ۱۴ روز بوده است (۵۲). در مطالعهٔ خواجه موگهی، ضریب پایایی مقیاس‌ها به روش بازآزمایی با فاصلهٔ ۷ تا ۱۰ روز از دامنهٔ ۰/۷۸ (اختلال نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال هذیانی) گزارش شده است (۵۳). در مطالعهٔ شریفی، همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی، در دامنهٔ ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است (۵۴). همچنین در مطالعهٔ شریفی، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنهٔ ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از سانحه) گزارش شده است (۵۴).

در مطالعهٔ حاضر برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

تحلیل‌های انجام شده بر روی متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و تحصیلات نشان داد که تفاوت معنی‌داری از نظر سن ($F_{df: 2, 27}$=۰/۴۶۳ ,P= ۰/۶۳۴) و سطح تحصیلات (χ^2=۳/ ۲۵ ,P= ۰/۷۵۱) بین پیش‌آزمون‌های سه گروه طرحواره‌درمانی و مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل وجود نداشته و سه گروه از نظر سن و تحصیلات همگن هستند.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر علایم اختلال شخصیت مرزی در سه گروه و سه مرحلهٔ زمانی ارائه شده است.

با توجه به اطلاعات جدول ۳، میانگین نمرات علایم اختلال شخصیت مرزی در پس‌آزمون و پیگیری گروه پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی نسبت پیش‌آزمون کاهش یافته، در حالی که در گروه کنترل تقریباً ثابت مانده است.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد متغیر علایم اختلال شخصیت مرزی در سه گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌درمانی و کنترل در سه مرحلهٔ زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری.

گروه / متغیر		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
علایم اختلال شخصیت مرزی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۶	۸/۶۷	۴۸/۶۰	۶/۴۶	۴۹/۸۰	۷/۵۵
	طرحواره‌درمانی	۵۰/۵۰	۱۱/۰۷	۴۱/۲۰	۹/۴۴	۴۱/۱۰	۹/۴۲
	کنترل	۵۸	۱۰/۱۸	۵۷/۳۰	۱۰/۳۷	۵۸/۱۱	۹/۹۷

قبل از ارائهٔ نتایج تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف -اسمیرنوف (در سطح معنی‌داری ۰/۰۵) و همگنی شیب رگرسیون‌ها از طریق عدم معنی‌داری تعامل گروه پیش‌آزمون در آنالیز کواریانس (در سطح معنی‌داری ۰/۰۵)، همگنی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لوین (در سطح معنی‌داری ۰/۰۵) و همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از آزمون ام باکس (P=۰/۳۷، F=۱/۰۸) بررسی و مورد تایید قرار گرفت. پس از تحقق مفروضات، آنالیز کوواریانس چند متغیره برای مقایسهٔ اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفت. بدین شکل که نمرات پیش‌آزمون متغیرها کنترل و اثرات مداخلات درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بررسی شدند.

در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس متغیر علایم اختلال شخصیت مرزی ارائه شده است. بر اساس مندرجات جدول مذکور، نتایج آنالیز کوواریانس نشان می‌دهد بین میانگین نمرات تعدیل شدهٔ پس‌آزمون علایم اختلال شخصیت مرزی حداقل دو گروه از سه گروه ($F_{df:2}$ = ۳۲/۸۸ ,P<۰/۰۱). علاوه بر این، نتایج گویای تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمرات تعدیل‌شدهٔ پیگیری علایم اختلال شخصیت مرزی حداقل دو گروه از سه گروه می‌باشد (P<۰/۰۱, $F_{df:2}$= ۳۳/۷۰).

همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، بین میانگین پس‌آزمون تعدیل‌شدهٔ نمرات علایم اختلال شخصیت مرزی گروه پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد (P>۰/۰۵)؛ در حالی که بین میانگین پس‌آزمون تعدیل‌شدهٔ علایم اختلال شخصیت مرزی هر یک از گروه‌های پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P<۰/۰۱). بین میانگین پیگیری تعدیل‌شدهٔ علایم اختلال شخصیت مرزی گروه پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P<۰/۰۵) و اثرات مداخلات درمانی در گروه طرحواره‌درمانی موثرتر از گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. همچنین بین میانگین پیگیری تعدیل‌شدهٔ علایم اختلال شخصیت مرزی هر یک از گروه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی با گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P<۰/۰۱).

