

Comparing the Effectiveness of the Group Therapy and Training Based on the Combined Approach of Acceptance and Commitment and Schema Therapy on Impulsiveness and Schema Modes of People with Borderline Personality Disorder

Shabnam Dousti

MSc. in Clinical Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Peyman Dousti*

Assistant Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Amir Hossein Yavari

Ph.D. in Clinical Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Extended Abstract

Introduction

Borderline Personality Disorder (BPD) is a common psychiatric diagnosis that causes disruption in many areas of personal, interpersonal, occupational, academic and social life. The most common pattern seen in people with borderline personality disorder is instability with uncontrollable impulsive behaviors. On the other hand, people with borderline personality disorder show a variety of momentary fluctuations states under the name of dysfunctional schema modes. Also, research findings indicate that the use of the combined methods can have many benefits for people with borderline personality disorder. Treatment methods can be used in different ways, for example, in the form of training, individual or group therapy. So, the aim of this study was to compare the effectiveness of the group therapy and training based on the combined approach of acceptance and commitment along

* Corresponding Author: peyman.dousti@gmail.com



© 2024 The Author(s). This open access article is distributed under a Creative Commons Attribution (CC BY-NC) license.

DOI: <https://doi.org/10.22034/rip.2024.194127>

with schema therapy on impulsive behaviors and schema modes of people with borderline personality disorder.

Method

This was a semi-experimental study with a pretest-posttest design. The statistical population was all the clients of a psychological center in the fall and winter 2023, that 45 people with the diagnosis of BPD were screened through a clinical interview. The participants of this study were randomly assigned in three groups of 15 people; however, after a drop of some participants due to unwillingness to continue cooperation in research, the data of 36 people were analyzed in groups of 12 people. One of the experimental groups underwent group therapy intervention and the other group underwent training during 10 sessions of 120 minutes once a week. The control group did not receive any intervention until the end of the study. In order to keep the research blind, the participants in this research were unaware of the existence of other groups. They were invited to participate in the treatment group (for one of the experimental groups) and the training course (for the second experimental group) in a period of 75 days. Also, the people in the control group were asked to wait for two and a half months. In order to avoid creating bias in the process of interventions and keeping the other side of the research blind, the group leader and the instructor of the training course were different from each other. Due to the withdrawal of some volunteers, the data of 36 people were analyzed in 3 groups of 12 people. The experimental groups underwent 10 intervention sessions. Research instruments included the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) and the Schema Modes Questionnaire (SMQ). In order to analyze the data, multivariate covariance analysis was used.

Results

The findings showed that group therapy based on the combined approach of acceptance and commitment along with schema therapy was effective in the demanding (or critical) parent mode in people with borderline personality disorder ($P < 0.05$), but training was not effective ($P > 0.05$) in the angry child mode, avoidant protector mode, healthy adult mode and impulsive behaviors; both ways were effective in people with BPD ($P < 0.05$) and there was no significant difference ($P > 0.05$). Both ways were effective in the vulnerable child mode, impulsive child mode, happy child mode and demanding parent mode in people with BPD ($P < 0.05$), but group therapy suggested more effects than training.

Discussion and Conclusion

In the demanding parent mode in people with BPD, only group therapy based on the combined approach of acceptance and commitment along with schema therapy was effective and the training course had no effects on this variable; perhaps because in group therapy conditions, the conversations are exchanged among the group members and the people in a framework of self-monitoring with continuous feedback to each other. At the same time, there was no such situation in the training course and it was only the talks of a lecturer without group interaction of the individuals with each other.

Both the group therapy and the training ways based on the combined approach of acceptance and commitment along with schema therapy were effective in the vulnerable child mode, impulsive child mode, happy child mode and demanding parent mode in people with BPD, but group therapy had more effect than training. In this regard, it can be said that perhaps the best attitude towards people with borderline personality disorder is like abandoned children who are looking for a safe place. Regardless of the approach used in this research for intervention, group therapy gives people this space to find the safe place they were looking for.

In the angry child mode, avoidant protector mode, healthy adult mode and impulsive behaviors in people with BPD, both group therapy based on the combined approach of acceptance and commitment along with schema therapy and training ways were effective and there was no significant difference. Explaining this finding, it seems that in these variables, awareness has played a stronger role than the interaction of group members with each other.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: In order to comply with the principles of ethics in the research, general explanations about the research plan were given to the participants without mentioning the clinical diagnosis. In order to comply with the other ethical principles of the research, the people of the control group received the more effective intervention (treatment group) after two and a half months of waiting and completing the research. Also, this research did not involve any financial burden for the participants.

Funding: This research is a personal study without financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author and the second and third authors were the supervisor and advisor.

Conflict of interest: The authors declare no conflicts of interest.


Acknowledgements: Authors would like to acknowledge the people in the study.


Keywords: borderline personality disorder, acceptance and commitment therapy, schema therapy, impulsive behavior, schema modes.


Citation: Dousti, S., Dousti, P., & Yavari, A. H. (2024). Comparing the Effectiveness of the Group Therapy and Training Based on the Combined Approach of Acceptance and Commitment and Schema Therapy on Impulsiveness and Schema Modes of People with Borderline Personality Disorder. *Recent Innovations in Psychology*, 1(2), 58-71. <https://doi.org/10.22034/rip.2024.194127>

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی و آموزش با رویکرد تلفیقی پذیرش و تعهد با طرح‌واره‌درمانی بر تکانشگری و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

