



Journal Website

Article history:

Received 29 March 2024

Accepted 07 May 2024

Published online 29 May 2024

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 1, pp 160-174



E-ISSN: 2981-1759

The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress and Emotional Regulation in Individuals with Borderline Personality Disorder

Maryam Abbasian Hadadan^{1*}

¹ MA, Department of Clinical Psychology, Marand Branch, Islamic Azad University, Marand, Iran.

* Corresponding author email address: maryamabbasi123mmm@gmail.com

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Abbasian Hadadan, M. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress and Emotional Regulation in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(1), 160-174.



© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Background and Objective: The present study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy on psychological distress and emotional regulation in individuals with borderline personality disorder in Tehran in 2023.

Methods and Materials: The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population consisted of all individuals with borderline personality disorder who referred to counseling centers in Tehran. From this population, 30 individuals were selected through purposive sampling and randomly assigned to the experimental group (15 individuals) and the control group (15 individuals). The experimental group received schema therapy training in 12 sessions of 60 minutes each, while the control group remained on a waiting list. The instruments used in the present study included the Borderline Personality Questionnaire (Claridge & Broks, 1984), Psychological Distress Scale (Kessler, 2002), and Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006). Data analysis was conducted in two sections: descriptive and inferential (covariance analysis).

Findings: The results showed that schema therapy training impacted the psychological distress components (anxiety, depression, and stress) in individuals with borderline personality disorder. Furthermore, the results indicated that schema therapy reduced negative emotion regulation and increased positive emotion regulation in individuals with borderline personality disorder.

Conclusion: Based on the findings of the present study, schema therapy can be suggested as an effective method to improve psychological distress and emotional regulation in individuals with borderline personality disorder.

Keywords: *Psychological Distress, Emotion Regulation, Schema Therapy, Borderline Personality Disorder.*



وسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱۰ فروردین ۱۴۰۳

پذیرفته شده در تاریخ ۱۸ اردیبهشت ۱۴۰۳

منتشر شده در تاریخ ۰۹ خرداد ۱۴۰۳

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۳، شماره ۱، صفحه ۱۷۴-۱۶۰



شابای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

اثربخشی طرحواره درمانی بر پریشانی روانی و تنظیم هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

مریم عباسیان حدادان^{۱*}

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: maryamabbasi123mmm@gmail.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

عباسیان حدادان، مریم. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر پریشانی روانی و تنظیم هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۱(۱)، ۱۶۰-۱۷۴.

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرح‌واره درمانی بر پریشانی روانی و تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شد. **مواد و روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران تشکیل دادند که از بین آنها، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش با استفاده از طرح‌واره درمانی، ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه شخصیت مرزی (کلاریج و بروکز، ۱۹۸۴)، پریشانی روانی (کسلر، ۲۰۰۲) و تنظیم هیجانی (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) بودند. **یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام گرفت. نتایج نشان داد آموزش طرح‌واره درمانی بر مولفه‌های پریشانی روانی (اضطراب، افسردگی و تنیدگی) افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش تنظیم هیجانی منفی و افزایش تنظیم هیجانی مثبت در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شد. **نتیجه‌گیری:** منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان طرحواره درمانی را به عنوان یک روش کارآ جهت بهبود پریشانی روانی و تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد داد.

کلیدواژگان: پریشانی روانی، تنظیم هیجانی، طرحواره درمانی، اختلال شخصیت مرزی.



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیتی شدیدی است که با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می‌شود (Perrotta, 2020). این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین شخصی و همچنین برانگیختگی شدید، متمایز می‌شود (Hajmohamad hosini et al., 2022; Schaich et al., 2020). شیوع تقریبی اختلال شخصیت مرزی ۱ تا ۳ درصد در طول عمر و ۵٪ تا ۱/۴ درصد در جمعیت عادی است (Arntz et al., 2022; Ellison, 2020). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال شخصیت مرزی با مواردی نظیر اجتناب از طرد یا رهاشدگی واقعی یا خیالی، روابط بین فردی بی‌ثبات، آشفتگی هویت، رفتارهای خودکشی یا خود آسیب زنی، بی‌ثباتی عاطفی، احساس‌های مزمن پوچی، خشم نامناسب و شدید یا اشکال در کنترل خشم و اندیشه پردازی‌های پارانویایی گذرا یا نشانه‌های شدید تجزیه مشخص می‌شود. بر طبق DSM-5 افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در همه جوانب زندگی، در روابط بین فردی، خودپنداره و احساسات و هیجان عدم ثبات نشان می‌دهد و بسیار تکانشگر هستند این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در شرایط مختلف حضور دارد و این حالت را پنج مورد یا بیشتر از موارد زیر نشان می‌دهند: ۱- فرد، برای اینکه دیگران او را واقعاً یا به خیال خودش ترک نکنند، مستاصانه تلاش می‌کند. ۲- در زندگی خود به طور دایم و مکرر روابط میان فردی بی‌ثبات و پرتنش دارد که فردی را بسیار خوب می‌داند یا او را بی‌اندازه بی‌ارزش می‌پندارد. ۳- اختلال هویت دارد و خودپنداره یا خود انگاره وی به شدت و به طور دایم بی‌ثبات است. ۴- حداقل در دو زمینه که در آنها احتمال آسیب رسانی به خود وجود دارد، رفتارهای تکانشگر دارد ۵- به طور مکرر رفتارهای انتحاری در پیش می‌گیرد، ژست و حالت خودکشی به خود می‌گیرد یا تهدید به خودکشی می‌کند، یا رفتارهای خود زنی نشان می‌دهد. ۶- از لحاظ احساسی یا هیجانی ثبات ندارد زیرا خلق او به شدت واکنشی است. ۷- همیشه احساس خلاء می‌کند. ۸- به شدت و نامتناسب با محرک خشمگین کننده عصبانی می‌شود و نمی‌تواند خشم خود را کنترل کند. ۹- افکار پارانوئیدی موقت و مرتبط با استرس دارد یا سمپتوم‌های شدید گسستگی نشان می‌دهد (American Psychiatric Association, 2022). آمارها گزارش می‌دهد حدود ۱/۶ درصد از جمعیت عمومی مبتلا به این اختلال هستند که ممکن است تا ۵/۶ افزایش یابد. ۱۰ درصد از بیماران روانپزشکی سرپایی و ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های شخصیت، از این بیماری رنج می‌برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آنها گزارش شده است (Arntz et al., 2022). در سبب شناسی این اختلال عوامل زیادی نقش دارند که در ادامه به برخی از این عوامل اشاره می‌شود.

