

# Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy with Cognitive, Experimental and Behavioral Techniques on Clinical Syndrome and Quality of life in Adolescents with Borderline Syndrome

## ARTICLE INFO

**Article Type**  
Research Article

### Authors

Mina Zamani<sup>1</sup>,  
Nemat Sotodehasl<sup>2\*</sup>,  
Shahrokh Makvand Hosseini<sup>3</sup>,  
Parviz Sabahi<sup>4</sup>

### How to cite this article

Mina Zamani, Nemat Sotodehasl, Shahrokh Makvand Hosseini, Parviz Sabahi, Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy with Cognitive, Experimental and Behavioral Techniques on Clinical Syndrome and Quality of life in Adolescents with Borderline Syndrome, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2020;4(3):258-269.

1. PhD student in Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran (Corresponding Author).
3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

\* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: sotodeh1@yahoo.com

### Article History

Received: 2020/09/26

Accepted: 2020/12/03

## ABSTRACT

**Purpose:** The aim of this study was to compare the effectiveness of schema therapy with cognitive, experimental and behavioral techniques on clinical syndrome and quality of life in adolescents with borderline syndrome.

**Materials and Methods:** The method of the present study was a real experimental factor design with pre-test and post-test with a 2-month follow-up phase. The statistical population of the present study included all adolescent female patients in the age range of 15 to 17 years and with borderline syndrome disorder in Bojnourd public ward transplant clinic in 2020-2021. Using simple random sampling method, 40 of them were selected and 3 experimental groups (n = 10) and one control group (n = 10) were replaced. Experimental groups underwent 20 sessions of 90-minute schema therapy with cognitive, experimental and behavioral techniques; But the control group did not receive any intervention and remained on the waiting list. The borderline personality traits scale for children (Craig et al., 2005), quality of life questionnaire and schema questionnaire (Young, 2005) were used to collect information. The analysis of information obtained from the implementation of questionnaires was performed through SPSS software version 24 in two descriptive and inferential sections (analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test).

**Finding:** The results showed that the mentioned treatment with its three techniques in the post-test and follow-up stage compared to the control group had a significant effect on reducing the clinical symptoms of borderline personality and increasing the quality of life ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the results of the present study, it can be said that schema therapy can be used as a treatment method to reduce the clinical syndrome of borderline personality and increase the quality of life of adolescent girls with borderline personality disorder in medical centers.

**Keywords:** Schema Therapy, Clinical Syndrome, Quality of Life, Borderline Personality Disorder

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با فنون شناختی، تجربی و رفتاری بر نشانگان بالینی و کیفیت زندگی نوجوانان دارای نشانگان مرزی

مینا زمانی<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی،  
سمنان، ایران.نعمت ستوده اصل<sup>۲</sup>دانشیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی،  
سمنان، ایران (نویسنده مسئول).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان یک شیوه درمانی برای کاهش نشانگان بالینی شخصیت مرزی و افزایش کیفیت زندگی دختران نوجوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مراکز درمانی به کار برده شوند.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، نشانگان بالینی، کیفیت زندگی، اختلال شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۱۳

\*نویسنده مسئول: sotodeh1@yahoo.com

### مقدمه

دوره نوجوانی اغلب با تغییرات روانشناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است. تغییرات ایجاد شده ناشی از بلوغ می‌تواند نوجوانان را در معرض مشکلاتی فراوانی قرار دهد. یکی از مشکلات این دوره که در صورت کم توجهی به اختلال و بی نظمی در شخصیت نوجوانان منجر می‌شود، ابتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی است که مشکل بزرگی برای نوجوانان بوده و می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی آنها تأثیر منفی داشته باشد (۱). سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> توجه درمانگران و پژوهشگران بسیار زیادی را در طول ۳۵ سال گذشته به خود جلب کرده است. اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیتی شدیدی است که با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می‌شود (۲). این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین شخصی و همچنین برانگیختگی شدید، متمایز می‌شود (۳). شیوع تقریبی اختلال شخصیت مرزی ۱ تا ۳ درصد در طول عمر و ۵٪ تا ۱/۴ درصد در جمعیت عادی است (۴). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال شخصیت مرزی با مواردی نظیر اجتناب از طرد یا رهاسازی 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 پارانوئیدی گذرا یا نشانه‌های شدید تجزیه مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برطبق 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 واقعا یا به خیال خودش ترک نکنند، مستاصلانه 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

شاهرخ مکوند حسینی<sup>۳</sup>

دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

پرویز صباحی<sup>۴</sup>

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

### چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با فنون شناختی، تجربی و رفتاری بر نشانگان بالینی و کیفیت زندگی نوجوانان دارای نشانگان مرزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر طرح عاملی آزمایشی واقعی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران نوجوان دختر در بازه سنی ۱۵ تا ۱۷ و مبتلا به اختلال نشانگان مرزی کلینیک درمانی پیوند بخش عمومی شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۴۰ نفر از آنان انتخاب و در ۳ گروه آزمایش (۱۰ نفر) و یک گروه کنترل (۱۰ نفر) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش تحت ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی با فنون شناختی، تجربی و رفتاری قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی برای کودکان (کریگ و همکاران، ۲۰۰۵)، پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه طرحواره (یانگ، ۲۰۰۵) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مذکور با فنون سه‌گانه آن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر کاهش نشانگان بالینی شخصیت مرزی و افزایش کیفیت زندگی داشته است ( $P > .05$ ).