مقاله پژوهشی

شبنم دوستی  کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

پیمان دوستی  * استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

امیرحسین یآوری  دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی و دوره‌ی آموزشی با رویکرد تلفیقی پذیرش و تعهد با طرح‌واره‌درمانی بر تکانشگری و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل تمامی مراجعه‌کنندگان یک مرکز خدمات روان‌شناختی در پاییز و زمستان ۱۴۰۲ از طریق فراخوان به تعداد ۳۵۷ نفر بودند و به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر با تشخیص اختلال شخصیت مرزی طی مصاحبه بالینی غربالگری شدند. به دلیل انصراف برخی داوطلبین، داده‌های ۳۶ نفر در ۳ گروه ۱۲ نفری تحلیل شد. گروه‌های آزمایشی ۱۰ جلسه مداخله دریافت کردند. ابزارهای سنجش شامل مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) و پرسشنامه ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای (SMQ) بود. تحلیل داده‌ها با کوواریانس چند متغیری انجام شد. نتایج نشان داد در ذهنیت والد پرتوقع، گروه درمانی اثربخش بود ($P < 0/05$) اما دوره‌ی آموزشی اثربخشی نداشت ($P > 0/05$). در متغیرهای ذهنیت کودک عصبانی، محافظ بی‌تفاوت، بزرگسال سالم و رفتارهای تکانه‌ای، هر دو روش اثربخش بودند ($P < 0/05$) و اثربخشی روش‌ها تفاوت معناداری نداشت ($P > 0/05$). در متغیرهای ذهنیت کودک آسیب دیده، کودک تکانه‌ای، کودک شاد و والد تنبیه‌گر، هر دو روش اثربخش بودند ($P < 0/05$) اما گروه درمانی تأثیر بیشتری داشت. از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی و دوره آموزشی با رویکرد تلفیقی پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مفید است، اما گروه درمانی مزایای بیشتری برای این افراد دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره‌درمانی، رفتارهای تکانه‌ای، ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای

استناد: دوستی، شبنم، دوستی، پیمان، و یآوری، امیرحسین. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی و آموزش با رویکرد تلفیقی پذیرش و تعهد با طرح‌واره‌درمانی بر تکانشگری و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی*، ۱(۲)، ۷۱-۵۸. <https://doi.org/10.22034/rip.2024.194127>

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان است.

* نویسنده مسئول: peyman.dousti@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۰

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱، الگویی فراگیر از بی‌ثباتی در روابط بین فردی، نوسان سریع خلق، تصویر از خود شکننده و نقص در تنظیم هیجان است که در اوایل بزرگسالی شروع شده و در زمینه‌های مختلف زندگی نمایان می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این اختلال به طور نگران کننده‌ای هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت عمومی شیوع بالایی دارد (گنزالس-تورس، ۲۰۱۸) و شیوع آن در طول عمر بین ۱ تا ۳ درصد و در جمعیت عادی بین ۱/۴ تا ۵ درصد است (دونگ و همکاران، ۲۰۲۱) که باعث آسیب در زمینه‌های مختلف شناختی، هیجانی و عملکردی می‌شود (برنینگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ استراتون و همکاران، ۲۰۲۰). رایج‌ترین الگوی قابل مشاهده در اختلال شخصیت مرزی، ناپایداری و بی‌ثباتی مزمن رفتاری و هیجانی همراه با رفتارهای غیرقابل کنترل تکانشی است (الیسون و همکاران، ۲۰۱۸) که بدون در نظر گرفتن پیامدهای آن انجام می‌شود و معمولاً شتاب زده، با عجله و بدون برنامه ریزی هستند (استریکلند و جوهانسون، ۲۰۲۱). مواردی مانند بی‌قید و بندی‌های جنسی، و لخرچی‌های نسنجیده، رانندگی بی پروا، پر خوری، سو مصرف مواد و دزدی از فروشگاه‌ها، از جمله رفتارهای تکانشی می‌باشند (کاپلان گولس و همکاران، ۲۰۲۰). از دیگر عناصر تکانشگری می‌توان به فقدان برنامه ریزی، فوریت (عدم مقاومت در برابر تکانه‌های قوی، عمل بدون تفکر قبلی و بر اساس هیجان)، هیجان طلبی و فقدان پایداری اشاره کرد (هاینز و همکاران، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد آنچه با این تغییرات ناگهانی خلقی، هیجانی و رفتاری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در ارتباط است، مولفه‌هایی است که یانگ و همکاران (۲۰۰۶) به عنوان ذهنیت‌های طرحواره‌ای مطرح کرده‌اند.

ذهنیت‌های طرحواره‌ای در واقع مجموعه‌های یکپارچه‌ای از مولفه‌های رفتاری، هیجانی و شناختی یک یا چند طرحواره ناسازگار اولیه^۲ و راهبردهای مقابله‌ای هستند (ویرژیل زیگلر هیل و همکاران، ۲۰۱۱). در واقع به دلیل اینکه افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در هر لحظه از زمان ممکن است هیجان‌های متفاوتی را تجربه کنند، توجه به ذهنیت‌های طرحواره‌ای، گزینه‌ای مناسب می‌باشد (اسکاچ و همکاران، ۲۰۲۰). یانگ و همکاران (۲۰۰۶) انواع طرحواره‌ها را به عنوان زیر بنای ذهنیت‌های کودکانه، ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار، ذهنیت‌های والد ناکارآمد و ذهنیت‌های بزرگسال سالم مطرح کردند (مارتین و همکاران، ۲۰۱۹). این موضوع در حالی است که، یافته‌های پژوهشی دو مفهوم اصلی و ضروری در مفهوم سازی اختلال شخصیت مرزی را طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرحواره‌ای مطرح می‌کنند (باخ و فارل، ۲۰۱۸).

پژوهش‌ها نشان داده است که افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، با یک بی‌نظمی‌های هیجانی، اغلب با باورهای منفی در مورد خود دست و پنجه نرم می‌کنند که می‌تواند منجر به احساس شرم، مشکلات در روابط شخصی و رفتارهای تکانه‌ای خطرناک شود. دو دیدگاه نسبتاً متفاوت در کار با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی وجود دارد که یکی وزن قابل توجهی به تجارب اولیه زندگی می‌دهد (باخ و فارل، ۲۰۱۸) و دیگری به دنبال تغییر واکنش‌های افراد به تجارب با در نظر گرفتن آنچه در لحظه کنونی رخ می‌دهد و تغییر رفتار در جهت ارزش‌ها است (زوریتا اونا، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ (ACT) به رویکرد دوم تعلق دارد و به خودنظم بخشی، شناسایی و دنبال کردن ارزش‌های اساسی زندگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به همراه پاسخ‌های متفاوت

1. Border line personality disorder
2. Early Maladaptive Schema
3. Acceptance and commitment therapy

دادن به تجارب روان‌شناختی‌شان کمک می‌کند (زوریتا اونا، ۲۰۲۰). هرچند این دو دیدگاه نسبتاً متفاوت به نظر می‌رسند، اما امروزه برخی مطالعات از یک درمان تلفیقی طرحواره‌درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حمایت می‌کنند (آمارو و همکاران، ۲۰۱۰؛ گوجانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ گرکوچی و همکاران، ۲۰۱۸).