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس متغیر علایم اختلال شخصیت مرزی سه گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌درمانی و کنترل در سه مرحلهٔ زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری.

متغیر وابسته	مرحلهٔ ارزیابی	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
علایم اختلال شخصیت مرزی	پس‌آزمون	۴۶۴/۸۷	۲	۲۳۲/۴۳	۳۲/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۷۱۷	۱
	پیگیری	۵۲۱/۵۱	۲	۲۶۰/۷۵	۳۳/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۷۲۲	۱

جدول ۵- مقایسهٔ زوجی میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ متغیر علایم اختلال شخصیت مرزی سه گروه پذیرش و تعهد، طرحواره‌درمانی و کنترل در سه مرحلهٔ زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری.

متغیر وابسته	میانگین				
	مبدا	مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
پس‌آزمون علایم اختلال شخصیت مرزی	پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۲/۷۲	۱/۲۲	۰/۱۰۴
		کنترل	۶/۹۹*	۱/۱۹	۰/۰۰۰
	طرحواره‌درمانی	پذیرش و تعهد	-۲/۷۲	۱/۲۲	۰/۱۰۴
		کنترل	۹/۷۲*	۱/۲۴	۰/۰۰۰
پیگیری علایم اختلال شخصیت مرزی	پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۳/۹۷*	۱/۲۷	۰/۰۱۴
		کنترل	۶/۵۹*	۱/۲۴	۰/۰۰۰
	طرحواره‌درمانی	پذیرش و تعهد	-۳/۹۷*	۱/۲۷	۰/۰۱۴
		کنترل	۱۰/۵۶*	۱/۳۰	۰/۰۰۰

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم اختلال شخصیت مرزی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخلهٔ درمانی باعث کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده بودند. دیگر یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانی به شیوهٔ طرحواره‌درمانی در کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی مؤثرتر از روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر علایم اختلال شخصیت مرزی همسو با نتایج مطالعات تان[24] و همکاران (۳۱)، جاکوب[25] و همکاران (۳۲)، گیسن -بلو و همکاران (۳۵)، نادورت[26] و همکاران (۳۶)، لوبستال[27] و همکاران (۵۵) و محمدی زاده و همکاران (۵۶) می‌باشد. فارل[28] و همکاران یک دورهٔ طرحواره‌درمانی گروهی را در درمان علایم شخصیت مرزی اجرا کردند؛ نتایج حاصله در پایان درمان نشان داد ۹۴ درصد از بیمارانی که در طرحواره‌درمانی و درمان متداول شرکت کرده بودند، دیگر واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی نبودند، در حالی که این عدد برای درمان متداول برابر با ۱۶ درصد بود (۵۷). فاسبیندر[29] و همکاران در پژوهشی اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی برای بیماران سرپایی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار دادند؛ نتایج نشان داد کاهش معنی‌داری در شدت علایم اختلال شخصیت مرزی، شدت علایم عمومی، حالت‌ها و طرحواره‌های ناکارآمد مختص به اختلال شخصیت مرزی و روزهای بستری مشاهده شد. حالت‌های عملکردی، کیفیت زندگی و شادکامی نیز بهبود یافتند (۵۸).