<sup>2</sup>. American Psychiatric Association

<sup>1</sup>. borderline personality disorder

وی به شدت و به طور دائم بی ثبات 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 می گیرد، ژست و حالت خودکشی به خود می گیرد یا تهدید به خودکشی می کند، یا رفتارهای خود زنی نشان می دهد. ۶- از لحاظ احساسی یا هیجانی ثبات ندارد زیرا خلق او به شدت واکنشی است. ۷- همیشه احساس خلاء می کند. ۸- به شدت و نامتناسب با محرک خشمگین کننده عصبانی می شود و نمی تواند خشم خود را کنترل کند. ۹- افکار پارانوئیدی موقت و مرتبط با استرس دارد یا سمپتوم های شدید گسستگی نشان می دهد. آمارها گزارش می دهد 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 اختلال های شخصیت، از این بیماری رنج می برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آن ها گزارش شده است (۵). در سبب شناسی این اختلال عوامل زیادی نقش دارند که در ادامه به برخی از این عوامل اشاره می شود.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشکلاتی فراوانی در زمینه های مختلف همچون سطح پایین کیفیت زندگی مواجه هستند (۶). کیفیت زندگی درک فرد از موقعیت زندگی شخصی، فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کند و اهداف اولویت های ایشان تعریف شده است (۷). کیفیت زندگی به طور کلی به عنوان چگونگی زندگی کردن (۸) و خوب زندگی کردن تعریف شده است (۹). بر اساس نتایج یک پژوهش، افرادی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می برند، کیفیت زندگی پایین تری را تجربه می کنند و این اختلال کنشوری و عملکرد آنها را در زندگی روزمره کاهش می دهد (۱۰). افزون بر ضعف در کیفیت زندگی در نوجوانان دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی، این افراد از میزان نشانگان بالینی بیشتری نیز مانند مشکلات مانند سردرگمی هویتی<sup>۱</sup> برخوردار هستند (۱۱). مشکل در هویت یابی، رفتارهای خودجرحی، بی ثباتی عاطفی و هیجانان و روابط منفی از جمله ویژگی های شخصیتی افراد دارای نشانگان مرزی است (۱۲). نوجوانانی که در زمینه هویت یابی مشکل دارند، از حرمت نفس<sup>۲</sup> کمتر، رفتارهای اجتماعی<sup>۳</sup> ضعیف و بزهکاری<sup>۴</sup> بیشتری برخوردار هستند (۱۳). همچنین در کنار مشکلات هویتی، رفتارهای خودجرحی در این سنین شیوع بالایی دارد. به گونه ای که نوجوانانی که رفتارهای خودجرحی و گرایش به خودکشی دارند مشکلات روانشناختی متفاوتی را تجربه می کنند (۱۴).

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 پژوهشگرانی همچون پیرانی (۱۵)، قادری، کلانتری و مهربانی (۱۶)، نیمادیک، لامبرث و ریس<sup>۵</sup> (۱۷)، پاک<sup>۶</sup> (۱۸) نشان داده شده است. طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان الگوی فراگیر و گسترده ای از خاطرات، هیجانان، شناخت ها 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 (۱۹) در حوزه رشد شناختی طرحواره ها به عنوان نقشه شناختی در نظر گرفته می شوند که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مساله است. 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، هیجان ها، 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 طرحواره 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 ذهنیت ها با باورهای بنیادی فرد ارتباط تنگاتنگی دارند و منشاء ایجاد مجموع هایی از طرحواره های مرتبط به هم می باشد. از سوی دیگر الاهی<sup>۷</sup> (۲۰)، در سبب شناسی اختلالات شخصیت بیان می کند که هسته اصلی اختلالات شخصیت، طرحواره های ناسازگار اولیه ای هستند که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی، حساسیت به طرد شکل می گیرند. الیسون<sup>۸</sup> (۲۱)، در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان طرحواره محور و روان درمانی انتقال محور در مرزی ها 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.

با توجه به افزایش این اختلال در جوامع کنونی، تحقیقات در مورد سبب شناسی و همچنین عوامل موثر بر شکل گیری این اختلال، کمتر صورت گرفته است. از سوی دیگر یانگ، در سبب شناسی اختلالات شخصیت بیان می کند که هسته اصلی اختلالات شخصیت، طرحواره های ناسازگار اولیه ای هستند که در نتیجه تجارب ناگوار

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 مطرح شده است. وی مدلی

5. Nenadic, Lamberth, Reiss

6. Pugh

7. Elahi

8. Ellison

1. Identity diffusion

2. self-esteem

3. prosocial behaviors

4. delinquency

سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به افراد نمونه، ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به افراد گروه کنترل بعد از اجرای پس آزمون و پیگیری، اطمینان بخشی به افراد نمونه از بدون ضرر بودن مداخله درمانی، هماهنگی با سازمان محل اجرای پژوهش، وابسته بودن به بخش عمومی کلینیک درمانی پیوند شهر بجنورد در جهت حفظ محرمانه بودن اطلاعات افراد نمونه، رایگان بودن ارائه مداخله طرحواره درمانی به شرکت کنندگان، زن بودن (همجنس) مربی و طرحواره درمانگر و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی دامغان به شناسه IR.IAU.DAMGHAN.REC.1400.017 از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

