



The Effectiveness of Contextual Schema Therapy on Improving Clinical Features of Dependent Personality Disorder

Zohreh Youssefi

PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. Email: zohreh.yoosefi@iau.ac.ir

Ali Akbar Saremi

Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. (Corresponding Author), Email: saremi@iau.ac.ir

Mohammad Rajabi

Assistant Professor, Department of Psychology, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran. Email: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Personality disorders are persistent psychological disorders characterized by maladaptive patterns of emotion, cognition, and interpersonal relationships (APA, 2022). Among these, dependent personality disorder—which falls within Cluster C—is characterized by an intense need for support, fear of abandonment, difficulty making independent decisions, and submissive behaviors (Hansen et al., 2024). Affected individuals tend to refrain from voicing disagreement and instead allocate responsibility for significant decisions to others, thereby fostering close relationships. In addition to the aforementioned reduction in personal autonomy, these characteristics have been associated with anxiety, depression, emotion regulation problems, and unhealthy relationships (d'Huart et al., 2023).

Research indicates that the clinical features of dependent personality disorder are associated with early maladaptive schemas, including dependency/inadequacy, abandonment, and obedience (Salgó et al., 2021). These schemas are formed during childhood and persist in adulthood as stable cognitive and emotional patterns. In recent years, schema therapy has been introduced as one of the effective approaches in the treatment of personality disorders (Zhang et al., 2023). The development of this approach has led to the creation of contextual schema therapy, which incorporates the classic tenets of schema therapy along with the concepts of mindfulness, acceptance, and psychological flexibility (Roediger & Stevens, 2019). In this approach, schema modes are considered active emotional-cognitive states in the present, and the therapist tries to correct maladaptive patterns through emotional acceptance, cognitive distancing, limited reparenting, and strengthening the "healthy adult" mode (Roediger et al., 2018).

Despite the numerous studies conducted in the field of schema therapy, there is a paucity of research examining the effectiveness of contextual schema therapy on dependent personality disorder. To date, no research on this topic has been reported from Iran. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of contextual schema therapy on the improvement of clinical features and maladaptive schemas in individuals with dependent personality disorder.

Method

The present study was quasi-experimental in nature, employing a pre-test, post-test, and three-month follow-up design with the inclusion of a control group. The statistical population comprised patients referred to psychotherapy and psychiatric centers in Mashhad. The sample population comprised 24 individuals diagnosed with dependent personality disorder. These individuals were selected purposively based on power analysis and randomly assigned to an experimental and a control group (12 people in each group) (Borm et al., 2007). The diagnosis of dependent personality disorder was determined through the utilization of two primary instruments: the Structured Clinical Interview for DSM-5-TR and the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). The research instruments included a demographic questionnaire, the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, and the Young Schema Questionnaire – Short Form Version 3 (YSQ-S3). The reliability and validity of these instruments have been confirmed in previous studies (Calvete et al., 2005; Millon, 2011). The therapeutic intervention was designed based on the protocol of Roediger et al. (2018) and consisted of 16 individual 90-minute sessions held weekly. The control group did not receive any intervention during the course of the study. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA) and the Bonferroni post-hoc test. Prior to analysis, the statistical assumptions of normality, homogeneity of variances, and sphericity were examined and confirmed.

Findings

The descriptive results indicated that the two groups were homogeneous in terms of demographic characteristics, with no significant differences observed in age, gender, education, and marital status ($P > 0.05$). Additionally, a comparative analysis revealed that the mean scores of clinical features and early maladaptive schemas in the experimental group exhibited a decline following the intervention, in contrast to the control group ($P < 0.05$). The findings of the repeated measures analysis of variance revealed that contextual schema therapy significantly reduced clinical features associated with dependent personality disorder ($\eta^2 = 0.77$, $p < 0.001$, $F = 73.54$). Additionally, the interaction effect of group and time was found to be significant ($\eta^2 = 0.67$, $p < 0.001$, $F = 44.26$). In the context of maladaptive schemas, the outcomes of the Wilks' lambda test demonstrated a substantial discrepancy in the impact of time ($P < 0.001$, $F = 7.57$, Wilks' lambda = 0.07), group ($P < 0.001$, $F = 26.74$, Wilks' lambda = 0.01), and the interaction of time and group ($P < 0.001$, $F = 7.89$, Wilks' lambda = 0.03). The effect sizes of the variables ranged from 0.29 to 0.77, indicating moderate to high effectiveness of the intervention. The results of the Bonferroni test further demonstrated that in the experimental group, there was a significant decrease in scores from the pre-test to the post-test and follow-up phases ($p < 0.01$). However, no significant difference was observed between the post-test and the follow-up ($p > 0.05$). These findings suggest that the treatment effects remain stable during the three-month follow-up period.

Discussion

The findings of the present study demonstrated that the implementation of contextual schema therapy can lead to a reduction in clinical features and maladaptive schemas in individuals diagnosed with dependent personality disorder. These results are consistent with the findings of previous studies on the effectiveness of schema-based therapies (Wibbelink et al., 2023; Zhang et al., 2023). This finding can be explained by the presence of schemas in individuals with dependent personality disorder, which are activated in emotional and interpersonal situations, perpetuating dependent and avoidant behaviors. Contextual schema therapy,

which utilizes techniques such as mindfulness, emotional acceptance, and cognitive restructuring, assists clients in identifying and modifying their maladaptive patterns. This process has been shown to enhance psychological flexibility, fortify the healthy adult mode, and mitigate emotional dependency (Hayes & King, 2024). The findings suggest that contextual schema therapy can be used as an effective intervention in psychotherapy and counseling centers. Notwithstanding the positive outcomes, the study's limitations—namely the modest sample size and short follow-up duration—should be addressed in future research. Consequently, it is recommended that subsequent studies assess the efficacy of this intervention in larger samples and with extended follow-up periods.

Keywords: Contextual Schema Therapy, Dependent Personality Disorder, Early Maladaptive Schemas

پیشینه
انتشار

اثربخشی طرح‌واره درمانی بافتاری بر بهبود ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت وابسته

زهرة یوسفی ^{ID}

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. zohreh.yoosefi@iau.ac.ir

علی اکبر صارمی ^{ID}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. (نویسنده مسئول)، saremi@iau.ac.ir

محمد رجبی ^{ID}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. mohammad.rajabi@iau.ac.ir

چکیده

هدف: اختلالات روان‌شناختی، به ویژه اختلالات شخصیت، به دلیل ماهیت پنهان و تشخیص دشوار، از اهمیت زیادی در حوزه سلامت روان برخوردارند.

روش: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بافتاری بر بهبود ویژگی‌های بالینی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته انجام شد. جامعه آماری شامل مراجعه‌کنندگان به مراکز روان‌درمانی و روان‌پزشکی شهر مشهد بود و ۲۴ نفر به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) تقسیم شدند. نمونه‌ها به روش هدفمند و جایگزینی تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مصاحبه ساختاریافته بالینی برای اختلالات محور II بر اساس DSM5-TR و SCID-II، پرسشنامه چندوجهی بالینی میلون-۳ و پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ نسخه سوم فرم کوتاه بود. مداخله درمانی شامل ۱۶ جلسه فردی، هفتگی و ۹۰ دقیقه‌ای طرح‌واره درمانی بافتاری بود که بر اساس بسته درمانی رودیگر و همکاران (۲۰۱۸) برای اختلال شخصیت وابسته تطبیق داده شد.

یافته‌ها: تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که طرح‌واره‌درمانی بافتاری به طور معناداری ویژگی‌های بالینی و طرح‌واره‌های سازش‌نیافته را بهبود بخشید، در حالی که گروه کنترل تغییر معناداری نشان نداد. اندازه اثرها در اکثر متغیرها متوسط تا بالا (۰/۲۴ تا ۰/۶۷) گزارش شد، که نشان‌دهنده قدرت مداخله درمانی است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش تأیید می‌کند که طرح‌واره‌درمانی بافتاری به‌عنوان یک رویکرد چندوجهی و جامع، قادر است با تمرکز بر اصلاح طرح‌واره‌های سازش‌نیافته، نقش مؤثری در ارتقای عملکرد روان‌شناختی و بهبود ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت وابسته داشته باشد و این رویکرد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله درمانی کاربردی در مراکز روان‌درمانی و روان‌پزشکی به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌درمانی بافتاری، اختلال شخصیت وابسته، طرح‌واره‌های سازش‌نیافته.

