

The Effectiveness of Schema Therapy on Ambivalence in Emotional Expression and Mentalization in Patients with Borderline Personality Disorder

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Fariba Farmanbar¹

Alireza Maredpour^{2*}

Mohammad Malekzadeh³

How to cite this article

Fariba Farmanbar, Alireza Maredpour, Mohammad Malekzadeh, The Effectiveness of Schema Therapy on Ambivalence in Emotional Expression and Mentalization in Patients with Borderline Personality Disorder, *Islamic Life Style*. 2023; 7:218-228.

1. Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran.

2. Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran (Corresponding Author).

3. Yasuj University of Medical Sciences, Social Determinant of Health research center, Yasuj, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: ali.mared@yahoo.com

Article History

Received: 2023/04/03

Accepted: 2023/06/24

ABSTRACT

Purpose: The present study was conducted with the aim of the effectiveness of schema therapy on Ambivalence in emotional expression and Mentalization in Patients with borderline personality disorder in Shiraz city in 2019.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with control and follow-up groups. The statistical population of the research was made up of all people with borderline personality disorder who referred to counseling centers in Shiraz, and among them, 50 people were randomly selected in the experimental group (25 people in each group) and the control group (25 people) were appointed. The experimental group received 12 sessions of 60 minutes using schema therapy and the control group remained on the waiting list. The tools used in this research include borderline personality questionnaire (Claridge and Brooks, 1984), ambivalence in emotional expression (King and Emmons, 1990) and mentalization (Fonagy, 1991) to were rejected (Downey and Feldman, 1996). The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaire was carried out in two descriptive and inferential parts (variance analysis with repeated measurements).

Findings: The results showed that schema therapy training has an effect on the components of ambivalence in emotional expression (positive emotion expression, intimacy expression and negative emotion expression) of people with borderline personality disorder. Schema therapy training has an effect on the mentalization of people with borderline personality disorder.

Conclusion: According to the findings of the present study, schema therapy can be suggested as an effective method to improve ambivalence in emotional expression and mentalization of patients with borderline personality disorder.

Keywords: Ambivalence in Emotional Expression, Mentalization, Schema Therapy

اثربخشی طرحواره درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و ذهنی سازی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۰۳
*نویسنده مسئول ali.mared@yahoo.com

مقدمه

اختلال شخصیت به اختلالات مزمن در روابط فرد با خود، دیگران و محیط اطلاق می‌شود که پریشانی و درماندگی در انجام نقش‌ها و وظایف اجتماعی را به دنبال دارد. یکی از شناخته شده‌ترین انواع اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی است، ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری بارز است که از اوایل بزرگسالی آغاز و در زمینه‌های گوناگون ظاهر می‌شود (۱). مطابق تعریف DSM5 اجتناب از رهاشدگی واقعی یا خیالی، روابط بین فردی بی‌ثبات، اغتشاش هویت، تکانشگری، رفتارهای خودکشی و جرح خویشتن، بی‌ثباتی عاطفی، احساس‌های مزمن پوچی و بی‌لذتی، مشکل در کنترل خشم و علایم پارانوئیدی و تجزیه‌ای گذرا از نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی می‌باشد (۲). یکی از نشانه‌های اصلی در اختلال شخصیت مرزی تکانشگری است، بیماران مرزی دست کم در دو زمینه که به صورت بالقوه، خود آسیب‌رسان است، تکانشگری نشان می‌دهند در واقع آنها ممکن است قمار کنند، بدون ملاحظه پول خرج کنند، زیاد غذا بخورند، سوء مصرف مواد و رابطه جنسی بی پروا و ناگهانی داشته باشد و یا بی‌احتیاط رانندگی کنند (۳). 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 (۴). در سبب شناسی این اختلال عوامل زیادی نقش دارند که در ادامه به برخی از این عوامل اشاره می‌شود. یکی از متغیرهایی که تحت تأثیر اختلال شخصیت مرزی قرار می‌گیرد هیجان‌ها است. بررسی‌های اخیر روانشناسان بیانگر آن است که هیجان می‌تواند هم بر فرایند تفکر (چگونگی برخورد ما با اطلاعات اجتماعی) و هم بر محتوای تفکر، قضاوت‌ها و رفتارها (طرز تفکر و عمل ما) اثر گذارد و سلامت انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). یکی از ابعاد مهم و تأمین کننده سلامت هیجانی، توانایی فرد در ابرازگری هیجانی^۱ است. دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی به نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش (چهره‌ای، کلامی یا حالت بدنی) اطلاق می‌شود (۶). کینگ و ایمونز سه بعد اساسی را در ابرازگری هیجانی مطرح کرده‌اند؛ این سه بعد شامل ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی است (۷). ابرازگری هیجان در مقابل سرکوبی هیجان قرار می‌گیرد، نقش مهمی در کارکرد انطباقی انسان داشته و پیامدهای مثبتی برای سلامتی دارد (۸). ابرازگری هیجان با کارکرد تخلیه هیجانی ای که دارد باعث می‌شود که عواطف و هیجان‌ها به روش مناسبی بیان شده و از ابرازگری آنها به صورت علائم جسمانی ساز جلوگیری شود (۹). در همین رابطه گورسکا و سوروکو^۲ (۱۰)