#### ابزارهای پژوهش

مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی برای کودکان (BPFS-C) کریگ و همکاران (۲۰۰۵): مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی مرزی در کودکان ۹ سال و بالاتر ساخته شده است که شامل ۲۴ سوال و ۴ خرده مقیاس شامل بی‌ثباتی عاطفی با سوالات ۱، ۵، ۸، ۱۴، ۱۷ و ۲۱؛ مشکلات هویتی با سوالات ۳، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۲۲؛ روابط منفی با سوالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۳، ۲۰ و ۲۴؛ خودجرمی با سوالات ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹ و ۲۳ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که همیشه ۵ نمره، اغلب ۴ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، به ندرت ۲ نمره و هرگز ۱ نمره تعلق می‌گیرد. نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالای علائم مرزی و نمرات پایین منعکس کننده علائم حداقل است. نقطه برش مقیاس ۶۰ و بالاتر از آن است (آذرفر، مکوند حسینی و صباحی، ۱۳۹۸ الف). برای بررسی روایی مقیاس شخصیت مرزی از مقیاس تکانشگری بارات<sup>۱</sup> (BIS) پاتون، استنفورد و بارت<sup>۲</sup>، استفاده شده است که ضرایب همبستگی برای بی‌ثباتی عاطفی ۰/۴۴، مشکلات هویتی ۰/۲۶، روابط منفی ۰/۳۷ و خودجرمی ۰/۴۲ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی مقیاس است. در خارج از کشور برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضیب ۰/۸۹ گزارش شده است (۲۲). در یک مطالعه دیگر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است (جونز، پتر، اسپرمان و شارپ، ۲۰۱۹).

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) توسط وار و شوربون: این پرسشنامه ۳۶ سوال و که ۳۵ سوال ۸ مولفه عملکرد جسمی<sup>۳</sup> با سوالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی<sup>۴</sup> با سوالات ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶؛ درد بدنی<sup>۵</sup> با سوالات ۲۱ و ۲۲؛ سلامت عمومی<sup>۶</sup> با سوالات ۱، ۳۳، ۳۴ و ۳۵؛ سرزندگی<sup>۷</sup> با سوالات ۲۳، ۲۷، ۲۹ و ۳۱؛ عملکرد اجتماعی<sup>۸</sup> با سوالات ۲۰ و ۳۲؛ محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از

دوران کودکی شکل می‌گیرند. در واقع بسته به نوع روابط بین کودک و والد که در دوران کودکی رخ می‌دهد، سبک‌های ویژه شناختواره‌ها و طرحواره‌ها در کودک شکل می‌گیرد. بنابراین افراد دچار اختلال شخصیت مرزی، درماندگی عاطفی و هیجانی، بسیاری را تجربه می‌کنند به طوری که این افراد خود را گرفتار هیجانانگیز و احساساتی می‌بینند که گریزی از آن برای خود نمی‌یابند؛ همچنین آگاهی چندانی از عواطف خود نداشته و با احساس عدم کنترل بر زندگی خود مواجهند. لذا در این پژوهش سعی بر این است که سبک‌های ویژه شناختواره‌ها و طرحواره‌هایی که در این افراد شکل می‌گیرند و عوامل موثر در شکل‌گیری این طرحواره‌ها، بررسی شود. بنابراین محقق در پژوهش حاضر به دنبال این مساله است: آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی با فنون شناختی، تجربی و رفتاری بر نشانگان بالینی و کیفیت زندگی نوجوانان دارای نشانگان مرزی تفاوت وجود دارد؟

#### مواد و روش‌ها

روش پژوهش طرح‌عاملی آزمایشی واقعی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران نوجوان دختر در بازه سنی ۱۵ تا ۱۷ و مبتلا به اختلال نشانگان مرزی دارای پرونده در کلینیک درمانی پیوند بخش عمومی شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. در این پژوهش جهت تخمین حجم نمونه از نرم افزار G\*Power استفاده شد و بر اساس مقادیر اندازه اثر = ۰/۳۸، ضریب آلفا = ۰/۰۵ و توان آزمون = ۰/۹۵. اقتباس از پژوهش اکبری بلوطبنگان، طالع پسند، رضایی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۷) حجم نمونه ۴۰ نفر برآورد شد. لذا با توجه به اینکه سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل در این پژوهش وجود دارد بابت هر گروه ۱۰ نفر انتخاب شد. این ۴۰ نفر توسط روانشناس بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5 مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و با مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی (BPFS-C) کریگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز صحت تشخیص بررسی شد. رضایت آگاهانه به منظور شرکت در پژوهش، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف مواد یا دارو، عدم ابتلا به ضایعه مغزی، عدم ابتلا به بیماری جسمی یا سایکوتیک، عدم دریافت روان‌درمانی طی یک سال اخیر، تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس ملاک‌های DSM-5 و تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه ساختار یافته از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در ادامه پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در طرحواره درمانی، وجود اختلالات همراه و هرگونه اختلال روانپزشکی و مصرف دارو و مصرف مواد مخدر از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. همچنین توضیح اهداف پژوهش برای افراد، کسب رضایت آگاهانه از بیماران، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از مطالعه، پاسخ به

5. bodily pain

6. general health

7. vitality

8. Social functioning

1. Barratt impulsivity scale(BIS)

2. Patton, Stanford & Barratt

3. physical functioning

4. role limitations due to physical health

است که نشان دهنده آلفای بسیار خوب پرسشنامه است. در پژوهش دیگر آلفای کرونباخ مولفه‌ها در دامنه بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ گزارش شده است (۲۶). در خارج از کشور برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب مولفه‌ها در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است و همبستگی بین دو نسخه کوتاه و بلند ضریب ۰/۸۰ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی پرسشنامه است. در یک پژوهش دیگر نیز آلفای کرونباخ مولفه‌ها بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۵ به دست آمده است (۲۷).