مقدمه

اختلالات روان‌شناختی، به‌ویژه اختلالات شخصیت، به‌دلیل ماهیت پنهان و دشواری تشخیص، اهمیت ویژه‌ای در سلامت روان دارند (Bax et al., 2023). طبق گزارش انجمن روانپزشکی آمریکا (APA, 2022)، اختلالات شخصیت الگوهای پایدار تجربه و رفتار هستند که با هنجارهای فرهنگی تفاوت داشته و حداقل دو حوزه از شناخت، هیجان، روابط بین‌فردی یا کنترل تکانه را مختل می‌کنند. این اختلالات از نوجوانی آغاز شده و موجب افت عملکرد می‌شوند و در گروه‌بندی ویراست پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (۲۰۲۲) در سه خوشه A، B و C طبقه‌بندی شده‌اند. اختلال شخصیت وابسته^۲ که در خوشه C اختلالات شخصیت قرار دارد، به دلیل ویژگی‌های بالینی^۳ منحصربه‌فرد و همبودی بالا با اختلالاتی مانند افسردگی، هراس، اختلالات خوردن و تناسب‌اندام، اهمیت بالایی دارد (d'Huart et al., 2023). شیوع این اختلال که نسبتاً نادر است و معمولاً در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (APA, 2022)، با نیاز افراطی به مراقبت، رفتارهای سلطه‌پذیر، ترس از جدایی و ناتوانی در تصمیم‌گیری مستقلانه مشخص می‌شود (Nho & Kim, 2022). افراد مبتلا به دلیل ترس از رهاشدگی، اغلب در روابط ناسالم باقی می‌مانند و در تنهایی احساس درماندگی می‌کنند (Teck Sng Tay & Teck Cheng, 2023). این افراد معمولاً مسئولیت‌های مهم زندگی را به دیگران واگذار کرده و برای حفظ رابطه از ابراز مخالفت پرهیز می‌کنند (APA, 2022). ناتوانی در ابراز هیجان‌های منفی نیز می‌تواند پیامدهایی چون خودکشی، مصرف مواد و اختلالات روان‌تنی را به دنبال داشته باشد (De Vroeghe et al., 2022; Sekowski et al., 2022). ویژگی‌های بالینی این اختلال شامل نیاز شدید به حمایت، ترس از رهاشدگی، رفتارهای چسبنده، و اجتناب از تصمیم‌گیری مستقل است که موجب اختلال در عملکرد اجتماعی، فردی و شغلی می‌شود (Hansen et al., 2024). بر اساس DSM-5-TR، اختلال شخصیت وابسته با الگوی فراگیر نیاز شدید به مراقبت شدن مشخص می‌شود که منجر به رفتارهای تسلیم‌جویانه، وابسته، و ترس از جدایی می‌گردد (APA, 2022). این افراد دارای وابستگی هیجانی شدید و نیاز فراگیر به حمایت دیگران هستند، در ابراز مخالفت و تصمیم‌گیری مستقل مشکل دارند و به طور معمول نقش‌های منفعلانه در روابط نزدیک را می‌پذیرند. همچنین، از رهاشدگی روابط نزدیک هراس دارند و رفتارهای تسلیم‌گرایانه و وابسته در تعاملات اجتماعی و عاطفی آن‌ها مشهود است (Hansen et al., 2024). در سطح عمیق‌تر، این الگوها به‌عنوان طرحواره‌های ناسازگار

¹ diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders-5 TR(DSM-5TR)

² dependent personality disorder

³ clinical features

اولیه شناخته می‌شوند- الگوهای شناختی و هیجانی پایدار که در دوران کودکی شکل می‌گیرند و شامل حوزه‌هایی مانند ره‌اشدگی و بی‌اعتمادی، وابستگی و بی‌کفایتی می‌باشند- و با مشکلات روانی و تعارضات بین‌فردی در بزرگسالی مرتبط هستند (Pauwels et al., 2018). از این منظر، ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت وابسته بازتابی از تعامل الگوهای شخصیتی پایدار و طرح‌واره‌های سازش‌نیافته است.

اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت وابسته، تأثیرات گسترده‌ای بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد دارند و ضرورت ارائه مداخلات درمانی مناسب را افزایش می‌دهند. اگرچه رویکردهای مختلفی برای درمان این اختلالات طراحی شده‌اند، تنها برخی از آن‌ها توانسته‌اند اثر بخشی بالینی قابل توجهی نشان دهند (Marchetti et al., 2022). شواهد نشان می‌دهند که ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ریشه در باورهای بنیادین و طرح‌واره‌های شکل گرفته در مراحل اولیه زندگی دارند و این باورها در تداوم رفتارهای وابسته نقش مهمی ایفا می‌کنند (Wibbelink et al., 2023). طرح‌واره‌درمانی به‌عنوان یک رویکرد نوین، با تمرکز بر اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد و خودتخریب‌گر، تلاش می‌کند طرح‌واره‌های ناهوشیار و مقاوم در برابر تغییر را هدف قرار دهد و اصلاح کند (Zhang et al., 2023). این رویکرد در قالب «طرح‌واره‌درمانی بافتاری»¹ گسترش یافته است، جایی که ذهنیت‌ها به‌عنوان طرح‌واره‌های فعال در زمان حال بررسی می‌شوند و پاسخ‌های مقابله‌ای فرد را در سیستم پردازش هیجانی و رفتاری او فعال می‌کنند (Hayati et al., 2023). بازسازی این ذهنیت‌ها می‌تواند منجر به کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری و بهبود عملکرد فرد شود (Stefan et al., 2023). طرح‌واره‌درمانی بافتاری شامل بررسی زندگینامه احساسی، نیازهای هیجانی و رفتاری، شناسایی نیازهای برآورده نشده اولیه، اصلاح طرح‌واره‌های سازش‌نیافته و بازسازی حالت‌های مقابله‌ای مرتبط با رنج‌های عاطفی است. با استفاده از تکنیک‌های بافتاری، این رویکرد تلاش می‌کند طرح‌واره‌های سازش‌نیافته فرد را شناسایی و اصلاح کند و بدین ترتیب به بهبود روانی و اجتماعی بیماران کمک نماید (Roediger et al., 2018). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که این رویکرد می‌تواند توانمندی روان‌شناختی بیماران دارای اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلالات خوشه C را ارتقاء دهد (Lolkema, 2022; Wibbelink et al., 2023; Zhang et al., 2023) و اختلال شخصیت وابسته نیز که ریشه در طرح‌واره‌هایی چون بی‌کفایتی، اطاعت و ره‌اشدگی دارد (Salgó et al., 2021)، با این رویکرد قابل بهبود است. شیوع نسبتاً بالای این اختلال-حدود ۵ درصد از کل اختلالات شخصیت- و پیامدهای گسترده آن بر کارکرد اجتماعی (Harrison et al., 2021)، همراه با پیامدهایی چون رفتارهای خودآسیب‌رسان (Teck

¹ contextual Schema Therapy

(Sng Tay & Teck Cheng, 2023)، سوء مصرف مواد (Seyyedzade Sani & Kavosi Khasraghi, 2022) و بیماری‌های روان‌تنی (Haltigan et al., 2023)، اهمیت مداخله را دوجندان می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهند که یک سوم مبتلایان افکار خودکشی دارند و ۳ تا ۵ درصد اقدام منجر به مرگ داشته‌اند (Sadock, 2021). همچنین اختلال خواب، اضطراب و مشکلات تنظیم هیجان در آن‌ها شیوع بالایی دارد. این مشکلات و نیز مقاومت درمانی، مداخله را دشوارتر می‌سازند (d'Huart et al., 2023).