درمان تلفیقی طرحواره‌درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عنوان می‌کند که طرحواره‌ها از طریق واکنش‌های جسمانی، افکار، عواطف، گرایش‌های کنشی آشکار می‌شوند و از سوی دیگر تلاش برای تغییر رابطه بین فرد و این تجربیات خصوصی از طریق استفاده از ذهن آگاهی، مفاهیم فلسفی و تکنیک‌های برگرفته از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رخ می‌دهد (کوزینو و تان-لان، ۲۰۱۳). بر اساس آنچه پیش‌تر بیان شد، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای رفتارهای تکانه‌ای می‌باشند که به زندگی فردی و اجتماعی آنها آسیب وارد می‌کند (استریکلند و جوهانسون، ۲۰۲۱) و نوسان‌های لحظه‌ای را تجربه می‌کنند که از مولفه‌های رفتاری، هیجانی و شناختی خاصی به عنوان ذهنیت‌های طرحواره‌ای تشکیل شده است (یانگ، ۲۰۰۶). لذا مداخله روان‌شناختی برای این گروه که ممکن است این افراد مشکلاتی را در زندگی شخصی و اجتماعی خود تجربه کنند، اهمیت دارد.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند برای رفتارهای تکانه‌ای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، هیچ درمانی به تنهایی اثربخش نیست و استفاده از رویکرد تلفیقی برای این افراد اهمیت پیدا می‌کند (ستکوسکی و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها از این ایده که استفاده از درمان‌های ترکیبی برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مفیدتر از درمان‌های غیر ترکیبی است، حمایت می‌کنند (آرنتر و همکاران، ۲۰۲۲؛ ستکوسکی و همکاران، ۲۰۲۳). استفاده از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره‌درمانی به این دلیل که از دو جنبه یعنی تجاربی که از گذشته حمل می‌شوند و اکنون فعال شده‌اند و نحوه واکنش ما به این تجارب به شیوه‌ای آگاهانه توأم با دنبال کردن زندگی مبتنی بر ارزش‌ها حمایت می‌کند (گوجانی و همکاران، ۲۰۱۷)، می‌تواند به اهمیت این مداخله روان‌شناختی اضافه کند. از سوی دیگر در گروه درمانی، افراد با یکدیگر تعامل دارند و تجارب خود را از مواردی چون گروه، فاصله بین جلسات و همچنین تعامل‌شان با یکدیگر، به اشتراک می‌گذارند (دوستی و همکاران، ۱۳۹۷)، درحالی که در دوره‌ی آموزشی، اعضا نقش پررنگی در تعامل با یکدیگر ندارند و آموزش دهنده نقش فعال‌تری بازی می‌کند. لذا مقایسه‌ی این درمان تلفیقی به شکل اجرای گروه درمانی و دوره‌ی آموزشی از این جنبه ضروری به نظر می‌رسد که متوجه شویم تعاملات اعضای جامعه‌ای چون افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با یکدیگر می‌تواند به اثربخشی بیشتر روش‌های درمانی کمک کند، یا صرفاً دریافت آموزش‌ها از طریق یک آموزش دهنده، می‌تواند برای این افراد مفید باشد. لذا این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان گروهی الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی با اجرای همین الگو به شیوه‌ی دوره‌ی آموزشی بر تکانشگری و ذهنیت‌های طرحواره‌ای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تفاوت وجود دارد؟

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه‌ی مراجعه‌کنندگان به یک مرکز روان‌شناسی در شهر تهران بودند که از طریق فراخوان در پاییز و زمستان ۱۴۰۲ به پژوهش دعوت شدند. از جامعه مذکور، به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر با تشخیص اختلال شخصیت مرزی طی مصاحبه بالینی بر اساس DSM 5-TR غربالگری شدند. شایان ذکر است، از آنجایی که اختلال شخصیت مرزی به ندرت به تنهایی تشخیص داده می‌شود، لذا کنترل اختلالات همزمان در این

مطالعه امکان‌پذیر نبود و صرفاً با گمارش تصادفی تلاش شد تا تأثیر این متغیر ناخواسته به حداقل ممکن برسد. شرکت کنندگان به شیوه‌ی تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گمارش شدند؛ اما پس از ریزش شرکت کنندگان به دلیل عدم تمایل برای ادامه همکاری در پژوهش، داده‌های ۳۶ نفر در گروه‌های ۱۲ نفری تحلیل شد.

یکی از گروه‌های آزمایشی تحت مداخله گروه درمانی و گروه دیگر تحت آموزش طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار قرار گرفتند. گروه کنترل تا پایان پژوهش، مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور کور نگه داشتن پژوهش، شرکت کنندگان در این پژوهش از وجود گروه‌های دیگر بی اطلاع بودند و از آنها دعوت شد تا در یک بازه زمانی ۷۵ روزه در گروه درمانی (برای یکی از گروه‌های آزمایش) و دوره‌ی آموزشی (برای گروه آزمایش دوم) شرکت کنند. همچنین از افراد گروه کنترل خواسته شد تا به مدت دو ماه و نیم منتظر بمانند. از افراد شرکت کننده در پژوهش درخواست شد تا یک بار در ابتدای پژوهش و یک بار پس از مداخلات، به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دهند. جهت جلوگیری از ایجاد سوگیری در روند مداخلات و کور نگه داشتن سوی دیگر پژوهش، رهبر گروه و آموزش دهنده دوره‌ی آموزشی با یکدیگر متفاوت بودند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال شخصیت مرزی، عدم دریافت هیچ مداخله روان‌شناختی یا دارویی دیگری طی ۵ ماه گذشته، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل برای ادامه‌ی همکاری در پژوهش، دریافت مداخله روان‌شناختی یا دارویی دیگر حین جلسات و غیبت بیش از دو جلسه بود. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، توضیحاتی کلی در خصوص طرح پژوهش و بدون ذکر تشخیص بالینی به شرکت کنندگان داده شد. علاوه بر آن افراد گروه کنترل پس از دو ماه و نیم انتظار و اتمام پژوهش، مداخله‌ی اثربخش‌تر را دریافت کردند. این پژوهش هیچ گونه بار مالی برای شرکت کنندگان نداشت. جهت گردآوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