#### جلسات طرحواره درمانی

جلسات طرحواره درمانی براساس فن شناختی:

جلسه ۱ و ۲:

ایجاد رابطه متقابل توأم با امنیت، همدلی و پذیرش آموزش رویکرد طرحواره محور، آموزش نشانگان اختلال شخصیت مرزی و تبعات آن

جلسه ۲ و ۳:

-شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه که با مشکلات فعلی مرتبط هستند بیرون کشیدن و نامگذاری طرحواره‌ها.  
-ارائه پرسشنامه‌های طرحواره و سبک فرزندپروری به بیمار به عنوان تکلیف خانگی.

جلسه ۳ و ۴:

-شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه که با مشکلات فعلی بیمار مرتبط هستند، بیرون کشیدن و نامگذاری طرحواره‌ها

جلسه ۵ و ۶:

-واری پرسشنامه‌ها به همراه بیمار، بحث و تبادل نظر در مورد آن‌ها، شناسایی و ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌های ناسازگار اولیه

جلسه ۷ و ۸:

واری پرسشنامه‌ها به همراه فرد آزمودنی، ردیابی مستمر ذهنیت‌ها و شناسایی و نامگذاری آن‌ها  
شناسایی سبک‌های مقابله‌ای، خلق و خوی هیجانی و ذهنیت‌های بیمار

جلسه ۹ و ۱۰:

مفهوم سازی مشکل مراجع براساس رویکرد طرحواره درمانی استفاده از شکایت‌های فعلی بعنوان اهرم برای ادامه‌ی درمان

جلسه ۱۱ و ۱۲:

تشویق بیمار به ادامه و تاکید بر پیامدهای منفی اختلال شخصیت مرزی و آگاه کردن بیمار از رنج هیجانی.  
آشناسازی بیمار با ذهنیت کودک رها شده و کودک عصبانی و تکانشگر، پیوند درمانگر با ذهنیت کودک رها شده.

جلسه ۱۳ و ۱۴:

آموزش به کودک عصبانی و تکانشگر به منظور ابراز مناسب تر خشم و ارضا نیازها.

مشکلات هیجانی<sup>۱</sup> با سوالات ۱۷، ۱۸ و ۱۹؛ بهزیستی هیجانی<sup>۲</sup> با سوالات ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰ را اندازه‌گیری می‌کند (کریمان کاکالکی و همکاران، ۱۳۹۷). مجموع مولفه‌های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی تشکیل دهنده خرده مقیاس سلامت جسمانی و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی تشکیل دهنده مولفه سلامت روانشناختی فرد هستند (لومارتیر، آنگ، گریدل و ویکسنر<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). شیوه نمره گذاری سوالات پرسشنامه به این صورت است که در سوالات ۱ و ۲ گزینه عالی ۵ نمره، خیلی خوب ۴ نمره، خوب ۳ نمره، متوسط ۲ نمره و ضعیف ۱ نمره، در سوالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ گزینه مشکل دارم ۱ نمره، کمی مشکل دارم ۲ نمره و اصلا مشکل ندارم ۳ نمره، در سوالات ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ گزینه بلی صفر نمره و گزینه خیر ۱ نمره، در سوال ۲۰ گزینه هیچ ۵ نمره، به طور جزئی ۴ نمره، نسبتاً ضعیف ۳ نمره، مقداری ۲ نمره و فوق العاده زیاد ۱ نمره، در سوال ۲۱ گزینه هیچ ۵ نمره، خیلی خفیف ۴ نمره، خفیف ۳ نمره، متوسط ۲ نمره، شدید ۱ نمره و خیلی شدید صفر نمره، در سوال ۲۲ گزینه اصلا مانع نشده ۵ نمره، کمی ۴ نمره، به طور متوسط ۳ نمره، تقریباً تا حدی ۲ نمره و فوق العاده زیاد ۱ نمره، در سوالات ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۱ گزینه همه اوقات ۶ نمره، بیشتر اوقات ۵ نمره، مقدار زیادی از اوقات ۴ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، مقدار کمی اوقات ۲ نمره و هیچ وقت ۱ نمره، در سوال ۳۲ گزینه همه اوقات ۱ نمره، بیشتر اوقات ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، مقدار کمی از اوقات ۴ نمره و هیچ وقت ۵ نمره، در سوالات ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶ گزینه کاملاً درست نمره ۱، بیشتر درست ۲ نمره، نمی‌دانم ۳ نمره، بیشتر نادرست ۴ نمره و کاملاً نادرست ۵ نمره تعلق می‌گیرد. نمره کل این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شده است که نمرات در چهار سطح نمره کمتر از ۴۵ به عنوان کیفیت زندگی خیلی ضعیف، ۴۵ تا ۶۰ ضعیف، ۶۰ تا ۷۵ متوسط و بالاتر از ۷۵ مطلوب تقسیم‌بندی شده‌اند. در داخل ایران برای بررسی اعتبار پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب مولفه‌ها در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (۲۳). در خارج از کشور برای بررسی اعتبار پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۸ گزارش شده است (۲۴). در یک پژوهش ضرایب برای حوزه جسمانی ۰/۷۸ و برای حوزه روانشناختی ۰/۸۴ محاسبه شده است که نشان دهنده اعتبار پرسشنامه است (۲۵).