از آنجا که ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت وابسته عمدتاً در قالب الگوهای پایدار وابستگی هیجانی، ترس از رهاشدگی، ناتوانی در تصمیم‌گیری مستقل و سبک‌های مقابله‌ای تسلیم‌گرا نه بروز می‌یابد، چالش اساسی در درمان این اختلال فراتر از کاهش نشانه‌های سطحی و معطوف به اصلاح این الگوهای عمیق و فعال‌شونده در بافت روابط بین‌فردی است (APA, 2022). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که این ویژگی‌ها با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ای نظیر وابستگی/بی‌کفایتی، اطاعت و رهاشدگی ارتباط نزدیکی دارند که در موقعیت‌های هیجانی و تعاملی فعال شده و موجب تداوم رفتارهای وابسته و اجتناب از خودمختاری می‌شوند (Cudo et al., 2023; Salgó et al., 2021). در این چارچوب، طرح‌واره درمانی با تمرکز بر ذهنیت‌ها به عنوان حالت‌های هیجانی-شناختی فعال در زمان حال، امکان مداخله مستقیم بر تجربه‌های هیجانی، پاسخ‌های مقابله‌ای و الگوهای تعاملی مرتبط با این ویژگی‌های بالینی را فراهم می‌سازد (Roediger et al., 2018). تأکید این رویکرد بر کار با هیجان، رفتار و رابطه درمانی در بافت موقعیتی و بین‌فردی، به‌ویژه برای اختلال شخصیت وابسته که نشانه‌های آن عمدتاً در روابط نزدیک فعال می‌شود، می‌تواند به کاهش وابستگی هیجانی، افزایش خودمختاری، بهبود تنظیم هیجان و ارتقای عملکرد بین‌فردی منجر شود (Kunst et al., 2020; Wibbelink et al., 2023). در مجموع، با توجه به لزوم بهبود ویژگی‌های بالینی و توانمندی‌های روان‌شناختی مبتلایان، انتخاب مداخلات مؤثر، کاربردی و مقرون‌به‌صرفه ضروری است. تعیین روش‌هایی که بتوانند در کوتاه‌ترین زمان بیشترین تأثیر را بر متغیرهای بالینی برجای گذارند، اهمیت پژوهشی قابل‌توجهی دارد؛ چراکه نتایج چنین پژوهش‌هایی می‌تواند مسیر روشنی را برای روان‌درمانگران، روان‌شناسان و مشاوران فراهم سازد. اگرچه مطالعات متعددی اثر طرح‌واره درمانی را بر اختلالات شخصیت مورد بررسی قرار داده‌اند (Kunst et al., 2020; Lolkema, 2022; Wibbelink et al., 2023; Zhang et al., 2023)، پژوهش‌های انجام‌شده عمدتاً بر اختلالات شخصیت خوشه‌های A و B یا بر طرح‌واره درمانی کلاسیک تمرکز داشته‌اند و تأثیر طرح‌واره درمانی بافتاری بر ویژگی‌های بالینی بیماران دارای اختلال

شخصیت وابسته به طور مشخص مورد بررسی قرار نگرفته است. در ایران نیز مطالعه‌ای در این زمینه گزارش نشده است، بنابراین این خلأ پژوهشی ضرورت پرداختن به موضوع حاضر را آشکار می‌سازد.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی و کلینیک‌های روانشناسی و روان‌پزشکی شهر مشهد (خانه طرحواره شعبه ۱ و ۲، پلی کلینیک دانشگاه فردوسی، کلینیک پویش، مرکز مشاوره مینا و مرکز مشاوره صنوبر) بود. در ابتدا، ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند، اما به دلیل غیبت بیش از ۳ جلسه یا عدم تکمیل مداخله، ۶ نفر از مطالعه خارج شدند و نمونه نهایی شامل ۲۴ نفر (۱۲ نفر در هر گروه) شد. تعداد نمونه بر اساس تحلیل توان (Borm et al., 2007) با فرض سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ ، توان $\beta=0/80$ و اندازه اثر مورد انتظار $1/0$ تعیین شد و برای تشخیص اثر مورد انتظار کافی بود. طراحی مداخله‌ای با مقایسه گروه‌ها و اندازه‌گیری قبل و بعد مداخله، قدرت تحلیل را افزایش داد. متغیرهای جنسیت، مدت درمان قبلی و مصرف دارو به صورت تصادفی بین گروه‌ها توزیع شدند و همبودی نیمه‌پنهان بررسی شد تا اثرگذاری آن‌ها کاهش یابد. آزمونگر ارزیابی نتایج نسبت به گروه‌ها کور بود و درمانگر اطلاع داشت، اما از افشای گروه مداخله به آزمودنی‌ها جلوگیری شد. ملاک‌های انتخاب ورود عبارت بودند از: دارای بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت وابسته بر اساس مصاحبه ساختاریافته بالینی DSM5-TR¹ و پرسشنامه چندوجهی بالینی میلون²، سطح سواد حداقل سوم راهنمایی، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم همبودی با اختلال روانی یا جسمی دیگر برای شرکت در پژوهش. همچنین، غیبت بیش از ۳ جلسه از جلسات درمانی نیز به عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. به منظور رعایت مسائل اخلاقی، از کلیه بیماران جهت شرکت در طرح پژوهشی رضایت آگاهانه کسب و توضیح داده شد که اطلاعات پژوهش فقط در اختیار محققین می‌باشد و صرفاً برای مقاصد پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ابزار:

¹ structured clinical interview for DSM5-TR (SCID-5)

² millon clinical multiaxial inventory

۱. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور II در *DSM5-TR*. SCID-II به عنوان یک مصاحبه نیمه ساختاریافته بالینی برای تشخیص اختلالات شخصیت محور II به کار می رود که توسط فیرست و همکاران (First et al., 2016) تدوین شده است. این ابزار در پژوهش های متعدد پایایی و روایی مناسب نشان داده است؛ مطالعات گزارش کرده اند که ضریب توافق بین مصاحبه گران برای SCID-II بین ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و همسانی درونی بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ بوده است، که نشان دهنده ثبات قابل قبول ابزار است (Shabani et al., 2021). همچنین در نسخه ایرانی SCID-5-PD، پایایی بین مصاحبه گران برای بیشتر اختلالات شخصیت در سطح خوب تا بسیار خوب گزارش شده است، که استفاده از این ابزار در نمونه های بالینی را پشتیبانی می کند (Gharrae et al., 2022).

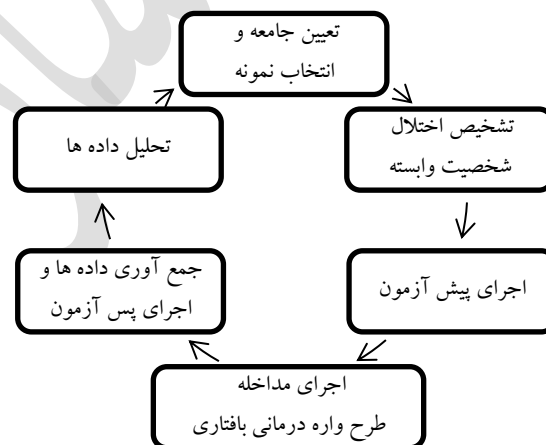
۲. پرسشنامه چندوجهی بالینی میلون (*MCMI-III*): این ابزار خودسنجی استاندارد شامل ۱۷۵ آیتم با پاسخ های بلی/خیر و ۲۸ مقیاس است که ۱۴ مقیاس مربوط به اختلالات شخصیت محور II و ۱۰ مقیاس مربوط به نشانگان بالینی محور I می باشد. نقطه برش نرخ پایه ۸۵ برای تعیین وجود ویژگی های بالینی در نظر گرفته شده است. مطالعات اولیه پایایی آزمون را با همسانی درونی ۰/۷۸ و ضریب آزمون-بازآزمون بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده اند و آلفای کرونباخ مقیاس ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ بوده است (Choca, 2004; Millon, 2011; Millon & Davis, 1994). در ایران، شریفی (Sharifi, 2002) پایایی آزمون-بازآزمون را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ و آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ گزارش کرد.