در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی در بهبود علایم اختلال شخصیت مرزی می‌توان گفت، از منظر طرحواره‌درمانی یانگ، هر فردی طرحواره‌هایی را در خلال دوران کودکیش شکل می‌دهد. طرحواره یک ساختار شناختی سازمان‌یافته است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در رفتارها، احساس و افکار ویژه‌ای نمود می‌یابد. بیمار دارای اختلال شخصیت مرزی ممکن است در مدت زمانی بسیار کوتاه از یک حالت خلقی یا هیجانی شدید به حالتی دیگر تغییر وضعیت دهد. بر اساس الگوی ذهنیت طرحواره‌ای این امر به سبب تغییر وضعیت پی در پی و کنترل نشدنی بیمار از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر است (۲۹). درمانگر، ذهنیت طرحواره‌ای را به بیمار آموزش می‌دهد. اگر درمانگر ذهنیت بیماران را به شیوه‌ای علمی و عینی و با توجه به دنیای پدیداری بیماران به آن‌ها ارائه کند، بیشتر بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی به صورت مناسبی آن‌ها را درک می‌کنند. نکتهٔ مهم این است که ما در عمل طوری از ذهنیت‌ها گفتگو می‌کنیم که انگار یک شخصیت هستند. این کار از نظر درمانی سودمند است، چون به بیمار کمک می‌کند تا از ذهنیت‌ها فاصله گرفته و آن‌ها را ببینند. رویکرد کلی درمانگر به درمان دنبال کردن دم به دم ذهنیت‌ها در طول جلسه است و به همین منظور از راهبردهای مناسب هر یک از ذهنیت‌ها استفاده می‌کند. درمانگر در نقش یک والد خوب عمل می‌کند. هدف این است که با مدلسازی از درمانگر، ذهنیت بزرگسال سالم بیمار رشد کند و توانمند شود، زیرا این ذهنیت از کودک رهاشده مراقبت می‌کند، به محافظ بی‌تفاوت آرامش داده و جای آن را می‌گیرد، والد تنبیه‌گر را مغلوب کرده و آن را از میدان به در کرده و به کودک برآشفته شیوه‌های سالم و مناسب بیان هیجان و نیاز را آموزش می‌دهد. کودک رهاشده بخشی از وجود بیمار است که طبق فرض نظریهٔ طرحواره‌درمانی در خاستگاه خانوادهٔ اصلی مورد سوءاستفاده، ترک و رها شدن، بی‌بهرگی هیجانی، فرمانبرداری و گوشمالی سخت و بی‌رحمانه قرار گرفته است و در بهبود علایم بی‌ثباتی هیجانی، رفتارهای ناپخته و تکانشی و علایم مرزی مفید واقع می‌شود (۳۴).

در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد، در این رویکرد، بیماران توانستند با استفاده از راهبردهای تجربی به‌ویژه نوشتن نامه، به افراد مهم زندگی خویش که در دوران کودکی و نوجوانی به آنان آسیب رسانده‌اند، قادر شدند که با شناخت هیجانات و احساسات خود به بیان حقوقشان بپردازند. از طرف دیگر طرحواره‌درمانی با بهره بردن از رابطهٔ درمانی و استفاده از فنون باز والدینی حد و مرزدار و واقعیت آزمایی همدلانه توانسته با بالانس کردن طرحواره‌ها به‌ویژه طرحوارهٔ محرومیت هیجانی بر بی‌ثباتی هیجانی مبتلایان مؤثر باشد. از طرف دیگر آنجا که مبتلایان به نشانه‌های ترک شدن حساسند، در طرحواره‌درمانی با بهره بردن از فنون شناختی به‌ویژه تعریف مجدد از شواهد تأییدکنندهٔ طرحواره و تکمیل فرم ثبت طرحواره منجر شده که فرد با یک موضع غیر قضاوتی، مشاهده‌گر و توصیف‌کنندهٔ دقیق رفتارها باشد و چیزی نه به مشاهدات خود بیفزاید و نه از آن کم کند. از طرف دیگر باز والدینی حد و مرزدار یکی از راهبردهای اساسی در طرحواره‌درمانی در مرحلهٔ تغییر است (۲۵). به طور کلی، رویکرد طرحواره‌درمانی با آمیزه چهار روش شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی افزون بر زیر پرسش بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تهی‌سازی عواطف و هیجان منفی مدفون‌شده مانند خشم ناشی از برآورده نشدن

[24] Tan
[25] Jacob
[26] Nadort
[27] Lobbestael
[28] Farrell
[29] Fassbinder

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران طی سال‌های کودکی می‌شود.