فریبا فرمانبر^۱
گروه روان‌شناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

علیرضا ماردپور^{۲*}
گروه روان‌شناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران (نویسنده مسئول).

محمد ملک‌زاده^۲
دانشگاه علوم پزشکی یاسوج مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، یاسوج، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرح‌واره درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و ذهنی‌سازی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ انجام شد. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز تشکیل دادند که از بین آنها، ۵۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش (هر گروه ۲۵ نفر) و گروه کنترل (۲۵ 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)، دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی (کینگ و امونز، ۱۹۹۰) و ذهنی‌سازی (فوناگی، ۱۹۹۱) بودند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش طرح‌واره درمانی بر مولفه‌های دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی (ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی) افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد.

نتیجه گیری: همچنین نتایج نشان داد آموزش طرح‌واره درمانی بر ذهنی‌سازی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان طرح‌واره درمانی را به عنوان یک روش کارآ جهت بهبود دوسوگرایی در ابراز هیجانی و ذهنی سازی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد داد.

واژگان کلیدی: دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، ذهنی‌سازی، طرح‌واره درمانی.

2 - Górska & Soroko

1 - emotional expressiveness

هجوم و سیطره عواطف منفی شدید قرار می‌گیرد (۲۰). طرح‌واره درمانی یک سیستم جدید روان‌درمانی را بنا می‌نهد. این شیوه درمانی، به ویژه برای بیمارانی مناسب است که به اختلال‌های روانی دیرپا و گسترده‌ای مبتلا و نسبت به درمان‌های روان‌شناختی مقاوم هستند. تجربه بالینی نشان داده است که بیماران مبتلا به اختلال‌های شخصیت، به طرح‌واره درمانی پاسخ خوبی باشند (۲۱). طرح‌واره‌ها در طی دوران رشد در اثر تجارب زندگی با افراد مهم شکل می‌گیرند و به حرکت خود ادامه می‌دهند و خود را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند با این تعریف طرح‌واره‌ها می‌توانند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشند. برخی از خصوصیات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه عبارت است از: ۱- الگوها یا درونمایه‌های عمیق و فراگیر هستند ۲- از خاطرات، هیجان‌ها، شناختواره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، ۳- در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، ۴- در سیر زندگی تداوم دارند، ۵- درباره خود یا رابطه با دیگران هستند، ۶- به شدت ناکارآمدند. مفهوم ذهنیت طرح‌واره ای یکی از بخش‌های مهم نظریه طرح‌واره‌ای است و اشاره به مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها و فرایندها دارد که در موقعیت خاصی افکار و احساسات و اعمال بیمار را به بهای سایر طرح‌واره‌ها تحت الشعاع قرار می‌دهد. ذهنیت‌ها با باورهای بنیادی فرد ارتباط تنگاتنگی دارند و منشاء ایجاد مجموع‌هایی از طرح‌واره‌های مرتبط به هم می‌باشد. از سوی دیگر الاهی^۴ (۲۲)، در سبب‌شناسی 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. الیسون^۵ (۲۳)، در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان طرح‌واره محور و روان‌درمانی انتقال محور در مرزهای پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان طرح‌واره محور نسبت به درمان انتقال محور برای این گروه از بیماران به طور معنی‌دار موثرتر است.