پریشانی روانی را می‌توان به عنوان مجموعه‌ای غیراختصاصی از علائم روان شناختی از جمله، افسردگی، اضطراب یا استرس تعریف کرد (Kraiss et al., 2023). اگر چه پریشانی روان شناختی ساختاری چند وجهی است که برای ترکیبات تمایز نیافته علائم روان شناختی، ناتوانی و مشکلات رفتاری به کار رفته است، اما معمولاً به عنوان حالتی از رنج عاطفی، با علائم افسردگی و اضطراب مشخص می‌شود (Viertiö et al., 2021) که ممکن است نشان دهنده یک نوسان طبیعی در خلق باشد یا نشان دهنده شروع یک اختلال بالینی روانشناختی باشد (Singh & Ramdeo, 2023). این وضعیت روانی به مفهوم کلی عملکرد روانشناختی ناسازگار در مواجهه با رویدادهای استرس زای زندگی اشاره دارد (Abeloff et al., 2004). در واقع، پریشانی روانی بیشتر در موقعیت‌های آسیب زا و استرس زا رخ می‌دهد، به ویژه موقعیت‌هایی که می‌توانند احساس امنیت را از بین برده و احساس درماندگی و آسیب پذیری را ایجاد کنند و ناگهان زندگی روزمره را تغییر دهند (Rega et al., 2022). یکی از رویدادهای آسیب زا که افراد زیادی درگیر آن بوده اند، اختلال شخصیت مرزی است (Esener et al., 2023). به همین دلیل لازم است در این زمینه راهکارهای لازم از جمله استفاده از درمان‌های روانشناختی انجام گیرد.



هیجان نیز ممکن است از چند مسیر بر سلامت افراد مبتلا با اختلال شخصیت مرزی تاثیر بگذارند. تنظیم هیجان را می توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می توانند بر این که چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آن ها را داشته باشند، چگونه آن ها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند و همچنین تحت تاثیر شرایط سنی باشد (Rohr et al., 2019). تنظیم هیجانی^۱ در نظریه هیجان مدار به توانایی فرد برای عمل، آگاه بودن از و به کلام درآوردن و استفاده از هیجان ها به صورت سازگارانه برای تنظیم آشفستگی و پیشبرد نیازها و اهداف است (Edwards & Pinna, 2020). تنظیم هیجانی برای عملکرد سازگارانه ضروری است. یک سطح بهینه از برانگیختگی هیجانی برای یک موقعیت مشخص وجود دارد (Greenberg, 2002). توانایی تنظیم هیجانی یک فرد از بخش تجارب اولیه دل بستگی با والدین یا مراقبت کننده های پاسخگو و در دسترس می آید. دشواری ها در تنظیم هیجانی شامل مشکلات هم در کم انگیزگی و هم بیش انگیزگی است و یک شکل مهم از بد عملکردی هیجانی است (Zwack & Greenberg, 2020). ناتوانی افراد در تنظیم نمودن هیجانانشان، به ویژه وقتی که طرف مقابل در دسترس هیجانی نیست، می تواند منبع عمده ای در ایجاد مشکلات زناشویی باشد. وقتی افراد از تنظیم آشفستگی های خود ناتوانند به دو طریق با آن کنار می آیند: حمله کردن و یا دوری گزیدن، این بدان معناست که درمانگران علاوه بر تمرکز بر پاسخگو بودن افراد نسبت به یکدیگر و شناسایی موانع آن، بایستی بر ارتقاء توانایی های هر فرد در تنظیم عواطف خود تمرکز کنند، به نحوی که افراد آشفستگی های خود را به سمت حمله یا کناره گیری سوق ندهند. بنابراین ضروری است که افراد توانایی تسکین بخشی و ترمیم گری اضطراب و شرم خود را داشته باشند و این توانایی را افزایش دهند تا بتوانند زمانی که از اطرافیان خود ناامید می گردند یا او حضور ندارد، از این توانایی بهره ببرند (Elliott & Macdonald, 2021).

مبتنی بر شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته که یکی از مداخلات سودمند، طرحواره درمانی است که توسط یانگ (۲۰۰۳) مطرح شده است. وی مدلی را در مورد اختلال شخصیت مرزی ارائه کرده است، که به ویژه در فهم ذهنیت های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است. طرحواره درمانی یکی از مداخلات درمانی است که کارآیی آن در تحقیقات پژوهشگران مختلف (Ghaderi et al., 2016; Nenadić et al., 2017; Pirani, 2017; Pugh, 2015) نشان داده شده است. طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان الگوی فراگیر و گسترده ای از خاطرات، هیجانها، شناختها و احساسات بدنی تعریف می شوند که در ارتباط با روابط بین فردی شکل گرفته اند، این طرحواره ها ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارند و در جریان زندگی فرد توسعه می یابد و به میزان قابل توجهی معیوب هستند. کلمه طرحواره به طور کلی به عنوان ساختار یا چهارچوب تعریف می شود که به باز نمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده یک واقعه اشاره دارد (Baz, 2019) در حوزه رشد شناختی طرحواره ها به عنوان نقشه شناختی در نظر گرفته می شوند که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مساله است (Estévez et al., 2016). طرحواره ها در طی دوران رشد در اثر تجارب زندگی با افراد مهم شکل می گیرند و به حرکت خود ادامه می دهند و خود را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند با این تعریف طرحواره ها می توانند مثبت یا منف، سازگار یا ناسازگار باشند. برخی از خصوصیات طرحواره های ناسازگار اولیه عبارت است از: ۱- الگوها یا درونمایه های عمیق و فراگیر هستند ۲- از خاطرات، هیجانها، شناختواره ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند، ۳- در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند، ۴- در سیر زندگی تداوم دارند، ۵- درباره خود یا رابطه با دیگران هستند، ۶- به شدت ناکارآمدند. مفهوم ذهنیت طرحواره ای یکی از بخش های مهم نظریه طرحواره ای است و اشاره به مجموعه ای از طر حواره ها و فرایندها دارد که در موقعیت خاصی افکار و احساسات و اعمال بیمار را به بهای سایر طرحواره ها تحت الشعاع قرار می دهد ذهنیتها با باورهای بنیادی فرد ارتباط تنگاتنگی دارند و منشاء ایجاد مجموعه هایی از طرحواره های مرتبط به هم می باشد (Ghaderi et al., 2016; Schaich et al., 2020). از سوی دیگر الاهی