نتایج دیگر این پژوهش اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علایم اختلال شخصیت مرزی را مورد تایید قرار داد. پیرامون اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود اختلال شخصیت مرزی دو مطالعه مشاهده شد که در اولین آن‌ها، مورتون و همکاران به بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم اختلال شخصیت مرزی پرداختند و گزارش کردند که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علایم اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است (۴۹). در مطالعهٔ دیگر پیمان نیا و همکاران (۳۷) در باب اثربخشی درمان پذیرش و تعهد نشان داد این مداخله می‌تواند در کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان و ارتقای کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای علایم اختلال شخصیت مرزی به صورت مؤثری مورد استفاده قرار گیرد. از طرفی دوستی و همکاران (۱۴) در پژوهشی که بر اعتیاد اینترنتی دانش‌آموزان انجام دادند، نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد در گروه آزمایش باعث کاهش پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت آزمودنی‌ها شد، اما در گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نشد. در پژوهش دیگری نیز گراتز[30] و گاندرسون[31] تأثیر مداخلهٔ گروهی تنظیم هیجان مبتنی بر پذیرش بر خود جرحی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد مطالعه قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که ۱۴ جلسهٔ گروه‌درمانی به همراه درمان‌های معمول، تأثیرات مثبتی بر روی آسیب به خود، علایم اختلال شخصیت مرزی، بدتنظیمی هیجانی، اجتناب تجربی و علایم افسردگی، استرس و اضطراب داشت (۵۹). شارپ[32] و همکاران در جریان بررسی رابطهٔ اجتناب از حالات درونی و اختلال شخصیت مرزی به دو یافتهٔ مهم دست یافتند: اول اینکه اجتناب تجربه‌ای با ویژگی‌های مرزی، افسردگی و اضطراب ارتباط دارد و دوم اینکه اجتناب تجربه‌ای میزان علایم اختلال شخصیت مرزی را در یک دورهٔ پیگیری یکساله پیش‌بینی می‌کند، از این رو با کاهش اجتناب تجربه‌ای و کاهش عملکرد سیستم سمپاتیک دفع خطر مغز علایم مرزی و بی‌ثباتی هیجانی کاهش پیدا می‌کنند (۶۰).

اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علایم اختلال شخصیت مرزی را می‌توان این‌گونه توجیه نمود که علایم اختلال شخصیت مرزی دارای تحلیل عملکردی مشابهی با دیگر اختلالاتی هستند که با موفقیت توسط رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان شده‌اند (۶۱) و احتمالاً به درمان‌هایی جواب می‌دهند که هدف از آن‌ها افزایش آگاهی از زمان حال، افزایش پذیرشِ هیجانات دشوار، تسهیل شناسایی ارزش‌ها و افزایش اقدام متعهدانه بر اساس ارزش‌ها می‌باشد. از دیدگاه اکت، صرفاً عواطف منفی شدید نیستند که مشکل را ایجاد می‌کنند، بلکه اجتناب تجربی (که باعث افزایش شدت تجارب منفی می‌شود)، همجوشی با تفکرات منفی و تصمیمات بی‌فایده‌ای که فرد در مورد اقدامات می‌گیرد (به‌ویژه اقداماتی که علیه ارزش‌های هسته‌ای شخص هستند) باعث ایجاد مشکل می‌شوند. می‌توان آسیب به خود و سوء مصرف مواد یا الکل را به‌عنوان راهبردهای اجتناب تجربی در نظر گرفت (۶۲). برخی پژوهش‌ها از این دیدگاه حمایت می‌کنند که شدت علایم در اختلال شخصیت مرزی با اجتناب تجربی ارتباط دارد (۶۳) و اینکه ارتباطِ شدت علایم اختلال شخصیت مرزی با اجتناب تجربی قوی‌تر از ارتباط آن با بدتنظیمی هیجانی یا مشکلات مربوط به تحمل پریشانی است (۶۴). مشاهده شده است که سطوح بالاتر اجتناب تجربی با احتمال کمترِ بهبودی در افسردگی برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ارتباط دارد (۶۵).