ویرایش یازدهم مقیاس تکانشگری بارت^۱ (BIS-11): این مقیاس توسط پاتون و همکاران (۱۹۹۵) تدوین شده و با ۳۰ عبارت، سه خرده مقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه ریزی را می‌سنجد. نمره‌گذاری این عبارت‌ها در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) صورت می‌گیرد. در مطالعه اصلی ضریب آلفای کرونباخ، برای تکانشگری شناختی، حرکتی و عدم برنامه ریزی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۷ و ۰/۷۰ بوده و برای کل مقیاس ۰/۷۷ بدست آمد. در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) روایی عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی را تأیید کرد. ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ، برای عامل تکانشگری شناختی ۰/۸۷، برای عامل تکانشگری حرکتی ۰/۷۹، برای عامل عدم برنامه ریزی ۰/۷۴ و برای نمرات کل ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه ذهنیت‌های طحوااره‌ای^۲ (SMQ): این پرسشنامه توسط صلواتی و یکه یزدان دوست (۱۳۸۹) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۲۴ عبارت است که در طیف لیکرت شش درجه‌ای از هیچ وقت (۱) تا همیشه (۶) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در هر ذهنیت نشانگر حاکمیت آن ذهنیت بر سیستم پردازش اطلاعات فرد است. روایی این پرسشنامه با استفاده از روش اتفاق نظر متخصصین، مطلوب گزارش شده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد.

1. The Barratt impulsiveness scale (BIS-11)
2. Schema Modes Questionnaire (SMQ)

خلاصه جلسات درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر گرفته از الگوی دوستی و همکاران (۱۴۰۲)، در جدول ۱ آورده شده است. این مداخله برای یکی از گروه‌های آزمایش به شکل گروه درمانی و در گروه آزمایش دیگر به شکل دوره‌ی آموزشی اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه شرح جلسات

جلسه	شرح
اول	آشنایی با مفهوم طرحواره و توضیح درباره طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اینکه چطور آنها پیرامون نیازهای به اندازه‌ی کافی خوب ارضا نشده‌ی زندگی ما شکل می‌گیرند.
دوم	آشنایی با مفهوم تکرار شونده‌ی طرحواره‌های ناسازگار و اینکه چطور ما را در موقعیت‌های تکرار قرار می‌دهند. آشنایی با ذهنیت‌های طرحواره‌ای به عنوان نوسان‌های لحظه‌ای مرتبط با طرحواره‌های زیربنایی آنها.
سوم	انجام تمرین‌هایی جهت پرورش بزرگسال سالم و محدودیت‌گزینی برای ذهنیت‌های ناکارآمد. دادن تمرین‌های منزل پیرامون مباحث مطرح شده.
چهارم	توضیح اختصاصی درباره ذهنیت‌های کودک تکانه‌ای و محافظ بی‌تفاوت. انجام تمرین‌هایی جهت ملاقات ذهنیت بزرگسال سالم با ذهنیت کودک تکانه‌ای. یادگیری تمرین‌هایی جهت تشخیص مداوم ذهنیت‌ها در لحظه و آگاهی از موقعیت‌های فعال ساز هر ذهنیت.
پنجم	آشنایی با مفهوم پذیرش تجارب روان‌شناختی و گفتگو درباره اینکه چطور تلاش‌های ما برای اجتناب از افکار و احساس‌هایمان می‌تواند دردسرهای بیشتری برای ما ایجاد کند. همچنین رفتارهای تکانه‌ای به عنوان یک راهبرد اجتناب از تجارب معرفی شد و تمرین‌هایی جهت پذیرش تجارب روانی به جای اجتناب از آنها داده شد.
ششم	آشنایی با تمرین‌های غیر رسمی مایندفولنس مانند تمرین ACE که به افراد برای تنظیم هیجان و آگاهی مداوم از تجارب روان‌شناختی حال حاضر و بدن‌شان و همچنین برگشت به لحظه حال کمک می‌کند. افراد با آگاهی به تازگی کسب کرده، یک بار دیگر به ذهنیت کودک آسیب دیده‌ی خود رسیدگی می‌کنند و مراقبت و حمایت لازم را به کودک آسیب دیده می‌دهند.
هفتم	آشنایی با مفهوم ارزش‌ها و یادگیری اینکه چطور آنها می‌توانند به عنوان یک سبک زندگی باشند. تفاوت ارزش‌ها با اهداف بررسی شد و قرار شد تا اعضا فقط یک حوزه از زندگی را انتخاب کنند تا فعلاً روی آن کار کنند و پس از آنکه به اندازه‌ی کافی مهارت کسب کردند، کار کردن روی دیگر حوزه‌های زندگی را شروع کنند.
هشتم	یادگیری هدف‌گذاری‌های هوشمندانه (SMART) و اینکه چطور آنها را می‌توان به قدم‌های کوچک رفتاری تبدیل کرد. بررسی دوباره اینکه چطور ما می‌توانیم با آگاهی بیشتر از خودمان و تجارب‌مان، بدون جنگیدن با آنها و تلاش برای اجتناب، درخصوص رفتارهای تکانه‌ای مان خود کنترلی داشته باشیم و اعمال خراب‌کننده زندگی را به مرور کنار بگذاریم.
نهم	گفتگو درباره این موضوع که تغییرات به کندی و به تدریج رخ می‌دهند و ممکن است ما تا مدتی تمایل داشته باشیم همچنین به شیوه‌های گذشته رفتار کنیم. یادآوری اینکه بازگشت کاملاً طبیعی است و ممکن است ما بارها دوباره به همان شیوه‌های قبلی رفتار کنیم، اما اکنون ما ابزار آگاهی را داریم و دوباره تلاش می‌کنیم تا خودمان را در مسیر ارزش‌هایمان بازگردانیم. مرور جلسات گذشته.
دهم	مرور جلسات گذشته و پایان جلسات.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها، در سطح توصیفی از فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره و به منظور مقایسه زوجی از تحلیل بن فرونی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده با نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش اول (گروه درمانی) ۲۸/۳ با انحراف معیار ۱/۲۳، در گروه آزمایش دوم (دوره‌ی آموزشی) ۲۹/۱ با انحراف معیار ۱/۱۸ و در گروه کنترل ۲۸/۷ با انحراف معیار ۱/۳۲ بود. در گروه آزمایش اول (گروه درمانی)، ۶۶/۷ درصد، در گروه آزمایش دوم (دوره‌ی آموزشی) ۷۵ درصد و در گروه کنترل ۷۵ درصد شرکت کنندگان را زنان تشکیل می‌دادند. در گروه آزمایش اول (گروه درمانی)، آزمایش دوم (دوره‌ی