^۱ - Emotion Regulation



(۲۰۱۹)، در سبب شناسی اختلالات شخصیت بیان می‌کند که هسته اصلی اختلالات شخصیت، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ای هستند که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی، حساسیت به طرد شکل می‌گیرند (Elahi, 2019). الیسون (۲۰۲۰)، در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان طرح‌واره محور و روان درمانی انتقال محور در مرزی‌ها پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان طرح‌واره محور نسبت به درمان انتقال محور برای این گروه از بیماران به طور معنی دار موثرتر است (Ellison, 2020).

لذا در این پژوهش سعی بر این است که با توجه به نوع روابط بین پریشانی روانی و تنظیم هیجانی در افراد دارای اختلالات شخصیت مرزی، سبک‌های ویژه شناختواره‌ها و طرح‌واره‌هایی که در این دوران شکل می‌گیرند، بررسی شود. در واقع به طور اختصاصی تر هدف پژوهش حاضر این است که عوامل موثر بر شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را که خود هسته اختلالات شخصیت می‌باشد، بررسی کند که در این راستا عوامل متعددی مورد توجه قرار می‌گیرد. اهمیت نظری این پژوهش، توسعه مرزهای دانش است و منظری جدید به فهم و صورت بندی این اختلال، به ویژه در پرتو نظریه هیجان برانگیز طرح‌واره درمانی می‌گشاید و تصریح این مهم، به پژوهش‌های جدید نیازمند است. از این رو، در این پژوهش چنین پیش بینی می‌شود که این خلاء تا حدودی ترمیم شود تا اولاً اثرات مفید و غیر مفید این عوامل در علایم اختلال شخصیت مرزی روشن شود و از طرفی مدل نظری ارائه شده مورد آزمون قرار گیرد. اهمیت عملی پژوهش، توجه به بنیادهای شناختی-هیجانی این اختلال از یک سو، و نقش تجارب آسیب زای دوران کودکی این افراد، در کاربندی مناسب و دقیق تر مداخلات بالینی است همچنین روشن ساختن نقش تجارب تروماتیک دوران کودکی در شکل‌گیری اختلالات شخصیت مرزی در بزرگسالی می‌تواند به بینش‌های مفیدی از نظر مداخلات در سطح اول پیشگیری منجر گردد و این که می‌توان از یافته‌های این پژوهش تلویحات عملی متعددی را در زمینه آموزش خانواده‌ها و مداخلات به هنگام تر استنتاج نمود. همچنین در باب ضرورت اجرای پژوهش حاضر باید اشاره کرد که مطابق با یافته‌های پژوهشی پیشین ذکر شده در پژوهش حاضر، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، علاوه بر مشکلات حاصل از این اختلال، دارای ضعف در تنظیم هیجانی هستند که شکل‌گیری این فرایندها سبب دو چندان شدن مشکلات این افراد می‌شود. بر این اساس ضروری است که با به کار گیری روش‌های درمانی مناسب نسبت به تغییر در این متغیرها اقدام شود. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های روان شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و از سویی با نظر به کارآیی طرح‌واره درمانی در کاهش پریشانی روان شناختی افراد مختلف و نیز اجرا نشدن پژوهشی با موضوع پژوهش حاضر، تصمیم بر آن شد تا تاثیر طرح‌واره درمانی را بر متغیرهای مذکور آزمون شود. بنابراین محقق در پژوهش حاضر به دنبال این مساله است: آیا طرح‌واره درمانی بر پریشانی روانی و تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد؟

مواد و روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش (طرح پیش‌آزمون-پس آزمون) همراه با گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است که در سال ۱۴۰۲ به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کردند، تشکیل دادند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، مطابق نظر روان پزشک بر پایه مصاحبه تشخیصی و با توجه به ملاک‌های زیر، نمونه‌های واجد شرایط انتخاب شد. معیارهای ورود شامل: دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، حداقل داشتن سطح تحصیلات سیکل، سکونت در شهر تهران، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی، وجود نشانه‌های شخصیت مرزی بر پایه مصاحبه بالینی (نشانه‌های این نوع اختلال شخصیت در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی انجمن روان‌شناسی آمریکا آورده شده است). معیارهای خروج نیز شامل: عدم ابتلا به سایر اختلالات روان‌شناسی و روان پزشکی (عدم ابتلا به اختلالات شناخته شده شدید روانپزشکی)، شرکت در برنامه‌های روان درمانی دیگر و درمان‌های داورپی در خارج از مداخله آموزشی و درمانی در طول



اجرای پژوهش، بستری شدن در بیمارستان روانی در طول دوره پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه در درمان و تغییر محل سکونت بود. نخست ۳۰ نفر از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بر اساس ملاک‌های شمول پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به مراکز مشاوره شهر تهران انتخاب شد. بیماران ارجاع داده شده، توسط مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط متخصص (روان‌شناس بالینی) به منظور تایید تشخیص مورد ارزیابی قرار گرفتند. در گام بعدی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل به صورت تخصیص تصادفی جایگزین شد گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی تحت مداخله درمان طرح‌واره محور قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. بعد از اتمام مداخله مجدداً هر دو گروه در پس‌آزمون از نظر متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان در گروه آزمایش به اختیار خود تحت درمان طرح‌واره در پژوهش مد نظر قرار گرفت.