۳. پرسشنامه طرحواره های سازش نیافته یانگ^۱ (*YSQ-S3*): نسخه سوم فرم کوتاه، شامل ۹۰ گویه برای ارزیابی ۱۸ طرحواره است که توسط کالوت و همکاران (Calvete et al., 2005) توسعه یافته است. پاسخ دهی در طیف لیکرت شش درجه ای از «کاملاً نادرست» تا «کاملاً درست» انجام می شود و نمره هر طرحواره از مجموع ۵ گویه مربوط به آن (دامنه نمره ۵ تا ۳۰) محاسبه می گردد. نمره های بالاتر (مثلاً ≤ 15 یا ۲۰) نشان دهنده شدت بیشتر طرحواره هستند. طرحواره های مورد ارزیابی شامل ۱۸ مورد از جمله رهاشدگی، انزوای اجتماعی، نگرانی/بدبینی، بازداری هیجانی، وابستگی/بی کفایتی، تحسین جویی، محرومیت هیجانی، آسیب پذیری، اطاعت، معیارهای سخت گیرانه، خودتنبیهی، نقص/بی مهری، بی اعتمادی، شکست، ایثار، برتری طلبی و خویشن داری ناکافی است. پایایی آزمون برای خرده مقیاس ها ۰/۶۶ تا ۰/۸۲ و برای حوزه های طرحواره ۰/۶۶ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین روایی تشخیصی آن تمایز معناداری بین

¹ young Schema Questionnaires

گروه‌های بهنجار و نابهنجار نشان می‌دهد (Calvete et al., 2005). در ایران نیز آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ گزارش شده و روایی همگرا و واگرایی ابزار تأیید شده است (Ghahari et al., 2020)

روش اجرای پژوهش: در ابتدای کار، جامعه آماری شامل مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی و کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر مشهد تعیین شد و ۲۴ نفر از میان آن‌ها با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. تشخیص‌گذاری اختلال شخصیت وابسته بر اساس اجرای مصاحبه بالینی DSM5-TR و پرسشنامه میلون-۳ توسط پژوهشگر (دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی) انجام شد. سپس پیش‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد تا وضعیت ویژگی‌های بالینی و طرح‌واره‌های ناسازگار مشخص گردد. پس از آن، مداخله طرح‌واره‌درمانی بافتاری بر اساس پروتکل رودیگر و همکاران (Roediger et al., 2018)، طراحی شد؛ پروتکل درمانی ابتدا بر پایه مبانی نظری و شواهد پژوهشی تدوین و روایی آن با استفاده از شاخص روایی و ضریب نسبت روایی محتوا تأیید گردید. مداخله در ۱۶ جلسه انفرادی، ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش اجرا شد، در حالی که گروه کنترل در طول مداخله هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان اجرای مداخله و جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون از هر دو گروه، جهت رعایت حقوق آزمودنی‌های گروه کنترل، یک دوره درمانی ۵ جلسه‌ای برای این گروه ارائه شد. فرآیند اجرای پژوهش در نمودار ۱ نمایش داده شده است. همچنین شرح مختصری از این جلسات در جدول (۱) ارائه شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.



نمودار ۱) نمودار چرخشی مراحل اجرای پژوهش و مداخله طرح‌واره درمانی بافتاری

یافته‌ها

نتایج توصیفی نشان داد که دو گروه پژوهش از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به طور کلی همگن بودند. در گروه طرح‌واره درمانی بافتاری، نسبت جنسیتی برابر بود و در گروه کنترل ۵۸/۳٪ شرکت‌کنندگان زن بودند، اما تفاوت معناداری مشاهده نشد. بیشترین شرکت‌کنندگان گروه درمانی در رده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار داشتند و میانگین سنی دو گروه تفاوت قابل توجهی نداشت. همچنین، ۷۵٪ افراد گروه درمانی و ۶۶/۷٪ افراد گروه کنترل مجرد بودند و تفاوتی معنادار در وضعیت تأهل وجود نداشت. در زمینه تحصیلات، بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به مقطع دیپلم بود و وضعیت اشتغال نیز در دو گروه مشابه بود، به طوری که هیچ یک از این متغیرها تفاوت آماری معناداری نشان ندادند. بررسی شاخص‌های توصیفی ویژگی‌های بالینی و طرح‌واره‌های سازش نیافته نیز نشان داد، میانگین ویژگی‌های بالینی و طرح‌واره‌های سازش نیافته در شرکت‌کنندگان گروه طرح‌واره درمانی بافتاری در پس‌آزمون و پیگیری کمتر از میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه کنترل بوده و از پیش‌آزمون به پس‌آزمون میانگین‌ها کاهش یافته است. اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است.

جدول ۱) ساختار برنامه طرح‌واره درمانی بافتاری ویژه درمان انفرادی اختلال شخصیت وابسته

جلسات	اهداف	محتوا
اول	آشنایی و قوانین	ایجاد اتحاد درمانی، ارزیابی دل‌بستگی، مقدمه طرح‌واره درمانی بافتاری
دوم	معرفی مدل و ذهنیت‌ها	توضیح ذهنیت‌های کودک وابسته، منتقد درونی، والد سخت‌گیر و بزرگسال سالم؛ مقدمه طرح‌واره وابستگی/بی‌کفایتی
سوم	نقشه ذهنیت‌ها	ارتباط ذهنیت‌ها با کیفیت زندگی؛ شروع ثبت ذهنیت در موقعیت‌های روزمره
چهارم	نمایش ذهنیت‌ها	تکنیک صندلی برای تفکیک ذهنیت‌ها؛ تمرکز بر «تسلیم شده وابسته»
پنجم	منتقد درونی و مقابله‌ها	شناسایی منتقد درونی؛ تمایز صدای سالم و منتقد؛ سبک‌های مقابله‌ای اجتناب/تسلیم
ششم	کار با منتقد درونی	تکنیک رودخانه برای فاصله‌گذاری؛ آغاز گفت‌وگوی سالم درونی
هفتم	ذهنیت کودکانه	نیازهای هیجانی کودک وابسته و ریشه‌های خانوادگی
هشتم	بازوالدینی	تصویرسازی شفقت‌آمیز و پاسخ‌های والدانه سالم
نهم	بازسازی تصویری	بازسازی خاطرات ناسازگار با نقش والد سالم و بررسی اثرات
دهم	تقویت بزرگسال سالم (ذهن آگاهی)	تمرین‌های ذهن آگاهی، تنفس آگاهانه، حضور در لحظه
یازدهم	تقویت بزرگسال سالم (تن آرامی)	ریلکسیشن و مدیریت اضطراب در نبود حمایت
دوازدهم	پذیرش هیجانات	پذیرش بدون قضاوت، کار با احساس طرد و الگوهای وابستگی
سیزدهم	روشن‌سازی ارزش‌ها	کشف اهداف و علایق مستقل؛ مقابله با ترس از تصمیم‌گیری
چهاردهم	انعطاف‌پذیری ذهنی	تمرین تغییر بین ذهنیت‌ها و فعال‌سازی ذهنیت سالم

پانزدهم	اصلاح رفتارهای وابسته	کاهش کمک‌طلبی افراطی و انفعال؛ آموزش استقلال و جرأت‌مندی
شانزدهم	جمع‌بندی	مرور پیشرفت، برنامه آینده و خداحافظی درمانی

پیش از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، مفروضات لازم بررسی شد. ابتدا نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو-ویلک تأیید گردید ($p > 0/05$). سپس همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین برای متغیرهای ویژگی‌های بالینی و طرح‌واره‌های سازش نیافته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار بود ($p > 0/05$) آزمون ام‌باکس نیز نشان داد فرض تساوی کوواریانس‌ها رعایت شده است ($P = 0/10$ ، $F = 1/58$ ، Box's $M = 24/58$). همچنین نتایج آزمون بارتلت بیانگر همبستگی متوسط و معنادار میان ابعاد طرح‌واره‌های سازش نیافته بود ($\chi^2 = 540/92$ ، $P < 0/001$). در بررسی مفروضه کرویت با آزمون موجلی^۱، این مفروضه در برخی طرح‌واره‌ها مانند انزوای اجتماعی/بیگانگی ($P = 0/02$ و $W = 0/70$)، نگرانی/بدبینی ($P = 0/001$ و $W = 0/47$)، وابستگی/بی‌کفایتی ($P = 0/003$ و $W = 0/57$)، تحسین/جستجوی معروفیت ($P = 0/005$ و $W = 0/61$)، آسیب‌پذیری به بیماری ($P = 0/02$ و $W = 0/70$) رعایت نشد و از اصلاح گرینهاوس-گایزر^۲ استفاده شد؛ اما در سایر متغیرها مفروضه کرویت برقرار بود. با توجه به رعایت مفروضه‌ها و برابری دو گروه، برای تحلیل اثربخشی مداخله از واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. اثربخشی مداخله بر ویژگی‌های بالینی و طرح‌واره‌های سازش نیافته در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲) تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای ویژگی‌های بالینی (میلون) و طرح‌واره‌های سازش نیافته