آموزشی) و کنترل به ترتیب ۳۳/۳ درصد، ۴۱/۷ درصد و ۵۸/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی بودند. سایر افراد تحصیلات تکمیلی داشتند. شاخص‌های توصیفی متغیرها در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	گروه درمانی		دوره‌ی آموزشی		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ذهنیت کودک آسیب دیده	پیش آزمون	۴۰/۶۶	۲/۴۹	۳۸/۴۱	۱/۴۴	۴۱/۴۱
	پس آزمون	۳۳/۵۸	۲/۸۴	۳۳/۶۶	۱/۹۶	۴۱/۰۸
ذهنیت کودک عصبانی	پیش آزمون	۳۷/۷۵	۱/۰۵	۳۶/۵۰	۱/۶۷	۳۶/۴۱
	پس آزمون	۳۲/۹۱	۱/۳۱	۳۲/۵۰	۱/۵۶	۳۶/۰۸
ذهنیت کودک تکانه‌ای	پیش آزمون	۳۲/۱۶	۲/۷۹	۳۰/۱۶	۲/۶۲	۳۳/۷۵
	پس آزمون	۲۷/۰۸	۱/۵۶	۲۸/۱۶	۱/۹۹	۳۳/۰۰
ذهنیت کودک شاد	پیش آزمون	۲۶/۹۱	۱/۷۸	۲۶/۶۶	۱/۸۷	۲۷/۴۱
	پس آزمون	۳۳/۴۱	۱/۹۷	۳۰/۴۱	۲/۴۲	۲۷/۵۸
ذهنیت محافظ بی تفاوت	پیش آزمون	۳۰/۵۰	۱/۱۶	۳۰/۷۵	۱/۹۵	۳۰/۶۶
	پس آزمون	۲۶/۰۰	۰/۸۵	۲۷/۳۳	۲/۰۱	۳۰/۲۵
ذهنیت والد تنبیه‌گر	پیش آزمون	۲۹/۴۱	۲/۲۷	۳۱/۲۵	۲/۴۵	۲۹/۰۸
	پس آزمون	۲۳/۵۰	۱/۹۳	۲۷/۵۰	۱/۷۸	۲۸/۷۵
ذهنیت والد پر توقع	پیش آزمون	۳۳/۱۶	-/۹۳	۳۱/۱۶	۱/۴۶	۳۱/۹۱
	پس آزمون	۲۹/۱۶	۱/۱۹	۳۰/۰۰	۱/۴۷	۳۱/۳۳
ذهنیت بزرگسال سالم	پیش آزمون	۲۸/۸۳	۱/۸۹	۲۸/۸۳	۱/۴۰	۲۸/۵۸
	پس آزمون	۳۴/۶۶	۳/۵۵	۳۲/۵۰	۱/۳۱	۲۸/۰۰
رفتارهای تکانه‌ای	پیش آزمون	۹۱/۲۵	۲/۸۶	۸۹/۹۱	۲/۸۴	۸۸/۹۱
	پس آزمون	۸۳/۰۰	۳/۱۹	۸۵/۶۶	۳/۲۵	۸۸/۵۸

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. کمترین نمره‌ی آماره ۰/۷۸ و بیشتر نمره‌ی آماره ۰/۹۶ بود ($P > ۰/۰۵$). در بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که کمترین آماره ۰/۰۸ و بیشترین آماره ۱/۴۷ بود ($P > ۰/۰۵$). همچنین بررسی شیب خط رگرسیون نشان داد بین پیش آزمون و مداخلات صورت گرفته در متغیرهای پژوهش تعاملی وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). آزمون ام. باکس نیز نشان داد که همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس محقق شده است ($P > ۰/۰۵$). آزمون لامبدای ویلکز نیز نشان داد که در حداقل یکی از متغیرها تفاوت معناداری میان گروه‌ها وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۳ آورده شده است. جدول ۳ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی، منجر به تفاوت معنادار در متغیرها بین گروه‌ها شده است ($P < ۰/۰۱$). به منظور مقایسه‌ی زوجی و پیدا کردن درمان اثربخش‌تر، از تحلیل بن فرونی استفاده شد (جدول ۴).

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر ذهنیت والد پرتوقع، گروه درمانی اثربخش بود ($P < ۰/۰۵$) درحالی که دوره‌ی آموزشی برای متغیر ذهنیت والد پرتوقع، اثربخشی نداشت ($P > ۰/۰۵$). در متغیرهای ذهنیت کودک آسیب دیده، کودک تکانه‌ای، کودک شاد و والد تنبیه‌گر، هر دو روش اثربخش هستند ($P < ۰/۰۵$) اما بین اثربخشی آنها تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) و گروه درمانی اثر بیشتری نسبت به دوره‌ی آموزشی بر این متغیرها داشته است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزور	آماره F	سطح معناداری	مجزور اتای سهمی
پیش آزمون	ذهنیت کودک آسیب دیده	۴۳/۸۳	۱	۴۳/۸۳	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵
عضویت گروهی		۱۹۶/۹۰	۲	۹۸/۴۵	۶۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴
پیش آزمون	ذهنیت کودک عصبانی	۳۹/۸۵	۱	۳۹/۸۵	۶۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳
عضویت گروهی		۷۵/۲۶	۲	۳۷/۶۳	۶۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴
پیش آزمون	ذهنیت کودک تکانه‌ای	۷۵/۵۱	۱	۷۵/۵۱	۹۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰
عضویت گروهی		۷۴/۹۹	۲	۳۷/۰۰	۴۷/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹
پیش آزمون	ذهنیت کودک شاد	۵۸/۷۲	۱	۵۸/۷۲	۳۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸
عضویت گروهی		۱۹۰/۸۷	۲	۹۵/۴۳	۵۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱
پیش آزمون	ذهنیت محافظ بی تفاوت	۴۴/۴۹	۱	۴۴/۴۹	۴۹/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷
عضویت گروهی		۶۳/۴۲	۲	۳۱/۷۱	۳۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴
پیش آزمون	ذهنیت والد تنبیه گر	۵۶/۳۶	۱	۵۶/۳۶	۴۷/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶
عضویت گروهی		۸۵/۲۵	۲	۴۲/۶۲	۳۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵
پیش آزمون	ذهنیت والد پر توقع	۲۸/۶۳	۱	۲۸/۶۳	۳۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷
عضویت گروهی		۲۴/۷۶	۲	۱۲/۳۸	۱۳/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳
پیش آزمون	ذهنیت بزرگسال سالم	۳۲/۳۳	۱	۳۲/۳۳	۹/۳۸	۰/۰۰۵	۰/۲۸
عضویت گروهی		۱۱۷/۹۳	۲	۵۸/۹۶	۱۷/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
پیش آزمون	رفتارهای تکانه‌ای	۱۱۴/۸۲	۱	۱۱۴/۸۲	۲۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱
عضویت گروهی		۱۵۶/۶۶	۲	۷۸/۳۳	۱۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹

همچنین در متغیرهای ذهنیت کودک عصبانی، محافظ بی تفاوت، ذهنیت بزرگسال سالم و رفتارهای تکانه‌ای، هر دو روش اثربخش بودند ($P < ۰/۰۵$) اما بین اثربخشی آنها تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی و دوره‌ی آموزشی بر پایه رویکرد تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر تکانشگری و ذهنیت‌های طرحواره‌ای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که در متغیر ذهنیت والد پر توقع، فقط گروه درمانی اثربخش بود و دوره‌ی آموزشی اثر معناداری بر این متغیر نداشت. پیشینه پژوهشی مورد بررسی نشان داد که تاکنون پژوهشی مشابه پژوهش حاضر انجام نشده است، با این حال، یافته‌های این پژوهش از حیث اثربخشی درمان‌های ترکیبی برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با یافته‌های پژوهش آرتنز و همکاران (۲۰۲۲) و ستکوسکی و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ذهنیت والد پر توقع از منفی‌ترین سبک‌های فرزندپروری والدین است که در درون فرد نهادینه می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). در چنین شرایطی فرد تصور می‌کند که کمال‌گرایی و ویژگی خوبی است و همواره در طول زندگی خود آن را تقویت می‌کند؛ چرا که در مواردی از سمت جامعه نیز به عنوان یک ویژگی مثبت از آن یاد شده است. هنگامی که فرد در شرایط گروه درمانی قرار می‌گیرد، به واسطه گفتگوهایی که بین اعضای گروه رد و بدل می‌شود و هدایت‌هایی که از سمت رهبر گروه بیان می‌شود، افراد در یک چهارچوب خود نظارتی و بازخوردهای پیوسته به یکدیگر، توانسته‌اند تا حدی به ذهنیت والد پر توقع خود فایق آیند و تا اندازه‌ای خودشان را از دام کمال‌گرایی بیرون بکشند. در عین حال، چنین شرایطی در دوره‌ی آموزشی وجود نداشته است و صرفاً صحبت‌های مدرس بدون تعامل گروهی افراد با یکدیگر، نمی‌توانسته است برای غلبه بر ذهنیتی که برای سال‌ها

جدول ۴. مقایسه‌های زوجی با آزمون بن فرونی

متغیر	گروه مینا	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
ذهنیت کودک آسیب دیده	گروه درمانی	گروه کنترل	-۷/۸۷	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	دوره‌ی آموزشی	گروه کنترل	-۴/۷۴	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	گروه درمانی	دوره‌ی آموزشی	-۳/۱۲	۰/۷۹	۰/۰۰۲
ذهنیت کودک عصبانی	گروه درمانی	گروه کنترل	-۴/۴۹	۰/۴۴	۰/۰۰۱
	دوره‌ی آموزشی	گروه کنترل	-۳/۹۱	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	گروه درمانی	دوره‌ی آموزشی	-۰/۵۸	۰/۵۰	۰/۵۹۲
ذهنیت کودک تکانه‌ای	گروه درمانی	گروه کنترل	-۴/۸۹	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	دوره‌ی آموزشی	گروه کنترل	-۲/۵۰	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	گروه درمانی	دوره‌ی آموزشی	-۲/۳۹	۰/۵۷	۰/۰۰۱
ذهنیت کودک شاد	گروه درمانی	گروه کنترل	۷/۷۴	۰/۷۵	۰/۰۰۱
	دوره‌ی آموزشی	گروه کنترل	۴/۷۱	۰/۸۰	۰/۰۰۱
	گروه درمانی	دوره‌ی آموزشی	۳/۰۳	۰/۸۶	۰/۰۰۵
ذهنیت محافظ بی تفاوت	گروه درمانی	گروه کنترل	-۴/۳۵	۰/۵۴	۰/۰۰۱
	دوره‌ی آموزشی	گروه کنترل	-۳/۱۰	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	گروه درمانی	دوره‌ی آموزشی	-۱/۲۴	۰/۶۱	۰/۱۵۵
ذهنیت والد تنبیه گر	گروه درمانی	گروه کنترل	-۵/۱۷	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	دوره‌ی آموزشی	گروه کنترل	-۳/۱۸	۰/۶۵	۰/۰۰۱
	گروه درمانی	دوره‌ی آموزشی	-۱/۹۸	۰/۷۰	۰/۰۲۹
ذهنیت والد پر توقع	گروه درمانی	گروه کنترل	-۲/۸۱	۰/۵۴	۰/۰۰۱
	دوره‌ی آموزشی	گروه کنترل	-۰/۷۵	۰/۵۷	۰/۴۹۱
	گروه درمانی	دوره‌ی آموزشی	-۲/۰۵	۰/۶۱	۰/۰۰۸
ذهنیت بزرگسال سالم	گروه درمانی	گروه کنترل	۵/۴۸	۱/۰۶	۰/۰۰۱
	دوره‌ی آموزشی	گروه کنترل	۵/۱۱	۱/۱۲	۰/۰۰۱
	گروه درمانی	دوره‌ی آموزشی	۰/۳۷	۱/۲۰	۰/۹۸۶
رفتارهای تکانه‌ای	گروه درمانی	گروه کنترل	-۶/۹۱	۱/۲۱	۰/۰۰۱
	دوره‌ی آموزشی	گروه کنترل	-۴/۶۸	۱/۲۸	۰/۰۰۴
	گروه درمانی	دوره‌ی آموزشی	-۲/۲۲	۱/۳۷	۰/۳۱۶

توسط فرد و احتمالاً والدینش تقویت شده است و همواره در جامعه از آن به عنوان یک ویژگی مثبت یاد شده است، اثربخش باشد.