مقیاس شخصیت مرزی کلاریج و بروکز (۱۹۸۴): مقیاس شخصیت مرزی حاصل پرسشنامه صفات اسکیزوتایپی (STQ) است

که توسط کلاریج و بروکز (۱۹۸۴) ساخته شده است و راولینگز، کلاریج و فریمن (۲۰۰۱) آن را بررسی مجدد کرده‌اند. این مقیاس ۱۸ سوال دو گزینه‌ای (بله-خیر) دارد. کاربرد مقیاس شخصیت مرزی برای مطالعه خصلت‌های مرزی در جامعه غیربالینی است (محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده، ۱۳۸۴). راولینگز و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ را برای آن ۰/۸۰ گزارش داده‌اند. از آنجا که مقیاس شخصیت مرزی بر اساس ملاک‌های DSM-III ساخته شده است، در پژوهش محمدزاده و همکاران (۱۳۸۴)، ۶ سوال بر مبنای متون روان‌شناسی مرضی و روانپزشکی به آن اضافه شد تا تعریف DSM-IV-TR از اختلال شخصیت مرزی تحت پوشش قرار گیرد. در نهایت، ۲۴ سوال در سه عامل ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس باقی ماند. همسانی درونی ۰/۷۷ و ضریب پایایی بازآزمایی، ۰/۸۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر، از نسخه ۲۴ سوالی استفاده شد. چون سوالات بر اساس طیف لیکرت می‌باشند امکان مطرح کردن واریانس وجود نداشت (Hajmohamad hosini et al., 2022). برای محاسبه همسانی درونی از شیوه‌تتای ترتیبی با نرم افزار R استفاده شد و ضریب تتای ترتیبی ۰/۸۲ حاصل شد.

پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲): پرسشنامه پریشانی روانشناختی توسط کسلر و همکاران در سال

۲۰۰۲ برای شناسایی اختلالات روانی در بین جمعیت عمومی در دو فرم ۱۰ سوالی و ۶ سوالی تهیه شد. به زغم اینکه، این پرسشنامه اختلال روانی خاصی را هدف قرار نمیدهد؛ اما بنا به گفته طراحان آن سطح اضطراب و افسردگی فرد را که در طی چند هفته اخیر تجربه کرده است، مشخص می‌سازد. در این پژوهش از فرم ۱۰ سوالی استفاده شد که سوالات هر دو فرم در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (۰=هیچ وقت) تا (۴=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۴۰ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر آشفتگی روانشناختی بالاتر است. نمرات ۱۰ تا ۱۵ نشان‌دهنده پریشانی پایین، نمرات ۱۶ تا ۲۱ بیانگر پریشانی متوسط، نمرات ۲۲ تا ۲۹ نشان‌دهنده پریشانی بالا و نمرات ۳۰ تا ۵۰ نشان‌دهنده پریشانی خیلی بالا می‌باشد. پژوهش‌های انجام گرفته بر روی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر نشان دهنده ارتباط قوی میان نمرات بالا در پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر و تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب می‌باشد. همچنین ارتباط کمتر ولی معنادار میان نمرات پرسشنامه و بیماری‌های روانی دیگر وجود دارد (واسیلیادیس و همکاران، ۲۰۱۵). افزون بر آن، پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربالگری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشد و نیز این ابزار برای مهار و نظارت‌های بعد از درمان مناسب است. مطالعات دیگر نیز حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربالگری و شناسایی اختلالات روانی است. چنانکه واسیلیادیس و همکاران (۲۰۱۵)، اندرسون و همکاران (۲۰۱۱) پایایی و روایی محتوای این



پرسشنامه را بر جمعیت سالمندان قابل قبول گزارش کرده اند. آسامیکا و اوجاسانیا (۲۰۱۹)، پایایی کل این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه کردند. اکبری (۱۳۹۸)، نیز در کشور ما پایایی کل این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد کرد (Ghaderi et al., 2016). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ و برای مولفه‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجانی (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶): پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) یک ابزار ۱۸

گویه‌ای است که راهبردهای تنظیم هیجانی را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) بر حسب ۹ زیرمقیاس زیر می‌سنجد: سرزنش خود (۱، ۲)، سرزنش دیگران (۱۷، ۱۸)، نشخوارگری (۵، ۶)، فاجعه‌انگاری (۱۵)، (۱۶)، تمرکز مجدد مثبت (۷، ۸)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (۹، ۱۰)، ارزیابی مجدد مثبت (۱۱، ۱۲)، دیدگاه وسیع (۱۳، ۱۴) و پذیرش (۳، ۴). نمره بیشتر، نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. ابتدا هر نمره به این صورت مشخص می‌شود هرگز = ۱، گاهی = ۲، معمولاً = ۳، اغلب = ۴ و همیشه = ۵. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس‌های ۹ گانه با جمع نمره‌های دو ماده هر زیرمقیاس بر حسب سوالات هر مولفه محاسبه می‌شود. از مجموع نمره مربوط به زیرمقیاس‌های دیدگاه وسیع، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی تقسیم بر ۱۰ (تعداد ماده‌ها)، نمره راهبردهای سازش یافته؛ و از مجموع نمره زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه‌نمایی تقسیم بر ۸ (تعداد ماده‌ها) نمره راهبردهای سازش نیافته به دست می‌آید. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و ضریب اعتبار خرده‌مقیاس‌های آن به شیوه بازآزمایی به فاصله زمانی ۱۴ ماده در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است. راهبردهای خودتنظیمی را می‌توان هم در امتداد یک بعد در نظر گرفت (مقابل شناختی) و هم به دو نوع راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش یافته (مثبت/کارآمد) و کمتر سازش یافته (منفی/ناکارآمد) تقسیم کرد. تمرکز مجدد مثبت/تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت/دیدگاه وسیع (کم‌اهمیت شماری) و پذیرش راهبردهای مقابله‌ای بیشتر سازش یافته هستند و خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی از راهبردهای مقابله‌ای کمتر سازش یافته محسوب می‌شوند. در ایران نیز ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این آزمون را در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و همچنین ضریب اعتبار این عوامل را به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ به دست آورده‌اند. نتایج تحلیل عامل به شیوه مؤلفه‌های اصلی نشان داده است که پرسشنامه خودتنظیمی یک ساختار هفت عاملی دارد که شامل تمرکز مجدد مثبت/برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع، پذیرش، سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری است. روایی محتوایی پرسشنامه خودتنظیمی، بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندانال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شد (Nasiri Karbasdehi et al., 2024).