از دیدگاه اکت علایم اختلال شخصیت مرزی عموماً به واسطهٔ اجتناب تجربه‌ای از عواطف و احساسات ناخوشایند در این بیماران است (۶۶). در واقع احساسات منفی شدید منشا مشکلات در این افراد نیست، بلکه آن‌ها برای اجتناب از تجارب و احساسات ناخوشایند خویش اقدام به راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد نظیر رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌کنند (۶۶). به نظر می‌رسد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، توجه بیماران را به دو جنبهٔ اساسی از تجارب دنیای واقعی خود مبنی بر تلاش برای نزدیک شدن به افراد و ارزش‌های مهم زندگی و تلاش برای دور شدن از افکار و احساسات آزارنده جلب می‌کند. به بیان دیگر، شناسایی ارزش‌ها و حرکت در مسیر ارزش‌ها منجر به ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی با تجربهٔ رفتارهای متعهدانهٔ جدید بر خلاف میل و مسیر هیجانات اما در جهت درست، در درمان‌جویان از طریق امتحان کردن راه‌های تازه رفتار و تغییر هیجانات از طریق پذیرش آن‌ها خواهد شد (۶۶). در چنین شرایطی وقتی بیمار می‌آموزد، تجربه‌های درونی خود را با پذیرش نظاره کند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس‌های بدنی دردناک نیز به‌عنوان یک توجه دزد که گیر افتادن در دام آن می‌تواند وی را از نزدیک شدن به ارزش‌های اساسی زندگی بازدارد، در نظر گرفته می‌شود. در نهایت دیدگاه‌گیری به این شیوه به درمان‌جویان کمک می‌کند از دام اجتناب تجربه‌ای رهایی یابند و رابطهٔ خود با افکار و احساسات دردناک را به نحوی مشاهده کرده تا تأثیر و نفوذ آن‌ها بر زندگیشان کمتر شود (۶۷). در نتیجه این موارد به کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی کمک می‌نماید.

[30] Gratz
[31] Gunderson
[32] Sharp

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

در تبیین اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی نسبت به پذیرش و تعهد در کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی نیز باید گفت طرحواره‌درمانی از ابتدا جهت درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی طراحی شد همچنین از آنجا که طرحواره‌درمانی بر ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها، تمرکز بیشتری دارد و علاوه بر روش‌های شناختی رفتاری در تغییر باورهای بیماران از سایر روش‌ها نظیر روش‌های تجربی و الگوشکنی رفتاری نیز استفاده می‌کند و رابطهٔ بین هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار می‌دهد، در نتیجه مؤثرتر عمل می‌کند.

هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است. با توجه به اینکه این مطالعه بر روی مردان معتاد دو کمپ ترک اعتیاد شهر گنبد کاووس انجام شد، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر افراد و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای و محدودیت‌های مخاطب داوطلب، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظایر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. در اغلب پژوهش‌های علوم رفتاری، معمولاً متغیرهای مداخله‌گر زیادی بجز متغیرهای مستقل به طور همزمان وارد پژوهش می‌شوند و متغیرهای وابسته را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، این‌گونه متغیرها غالباً به‌سختی شناسایی می‌شوند و حذف اثرات آن‌ها بسیار دشوار است. لذا نادیده گرفتن اثرات این‌گونه عوامل، ممکن است زمینهٔ کاهش تکرارپذیری نتایج را فراهم نماید. اصولاً برای بررسی تأثیر درازمدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری یک ماهه به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است.

در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی در کمپ‌های ترک اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران در آینده از حجم نمونهٔ گسترده‌تری استفاده کنند. با این روند می‌توان تفاوت‌های فردی موجود بین آزمودنی‌ها را در نظر گرفت و یافته‌های به دست آمده را با توجه به آن تفسیر کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی زنان مبتلا نیز انجام شود، چرا که عامل جنسیت ممکن است در نتیجهٔ پژوهش تعیین‌کننده باشد. پیشنهاد می‌شود به‌منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی رویکردهای طرحواره‌درمانی و مبتنی بر پذیرش و تعهد با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونهٔ بیشتر به بررسی و مقایسهٔ درمان‌های مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روانشناسی عمومی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان است. گروه پژوهش از مسئولین محترم کمپ‌های ترک اعتیاد نجات و آوای رهایی و تمامی شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش مشارکت نموده و با همکاری صادقانهٔ خود زمینه را برای نتیجه‌گیری دقیق مهیا نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 5th ed. Washington: American Psychiatric Press; 2013.

2. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. J Pers Disord. 2014; 28(5): 734-50.

3. IsHak WW, Elbau I, Ismail A, Delaloye S, Ha K, Bolotaulo NI, et al. Quality of life in borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry. 2013; 21(3): 138-50.

4. Ansell EB, Sanislow CA, McGlashan TH, Grilo CM. Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. Compr Psychiatry. 2007; 48(4): 329-36.

5. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(8): 827-37.

6. Javaras KN, Zanarini MC, Hudson JI, Greenfield SF, Gunderson JG. Functional outcomes in community-based adults with borderline personality disorder. J Psychiatr Res. 2017; 89: 105-14.

7. Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S, et al. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. Psychol Med. 2005; 35(3): 443-51.

8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. Acta Psychiatr Scand. 2010; 122(2): 103-9.

9. Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. Eur Psychiatry. 2007;

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

22(6): 354-61.

10. Wagner T, Fydrich T, Stiglmayr C, Marschall P, Salize HJ, Renneberg B, et al. Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. Behav Res Ther. 2014; 61: 12-22.

11. Ten Have M, Verheul R, Kaasenbrood A, van Dorsselaer S, Tuithof M, Kleinjan M, et al. Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands mental health survey and incidence Study-2. BMC Psychiatry. 2016; 16: 249. doi: 10.1186/s12888-016-0939-x.

12. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. Am J Psychiatry. 2009; 166(5): 530-9.

13. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. Hosp Community Psychiatry. 1991; 42(10): 1015-21.

14. Dosti C, Gholami S, Toarabian S. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on aggression reduction in students with internet addiction. Journal of Health Care. 2017; 2: 6.

15. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10- year follow-up study. Am J Psychiatry. 2007; 164(6): 929-35.

16. Jacob GA, Guenzler C, Zimmermann S, Scheel CN, Rüsch N, Leonhart R, et al. Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: a preliminary study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008; 39(3): 391-402.

17. Rüsch N, Lieb K, Göttler I, Hermann C, Schramm E, Richter H, et al. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2007; 164(3): 500-8.

18. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. Compr Psychiatry. 2010; 51(3): 275-85.

19. Stiglmayr CE, Grathwol T, Linehan MM, Ihorst G, Fahrenberg J, Bohus M. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. Acta Psychiatr Scand. 2005; 111(5): 372-9.

20. Arntz A, Klokman J, Sieswerda S. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2005; 36(3): 226-39.

21. Links PS, Heslegrave RJ. Prospective studies of outcome. Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am. 2000; 23(1): 137-50.

22. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What works in the treatment of borderline personality disorder? Curr Behav Neurosci Rep. 2017; 4(1): 21-30.

23. Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2012; (8): CD005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.

24. Links PS, Shah R, Eynan R. Psychotherapy for borderline personality disorder: Progress and remaining challenges. Curr Psychiatry Rep. 2017; 19(3): 16. doi: 10.1007/s11920-017-0766-x.

25. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practioner's guide. 1st ed. New York: Guilford Press; 2003.

26. Vyskocilova J, Prasko J, Sedlackova Z, Ociskova M, Grambal A. Schema therapy for CBT therapists who treat borderline patients. Act Nerv Super Rediviva. 2014; 56(1-2): 24-31.

27. Jenkins G. An investigation of schema modes in the eating disordered population.) dissertation (. The University of Edinburgh; 2009.

28. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. J Affect Disord. 2012; 136(3): 581-90.

29. Sempértegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MH. Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. Clin Psychol Rev. 2013; 33(3): 426-47.

30. Lobbestael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). Behav Cogn Psychother. 2010; 38(4): 437-58.

31. Tan YM, Lee CW, Averbeck LE, Brand-de Wilde O, Farrell J, Fassbinder E, et al. Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

of patients' perceptions. PLoS One. 2018; 13(11): e0206039.

32. Jacob GA, Hauer A, Köhne S, Assmann N, Schaich A, Schweiger U, et al. A schema therapy-based ehealth program for patients with borderline personality disorder (priovi): Naturalistic single-arm observational study. JMIR Ment Health. 2018; 5(4): e10983.

33. Wetzelaer P, Farrell J, Evers SM, Jacob GA, Lee CW, Brand O, et al. Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. BMC Psychiatry. 2014; 14: 319. doi.org/10.1186/s12888-014-0319-3.

34. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2014; 45(2): 242-51.

35. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry. 2006; 63(6): 649-58.

36. Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder: study design. BMC Psychiatry. 2009; 9: 64. doi: 10.1186/1471-244X-9-64.

37. Peymannia B, Hamid N, Mahmoud Alilo, M. The effectiveness of compassionate acceptance and commitment therapy matrix on self-harmful behaviors and quality of life in students with symptoms of borderline personality disorder. Psychological Achievement. 2019; 25(1): 23-44.