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	η^2
ویژگی‌های بالینی میلون	آزمون	۵۵۹/۰۰	۲	۲۷۹/۵۰	۷۳/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	گروه	۷۰۹/۳۹	۱	۷۰۹/۳۹	۱۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	آزمون × گروه	۳۳۶/۴۴	۲	۱۶۸/۲۲	۴۴/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	آزمون	۱۹۱/۴۴	۲	۹۵/۷۲	۲۵/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳
رهاشدگی/بی‌ثباتی	گروه	۶۸۴/۵۰	۱	۶۸۴/۵۰	۱۲/۴۴	۰/۰۰۲	۰/۳۶
	آزمون × گروه	۳۲۴/۰۰	۲	۱۶۲/۰۰	۴۲/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	آزمون	۵۶/۳۳	۱/۵۳	۳۶/۷۳	۴/۸۵	۰/۰۲۱	۰/۱۸
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	گروه	۴۱۵/۶۸	۱	۴۱۵/۶۸	۳۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	آزمون × گروه	۱۴۸/۱۱	۱/۵۳	۹۶/۵۶	۱۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷

^۱ mauchly's test of Sphericity

^۲ greenhouse-Geisser

۰/۵۵	۰/۰۰۱	۲۶/۵۸	۲۹۱/۲۸	۱/۳۱	۳۸۰/۲۵	آزمون	
۰/۵۵	۰/۰۰۱	۲۶/۵۱	۱۲۱۶/۸۹	۱	۱۲۱۶/۸۹	گروه	نگرانی/بدبینی
۰/۵۱	۰/۰۰۱	۲۳/۰۹	۲۵۳/۰۷	۱/۳۱	۳۳۰/۳۶	آزمون×گروه	
۰/۵۲	۰/۰۰۱	۲۴/۱۲	۱۰۲/۷۶	۲	۲۰۵/۵۳	آزمون	
۰/۵۹	۰/۰۰۱	۳۱/۰۴	۶۴۲/۰۱	۱	۶۴۲/۰۱	گروه	بازداری هیجانی
۰/۶۹	۰/۰۰۱	۴۷/۷۷	۲۰۳/۵۱	۲	۴۰۷/۰۳	آزمون×گروه	
۰/۱۸	۰/۰۲۵	۴/۸۲	۶۴/۸۸	۱/۴۰	۹۰/۵۸	آزمون	
۰/۳۳	۰/۰۰۳	۱۰/۹۷	۲۸۸/۰۰	۱	۲۸۸/۰۰	گروه	وابستگی/بی کفایتی
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۱۵/۴۱	۲۸۹/۵۳	۱/۴۰	۲۸۹/۷۵	آزمون×گروه	
۰/۳۳	۰/۰۰۱	۱۰/۷۲	۱۱۴/۷۰	۱/۴۴	۱۶۴/۷۸	آزمون	
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱۹/۵۶	۵۰۱/۳۹	۱	۵۰۱/۳۹	گروه	تحسین/جستجوی
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۳/۳۹	۱۴۳/۲۴	۱/۴۴	۲۰۵/۷۸	آزمون×گروه	معروفیت
۰/۶۵	۰/۰۰۱	۴۱/۲۲	۱۶۵/۳۹	۲	۳۳۰/۷۸	آزمون	
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۳/۸۱	۳۶۴/۵۰	۱	۳۶۴/۵۰	گروه	محرومیت هیجانی
۰/۵۳	۰/۰۰۱	۲۴/۴۲	۹۸/۰۰	۲	۱۹۶/۰۰	آزمون×گروه	
۰/۳۳	۰/۰۰۱	۱۰/۶۵	۴۶/۰۱	۱/۵۴	۷۰/۷۸	آزمون	
۰/۴۰	۰/۰۰۱	۱۴/۶۲	۲۵۳/۱۳	۱	۲۵۳/۱۳	گروه	آسیب پذیری به
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۴/۱۹	۴۷/۱۷	۲	۹۴/۳۳	آزمون×گروه	بیماری
۰/۳۵	۰/۰۰۱	۱۲/۰۰	۴۵/۱۷	۲	۹۰/۳۳	آزمون	
۰/۲۶	۰/۰۱۱	۷/۷۸	۱۵۹/۰۱	۱	۱۵۹/۰۱	گروه	گرفتاری
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۳/۷۵	۵۱/۷۲	۲	۱۰۳/۴۴	آزمون×گروه	
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۳/۷۴	۱۸/۳۸	۲	۳۶/۷۵	آزمون	
۰/۴۴	۰/۰۰۱	۱۶/۹۷	۷۲/۰۰	۱	۷۲/۰۰	گروه	اطاعت
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱۹/۸۵	۲۶/۵۴	۲	۵۳/۰۸	آزمون×گروه	
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۳/۴۷	۴۰/۲۰	۱/۵۰	۶۰/۲۵	آزمون	
۰/۳۲	۰/۰۰۴	۱۰/۲۸	۸۶/۶۸	۱	۸۶/۶۸	گروه	معیارهای
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۲/۹۸	۳۸/۷۲	۱/۵۰	۵۸/۰۳	آزمون×گروه	سخت گیرانه
۰/۴۴	۰/۰۰۱	۱۶/۹۲	۲۹/۳۹	۲	۵۸/۷۸	آزمون	
۰/۴۴	۰/۰۰۱	۱۷/۵۳	۱۴۷/۳۵	۱	۱۴۷/۳۵	گروه	خودتنبیهی
۰/۶۱	۰/۰۰۱	۳۳/۸۰	۵۸/۷۲	۲	۱۱۷/۴۴	آزمون×گروه	
۰/۲۸	۰/۰۰۱	۸/۴۰	۱۶/۶۳	۲	۳۳/۲۵	آزمون	
۰/۵۴	۰/۰۰۱	۲۵/۶۲	۱۵۹/۰۱	۱	۱۵۹/۰۱	گروه	نقص/بی مهری

۰/۲۹	۰/۰۰۱	۸/۸۵	۱۷/۵۱	۲	۳۵/۰۳	آزمون×گروه	
۰/۷۱	۰/۰۰۱	۵۳/۷۲	۷۰/۶۸	۲	۱۴۱/۳۶	آزمون	
۰/۸۰	۰/۰۰۱	۸۶/۳۳	۴۶۵/۱۳	۱	۴۶۵/۱۳	گروه	بی اعتمادی/ سوء رفتار
۰/۷۷	۰/۰۰۱	۷۵/۲۸	۹۹/۰۴	۲	۱۹۸/۰۸	آزمون×گروه	
۰/۶۷	۰/۰۰۱	۴۳/۵۸	۱۲/۷۶	۲	۲۴۵/۵۳	آزمون	
۰/۷۷	۰/۰۰۱	۷۳/۷۷	۳۹۶/۶۸	۱	۳۹۶/۶۸	گروه	شکست در پیشرفت
۰/۵۹	۰/۰۰۱	۳۱/۵۷	۸۸/۹۳	۲	۱۷۷/۸۶	آزمون×گروه	
۰/۵۳	۰/۰۰۱	۲۵/۱۹	۷۲/۶۸	۲	۱۴۵/۳۶	آزمون	
۰/۵۰	۰/۰۰۱	۲۱/۵۵	۲۳۸/۳۵	۱	۲۳۸/۳۵	گروه	ایثار
۰/۴۲	۰/۰۰۱	۱۶/۰۱	۴۶/۱۸	۲	۹۲/۳۶	آزمون×گروه	
۰/۴۲	۰/۰۰۱	۱۵/۷۱	۴۸/۷۲	۲	۹۷/۴۴	آزمون	
۰/۲۸	۰/۰۰۸	۸/۶۳	۱۳۰/۶۸	۱	۱۳۰/۶۸	گروه	برتری داشتن
۰/۵۲	۰/۰۰۱	۱۵/۶۰	۴۸/۳۹	۲	۹۶/۷۸	آزمون×گروه	
۰/۶۸	۰/۰۰۱	۴۶/۴۷	۱۶۵/۱۸	۲	۳۳۰/۳۶	آزمون	
۰/۶۳	۰/۰۰۱	۳۸/۱۵	۵۷۸/۰۰	۱	۵۷۸/۰۰	گروه	خویشن داری
۰/۶۴	۰/۰۰۱	۳۸/۳۵	۱۳۶/۲۹	۲	۲۷۲/۵۸	آزمون×گروه	ناکافی

نتایج نشان داد بین دو گروه طرح‌واره‌درمانی بافتاری و کنترل، در متغیر ویژگی‌های بالینی برحسب مرحله آزمون، گروه و اثر تعامل تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/01$). همچنین ۳۸٪ از تغییرات مربوط به تفاوت بین گروه‌ها، ۷۷٪ ناشی از اثر آزمون و ۶۷٪ مربوط به اثر تعامل بود. در متغیر طرح‌واره‌های سازش‌نیافته، آزمون لامبدای ویلکز نشان داد تفاوت معنادار در مراحل آزمون ($Wilks' = 0/07, F=7/57, P<0/001$) و اثر تعامل ($Wilks' Lambda=0/01, F=26/74, P<0/001$)، گروه ($Wilks' Lambda=0/03$) وجود دارد. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نیز این تفاوت‌ها را تأیید کرد ($P<0/05$). اندازه اثر متغیرها نیز در دامنه ۰/۲۹ تا ۰/۷۷ قرار داشت.