شرح جلسات طرح‌واره درمانی: طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی بر پایه الگوی یانگ بر روی کلیه شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در جلسه‌های درمانی اجرا شد (Young et al., 2006). پس از اجرای پیش‌آزمون در هر دو گروه، گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۶۰ دقیقه تحت مداخله درمانی قرار گرفت، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و پس از آزمون هم در یک هفته پس از اتمام درمان برای گروه آزمایش و کنترل انجام شد و این درمان توسط متخصص در مراکز درمانی و مشاوره انجام شد.

جلسه اول: مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافقات لازم، آموزش مفهوم طرح‌واره، طرح‌واره درمانی، درمان گروهی، تکمیل کردن پرسشنامه برای پیش‌آزمون، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرح‌واره درمانی با مصرف غذا و رفتار خوردن، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضای، ارائه تکلیف



جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرح‌واره با کودک درون، بیان یک مثال از طرح‌واره ناسازگار، عوامل موثر در اکتساب طرح‌واره، ارائه تکلیف

جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرح‌واره‌های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرح‌واره نقش داشته‌اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرح‌واره در شروع جلسه، ارائه تکلیف

جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای، ارائه تکلیف

جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرح‌واره، جمع‌آوری شواهد عینی تأکید کننده بر طرح‌واره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی رد کننده طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح‌واره، ارائه تکلیف

جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرح‌واره، معرفی فرم ثبت طرح‌واره‌ها، ارائه تکلیف

جلسه هشتم: بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن تکنیک گفتگوی خیالی، گفتگوی طرح‌واره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرح‌واره و فاصله گرفتن از طرح‌واره، ارائه تکلیف

جلسه نهم: بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگوی بین طرح‌واره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرح‌واره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آن‌ها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، ارائه تکلیف

جلسه دهم: بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرح‌واره، بررسی روش‌های موثر در توانایی کنترل هیجان‌ها و تکانه‌های خود، ارائه تکلیف

جلسه یازدهم: بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرح‌واره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائه تکلیف

جلسه دوازدهم: بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرح‌واره خویشتن‌داری، انجام اقدامات و آمادگی‌های لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار SPSS-V24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی میزان پریشانی روانی و تنظیم هیجانی در **جدول ۱** به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۱

اطلاعات توصیفی پریشانی روانی و تنظیم هیجانی و ابعاد آن‌ها به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها



متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
پریشانی روانی	گروه آزمایش	۴۳/۶۰	۲۲/۹۵
	انحراف معیار	۴/۵۴	۴/۰۱
افسردگی	گروه کنترل	۴۳/۴۰	۴۶/۹۵
	انحراف معیار	۴/۰۳	۳/۹۱
اضطراب	گروه آزمایش	۱۲/۲۰	۵/۹۰
	انحراف معیار	۲/۲۸	۲/۹۹
تنیدگی	گروه کنترل	۱۲/۷۰	۱۴/۶۰
	انحراف معیار	۲/۶۰	۲/۹۲
سرزنش خود	گروه آزمایش	۱۳/۰۱	۶/۰۵
	انحراف معیار	۲/۸۲	۲/۷۷
سرزنش دیگران	گروه کنترل	۱۳/۱۰	۲/۹۹
	انحراف معیار	۱۳/۷۵	۲/۴۳
فاجعه پنداری	گروه آزمایش	۱۸/۴۰	۱۱/۰۲
	انحراف معیار	۳/۲۳	۳/۸۴
نشخوار فکری	گروه کنترل	۱۷/۶۰	۱۸/۶۱
	انحراف معیار	۲/۹۵	۳/۲۲
پذیرش	گروه آزمایش	۶۰/۱۱	۶۷/۸
	انحراف معیار	۵۵/۱	۳۵/۱
تمرکز مجدد مثبت	گروه کنترل	۶۰/۱۰	۸۰/۱۰
	انحراف معیار	۹۲/۱	۴۳/۲
برنامه ریزی	گروه آزمایش	۸۰/۱۳	۶۷/۱۲
	انحراف معیار	۰/۱/۱	۱۶/۲
گروه کنترل	گروه کنترل	۴۷/۱۳	۷۳/۱۳
	انحراف معیار	۷۷/۱	۳۷/۲
گروه آزمایش	گروه آزمایش	۳۳/۱۲	۶۷/۱۰
	انحراف معیار	۱۸/۱	۸۴/۱
گروه کنترل	گروه کنترل	۰۰/۱۲	۲۷/۱۲
	انحراف معیار	۶۰/۱	۸۳/۱
گروه آزمایش	گروه آزمایش	۴۷/۱۳	۸۷/۱۰
	انحراف معیار	۶۸/۱	۶۴/۱
گروه کنترل	گروه کنترل	۲۷/۱۲	۹۳/۱۱
	انحراف معیار	۰۵/۲	۵۸/۱
گروه آزمایش	گروه آزمایش	۵۳/۸	۴۷/۱۰
	انحراف معیار	۹۶/۱	۴۲/۳
گروه کنترل	گروه کنترل	۶۰/۸	۹۳/۷
	انحراف معیار	۹۹/۱	۰۲/۲
گروه آزمایش	گروه آزمایش	۸۰/۱۰	۶۷/۱۱
	انحراف معیار	۹۴/۰	۳۵/۱
گروه کنترل	گروه کنترل	۵۳/۱۰	۶۰/۱۰
	انحراف معیار	۰۶/۱	۵۰/۱
گروه آزمایش	گروه آزمایش	۰۷/۸	۹۳/۱۱
	انحراف معیار	۸۷/۱	۰۶/۵
گروه کنترل	گروه کنترل	۸۷/۷	۴۷/۷