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ نسخه سوم (YSQ-S3) یانگ: این پرسشنامه ۷۵ سوالی پنج حوزه اصلی و ۱۵ طرحواره را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف ۶ درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد به این صورت کاملاً غلط، ۱ نمره، تقریباً غلط ۲ نمره، بیشتر درست است تا غلط ۳ نمره، اندکی درست ۴ نمره، تقریباً درست ۵ نمره و کاملاً درست ۶ نمره تعلق می‌گیرد. در یک پژوهش آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۹۶ به دست آمده

<sup>3</sup>. LoMartire, Äng, Gerdle & Vixner

<sup>1</sup>. role limitations due to emotional problems

<sup>2</sup>. emotional well-being

ارتقاء درک درمانگر و بیمار از طرحواره های بیمار (حرکت از شناخت عقلانی طرحواره ها به سمت تجربه کردن هیجانی طرحواره ها)

جلسه ۱۱ و ۱۲:

ارائه منطق استفاده از تکنیک های تجربی در درمان تشویق بیمار به ادامه ی درمان و تاکید پیامدهای منفی اختلال شخصیت مرزی و آگاه کردن بیمار از هیجانان

جلسه ۱۳ و ۱۴:

ارائه ی منطق تکنیک انجام گفت و گوی خیالی و آموزش تکنیک جلسه ۱۵ و ۱۶:

ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور بازوالدینی ارائه منطق تکنیک کار با تصویرسازی ذهنی حوادث آسیب زا و آموزش تکنیک

جلسه ۱۷ و ۱۸:

ارائه منطق تکنیک نوشتن نامه و آموزش تکنیک ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور الگو شکنی و آموزش تکنیک.

جلسه ۱۹ و ۲۰:

آماده ساختن فهرستی از مهارت های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود

کمک به آزمودنی برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی ارائه پرسشنامه مقیاس ویژگی های شخصیت مرزی برای کودکان و نوجوانان و پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی وارو و شوربون جهت تکمیل در پایان جلسه ی درمان.

جلسات طرحواره درمانی براساس فن رفتاری:

جلسه ۱ و ۲:

ایجاد رابطه توام با امنیت، همدلی و پذیرش آموزش رویکرد طرحواره محور و آموزش مطالب در مورد اختلال شخصیت مرزی و تبعات آن

جلسه ۳ و ۴:

شناسایی مستمر یادگیری ها و تجارب اولیه که با مشکلات فعلی بیمار مرتبط هستند

بیرون کشیدن و نامگذاری طرحواره ها

ارائه پرسشنامه های طرحواره و سبک فرزندپروری به بیمار بعنوان تکالیف خانگی

جلسه ۵ و ۶:

وارسی پرسشنامه ها به همراه بیمار و بحث و تبادل نظر درباره ی آن ها

شناسایی و ارزیابی سبک های مقابله ای و طرحواره های ناسازگار اولیه

جلسه ۷ و ۸:

تعیین رفتارهای خاص بعنوان آماج های احتمالی تغییر در الگوشکنی رفتاری

بازنگری مفهوم سازی مشکل بیمار

جلسه ۹ و ۱۰:

توصیف دقیق رفتارهای مشکل آفرین

توانمند سازی ذهنیت سالم به منظور زیر سوال بردن طرحواره ها ارائه ی شواهد رد کننده و تایید کننده طرحواره در زندگی بیمار جلسه ۱۵ و ۱۶:

کمک به بیمار برای طرح ریزی موضعی منطقی و عقلانی جهت فاصله گرفتن از طرحواره و ارزیابی درستی آن.

آموزش مذاکره بین ذهنیت ها و بحث و مناظره بین جنبه ی سالم و جنبه ی طرحواره

جلسه ۱۷ و ۱۸:

استفاده از فنون شناختی در جهت بی اعتبار سازی طرحواره های غالب

بررسی مزایا و معایب سبک های مقابله ای کنونی بیمار و نوشتن پاسخ های سالم در برابر طرحواره ها بر روی کارت های آزمایشی. ترغیب آزمودنی در جهت رها کردن سبک های مقابله ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله ای سازگارانه و تقویت ذهنیت بزرگسال

سالم

جلسه ۱۹ و ۲۰:

آماده ساختن فهرستی از مهارت های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود، کمک به فرد آزمودنی برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی.

ارائه پرسشنامه مقیاس ویژگی های شخصیت مرزی برای کودکان و نوجوانان و پرسشنامه ی ۳۶ سوالی کیفیت زندگی وارو و شوربون به بیمار.