لذا در این پژوهش سعی بر این است که با توجه به نوع روابط بین ابزارگری هیجانی و ذهنی‌سازی در افراد دارای اختلالات شخصیت مرزی، سبک‌های ویژه شناختواره‌ها و طرح‌واره‌هایی که در این دوران شکل می‌گیرند، بررسی شود. در واقع به طور اختصاصی‌تر 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 صورت‌بندی این اختلال، به ویژه در پرتو نظریه هیجان‌برانگیز طرح‌واره درمانی می‌گشاید و تصریح این مهم، به پژوهش‌های جدید نیازمند است. از این رو، در این پژوهش چنین پیش‌بینی می‌شود که این خلاء تا حدودی ترمیم شود تا اولاً اثرات مفید و غیر مفید این عوامل در علائم 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 آسیب‌زای دوران کودکی این افراد، در

نشان دادند که ابراز هیجان در افراد خیانت‌دیده به استرس و هیجان‌های منفی مانند ترس و خشم کاملاً حساس بوده و در کنترل استرس و تنظیم هیجان‌های خود دچار مشکل می‌شوند. بورتولا، کاپیچلیو، فوساتی و مافی^۱ (۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که عدم بازداری هیجانی، جز مهمی از اختلال شخصیت مرزی است. هولی و ماسلند^۲ (۱۲) دریافتند که مهارت‌های درک و مدیریت هیجان، پیش‌بینی‌کننده منفی شخصیت مرزی است و بین جنبه‌های مختلف ابرازگری هیجانی، از جمله ثبات هیجان و مدیریت هیجان و نشانه‌های این اختلال مثل تکانشگری و احساس پوچی ارتباط منفی وجود دارد. فینران^۳ (۱۳) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دارای نقص در تنظیم هیجان هستند.

در نظریه فونانگی (۱۴) این مسأله مطرح است که توانایی ابرازگری هیجانی و توانایی تعدیل حالت‌های عاطفی با توانایی فرد در ذهنی‌سازی مرتبط می‌شود. ذهنی‌سازی عبارت از توانایی فرد در تعبیر حالات ذهنی شامل آرزوها، احساسات، اهداف، خواسته‌ها و نگرش‌ها در خود و دیگری است (۱۵). مطالعات نشان می‌دهند که این توانایی در متن یک رابطه دلبستگی ایمن شکل می‌گیرد، در مقابل گسستگی در روابط دلبستگی، به ویژه وقتی با نقایص محیطی و آسیب‌پذیری ژنتیکی همراه می‌شود؛ با آسیب در ذهنی‌سازی ارتباط دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که چنین آسیب‌هایی نقش مهمی در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات رفتاری مانند اختلال شخصیت مرزی بازی می‌کند (۱۶). ذهنی‌سازی یک تعیین‌کننده کلیدی در سازمان‌دهی به خود و رشد توانایی هیجان‌ها است (۱۷). در کودکی اولیه وجود یک عملکرد ذهنی برای این که کودک بتواند حالت ذهنی خودش را از حالت ذهنی دیگران متمایز کند، ضرورت دارد. وقتی کودک با تجربه گیج‌کننده تغییرات فیزیولوژیک و روانی مواجه می‌شود، مادر حالت او را با تظاهرات چهره‌ای و کلامی به او بازخورد می‌دهد. در این میان کودک به مادر یک بازنمایی از حالت درونی خودش در ذهن ایجاد می‌کند و می‌تواند به آن حالت گیج‌کننده درونی خود سازمان‌دهی و آن را به عنوان حالت هیجانی خود برجسب بزند (۱۸).

بر اساس شواهد نظری مربوط به اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای این اختلال، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است. اخیراً نظریه‌های شناختی نظیر نظریه یانگ (۱۹۹۹) طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در بروز اختلالات شخصیتی و بالینی در بزرگسالی مطرح نموده‌اند (۱۹). طرح‌واره‌ها، طی دوران کودکی یا نوجوانی پدید می‌آیند و در طول زندگی، پیچیده‌تر می‌شوند. آنها در ابتدا، حالت سازگارانه دارند و بازنمایی‌های نسبتاً دقیقی از محیط دوران کودکی به وجود می‌آورند، اما همچنان که کودک رشد می‌کند، حالت ناسازگارانه پیدا می‌کند. طرح‌واره‌ها نقش عمده‌ای در چگونگی تفکر، احساس و ارتباط با دیگران ایفا می‌کنند. وقتی افراد با محیطه‌هایی روبرو می‌شوند که یادآور محیط‌های دوران کودکی آنهاست، طرح‌واره‌هایشان برانگیخته می‌شوند و به محض بروز چنین اتفاقی، فرد مورد