۹۷/۲	۰۰/۲	انحراف معیار		
۱۳/۱۲	۶۰/۹	میانگین	گروه آزمایش	باز ارزیابی مثبت
۸۵/۱	۳۰/۱	انحراف معیار		
۲۷/۹	۶۰/۹	میانگین	گروه کنترل	
۲۲/۱	۹۹/۰	انحراف معیار		
۶۰/۱۲	۴۷/۹	میانگین	گروه آزمایش	باز ارزیابی مثبت
۵۹/۲	۸۳/۲	انحراف معیار		
۹۳/۷	۱۳/۸	میانگین	گروه کنترل	
۰۹/۲	۵۶/۲	انحراف معیار		

همچنان که ملاحظه می شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می دهد. براساس نتایج مندرج **جدول ۱**، می توان به این توصیف دست زد که طر حواره درمانی باعث کاهش پریشانی روانی و ابعاد آن در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است. همچنین میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در راهبردهای منفی تنظیم هیجان کاهش و در راهبردهای مثبت، افزایش نشان می دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می توان به این توصیف دست زد که اجرای طر حواره درمانی باعث بهبود مؤلفه های تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است. نتایج نشان داد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل اجرای طر حواره درمانی «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های پریشانی روانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که با اجرای طر حواره درمانی آموزش دیده اند با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۵۲، $p < ۰,۰۱$). همچنین نتایج نشان داد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل طر حواره درمانی «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که با طر حواره درمانی آموزش دیده اند، با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۰۴، $p < ۰,۰۵$).

جدول ۲

آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیر	منبع تغییر	SS	df	F	سطح معناداری	ضریب ایستا
آفسردگی	گروه	۶۹۴/۹۷	۱	۱۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	خطا	۱۳۱۷/۷۹	۱۹			
اضطراب	گروه	۵۲۸/۶۴	۱	۱۷/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	خطا	۱۰۳۱/۸۹	۱۹			
تنیدگی	گروه	۶۳۵/۳۲	۱	۱۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	خطا	۱۳۰۳/۷۳	۱۹			
سرزنش خود	گروه	۲۰/۲۹	۱	۲۰/۲۹	۸/۲۵	۰/۰۰۲
	خطا	۴۶/۷۴	۱۹			
سرزنش دیگران	گروه	۵/۴۰	۱	۵/۴۰	۲/۳۶	۰/۱۴۱
	خطا	۴۳/۵۰	۱۹			
فاجعه پنداری	گروه	۸/۳۳	۱	۸/۳۳	۵/۹۳	۰/۰۰۴
	خطا	۲۶/۶۹	۱۹			
نشخوار فکری	گروه	۶/۶۵	۱	۶/۶۵	۳/۳۶	۰/۰۸۳
	خطا					



		۱/۹۸	۱۹	۳۷/۶۸	خطا	
۰/۰۰۱	۱۱/۸۴	۵۸/۲۸	۱	۵۸/۲۸	گروه	پذیرش
		۴/۹۲	۱۹	۹۳/۵۴	خطا	
۰/۰۹۹	۳/۰۱	۵/۲۱	۱	۵/۲۱	گروه	تمرکز مجدد مثبت
		۱/۷۳	۱۹	۳۲/۸۶	خطا	
۰/۰۰۲	۶/۳۵	۹۶/۰۴	۱	۹۶/۰۴	گروه	برنامه ریزی
		۱۵/۱۲	۱۹	۲۸۷/۳۰	خطا	
۰/۰۰۱	۳۳/۱۲	۴۷/۶۷	۱	۴۷/۶۷	گروه	باز ارزیابی مثبت
		۱/۴۴	۱۹	۲۷/۳۵	خطا	
۰/۰۰۱	۲۱/۴۲	۱۰۴/۰۱	۱	۱۰۴/۰۱	گروه	اتخاذ دیدگاه
		۴/۸۶	۱۹	۹۲/۲۵	خطا	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه‌های پریشانی روانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می‌گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۲ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای مؤلفه‌های پریشانی روانی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ مؤلفه‌های پریشانی روانی) کوچکتر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه‌های پریشانی روانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می‌گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۲ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۹ متغیر وابسته) کوچکتر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر پریشانی روانی و تنظیم هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش پریشانی روانی و مولفه‌های آن در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های پیشین (Arntz et al., 2022; Schaich et al., 2020) همخوانی دارد. آموزش‌های طرح‌واره درمانی از طریق اصلاح طرح‌واره‌های دوران کودکی باعث کاهش ارزیابی و برداشت منفی از خود و افزایش ارزیابی برداشت مثبت از خود می‌شود. هدف نهایی طرح‌واره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت واره هستند، بهبود طرح‌واره‌ها به بهبود همه آن‌ها منجر می‌شود. همچنین طرح‌واره درمانی از طریق تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار دوران کودکی، ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگار و کارآمد به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود افکار فراهم می‌آورد. طرح‌واره درمانی به افراد کمک می‌کند تا به جای الگوهای رفتاری برخاسته از طرح‌واره از سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری استفاده نمایند و به جای این که طرح‌واره‌ها را یک حقیقت مسلم بدانند که باید از آن پیروی نمایند، آن‌ها را به صورت یک حقیقت مزاحم بنگرند (Schaich et al., 2020). در نتیجه، طرح‌واره درمانی با اصلاح و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار دوران کودکی، تکنیک‌های شناختی



و رفتاری، الگوهای رفتاری کارآمد و تغییر و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند باعث بهبود پریشانی روانی شود. همچنین این درمان با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی که طی جلسات درمان شناسایی گردیدند و توضیح شیوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای استرس‌زای زندگی و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری به منظور جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای کاهش اجتناب فراهم می‌آورد. این درمان با آموزش مهارت‌های ارتباطی و و زیر سوال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و با به چالش کشیدن نوع خاصی از طرح‌واره‌های مورد استفاده توسط آنان که موجب ارتباطات مختل با اطرافیان‌شان می‌گردید، کمک نمود تا درستی رفتارها، واکنش‌ها، طرح‌واره‌ها و سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای‌شان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت دریافتند طرح‌واره و راهبردهای مقابله‌ای به عنوان یک حقیقت بیرونی هستند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن بجنگند و باورها و رفتارهای مناسب‌تری را جایگزین نمایند و با آگاهی از مضرات اجتناب به عنوان یک راهبرد ناکارآمد، سعی در گواه آن نمودند. در واقع یکی از دلایل موفقیت این درمان در بهبود پریشانی روانی، هدف قرار دادن این باورهای زیربنایی و باورهایی نظیر دوست داشتنی نبودن و یا خود را شایسته عشق و همچنین انتظارات و توقعات غیرمنطقی در یک رابطه با استفاده از تکنیک‌های شناختی بود (Armtz et al., 2022). همچنین در تبیین اثربخشی آموزش طرح‌واره درمانی در مرحله پیگیری می‌توان عنوان نمود: از آنجا که ریشه طرح‌واره‌های هیجانی به شرایط نامطلوب دوران کودکی باز می‌گردد، لذا اصلاح آن‌ها زمان بیشتری را می‌طلبد و فرصت دو ماهه پس از پایان یافتن جلسات آموزشی، این امکان را در اختیار بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی قرار داده تا با مداومت در اجرای تکنیک‌های آموخته شده پریشانی روانی را کاهش داده و اضطراب، افسردگی و تنیدگی کمتری را تجربه نمایند.