جلسات طرحواره درمانی براساس فن تجربی:

جلسه ۱ و ۲:

ایجاد رابطه توام با امنیت، همدلی و پذیرش آموزش رویکرد طرحواره محور و آموزش مطالبی در مورد اختلال شخصیت مرزی و تبعات آن

جلسه ۳ و ۴:

مصاحبه برای بیرون کشیدن طرحواره ها، ارزش ها و سبک های مقابله ای

فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و نام گذاری آن ها تکمیل پرسشنامه سبک فرزندپروری یانگ و پرسش نامه ی سبک های مقابله ای یانگ

جلسه ۵ و ۶:

وارسی پرسشنامه ها به همراه بیمار و بحث و تبادل نظر درباره ی آن ها

ارائه ی منطق استفاده از تکنیک های تجربی (جنگیدن با طرحواره ها در سطح عاطفی)

اجرای آغازین تصویرسازی ذهنی

جلسه ۷ و ۸:

تصویرسازی به منظور شناسایی طرحواره ها و درک ریشه های تحولی

ارتباط ریشه های تحولی به مشکلات زندگی فعلی بیمار تصویر سازی با افراد مهم زندگی در دوران کودکی بیمار

جلسه ۹ و ۱۰:

جلسه ۱۷ و ۱۸ :  
 ایجاد فعالیت لذت بخش بعنوان پاداش در مقابل اجرای عمل صحیح  
 تمرین رفتارهای مقابله ای سازگارانه  
 ایجاد تغییرات مهم در زندگی  
 جلسه ۱۹ و ۲۰ :  
 آماده ساختن فهرستی از مهارت های آموخته شده در درمان و  
 پیشگیری از عود  
 کمک به آزمودنی برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی.  
 ارائه پرسشنامه مقیاس ویژگی های شخصیت مرزی برای کودکان و  
 نوجوانان و پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی وارو و شوربون  
 جهت تکمیل در پایان جلسه ی درمان.  
 فنون رفتاری آرامش آموزی ،جرات ورزی ، کنترل خشم ،  
 راهبردهای خویشتن داری(خود بازنگری ، هدف گزینی و تقویت  
 خود)،رویارویی تدریجی با موقعیت های ترس آور جزو فنونی بودند  
 که در خلال جلسات طرحواره درمانی براساس فنون رفتاری ،  
 براساس نیاز بیمار آموزش داده شد.

در این بخش با توجه به همسانی واریانس نمرات و نرمال بودن توزیع  
 نمرات و حجم مساوی گروه آزمایش و کنترل برای آزمون معناداری  
 تفاوت مشاهده شده بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و  
 کنترل اثر نمره ها پیش آزمون از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر  
 و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین  
 جلسه ۱۱ و ۱۲ :  
 ارزیابی مستمر رفتارهای بیمار در رابطه ی درمانی  
 اولویت بندی رفتارها برای الگوشکنی  
 تغییر رفتار در برابر تغییر زندگی  
 ارائه پرسشنامه طرحواره یانگ ، اجتناب یانگ ، پرسشنامه جبران  
 یانگ به منظور شناسایی رفتارهای مقابله ای  
 جلسه ۱۳ و ۱۴ :  
 بررسی پرسشنامه ها و بحث و تبادل نظر در مورد آن ها  
 افزایش انگیزه برای تغییر رفتار  
 ایجاد ارتباط رفتار آماجی با ریشه های تحولی آن در کودکی  
 بازنگری مزایا و معایب ادامه ی رفتار  
 جلسه ۱۵ و ۱۶ :  
 تهیه کارت آموزشی ، توافق در انجام تکالیف خانگی  
 غلبه بر موانع تغییر  
 گفت و گوی بین جنبه ی سالم و جنبه ی مانع

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از  
 طریق نرم افزار spss24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل  
 واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی) انجام  
 پذیرفت.

#### یافته ها

جدول ۱. نتیجه آزمون کرویت موچلی نمرات کل متغیرهای وابسته

متغیرهای پژوهش	کرویت موچلی	آماره ی کای دو	درجه آزادی	معنی داری
نشانگان بالینی	۰/۸۷۳	۴/۷۶۸	۲	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۰/۳۵۰	۳۶/۶۹۴	۲	۰/۰۰۱

است. فرض کرویت موچلی رد نشده و می توان کرویت در  
 واریانس ها را برای مدل تحلیل واریانس در نظر گرفت. در جدول ۳  
 نتایج نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات کل متغیرهای  
 وابسته در سه مرحله اجرا(پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) آمده  
 است.