4 - Elahi

5 - Ellison

1- Bortolla, Cavicchioli, Fossati & Maffei

2- Hooley & Masland

3- Fineran,

انتخاب شد. بیماران ارجاع داده شده، توسط مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط متخصص (روان شناس بالینی) به منظور تایید تشخیص مورد ارزیابی قرار گرفتند. در گام بعدی ۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه کنترل به صورت تخصیص تصادفی جایگزین شد گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای 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 پس آزمون از نظر متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان 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.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس شخصیت مرزی کلاریچ و بروکز (۱۹۸۴): مقیاس شخصیت مرزی حاصل پرسشنامه صفات اسکیزوتایپی (STQ)^۱ است که توسط کلاریچ و بروکز ساخته شده است و راولینگز، کلاریچ و فریم آن را بررسی مجدد کرده اند. این مقیاس ۱۸ سوال دو گزینه ای (بله-خیر) دارد. کاربرد مقیاس شخصیت مرزی برای مطالعه خصلت‌های مرزی در جامعه غیر بالینی است. راولینگز و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ را برای آن ۰/۸۰ گزارش داده اند. از آنجا که مقیاس شخصیت مرزی بر اساس ملاک‌های DSM-III ساخته شده است، در پژوهش محمدزاده و همکاران، 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 تجزیه ای 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. پس، برای محاسبه همسانی درونی از شیوه تئای ترتیبی با نرم افزار R استفاده شد و ضریب تئای ترتیبی ۰/۸۲ حاصل شد.

پرسشنامه دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی کینگ و امونز (۱۹۹۰): این پرسشنامه به منظور بررسی نحوه ابراز هیجان طراحی شده و ۱۶ سوال و دارای سه زیرمقیاس ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی است. دامنه پاسخ به هر ماده در اصل ۷ درجه ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم متغیر است که به منظور تسهیل پاسخگویی برای پاسخ دهندگان، به ۵ درجه محدود شد. روش نمره گذاری به شیوه لیکرت که به پاسخ کاملاً موافقم نمره ۵ و به پاسخ کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد. البته در مورد ماده ۱۵ روش نمره گذاری معکوس است. اعتبار این مقیاس به وسیله رفیعی نیا، رسول زاده طباطبایی و آزاد فلاح (۲۴) با استفاده از روش

کاربندی مناسب و دقیق‌تر مداخلات بالینی است همچنین روشن ساختن نقش تجارب تروماتیک دوران کودکی در شکل گیری اختلالات شخصیت مرزی در بزرگسالی می‌تواند به پیش‌های 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 ابرازگری هیجانی و ذهنی‌سازی هستند که شکل گیری 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 آسیب‌های 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 دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و ذهنی‌سازی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

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 ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره شهر شیراز مراجعه کردند، تشکیل دادند. با بهره گیری از روش نمونه گیری 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 شیراز، 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 روان شناسی و روان پزشکی (عدم ابتلا به اختلالات شناخته شده شدید روانپزشکی)، شرکت در برنامه‌های روان درمانی دیگر و درمان‌های داوربی 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 ۵۰ نفر از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بر اساس ملاک‌های شمول پژوهش با روش نمونه گیری در دسترس با مراجعه به مراکز مشاوره شهر شیراز

^۱ - Schizotypal Trait Questionnaire (STQ)

جمعیت‌های بالینی دارای اختلال شخصیت مرزی و دارای اختلال خوردن و هم جمعیت غیربالینی اجرا و مقایسه گردیده بود. روش نمره گذاری این پرسشنامه که ۱۴ ماده دارد به این صورت است که ابتدا برای مولفه اطمینان، سوالات به صورت مستقیم در یک مقیاس لیکرت ۷ دره ای از کاملاً موافق تا کاملاً ناموافق نمره گذاری می‌شود. برای مولفه عدم اطمینان همان مواد به صورت برعکس نمره گذاری می‌شود. فونانگی و همکاران (۱۹۹۰) ثبات درونی برای مولفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را روش آزمون-بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۸۴ برای عدم اطمینان و ۰/۷۵ برای مولفه اطمینان به دست آوردند.

شرح جلسات طرح‌واره درمانی: طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی بر پایه الگوی یانگ بر روی کلیه شرکت کنندگان گروه آزمایش در جلسه‌های درمانی اجرا شد. 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.

همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای ابرازگری هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵ و ۰/۵۹ به دست آمد. کینگ و امونز ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴ و ۰/۶۳ عنوان کردند و به منظور بررسی روایی همگرا، بین پرسشنامه ابرازگری هیجانی پرسشنامه شخصیت چند بعدی همبستگی مثبت و معنادار ۰/۵۵ یافتند. در پژوهش فرحمند و همکاران از روش تحلیل عاملی تاییدی برای تعیین روایی ابزار استفاده شد. بررسی ساختار عاملی پرسشنامه با استفاده از تحلیل مولفه اصلی با چرخش متعامد واریماکس، شاخص KMO (شاخص کفایت نمونه برداری) را برای ۰/۷۱ و مقدار آزمون کرویت بارتلت را برای ۱۱۸۲/۱۹ نشان داد. علاوه بر این، اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابراز هیجانی مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجانی منفی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۸ و ۰/۶۱ بود.

پرسشنامه ذهنی‌سازی فونانگی (۱۹۹۱): پرسشنامه ذهنی‌سازی که یک ابزار خودتوصیفی برای سنجی توانایی ذهنی‌سازی است، در قالب یک‌پژوهش سه مرحله‌ای توسط فونانگی و همکاران ساخته شد. در تحلیل عاملی که آنها بر روی داده‌های این پژوهش انجام دادند دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالت ذهنی خود و دیگران در آن کشف و گزارش گردید. این پرسشنامه هم بر روی

جدول ۱. شرح جلسات گروهی طرح‌واره درمانی

جلسات درمان	محتوای جلسات گروهی طرح‌واره درمانی بر پایه الگوی یانگ
اول	مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافق‌های 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
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
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
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرح‌واره های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرح‌واره نقش داشته اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرح‌واره در شروع جلسه، ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله ای، ارائه تکلیف
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرح‌واره، جمع آوری شواهد عینی تاکید کننده بر طرح‌واره طی صحبت با اعضای گروه، جمع آوری شواهد عینی رد کننده طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرح‌واره، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرح‌واره، معرفی فرم ثبت طرح‌واره ها، ارائه تکلیف
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
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
دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرح‌واره، بررسی روش‌های موثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌های خود، ارائه تکلیف

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
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 خویشتن داری، 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 واریانس با اندازه گیری مکرر) انجام پذیرفت. در این بخش شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات مؤلفه‌های دوسوگرایی در ابراز هیجان و ذهنی سازی، درگروه‌های طرح‌واره درمانی و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ادامه ارائه شده است.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های دوسوگرایی در ابزار گری هیجانی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
طرح‌واره درمانی	ابراز هیجان	میانگین	۳۲.۱۲	۹۶.۱۴	۰۸.۱۵
	مثبت	انحراف معیار	۶۷.۲	۱۷.۲	۳۴.۲
کنترل	ابراز هیجان	میانگین	۴۴.۱۲	۸۴.۱۱	۳۲.۱۲
	مثبت	انحراف معیار	۹۸.۱	۷۰.۲	۷۰.۲
طرح‌واره درمانی	ابراز صمیمیت	میانگین	۴۰.۱۳	۰۰.۱۶	۰۸.۱۶
	مثبت	انحراف معیار	۷۷.۲	۸۷.۱	۶۱.۱
کنترل	ابراز صمیمیت	میانگین	۸۰.۱۲	۰۸.۱۲	۰۴.۱۳
	مثبت	انحراف معیار	۲۲.۲	۲۳.۳	۰۳.۴
طرح‌واره درمانی	ابزار هیجان	میانگین	۵۲.۱۶	۳۶.۱۴	۵۶.۱۵
	منفی	انحراف معیار	۱۰.۲	۸۱.۲	۸۰.۲
کنترل	ابزار هیجان	میانگین	۸۸.۱۷	۶۴.۱۷	۳۲.۱۸
	منفی	انحراف معیار	۱۹.۲	۳۶.۲	۳۹.۲
طرح‌واره درمانی	ذهنی سازی	میانگین	۵۶.۲۹	۱۶.۳۷	۴۰.۳۶
	مثبت	انحراف معیار	۳۳.۹	۹۷.۱۰	۸۶.۹
کنترل	ذهنی سازی	میانگین	۸۴.۲۸	۵۶.۲۹	۶۴.۳۰
	مثبت	انحراف معیار	۶۸.۷	۱۵.۱۰	۳۶.۱۰