سایر یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در متغیرهای ذهنیت کودک آسیب دیده، کودک تکانه‌ای، کودک شاد و والد تنبیه گر، هرچند هر دو روش اثربخش هستند، اما گروه درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به دوره‌ی آموزشی داشته است. هرچند مطالعه مشابه دیگری در پیشینه یافت نشد، اما این یافته از حیث مفید بودن درمان پذیرش و تعهد برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با یافته زوریتا اونا (۲۰۲۲)، از حیث مفید بودن طرحواره درمانی برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با یافته باخ و فارل (۲۰۱۸) و از حیث اثربخشی درمان‌های ترکیبی برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، با یافته‌های آرنتر و همکاران (۲۰۲۲) و ستکوسکی و همکاران (۲۰۲۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، شاید در بهترین نگرش، افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مانند کودکانی رها شده هستند که به دنبال نقطه امنی می‌گردند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). فارغ از رویکرد مورد استفاده در این پژوهش برای مداخله، گروه درمانی این فضا را به افراد می‌دهد تا همان نقطه‌ی امنی که به دنبال آن بودند را پیدا کنند. در واقع، ذهنیت‌های کودک آسیب دیده و تکانه‌ای، همان ذهنیت‌هایی هستند که به دلیل بد ارضا

شدن برخی نیازهای عاطفی اولیه در فرد شکل گرفته‌اند که حضور در گروه درمانی تا اندازه‌ای می‌تواند آن نیازهای بد ارضا شده را التیام بخشد؛ این همان چیزی است که در دوره‌ی آموزشی به اندازه‌ی گروه درمانی اتفاق نمی‌افتد، هرچند که حضور در همان کلاس آموزشی هم تا اندازه‌ای فضای امن مورد نیاز افراد را تأمین می‌کند، اما نه به اندازه‌ی آنچه در گروه درمانی رخ می‌دهد. زمانی که نیازهای کودکانه‌ی فرد در حال ارضا شدن باشند، ذهنیت کودک شاد نیز، پرورش پیدا می‌کند و هرچه بیشتر این نیازها ارضا شوند، کودک شاد بیشتر رشد می‌کند. به نظر می‌رسد گروه درمانی فضای مناسب‌تری را برای ارضای این نیازهای عاطفی فراهم می‌کند. در خصوص ذهنیت والد تنبیه‌گر نیز، وضعیت به صورت مشابهی است و به نظر می‌رسد تعامل هرچه بیشتر اعضای گروه با یکدیگر، کمک بیشتری به کنار گذاشتن خود انتقادی‌ها و خودسرزنی‌های اعضای گروه کرده باشد.

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که در متغیرهای ذهنیت کودک عصبانی، محافظ بی تفاوت، ذهنیت بزرگسال سالم و رفتارهای تکانه‌ای، هر دو روش اثربخش بودند و بین اثربخشی آنها تفاوت معناداری وجود نداشت. در تبیین این یافته به نظر می‌رسد در ذهنیت‌های کودک عصبانی، محافظ بی تفاوت، بزرگسال سالم و رفتارهای تکانه‌ای، آگاهی نقش پررنگ‌تری نسبت به تعامل اعضای گروه با یکدیگر داشته است. در واقع با توجه به اینکه در هر دو روش اجرا، آموزش‌های آگاهی بخشی نیز وجود داشته است، این متغیرها در این دو روش تفاوت معناداری نداشته‌اند. لذا به نظر می‌رسد در متغیرهایی که تعامل افراد با یکدیگر اهمیت بیشتری داشته‌اند، گروه درمانی اثربخشی بیشتری داشته است، در حالی که در متغیرهایی تعامل چندانی نداشته و صرفاً آگاهی اهمیت پیدا می‌کند، هر دو روش اثربخشی نسبتاً یکسانی به همراه داشته‌اند.

این پژوهش مانند دیگر مطالعات، دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله این محدودیت‌ها آن بود که اختلال شخصیت مرزی به ندرت به تنهایی تشخیص داده می‌شود و معمولاً اختلالات همزمان به همراه دارد، اما در این پژوهش کنترل اختلالات همزمان امکان پذیر نبود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود چنانچه بتوانند این پژوهش را با نمونه‌های بزرگتر انجام دهند، ممکن است امکان غربالگری دقیق‌تر افراد حاضر در پژوهش و کنترل اختلالات همزمان فراهم گردد. در کاربرد یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد، استفاده از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طر حواره درمانی، چه به صورت اجرای گروهی و چه به شیوه‌ی دوره‌ی آموزشی، می‌تواند مسیرهای روشنی برای کمک بیشتر به افراد دارای اختلال شخصیت مرزی فراهم کند.

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، توضیحاتی کلی در خصوص طرح پژوهش و بدون ذکر تشخیص بالینی به شرکت کنندگان داده شد. افراد گروه کنترل پس از دو ماه و نیم انتظار و اتمام پژوهش، مداخله‌ی اثربخش‌تر (گروه درمانی) را دریافت کردند. این پژوهش هیچ گونه بار مالی برای شرکت کنندگان در بر نداشت.