نتایج آزمون بن‌فرونی (جدول ۳) نشان داد که در متغیر ویژگی‌های بالینی، گروه طرح‌واره‌درمانی بافتاری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش معنادار میانگین دارد ($P<0/001$)، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دیده نمی‌شود ($P>0/05$). در گروه کنترل نیز در هیچ‌یک از مراحل آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P<0/05$). همچنین در متغیر طرح‌واره‌های سازش‌نیافته، گروه طرح‌واره‌درمانی بافتاری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نشان داد ($P<0/05$)، اما بین

پس آزمون و پیگیری تغییری معنادار مشاهده نشد ($P > 0/05$). در گروه کنترل نیز مطابق مراحل آزمون، تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/05$).

پیش انتشار

جدول ۳) آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه ویژگی های بالینی و طرح وارده های سازش نیافته
بر حسب مراحل آزمون

متغیرها	گروه ها	پیش آزمون - پس آزمون		پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری	
		اختلاف	سطح معناداری	اختلاف	سطح معناداری	اختلاف	سطح معناداری
ویژگی های بالینی	آزمایش	۱۰/۰۰	۰/۰۰۱	۱۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۹۹
میلون	کنترل	۱/۰۰	۰/۷۴	۱/۵۸	۰/۲۰	۰/۵۸	۰/۲۰
رهاشدگی /	آزمایش	۸/۰۰	۰/۰۰۱	۷/۹۲	۰/۰۰۱	-۰/۰۸	۰/۹۹
بی ثباتی	کنترل	-۱/۰۰	۰/۷۴	-۱/۰۸	۰/۶۶	-۰/۰۸	۰/۹۹
انزوای اجتماعی /	آزمایش	۴/۸۳	۰/۰۰۲	۵/۰۰	۰/۰۰۵	۰/۱۷	۰/۹۹
پیگانگی	کنترل	-۱/۱۷	۰/۹۲	-۱/۱۶	۰/۹۳	۰/۰۱	۰/۹۹
نگرانی / بدبینی	آزمایش	۹/۵۰	۰/۰۰۱	۹/۳۳	۰/۰۰۱	-۰/۱۷	۰/۹۹
	کنترل	۰/۲۵	۰/۹۹	۰/۴۲	۰/۹۹	۰/۱۷	۰/۵۰
بازداری هیجانی	آزمایش	۸/۷۵	۰/۰۰۱	۸/۵۰	۰/۰۰۱	-۰/۲۵	۰/۹۹
	کنترل	-۱/۵۰	۰/۰۸	-۱/۴۲	۰/۱۰	۰/۰۸	۰/۹۹
وابستگی /	آزمایش	۶/۸۳	۰/۰۰۱	۶/۴۲	۰/۰۰۲	-۰/۴۲	۰/۹۹
بی کفایتی	کنترل	-۱/۹۲	۰/۸۲	-۱/۸۲	۰/۸۸	۰/۰۸	۰/۹۹
تحسین / جستجوی	آزمایش	۶/۹۲	۰/۰۰۲	۶/۶۷	۰/۰۰۱	-۰/۲۵	۰/۹۹
معروفیت	کنترل	-۰/۴۲	۰/۹۹	-۰/۳۳	۰/۹۹	۰/۰۸	۰/۹۹
محرومیت هیجانی	آزمایش	۷/۹۲	۰/۰۰۱	۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۹
	کنترل	۰/۹۲	۰/۵۳	۱/۱۷	۰/۲۸	۰/۲۵	۰/۵۷
آسیب پذیری به	آزمایش	۴/۰۰	۲/۰۰	۴/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۶۳
بیماری	کنترل	-۰/۱۷	۰/۹۹	-۰/۴۲	۰/۹۹	-۰/۲۵	۰/۸۳
گرفتاری	آزمایش	۴/۹۲	۰/۰۰۱	۴/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۹۹
	کنترل	-۰/۰۸	۰/۹۹	-۰/۲۵	۰/۹۹	-۰/۱۷	۰/۹۹
اطاعت	آزمایش	۳/۸۳	۰/۰۰۱	۲/۱۷	۰/۰۰۹	-۱/۶۷	۰/۰۸
	کنترل	-۰/۳۳	۰/۹۹	-۰/۴۲	۰/۹۵	-۰/۰۸	۰/۹۹
معیارهای	آزمایش	۴/۰۰	۰/۰۰۲	۳/۶۷	۰/۰۰۱	-۰/۳۳	۰/۹۹
سخت گیرانه	کنترل	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۰۸	۰/۹۹	۰/۰۸	۰/۹۹
خودتنبیهی	آزمایش	۴/۵۸	۰/۰۰۱	۴/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۹۹
	کنترل	-۰/۷۵	۰/۶۴	-۰/۸۳	۰/۴۴	-۰/۰۸	۰/۹۹

۰/۹۹	-۰/۱۷	۰/۰۰۴	۲/۸۳	۰/۰۰۶	۳/۰۰	آزمایش	نقص / بی مهری
۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۹۹	-۰/۰۸	۰/۹۹	۰/۰۱	کنترل	
۰/۸۰	۰/۷۵	۰/۰۰۱	۶/۸۳	۰/۰۰۱	۶/۰۸	آزمایش	بی اعتمادی /
۰/۹۹	-۰/۰۸	۰/۵۱	-۰/۵۸	۰/۵۷	-۰/۵۰	کنترل	
۰/۹۹	-۰/۱۶	۰/۰۰۱	۷/۱۷	۰/۰۰۱	۷/۳۳	آزمایش	شکست در
۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۵۸	۰/۹۹	۰/۵۸	کنترل	
۰/۹۹	۱/۵۰	۰/۰۰۱	۶/۰۰	۰/۰۰۱	۴/۵۰	آزمایش	ایثار
۰/۹۹	-۰/۱۷	۰/۹۹	۰/۵۸	۰/۹۹	۰/۷۵	کنترل	
۰/۹۹	-۰/۱۶	۰/۰۰۱	۴/۸۳	۰/۰۰۱	۵/۰۰	آزمایش	برتری داشتن
۰/۹۹	-۰/۳۳	۰/۹۹	-۰/۱۷	۰/۹۹	۰/۱۷	کنترل	
۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۸/۶۶	۰/۰۰۱	۸/۶۷	آزمایش	خویشن داری
۰/۹۹	۰/۳۳	۰/۹۹	۰/۲۵	۰/۷۶	۰/۵۸	کنترل	