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه طرح‌واره درمانی در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون تغییر نشان می‌دهد. براساس نتایج جدول ۲، می‌توان به این توصیف دست زد که روش طرح‌واره درمانی باعث افزایش مؤلفه‌های ابزار گری هیجان مثبت و صمیمیت و کاهش ابزار هیجان منفی و افزایش ذهنی سازی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های دوسوگرایی در ابزار گری هیجانی با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضرب ایتا
ابراز هیجان مثبت	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۸۸.۴۷	۲۶.۱	۱۵.۳۸	۴۵.۱۲	۰۰۱.۰	۲۱.۰
	تعامل آزمون* گروه	۸۴.۷۸	۲۶.۱	۸۲.۶۲	۵۰.۲۰	۰۰۱.۰	۳۰.۰
	بین گروهی	۲۴.۱۳۸	۰۰.۱	۲۴.۱۳۸	۸۱.۹	۰۰۱.۰	۱۷.۰
ابراز صمیمیت	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۷۶.۵۴	۳۰.۱	۱۳.۴۲	۸۸.۱۱	۰۰۱.۰	۲۰.۰
	تعامل آزمون* گروه	۹۶.۷۳	۳۰.۱	۹۱.۵۶	۰۴.۱۶	۰۰۱.۰	۲۵.۰
	بین گروهی	۱۴.۲۳۸	۰۰.۱	۱۴.۲۳۸	۲۱.۱۳	۰۰۱.۰	۲۲.۰
ابزار هیجان منفی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۸۵.۳۹	۶۳.۱	۴۱.۲۴	۳۰.۱۲	۰۰۱.۰	۲۰.۰

تعامل آزمون* گروه					
۱۴.۰	۰۰۱.۰	۶۱.۷	۱۰.۱۵	۶۳.۱	۶۵.۲۴
بین گروهی					
۲۴.۰	۰۰۱.۰	۳۳.۱۵	۱۷.۲۲۸	۰۰.۱	۱۷.۲۲۸

معنادار است ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های مؤلفه‌های ابزار هیجان مثبت، ابزار صمیمیت و ابزار هیجان منفی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج جدول ۳ برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح 0.05 برای مؤلفه‌های ابزار هیجان مثبت، ابزار صمیمیت و ابزار هیجان منفی معنادار است. ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات مؤلفه‌های ابزار هیجان مثبت، ابزار صمیمیت و ابزار هیجان منفی در دو گروه طرح‌واره درمانی و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان طرح‌واره درمانی بر نمرات دوسوگرایی در ابزار گری هیجانی تاثیر داشته است بطوری که گروه آزمایش (درمان طرح‌واره درمانی) نسبت به گروه کنترل موجب بهبود نمرات دوسوگرایی در ابزار گری هیجانی شده است، با توجه به اینکه تغییر نمرات دوسوگرایی در ابزار گری هیجانی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی دار بوده است، روند تغییر نمرات مؤلفه‌های ابزار هیجان مثبت، ابزار صمیمیت و ابزار هیجان منفی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (طرح‌واره درمانی) بر نمرات دوسوگرایی در ابزار گری هیجانی می‌باشد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح 0.05 برای مؤلفه‌های ابزار هیجان مثبت، ابزار صمیمیت و ابزار هیجان منفی معنادار است ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های مؤلفه‌های ابزار هیجان مثبت، ابزار صمیمیت و ابزار هیجان منفی در مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های مؤلفه‌های ابزار هیجان مثبت، ابزار صمیمیت و ابزار هیجان منفی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین بین نمرات مؤلفه‌های دوسوگرایی در ابزار گری هیجانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که نمرات مؤلفه‌های ابزار هیجان مثبت، ابزار صمیمیت و ابزار هیجان منفی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی دار نداشته است. با توجه به نتایج جدول ۳ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه طرح‌واره درمانی و کنترل در سطح 0.05 برای مؤلفه‌های مؤلفه‌های ابزار هیجان مثبت، ابزار صمیمیت و ابزار هیجان منفی

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات ذهنی‌سازی

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایتا
آزمون (تکرار اندازه گیری)		۸۹.۵۹۹	۰۰.۲	۹۵.۲۹۹	۰۴.۶	۰۰۱.۰	۱۴.۰
ذهنی‌سازی	تعامل آزمون* گروه	۱۷.۳۱۷	۰۰.۲	۵۹.۱۵۸	۸۹.۳	۰۴.۰	۰۹.۰
	بین گروهی	۰۳.۸۲۶	۰۰.۱	۰۳.۸۲۶	۴۱.۴	۰۳.۰	۱۰.۰

اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه طرح‌واره درمانی و کنترل در سطح 0.05 برای ذهنی‌سازی معنادار است ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ذهنی‌سازی در دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که روش طرح‌واره درمانی بر نمرات ذهنی‌سازی تأثیر داشته است. همچنین با توجه به اینکه افزایش نمرات ذهنی‌سازی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی دار بوده است، روند افزایش نمرات ذهنی‌سازی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (روش طرح‌واره درمانی) بر نمرات ذهنی‌سازی می‌باشد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح 0.05 برای ذهنی‌سازی معنی دار است ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات ذهنی‌سازی در مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات ذهنی‌سازی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بین نمرات ذهنی‌سازی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که نمرات ذهنی‌سازی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی دار نداشته است ($P > 0.05$). با توجه به نتایج جدول ۴ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و ذهنی سازی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام داد. نتایج نشان داد که روش درمان طرحواره درمانی بر نمرات دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی تأثیر داشته است بطوری که گروه آزمایش (درمان طرحواره درمانی) نسبت به گروه کنترل موجب بهبود نمرات دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی شده است، با توجه به اینکه تغییر نمرات دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی دار بوده است، روند تغییر نمرات مؤلفه‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (طرح‌واره درمانی) بر نمرات دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی می‌باشد. نتایج پژوهش با یافته صبری (۲۵)، عسگری قلعه بین (۲۶)، همخوانی دارد. در بیان نتیجه پژوهش می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تجربه دشواری در ابراز و هماهنگی هیجان، روابط بین فردی و تاب استرس دارند. بیشتر این افراد برای کاهش هیجان منفی، رفتار خودکشی گرایانه دارند. هیجان منفی شدید و ناتوانی در کاستن آن در رفتارهای خودآسیب رسان بی‌پروا اهمیت دارد و تعداد خیلی کمی از آنها به درمان‌های دارونی 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. طرح‌واره یک ساختار شناختی سازمان یافته است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در رفتارها، احساس و افکار ویژه ای 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 بی در پی و کنترل نشدنی 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. 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 آرامش داده و جای آن را می‌گیرد، والد تمیبه 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، بی‌بهرگی هیجانی، فرمانبرداری و گوشمالی سخت و بی‌رحمانه قرار گرفته است. 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 تهی سازی 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 ابرازگری هیجانی بیماران دارای شخصیت مرزی تأثیر داشته است. بدین صورت که طرح‌واره درمانی توانسته به بهبود ابرازگری 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 سازگارانه برای مواجهه با مشکلات زندگی، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی 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 بهنجار و سازگارانه استفاده کند. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مساله همراه بوده و این فرایند سبب بهبود ابرازگری هیجانی آنها می‌شود. در نهایت باید بیان کرد که طرح‌واره درمانی با به کارگیری راهبردهای تجربی آگاهانه، زنجیره بین‌باور 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 ابرازگری هیجانی در آنان بهبود یابد. همچنین نتایج نشان داد که روش طرح‌واره درمانی بر نمرات ذهنی‌سازی تأثیر داشته است. همچنین با توجه به اینکه افزایش نمرات ذهنی‌سازی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی دار بوده است، روند افزایش نمرات ذهنی‌سازی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (روش طرح‌واره درمانی) بر نمرات ذهنی‌سازی می‌باشد. نتایج پژوهش با یافته‌های عینی و همکاران (۲۷)، آرتز و همکاران (۲۸)، اسپیچ و همکاران (۲۹) 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 شناخت‌واره 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 تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگار و کارآمد به جای

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.

References

1. Savage, M., & Lenzenweger, M. F. (2018). The impact of social exclusion on "reading the mind in the eyes" performance in relation to borderline personality disorder features. *Journal of personality disorders*, 32(1), 109-130.
2. Dabashi, Leila; Najafi, Mahmoud and Rahimian Bogar, Ishaq. (2017). Effectiveness of cognitive-analytic group therapy on impulsivity and dissociative experiences of patients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology Quarterly*, 11(29), 322-313.
3. Löffler, A., Foell, J., & Bekrater-Bodmann, R. (2018). Interoception and Its Interaction with Self, Other, and Emotion Processing: Implications for the Understanding of Psychosocial Deficits in Borderline Personality Disorder. *Current psychiatry reports*, 20(4), 28.
4. Ernst, M., Mohr, H. M., Schött, M., Rickmeyer, C., Fischmann, T., Leuzinger-Bohleber, M., ... & Grabhorn, R. (2018). The effects of social exclusion on response inhibition in borderline personality disorder and major depression. *Psychiatry research*, 262, 333-339.
5. Lindsey, E. W. (2019). Frequency and intensity of emotional expressiveness and preschool children's peer competence. *The Journal of genetic psychology*, 180(1), 45-61.
6. Ahmadi Bejstani, Bibi Somia; Asghari Ebrahimabad, Mohammad Javad, Kimiaei, Seyyed Ali and Salayani, Faezeh. (2017). The effectiveness of group therapy focused on emotion on improving emotional expressiveness and improving sexual activity of women with type 2 diabetes. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology (Thought and Behavior)*, 13 (50), 56-47.