آزمون کرویت موچلی این فرض را به آزمون می گذارد که ماتریس  
 کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای تبدیل شده نرمال، یک  
 ماتریس همسانی<sup>۱</sup> است. نتایج جدول ۲ همسانی کوواریانس ها را تایید  
 کرد. با توجه به عدم معناداری اندازه آزمون موچلی برای نمرات  
 کل نشانگان بالینی و کیفیت زندگی مفروضه کرویت موچلی برقرار

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات کل متغیرهای وابسته در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
نشانگان بالینی	زمان	۱۰۵/۲۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۱۵۳/۶۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸	۰/۹۹۹
کیفیت زندگی	بین گروهی	۶۴/۴۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۳	۰/۹۹۹
	زمان	۸۰۹/۸۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵	۰/۹۹۹
کیفیت زندگی	درون گروهی	۷۴/۸۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۰/۹۹۹
	بین گروهی	۵۶/۷۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۵	۰/۹۹۹

<sup>1</sup>. identify matrix

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر متغیر درون گروهی (عامل زمان) بر نمرات کل متغیرهای وابسته معنادار است ( $P \leq 0/001$ ). به این ترتیب اثر متغیر بین گروهی (طرحواره درمانی با سه فن شناختی، تجربی و رفتاری) در کاهش نشانگان بالینی ( $F=64/418$ )

و افزایش کیفیت زندگی ( $F=56/704$ )؛  $(sig=0/001)$  معنادار است. در ادامه مقایسه‌ی دو به دو میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در نمرات کل متغیرهای وابسته در جدول ۴ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نمرات کل متغیرهای وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

معنی داری	تفاوت میانگین	تفاوت مراحل	میانگین تعدیل شده	متغیرهای پژوهش
0/001	11/800*	پیش آزمون-پس آزمون	84/25	پیش آزمون
0/001	10/975*	پیش آزمون-پیگیری	72/45	پس آزمون
0/055	-0/825	پس آزمون-پیگیری	73/27	پیگیری
0/001	-13/225*	پیش آزمون-پس آزمون	63/50	پیش آزمون
0/001	-12/675*	پیش آزمون-پیگیری	76/72	پس آزمون
0/066	0/550	پس آزمون-پیگیری	76/17	پیگیری

و رفتاری بر کاهش نشانگان بالینی و افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که کدام فن از فنون طرحواره درمانی اثربخش تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی فنون طرحواره درمانی بر نمرات کل متغیرهای وابسته از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه فنون سه گانه طرحواره درمانی) استفاده شده است که نتایج در جدول ۵ آمده است.

\* در سطح 0/05 معنی دار است. به منظور مشخص نمودن اینکه نمرات کل متغیرهای وابسته در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون» و «تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری» بیشتر و معنادارتر از «تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری» است که این نشان دهنده آن است که طرحواره درمانی با سه فن شناختی، تجربی

جدول ۴. مقایسه‌ی زوجی با آزمون تعقیبی بن فرونی بر نمرات کل متغیرهای وابسته

معناداری	تفاوت میانگین	گروه مینا با گروه مقایسه	متغیرها
0/008	-5/733	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه کنترل	نشانگان بالینی
0/001	-6/700	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه کنترل	
0/001	-13/200	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل	
0/001	7/700	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه کنترل	کیفیت زندگی
0/001	9/200	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه کنترل	
0/001	13/767	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل	

**نتیجه گیری**  
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با فنون شناختی، تجربی و رفتاری بر نشانگان بالینی و کیفیت زندگی نوجوانان دارای نشانگان مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی (با سه فن شناختی، تجربی و رفتاری) در کاهش نشانگان بالینی شخصیت مرزی و افزایش کیفیت زندگی معنادار است. در ادامه به منظور مشخص نمودن اینکه نمرات کل متغیرهای وابسته در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که نتایج نشان داد که تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون و تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری است که این نشان دهنده آن است که طرحواره درمانی با سه فن شناختی، تجربی و رفتاری بر کاهش نشانگان بالینی و افزایش کیفیت زندگی

با توجه به جدول ۵ نتایج نشان داد که در متغیرهای نشانگان بالینی و کیفیت زندگی تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل بیشتر از سایر فنون طرحواره درمانی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که فن رفتاری از دو فن دیگر اثربخش تر بوده است و بعد از فن تجربی از شناختی نیز اثربخش تر بوده است. با این وجود می‌توان گفت هر سه فن درمانی موثر بوده‌اند اما اثربخش‌ترین فن درمانی در این پژوهش فن رفتاری بوده است. در نتیجه فرضیه کلی مبنی بر اینکه طرحواره درمانی بر نشانگان بالینی و کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی اثربخشی معنی داری دارد تایید شد.

این توان و مهارت را کسب نموده تا با شناخت هیجانات و احساسات خود و بیان حقوقشان اثرگذاری طرحواره‌های ناکارآمد بر رفتار و شناخت خود را تحت کنترل در آورده و از این طریق نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی را در خود کاهش دهند. لذا منطقی است که گفته شود طرحواره درمانی بر نشانگان بالینی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی اثربخشی معنی‌داری دارد.

همچنین در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی می‌توان گفت بیماران که به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند از سلامت جسمانی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردار هستند و این افراد به دلیل مشکل شخصیتی خود کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به سایر افراد در زندگی خود تجربه می‌کنند. عدم توانایی در انجام عملکرد جسمی مطلوب موجب احساس بی‌کفایتی در فرد شده و اعتماد به نفس وی مختل می‌شود. متعاقب آن فرد به افسردگی، اندوه و اضطراب دچار شده و سطح کیفیت زندگی‌اش پایین می‌آید. لذا در طرحواره درمانی، با کار کردن بر درون مایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران که دید منفی نسبت به توانایی‌های جسمانی، هیجانات و عواطف خود دارند، در اصلاح و تغییر افکار و باورهای آنها اثربخش است. در بیان عواطف و بُعد عاطفی، طرحواره درمانی باورهای شناختی را که به باورهای هیجانی گره خورده است را با توجه به راهبردهای رفتاری و تجربی، به چالش کشیده و این شرایط موجب می‌شود، فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را که منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار و بدتنظیمی هیجانی می‌شود، بشناسد و به دنبال راه‌حل مناسب تمایل پیدا کند و همین امر سبب تجربه کیفیت زندگی بهتر در آنان می‌شود. لذا منطقی است که گفته شود طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی اثربخشی معنی‌داری دارد.