بحث

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بافتاری بر بهبود ویژگی‌های بالینی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته بود. نتایج نشان داد که این درمان بر بهبود ویژگی‌های بالینی و طرح‌واره‌های سازش‌نیافته تأثیر معنی‌دار داشته و این اثر تا مرحله پیگیری نیز ماندگار بوده است. مطالعات پیشین نیز نتایج مشابهی را در زمینه اثربخشی رویکردهای مبتنی بر طرح‌واره نشان داده‌اند (Ghanizadeh Balderloo et al., 2025; Karaburun & Çalışır, 2025; Veenstra-Spruit et al., 2024; Zeraatgar Borani & Bayanfar, 2024). در تبیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بافتاری بر ویژگی‌های بالینی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته می‌توان گفت؛ افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته با ویژگی‌هایی مانند نیاز شدید به حمایت، ترس از طرد شدن و دشواری در تصمیم‌گیری مستقل مواجه هستند (APA, 2022). این ویژگی‌ها عمدتاً ریشه در طرح‌واره‌های ناسازگار مانند ره‌اشدگی، اطاعت و وابستگی/بی‌کفایتی دارند که به عنوان الگوهای شناختی و هیجانی پایدار شکل می‌گیرند و در دوران کودکی و نوجوانی در پاسخ به نیازهای هیجانی برآورده نشده، ایجاد می‌شوند و در بزرگسالی با مشکلات هیجانی و بین‌فردی و سبک‌های وابستگی آشکار می‌شوند (Thimm & Chang, 2022). این یافته نشان می‌دهد که درمان‌های سنتی، مانند CBT، محدودیت‌هایی در اصلاح این باورهای هسته‌ای دارند و به همین دلیل طرح‌واره‌درمانی بافتاری می‌تواند گزینه‌ای مؤثرتر برای ایجاد تغییرات عمیق و پایدار باشد (Roediger & Stevens, 2019). در این رویکرد، با بهره‌گیری از زمینه‌گرایی عملکردی و شواهد پژوهشی مربوط به ACT، فرآیندهایی چون پذیرش، گسلش

شناختی، آگاهی لحظه‌ای، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و بازسازی الگوهای ناسازگار کمک می‌کنند (Zhang et al., 2018). در افراد حاضر در مطالعه، طرح‌واره‌های وابستگی/بی‌کفایتی و رهاشدگی موجب اضطراب بین‌فردی، رفتارهای وابسته و واکنش‌های مقابله‌ای ناپخته شده بودند که کیفیت زندگی آنان را کاهش داده بود (Stroyan et al., 2024). پیاده‌سازی طرح‌واره‌درمانی بافتاری در این پژوهش، با فعال‌سازی این طرح‌واره‌ها و تبدیل آن به فرصتی برای مشاهده و اصلاح الگوها، به بیماران کمک کرد تا هیجانات و افکار خود را بدون واکنش خودکار مشاهده کرده و رفتارهای سازگارانه و مبتنی بر ارزش‌ها را انتخاب کنند (Roediger et al., 2021). این فرآیند، خودآگاهی هیجانی را افزایش داد، پذیرش هیجانات دشوار را تقویت کرد، احساس خودکفایی را ارتقا داد و ترس از ترک شدن را کاهش داد. هم‌زمان، ترکیب بازسازی طرح‌واره‌ها با عناصر ACT توانایی بیماران را در مدیریت هیجان، تصمیم‌گیری مستقل و تنظیم روابط بین‌فردی بهبود بخشید (Hayes & King, 2024). در نتیجه، مشاهده شد که ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت وابسته، مانند وابستگی شدید، اضطراب جدایی و ناتوانی در تصمیم‌گیری، کاهش یافته و عملکرد بین‌فردی و کیفیت زندگی مراجعان ارتقا یافته است. در تبیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بافتاری بر طرح‌واره‌های سازش نیافته افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته نیز می‌توان گفت، طرح‌واره‌های سازش نیافته الگوهای پایدار شناختی-هیجانی هستند که از ناکامی‌های محیطی و روابط نامناسب دوران کودکی شکل می‌گیرند و در اختلال شخصیت وابسته عمدتاً در حوزه‌های اطاعت، رهاشدگی، بی‌کفایتی/وابستگی و پذیرش طلبی مشاهده می‌شوند (Dianni et al., 2025). در این پژوهش، طرح‌واره‌درمانی بافتاری که ترکیبی از اصول طرح‌واره‌درمانی سنتی و رویکردهای پذیرش‌محور است، از مؤلفه‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، پذیرش هیجان، کار بین‌فردی و بازوالدینی محدود برای اصلاح این الگوها بهره برد (Roediger & Stevens, 2019). این درمان از سه مسیر اصلی اثر می‌گذارد: نخست، افزایش آگاهی مراجع از لحظه فعال‌سازی طرح‌واره و مشاهده آن از دیدگاه ناظر؛ دوم، فاصله‌گیری شناختی و کاهش همجوشی با افکار و هیجانات طرح‌واره‌ای؛ و سوم، پذیرش و پردازش هیجانات ناکام‌مانده دوران کودکی که اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد. مجموع این فرآیندها به انتخاب رفتارهای متعهدانه مبتنی بر ارزش‌ها و تقویت ذهنیت «بزرگسال سالم» منجر می‌شود (Stroyan et al., 2024). نتایج نشان داد که مراجعان پس از مداخله قادر شدند الگوهای ناسازگار خود را شناسایی و تعدیل کنند، خودآگاهی و خودکفایی افزایش یافت، و اضطراب و وابستگی کاهش پیدا کرد (Roediger & Stevens, 2019; Stroyan et al., 2024). همچنین بهبود طرح‌واره‌های سازش نیافته منجر به افزایش توانایی تصمیم‌گیری مستقل، تقویت روابط

بین فردی و بهبود کیفیت زندگی شد (Hayes & King, 2024; Roediger et al., 2021). در مجموع، طرح‌واره‌درمانی بافتاری با بازسازی شناختی، هیجانی و بین فردی، طرح‌واره‌های آسیب‌زا را به الگوهای سازگارتر تبدیل کرد و به بیماران کمک نمود از چرخه وابستگی و خودبی‌ارزشی‌هایی یافته و روابط سالم‌تری برقرار کنند (Bach & Bernstein, 2019; Blackman et al., 2024).

نتایج تحقیق نشان داد مداخله انفرادی طرح‌واره‌درمانی بافتاری علاوه بر کاهش ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت وابسته، در اصلاح طرح‌واره‌های سازش‌نیافته نیز مؤثر است و می‌تواند به‌عنوان یک مداخله کارآمد در مراکز مشاوره و روان‌درمانی به کار رود. یافته‌ها همچنین بر اهمیت جلسات تقویت‌کننده و پیگیری منظم برای حفظ تغییرات تأکید می‌کنند. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود؛ حجم نمونه محدود و انتخاب شده از مراکز درمانی و کلینیک‌های روانشناسی شهر مشهد، ممکن است نمایانگر کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته در جمعیت عمومی نباشد و تعمیم یافته‌ها به سایر شهرها یا جمعیت‌های متفاوت محدود گردد؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده، استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر جمعیتی می‌تواند قابلیت تعمیم یافته‌ها را افزایش دهد. مدت زمان پیگیری محدود (سه ماه) ممکن است نتواند پایداری بلندمدت اثرات درمانی طرح‌واره‌درمانی بافتاری را به‌طور کامل نشان دهد و ضرورت پیگیری‌های طولانی‌تر را مطرح می‌کند. تمامی داده‌ها مبتنی بر ابزارهای خودگزارشی و پرسشنامه‌های روان‌سنجی بوده است که علی‌رغم پایایی و روایی مناسب، امکان تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، خودپنداره و آگاهی فرد از خود را به همراه دارد. بنابراین استفاده از طراحی‌های کور یا دوسویه کور برای کاهش سوگیری ارزیابان و شرکت‌کنندگان پیشنهاد می‌شود. یافته‌ها نشان داد که این روش درمانی اثر قابل توجهی بر کاهش ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت وابسته، بهبود طرح‌واره‌های سازش‌نیافته دارد. بنابراین، مراکز روانشناسی و روان‌پزشکی می‌توانند این مداخله را به‌عنوان یکی از گزینه‌های درمانی مؤثر برای مراجعان دارای اختلال شخصیت وابسته در برنامه‌های درمانی خود بگنجانند.