38. Bricker J, Tollison, S. Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. Behav Cogn Psychother. 2011; 39(5): 541-59.

39. Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, Wilson KG. What is acceptance and commitment therapy? SC. Hayes, KD Strosahl. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer Science-Business Media. 2010; p. 3-29.

40. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. Psychol Res Behav Manag. 2011; 4: 41-9.

41. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. Behav Ther. 2006; 37(1): 3-13.

42. Chakhssi F, Janssen W, Pol SM, van Dreumel M, Westerhof GJ. Acceptance and commitment therapy group-treatment for non-responsive patients with personality disorders: An exploratory study. Personal Ment Health. 2015; 9(4): 345-56.

43. Yardley J. Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy. [doctoral dissertation]. [Logan, USA]: Faculty of Psychology, Utah State University. 2012; p. 74-7.

44. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. J Consult Clin Psychol. 2010; 78(5): 705-16.

45. Craske MG, Niles AN, Burklund LJ, Wolitzky-Taylor KB, Vilardaga JC, Arch JJ4, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. J Consult Clin Psychol. 2014; 82(6): 1034-48.

46. Hichem M, Figen S , Timurab C. Novel technologies in detection, treatment and prevention of substance use disorders. Journal of Food and Drug Analysis. 2019; 27(1): 22-31.

47. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behavior Modification. 2007; 31(6): 772-99.

48. Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Plumb Vilardaga JC, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. J Consult Clin Psychol. 2012; 80(5): 750-65.

49. Morton J, Snowdon S, Gopold M, Guymer E. Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. Cogn Behav Pract. 2012; 19: 527-44.

50. World Medical A. World medical association declaration of helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013; 310(20): 2191-4.

51. Arntz A, Van Genderen H. Schema therapy for borderline personality disorder. NewYork: John Wiley & Sons; 2009.

52. Bigdeli I, Rezaei AM, Arab Z. Study of subtypes of ASPD and comorbidity with anxiety and opioid disorders. Journal of Clinical Psychology. 2013; 5(1): 1-9.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]

53. Debashi L, Najafi M, Rahimian-Boogar I. The effectiveness of cognitive analytic therapy on impulsivity and dissociative experiences of borderline personality disordered patients. Journal of Clinical Psychology. 2018; 10(2): 15-27.

54. Sharifi AA, Molavi H, Namdari C. Triple validity multi-axis clinical trial milne-3. Journal of Applied Psychology. 2007; 9(34): 27-38.

55. Lobbestael J, Van Vreeswijk MF, Arntz A. An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. Behav Res Ther. 2008; 46(7): 854-60.

56. Mohamadizadeh L, Makvandi B, Pasha R, BakhtiarPour S, Hafezi F. Compare the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT) and schema therapy (ST) on impulsive behavior in patients with borderline personality disorder. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2018; 27(106): 44-53.

57. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2009; 40(2): 317-28.

58. Fassbinder E, Schuetze M, Kranich A, Sipos V, Hohagen F, Shaw I, et al. Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: A pilot study with three-year follow-up. Front Psychol. 2016; 7: 1851. eCollection. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01851.

59. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Behav Ther. 2006; 37(1): 25-35.

60. Sharp C, Kalpakci A, Mellick W, Venta A, Temple JR. First evidence of a prospective relation between avoidance of internal states and borderline personality disorder features in adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015; 24(3): 283-90.

61. Twohig MP. Introduction: The basics of acceptance and commitment therapy. Cogn Behav Pract. 2012; 19: 499-507.

62. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. Behav Res Ther. 2006; 44(3): 371-94.

63. Chapman AL, Specht MW, Cellucci T. Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? Suicide Life Threat Behav. 2005; 35(4): 388-99.

64. Iverson KM, Follette VM, Pistorello J, Fruzzetti AE. An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. Personal Disord. 2012; 3(4): 415-22.

65. Berking M, Neacsiu A, Comtois KA, Linehan MM. The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. Behav Res Ther. 2009; 47(8): 663-70.

66. Polk KL, Schoendorff B, Webster M, Olaz F. The essential guide to the ACT matrix. context press, An Imprint of New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA; 2016.

67. Razzaque R. An acceptance and commitment therapy-based protocol for the management of acute self-harm and violence in severe mental illness. Journal of Psychiatric Intensive Care. 2013; 9(2): 72-6.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/shefa.8.4.56]