همچنین نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی باعث بهبود تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های مطالعات پیشین (Afsar et al., 2023; Bidari & Haji Alizadeh, 2019; Fassbinder et al., 2016; Kellogg & Young, 2006; Schaich et al., 2020) همخوانی دارد. در بیان نتیجه پژوهش می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تجربه دشواری در ابزار و هماهنگی هیجان، روابط بین فردی و تاب استرس دارند. بیشتر این افراد برای کاهش هیجان منفی، رفتار خودکشی گریانه دارند. هیجان منفی شدید و ناتوانی در کاستن آن در رفتارهای خودآسیب رسان بی پروا اهمیت دارد و تعداد خیلی کمی از آن‌ها به درمان‌های دارویی روانپزشکی پاسخ می‌دهند. رفتارهای تکانشی حل مساله ناسازگارانه و نتیجه کمبود رفتارهای جایگزین است. بنابراین، طرح‌واره درمانی به آموزش مهارت‌های رفتاری و جایگزین کردن رفتارهای سازگارانه با رفتار ناسازگارانه می‌پردازد. از منظر طرح‌واره درمانی توصیفی یانگ، هر فردی طرح‌واره‌هایی را در خلال دوران کودکی شکل می‌دهد (Kellogg & Young, 2006). طرح‌واره یک ساختار شناختی سازمان یافته 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 نشدن بیمار از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر است. درمانگر، ذهنیت طرح‌واره‌ای را به بیمار فرامود می‌کند. اگر درمانگر ذهنیت‌ها را به شیوه‌ای شخصی به بیمار ارائه کند، بیشتر بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی خیلی پرشتاب و خوب آن‌ها را درک می‌کنند (Fassbinder et al., 2016). نکته مهم این است که ما در عمل طوری از ذهنیت‌ها گفتگو می‌کنیم که انگار یک شخصیت هستند. این کار از نظر درمانی سودمندی است، چون به بیمار کمک می‌کند تا از ذهنیت‌ها فاصله گرفته و آن‌ها را ببیند. رویکرد کلی درمانگر به درمان دنبال کردن دم به دم طرح‌واره‌ها در طول جلسه است و به همین منظور از راهبردهای مناسب هر یک از طرح‌واره‌ها استفاده می‌کند. درمانگر در نقش یک والد خوب عمل می‌کند. هدف این است که با مدل سازی از درمانگر، ذهنیت بزرگسال سالم بیمار رشد کند و توانبخشی



شود، زیرا این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت می‌کند، به پاسدار بی تفاوت آزمایش داده و جای آن را می‌گیرد، والد تنبیه گر 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 رها شده بخشی از وجود بیمار است که طبق فرض نظریه طرحواره درمانی در خاستگاه خانواده اصلی مورد سوءاستفاده، ترک و رها شدن، بی بهرگی هیجانی، فرمانبرداری و گوشمالی سخت و بی رحمانه قرار گرفته است (Afsar et al., 2023). به طور کلی، رویکرد طرحواره درمانی 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 مدفون شده مانند خشم ناشی از برآورده نشدن نیازهای خودانگیختگی و دل‌بستگی ایمن به دیگران طی سال‌های کودکی می‌شود. لذا در یک جمع بندی باید اشاره کرد که طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی افراد دارای شخصیت مرزی تاثیر داشته است. بدین صورت که طرحواره درمانی توانسته به بهبود تنظیم هیجانی بیماران دارای شخصیت مرزی و کاهش راهبردهای شناختی هیجان منفی این بیماران منجر شود. چنانکه در تبیین این یافته‌ها اشاره شد که طرحواره درمانی با به کارگیری شناخت درمانی و جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگاران برای مواجهه با مشکلات زندگی، مشکلات بین فردی مزمن و بی ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال می‌کند. همچنین این درمان شرایطی را مهیا می‌کند تا بیمار از راهبردهای مقابله‌ای پهنجار و سازگاران استفاده کند (Bidari & Haji Alizadeh, 2019). بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگاران با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مساله همراه بوده و این فرایند سبب بهبود تنظیم هیجانی آن‌ها می‌شود. در نهایت باید بیان کرد که طرحواره درمانی با به کارگیری راهبردهای تجربی آگاهانه، زنجیره بین باور شناختی و باور هیجانی را گسسته از این طریق سبب می‌شود فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را شناسایی کند. این آگاهی سبب می‌شود تا بیماران دارای شخصیت مرزی با بهره‌گیری از طرحواره درمانی بتوانند به شکلی بهتر، عواطف خود را مدیریت کرده و در بیان آن نیز توانمندتر شده و تنظیم هیجانی در آنان بهبود یابد.

محدودیت عمده این پژوهش مربوط به روایی بیرونی می‌باشد چرا که جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر تهران بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبرو است. جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود. بنابراین، محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به اندازه‌گیری می‌باشد؛ چرا که ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد در مورد خود که از این آزمون‌ها به دست می‌آید با آن چیزی که واقعاً در عمل و رفتار فرد می‌توانیم مشاهده کنیم، متفاوت باشد. با توجه به تأثیر طرحواره درمانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان از این درمان بصورت گسترده‌ای بهره‌گیرند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.



شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Abeloff, M., Armitage, J., Niederhuber, J., Kastan, M., & McKenna, W. (2004). Review of clinical oncology. *Churchill Livingstone*. [https://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(04\)02973-6/abstract](https://www.redjournal.org/article/S0360-3016(04)02973-6/abstract)
- Afsar, M., Hassani, F., Farzad, V., & Golshani, F. (2023). Comparison of the Effectiveness of Emotionally-Focused Therapy (EFT) and Mindfulness-Based Schema Therapy (MBST) on Emotion Regulation in Women with Borderline Personality Disorder (BPD). *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 2(1), 262-276. <https://journals.kmanpub.com/index.php/aftj/article/view/433>
- American Psychiatric Association, A. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington, DC: American psychiatric association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. 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>
- Baz, A. (2019). A comparative examination of the relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patient with obsessive compulsive disorder, uneffected siblings of patients and healthy controls. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 29, 38-38. <https://search.proquest.com/openview/826a04cdd41ac9267b3b29a4a567f320/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=28708>
- Bidari, F., & Haji Alizadeh, K. (2019). Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. *Journal of Psychological Studies*, 15(2), 165-180. <https://doi.org/10.22051/psy.2019.19858.1626>
- Edwards, D. J., & Pinna, T. (2020). A Systematic Review of Associations Between Interoception, Vagal Tone, and Emotional Regulation: Potential Applications for Mental Health, Wellbeing, Psychological Flexibility, and Chronic Conditions [Systematic Review]. *Frontiers in psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01792>
- Elahi, T. (2019). The relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety: The mediating role of experiential avoidance. https://rph.khu.ac.ir/browse.php?a_id=3580&sid=1&slc_lang=en
- Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-428. <https://doi.org/10.1002/jclp.23069>
- Ellison, W. D. (2020). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Does the Type of Treatment Make a Difference? *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(3), 416-428. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00224-w>
- Esener, Y., McCall, T., Lakdawala, A., & Kim, H. (2023). Seeking and providing social support on Twitter for trauma and distress during the COVID-19 pandemic: content and sentiment analysis. *Journal of medical Internet research*, 25, e46343. <https://www.jmir.org/2023/1/e46343/>
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2016). The Mediator Role of Early Maladaptive Schemas Between Childhood Sexual Abuse and Impulsive Symptoms in Female Survivors of CSA. *Journal of interpersonal violence*, 34(4), 763-784. <https://doi.org/10.1177/0886260516645815>
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy [Methods]. *Frontiers in psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
- Ghaderi, F., Kalantari, M., & Mehrabi, H. (2016). Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies*, 6(24), 1-28. <https://doi.org/10.22054/jcps.2016.6512>
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 154-189. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.2.154>
- Hajmohamad hosini, T., Mirzahoseini, H., & Zarghamhajebi, M. (2022). A Comparison of the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Affect Phobia Therapy (APT) in Reducing Depressive Symptoms in Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(1), 21-36. <https://doi.org/10.22034/aftj.2021.281831.1067>



- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Kraiss, J. T., Kohlhoff, M., & ten Klooster, P. M. (2023). Disentangling between- and within-person associations of psychological distress and mental well-being: An experience sampling study examining the dual continua model of mental health among university students. *Current Psychology*, 42(20), 16789-16800. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02942-1>
- Nasiri Karbasdehi, Z., Fakhri, M., & Ghanadzadegan, H. (2024). Comparing the Effectiveness of Mindfulness and Positive Psychology Training on Reappraisal and Suppression in Students with Generalized Anxiety Disorder Symptoms. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 6(1). <https://journals.kmanpub.com/index.php/jarac/article/view/1716>
- Nenadić, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry research*, 253, 9-12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116312872>
- Perrotta, G. (2020). Borderline Personality Disorder: definition, differential diagnosis, clinical contexts and therapeutic approaches. *Ann Psychiatry Treatm*, 4(1), 043-056. <https://pdfs.semanticscholar.org/4d38/396ec7f887018ce1c8aa506dd122a102c775.pdf>
- Pirani, Z. (2017). The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Emotional Instability and Feeling of Abandonment among Patients with the Borderline Personality Disorder in Arak. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 7(1), 77-88. <https://doi.org/10.22067/ijap.v7i1.53217>
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815000586>
- Rega, A., Nappo, R., Simeoli, R., & Cerasuolo, M. (2022). Age-Related Differences in Psychological Distress during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 19(9).
- Rohr, M. K., Nestler, S., & Kunzmann, U. (2019). A trouble shared is a trouble halved: Age differences in emotional experience and expression during couples' conversations. *Psychology and Aging*, 34(6), 848-861. <https://doi.org/10.1037/pag0000386>
- Schaich, A., Braakmann, D., Richter, A., Meine, C., Assmann, N., Köhne, S., Arntz, A., Schweiger, U., & Fassbinder, E. (2020). Experiences of Patients With Borderline Personality Disorder With Imagery Rescripting in the Context of Schema Therapy—A Qualitative Study [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.550833>
- Singh, R., & Ramdeo, S. (2023). COVID-19 and Employee psychological distress: Building mental resilience. In *Societal transformations and resilience in times of crisis* (pp. 1-26). IGI Global. <https://www.igi-global.com/chapter/covid-19-and-employee-psychological-distress/313317>
- Viertiö, S., Kiviruusu, O., Piirtola, M., Kaprio, J., Korhonen, T., Marttunen, M., & Suvisaari, J. (2021). Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC public health*, 21(1), 611. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10560-y>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=1x7TDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=41.+Young,+J.+E.,+Klosko,+J.+S.,+%26+Weishaar,+M.+E.+%282003%29.+Schema+therapy:+A+practitioner%27s+guide.+Guilford+Press.%E2%80%8F&ots=P0qSfQBMFR&sig=3yDLJRPaL8D4snKEw2M-obnndtE>
- Zwack, J., & Greenberg, L. (2020). Where Are the Emotions? How Emotion-Focused Therapy Could Inspire Systemic Practice. In M. Ochs, M. Borcsa, & J. Schweitzer (Eds.), *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling* (pp. 249-264). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36560-8_14