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. 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 ذهنی‌سازی شود. همچنین این درمان با تأکید 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 اطرافیان می‌گردید، کمک نمود تا درستی رفتارها، واکنش‌ها، طرح‌واره‌ها و سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ایشان 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 ذهنی‌سازی، هدف قرار دادن این باورهای زیربنایی و باورهای 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. 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 ذهنی‌سازی را افزایش داده و ترس کمتری را تجربه نمایند.

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 شیراز 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

- mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203(3), 221-227.
16. Walter, H. B. & Mohnke, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227.
 17. Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PloS one*, 10(12), e0145892.
 18. Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 121-140.
 19. Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 66-76.
 20. Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*, 33(3), 426-447.
 21. Appenzeller, Z. (2022). *Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: Mechanisms of Change and Assimilative Integration* (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).
 22. Elahi, T. (2019). The relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety: The mediating role of experiential avoidance.
 23. Ellison, W. D. (2020). *Psychotherapy*
 7. Shirazi, Roya; Bakhtiari Erksi, Hamid and Alizadeh Zakaria, Amin. (2016). Comparison of differentiation and emotional expressiveness in unfaithful and normal spouses. The first psychology conference of Iran, Tehran.
 8. Milojevich, H. M., & Haskett, M. E. (2018). Longitudinal associations between physically abusive parents' emotional expressiveness and children's self-regulation. *Child abuse & neglect*, 77, 144-154.
 9. Lambie, J. A. (2020). The demanding world of emotion: A Gestalt approach to emotion experience. *New Ideas in Psychology*, 56, 100751.
 10. Górska, D., & Soroko, E. (2017). Between verbalization and reflection: Referential activity and narrative processes in borderline personality organization. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 422.
 11. Bortolla, R., Cavicchioli, M., Fossati, A., & Maffei, C. (2020). Emotional reactivity in borderline personality disorder: Theoretical considerations based on a meta-analytic review of laboratory studies. *Journal of personality disorders*, 34(1), 64-87.
 12. Hooley, J. M., & Masland, S. R. (2019). Positive emotion in borderline personality disorder. *The Oxford handbook of positive emotion and psychopathology*, 333-387.
 13. Fineran, V. A. (2014). *Multimodal emotion perception in borderline personality disorder*. City University of New York.
 14. Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., ... & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PloS one*, 11(7), e0158678.
 15. Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Impact of clinical severity on outcomes of

- A., Meine, C., Assmann, N., Köhne, S., ... & Fassbinder, E. (2020). Experiences of Patients With Borderline Personality Disorder With Imagery Rescripting in the Context of Schema Therapy—A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
- for Borderline Personality Disorder: Does the Type of Treatment Make a Difference?. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1-13.
24. Rafiinia, Parvin; Rasolzadeh Tabatabai, Seyyed Kazem and Azad Fallah, Parviz. (1385). The relationship between emotional expression styles and general health in students. *Psychological Quarterly*, 10(1), 20-37.
25. Sabri, Vahid. (1400). Fitting causal-structural relationships of Linehan's biosocial model in explaining borderline personality symptoms with the mediating role of emotional schemas and emotion dysregulation and investigating the effect of emotional schema therapy on schema modification and reducing borderline personality disorder symptoms. PhD thesis, Shahid University.
26. Asgari Qalabin, Seyedah Sahar. (2019). The effectiveness of the combination of schema therapy group and acceptance and commitment therapy on reducing interpersonal problems of students with borderline personality patterns and improving their schemas. Master's thesis, Zanzan University.
27. Aini, Sanaz; Narimani, Mohammad; Atadakht, Akbar; Beshrpour, Sajjad and Sadeghi Mohd, Fariba. (2017). Comparison of the effectiveness of treatment based on mentalization and cognitive analytical therapy on improving the thematic relationships of people with borderline personality disorder. *Paish Journal*, 17 (3), 287-275.
28. Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., ... & 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.
29. Schaich, A., Braakmann, D., Richter,