حمایت مالی و سپاسگزاری

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی انجام شده است. همچنین بدین وسیله از تمام شرکت کنندگان در این پژوهش، کمال قدردانی را داریم.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- جاوید، محبوبه، محمدی، نوراله، و رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۸)، ۳۲-۲۱. URL: <https://dori.net/dor/20.1001.1.22285516.1391.2.8.2.1>
- دوستی، پگاه، دوستی، پیمان، و یاوری، امیرحسین. (۱۴۰۲). اثربخشی مدل تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۱۱)، ۱۷۰-۱۶۱. URL: <https://frooyesh.ir/article-1-4861-fa.html>
- دوستی، پیمان، قدرتی، گلناز، و ابراهیمی، محمداسماعیل. (۱۳۹۷). *راهنمای درمان گروهی بر اساس پذیرش و تعهد درمانی*. تهران: انتشارات امین نگار URL: <https://elmnet.ir/doc/31546199-26502>
- صلواتی، مژگان، و یکه یزدان دوست، رخساره. (۱۳۸۹). *طرح‌واره درمانی (راهنمای ویژه متخصصان روانشناسی بالینی)*. تهران: دانژه. URL: https://elmnet.ir/doc/31717050-60204?elm_num=1

References

- Amaro, H., Magno-Gatmaytan, C., Meléndez, M., Cortés, D. E., Arevalo, S., & Margolin, A. (2010). Addiction treatment intervention: An uncontrolled prospective pilot study of spiritual self-schema therapy with Latina women. *Substance Abuse*, 31(2), 117-125. <https://doi.org/10.1080/08897071003641602>
- American Psychiatric Association. (2022). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM 5-TR)*, American Psychiatric Association: Washington. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Arntz, A., Gitta A. Lee, C. W., Manon Brand-de Wilde, O., Fassbinder, E., Harper, P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I. A., Ruths, F. A., Schweiger, U., Shaw, I. A., Zarbock, G., & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 287-299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
- Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry research*, 259, 323-329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.039>
- Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(96\)00175-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(96)00175-8)
- Brenning, K.M., De Clercq, B., Wille, B., Vergauwe, J. (2020). Towards a fine-grained analysis of the link between borderline personality pathology and job burnout: Investigating the association with work-family conflict. *Personality and Individual Differences*, 162, 110030. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2020.110030>
- Cousineau, P., Thanh-Lan, N. (2013). Schema therapy - ACT – mindfulness. *Sante Ment Que*, 38(2), 195-213. <https://doi.org/10.7202/1023996ar>
- Dong, H., Wang, M., Zheng, H., Zhang, J., & Dong, GH. (2021). The functional connectivity between the prefrontal cortex and supplementary motor area moderates the relationship between internet gaming disorder and loneliness. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 108, 110154. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110154>
- Dousti, P., Dousti, P., & Yavari, A. (2024). The effectiveness of the integrated model of acceptance and commitment and schema therapy on the feeling of loneliness and social problem solving of people with Prolonged Grief Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(11), 161-170 (In Persian). URL: <https://frooyesh.ir/article-1-4861-fa.html>
- Dousti, P., Ghodrati, G., & Ebrahimi, M. (2018). *A guide to group therapy based on acceptance and commitment therapy*, Amin Negar Publications: Tehran (In Persian). URL: <https://elmnet.ir/doc/31546199-26502>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Gojani, P. J., Masjedi, M., Khaleghipour, S., & Behzadi, E. (2017). Effects of the schema therapy and mindfulness on the maladaptive schemas hold by the psoriasis patients with the psychopathology symptoms. *Advanced biomedical research*, 6(1), 4. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.190988>

- Gonzalez-Torres, M. A. (2018). Psychodynamic psychotherapies for borderline personality disorders. Current developments and challenges ahead. *BJPsych International*, 15(1), 12-14. <https://doi.org/10.1192%2Fbjpi.2017.7>
- Grecucci, A., Messina, I., & Dadomo, H. (2018). Decoupling Internalized Dysfunctional Attachments: A Combined ACT and Schema Therapy Approach, *Frontiers in Psychology*, 9, 1-3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02332>
- Heinz, A. J., Bui, L., Thomas, K. M., & Blonigen, D. M. (2015). Distinct facets of impulsivity exhibit differential associations with substance use disorder treatment processes: A cross-sectional and prospective investigation among military veterans. *Journal of substance abuse treatment*, 55, 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.02.005>
- Javid, M., Mohammadi, N., & Rahimi, C. (2012). Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). *Psychological Models and Methods*, 2(8), 23-34 (In Persian). URL:<https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1391.2.8.2.1>
- Kaplan, B., Yazici Gulec, M., Gica, S., & Gulec, H. (2020). The association between neurocognitive functioning and clinical features of borderline personality disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 503-509. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0752>
- Martin, K., Horn, M., & Wilensky, U. (2019). Prevalence of Direct and Emergent Schema and Change after Play. *Informatics in Education*, 18 (1), 183-212. <https://doi.org/10.15388/infedu.2019.09>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1)
- Salavati, M., Yeke Yazdan Dost, R. (2010), *Therapy Schema (special guide for clinical psychologists)*, Danje Publications, first edition (In Persian). https://elmnet.ir/doc/31717050-60204?elm_num=1
- Schaich, A., Braakmann, D., Richter, A., Meine, C., Assmann, N., Köhne, S., ... & Fassbinder, E. (2020). Experiences of patients with borderline personality disorder with imagery rescripting in the context of schema therapy—A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 550833. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.550833>
- Setkowski, K., Palantza, C., Van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., Cristea, I. A., Noma, H., Furukawa, T. A. Arntz, A., Van, B., Anton, J. L. & Cuijpers, P. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53, 3261–3280. <https://doi.org/10.1017/S0033291723000685>
- Stratton, N., Mendoza Alvarez, M., Labrish, C., Barnhart, R., & McMain, S. (2020). Predictors of dropout from a 20-week dialectical behavior therapy skills group for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 34(2), 216-230. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_391
- Strickland, J. C., & Johnson, M. W. (2021). Rejecting impulsivity as a psychological construct: A theoretical, empirical, and sociocultural argument. *Psychological review*, 128(2), 336–361. <https://doi.org/10.1037/rev0000263>
- Virgil Zeigler-Hill, V., Z., Green, B., Arnau, R.C., Sisemore, T., B., & Myers, E.M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 31-103. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.07.004>
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2006), *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press; Nov 1. URL: <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>
- Zurita Ona, P. (2020). *Acceptance & commitment therapy for borderline personality disorder: A flexible treatment plan for clients with emotion dysregulation*. Context Press/New Harbinger Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2021-08392-000>