تشکر و قدردانی: این پژوهش بخشی از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد که با کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1403.045 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام به تصویب رسیده است. از تمامی شرکت‌کنندگان، مسئولین مراکز درمانی و کلینیک‌های روانشناسی شرکت‌کننده در پژوهش حاضر برای همکاری با پژوهشگر تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: بین نویسندگان هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

References

- APA. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- Bach, B., & Bernstein, D. P. (2019). Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 38-49. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000464>
- Bax, O. K., Chartonas, D., Parker, J., Symniakou, S., & Lee, T. (2023). Personality disorder. *bmj*, 382. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj-2019-050290>
- Blackman, L. C., Pizarro-Campagna, E., & Pilkington, P. D. (2024). Early Maladaptive Schemas and Dissociative Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(6), e70026. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.70026>
- Borm, G. F., Fransen, J., & Lemmens, W. A. (2007). A simple sample size formula for analysis of covariance in randomized clinical trials. *Journal of clinical epidemiology*, 60(12), 1234-1238. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.02.006>
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire-short form. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.2.90>
- Choca, J. P. (2004). *Interpretive guide to the millon clinical multiaxial inventory*. American Psychological Association.
- Cudo, A., Maçik, D., & Griffiths, M. D. (2023). The relationship between early maladaptive schemas and problematic Facebook use: The indirect effects of perceived stress. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2969. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph20042969>
- d'Huart, D., Seker, S., Bürgin, D., Birkhölzer, M., Boonmann, C., Schmid, M., & Schmeck, K. (2023). The stability of personality disorders and personality disorder criteria: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 102, 102284. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102284>
- De Vroeghe, L., Woudstra-de Jong, J. E., Videler, A. C., & Kop, W. J. (2022). Personality factors and cognitive functioning in patients with somatic symptom and related disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 163, 111067. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111067>
- Diianni, A. T., Davis, L. C., & Piper, B. J. (2025). Identification of pronounced gender and geographic differences in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, text revision (DSM-5-TR). *medRxiv*, 2025.2006. 2023.25330160. <https://doi.org/https://doi.org/10.1101/2025.06.23.25330160>
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Ghahari, S., Viesy, F., Kavand, H., Yekefallah, M., Zandifar, H., Farrokhi, N., & Davoodi, R. (2020). Psychometric properties of Early Maladaptive Schemas Questionnaire Short Form-75 Items (YSQ-SF). *NPWJM*, 8(27), 31-40. (In Persian). <https://doi.org/http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-800-fa.html>
- Ghanizadeh Balderloo, K., Moheb, N., Alivandi Vafa, M., & Azemoudeh, M. (2025). The Comparison of Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty and

- Psychological Flexibility among Patients Suffering from Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Applied Psychological Research, Articles ready for publication*, (In Persian). <https://doi.org/https://doi.org/10.22059/JAPR.2025.356174.644559>
- Gharrae, B., Masoumian, S., Zamirinejad, S., & Yaghmaeezadeh, H. (2022). Psychometric properties of the Persian version of the Self-report Personality Questionnaire for Personality Disorders of DSM-5 (SCID-5-SPQ) in clinical samples. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(4), 508-519.
- Haltigan, J. D., Pringsheim, T. M., & Rajkumar, G. (2023). Social media as an incubator of personality and behavioral psychopathology: Symptom and disorder authenticity or psychosomatic social contagion? *Comprehensive Psychiatry*, 121, 152362. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152362>
- Hansen, B. J., Thomas, J., & Torrico, T. J. (2024). Dependent Personality Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Harrison, J. E., Weber, S., Jakob, R., & Chute, C. G. (2021). ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC medical informatics and decision making*, 21(Suppl 6), 206. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12911-021-01534-6>
- Hayati, M., Shehni Yailagh, M., & Keikhosrovani, M. (2023). Effects of Contextual Schema Therapy on Interpersonal Sensitivity and Coping Self-Efficacy of Socially Anxious Female Adolescents. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(1), 99-114. (In Persian). . <https://doi.org/https://doi.org/10.22059/JAPR.2022.351383.644453>
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Karaburun, M., & Çalışır, M. (2025). The effectiveness of schema therapy in personality disorders: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology Research*, 9(1), 73-84. <https://doi.org/https://doi.org/10.57127/kpd.26024438.1279391>
- Kunst, H., Lobbestael, J., Candel, I., & Batink, T. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 837-846.
- Lolkema, E. (2022). *The Relation Between the Functional Schema Modes and Wellbeing at the End of Inpatient Schema Therapy and the Long-term Societal Functioning and Wellbeing for Individuals with Complex Personality Disorders* University of Twente].
- Marchetti, D., Musso, P., Verrocchio, M. C., Manna, G., Kopala-Sibley, D. C., De Berardis, D., De Santis, S., & Falgares, G. (2022). Childhood maltreatment, personality vulnerability profiles, and borderline personality disorder symptoms in adolescents. *Development and psychopathology*, 34(3), 1163-1176. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0954579420002151>
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal*. John Wiley & Sons.
- Millon, T., & Davis, R. (1994). Millon's evolutionary model of normal and abnormal personality: theory and measures. *Differentiating normal and abnormal personality*, 79-113.
- Nho, J.-H., & Kim, E. J. (2022). Relationships among type-D personality, fatigue, and quality of life in infertile women. *Asian Nursing Research*, 16(4), 208-214. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anr.2022.08.001>

- Pauwels, E., Dierckx, E., Smits, D., Janssen, R., & Claes, L. (2018). Validation of the Young Schema questionnaire-short form in a Flemish community sample. *Psychologica Belgica*, 58(1), 34. <https://doi.org/https://doi.org/10.5334/pb.406>
- Roediger, E., Melli, G., & Marsigli, N. (2021). Schema therapy, contextual schema therapy and case formulation: Commentary on chapter "Case formulation in process-based therapies". In *CBT case formulation as therapeutic process* (pp. 139-142). Springer. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-63587-9_14
- Roediger, E., & Stevens, B. (2019). Contextual schema therapy in clinical practice: New directions. *Journal of Clinical Psychology*, 75(4), 567-579.
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. New Harbinger Publications.
- Sadock, B. J. a. S., Virginia Alcott. . (2021). *Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (t. b. F. Rezaei, Ed.). Arjomand Publications.
- Salgó, E., Bajzát, B., & Unoka, Z. (2021). Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40479-021-00160-y>
- Sekowski, M., Lengiewicz, I., & Lester, D. (2022). The complex relationships between dependency and self-criticism and suicidal behavior and ideation in early adulthood. *Personality and Individual Differences*, 198, 111806. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111806>
- Seyyedzade Sani, S. M., & Kavosi Khasraghi, P. (2022). Relationship between Drug Addiction and Dependent Personality Disorder among Women in Tabriz (Case Study) *Medical Law Journal*, 16(57), 290-305. (In Persian). <https://doi.org/http://ijmedicallaw.ir/article-1-1257-fa.html>
- Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Hejri, M., Pirmorad, T., & Yaghmaeezadeh, H. (2021). Psychometric properties of structured clinical interview for DSM-5 disorders-clinician version (SCID-5-CV). *Brain and Behavior*, 11(5), e01894.
- Sharifi, A. A. (2002). *Standardization of the Milon-3 Multiaxial Clinical Test in Isfahan University of Isfahan*].
- Stefan, S., Stroian, P., Fodor, L., Matu, S., Nechita, D., Boldea, I., Fechete, I., Mătiță, D., & Mustățea, M. (2023). An online contextual schema therapy workshop for social anxiety symptoms—A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 67-75. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.005>
- Stroyan, S., Bernstein, D. P., & Rudiger, M. (2024). Advances in schema therapy: Integrating process-based approaches for personality disorders. *Clinical psychology review*, 103(102239).
- Teck Sng Tay, A., & Teck Cheng, S. E. (2023). Maladaptive Personality Traits of Inpatients with Self-Harm Behavior and Its Association with Suicide Intent Severity. *Psychodynamic psychiatry*, 51(3), 350-373. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/pdps.2023.51.3.350>
- Thimm, J. C., & Chang, M. (2022). Early maladaptive schemas and mental disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 15(4), 371-413. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s41811-022-00149-7>
- Veenstra-Spruit, M. S., Bouman, R., van Dijk, S. D., van Asselt, A. D., van Alphen, S. P., Veenstra, D. H., de Ruiter, M., Troost, S. E., Lammers, M. W., & Vulker, F. (2024). Group schema

- therapy combined with psychomotor therapy for older adults with a personality disorder: an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(4), e245-e254. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00001-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00001-1)
- Wibbelink, C. J., Venhuizen, A. S. S., Grasman, R. P., Bachrach, N., van den Hengel, C., Hudepohl, S., Kunst, L., de Lange, H., Louter, M. A., & Matthijssen, S. J. (2023). Group schema therapy for cluster-C personality disorders: A multicentre open pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1279-1302. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.2903>
- Zeraatgar Borani, U. K., & Bayanfar, F. (2024). *The Effect of Contextual Schema Therapy on Self-Control*, National Conference on Management, Psychology and Behavioral Sciences Proceedings of the Fifth International Conference and the Eighth National Conference on Management, Psychology and Behavioral Sciences,
- Zhang, C.-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>
- Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(7), 641-650. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304>