در این مطالعه، محدودیت جامعه پژوهش، عدم کنترل کامل درمان دارویی و برخی متغیرهای مداخله‌گر (نظیر طول مدت بیماری، سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی و غیره)، انجام این پژوهش در جامعه دختران مبتلا به نشانگان مرزی، مهمترین محدودیت‌هایی هستند که هنگام استنباط یافته‌ها و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرند و نمی‌توان نتایج را به پسران نوجوان در این دامنه سنی تعمیم داد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی در مراکز مشاوره و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. به این صورت که، نتایج به دست آمده نشان داد هر سه فن طرحواره درمانی موثر بوده‌اند اما اثربخش‌ترین فن درمانی در این پژوهش فن رفتاری طرحواره درمانی بوده است؛ در این راستا پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی با برگزاری کارگاه‌های روانشناختی مانند طرحواره درمانی به ویژه با فن رفتاری به حل مشکلات نوجوان دختر مبتلا به اختلال نشانگان مرزی به ویژه بهبود کیفیت زندگی و کاهش نشانگان مرزی در آنان کمک شود.

در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که کدام فن از فنون طرحواره درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی فنون طرحواره درمانی بر نمرات کل متغیرهای وابسته از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه فنون سه گانه طرحواره درمانی) استفاده شد که نتایج نشان داد که در متغیرهای نشانگان بالینی و کیفیت زندگی تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل بیشتر از سایر فنون طرحواره درمانی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که فن رفتاری از دو فن دیگر اثربخش‌تر بوده است و بعد از فن تجربی از شناختی نیز اثربخش‌تر بوده است. با این وجود می‌توان گفت هر سه فن درمانی موثر بوده‌اند اما اثربخش‌ترین فن درمانی در این پژوهش فن رفتاری بوده است. در نتیجه فرضیه کلی مبنی بر اینکه طرحواره درمانی بر نشانگان بالینی و کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی اثربخشی معنی‌داری دارد تأیید شد.

این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج بیداری و حاجی‌علیزاده (۲۸)، محمدی‌زاده و همکاران (۲۹)، آهوان و همکاران (۳۰)، همسویی و همخوانی داشته باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که یکی از مهمترین ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بی‌ثباتی هیجانی است که یک ویژگی شایع در آنان است. طرحواره درمانی که از ابتدا برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود می‌تواند باعث کاهش نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان مبتلا شود. بر این اساس یانگ مدلی را در مورد رفتارهای این افراد ارائه کرده است که به ویژه در فهم ذهنیت‌های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است. یانگ این فرض را مطرح ساخت که برخی از طرحواره‌ها، به ویژه طرحواره‌هایی که در دوران اولیه زندگی در نتیجه تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته مرکزی رفتارهای خودآسیب رسان و بی‌ثباتی هیجانی، مشکل خصیصه‌ای خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات دیرپای محور یک را تشکیل دهند و یا حتی منجر به ایجاد اختلالات شخصیت در سنین بالای ۱۸ سال شوند. وی این زیرمجموعه از طرحواره‌ها را طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامید. این رویکرد درمانی برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تأکید می‌کنند، بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتار که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند.

از سوی دیگر می‌توان گفت با توجه به اینکه طرحواره یک ساختار شناختی سازمان یافته است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در رفتارها، احساس و افکار نمود می‌یابد و از طرف دیگر در نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی ممکن است در مدت زمانی بسیار کوتاه طرحواره‌ها زمینه‌ساز انتقال از یک حالت خلقی یا هیجانی شدید به حالتی دیگر شوند، در طرحواره درمانی به عنوان بخشی از درمان، افراد دارای نشانگان بالینی شخصیت مرزی با استفاده از راهبردهای آن به ویژه نوشتن نامه، به افراد مهم زندگی خویش که در دوران کودکی و نوجوانی به آنان آسیب رسانده‌اند،

## References

1. Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2013). Emotional cascades as prospective predictors of dysregulated behaviors in borderline personality disorder. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 4(2), 168.
2. Perrotta, G. (2020). Borderline personality disorder: Definition, differential diagnosis, clinical contexts, and therapeutic approaches. *Annals of Psychiatry and Treatment*, 4(1), 043-056.
3. Rouda, B. (2020). The Role of Borderline Personality Disorder in the Rise of the Sith: Diagnosing Anakin Skywalker.
4. Li, Z., Meng, X., Wang, Y., & Wang, X. (2020). Developing the relationship between metal ionic characters and ecological risk assessment screening values using QICAR. *Environmental Science and Pollution Research*, 1-8.
5. 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.
6. Soltani, beautiful; Alipour, Gita; Ghasemi Jobneh, Reza; And Salimi, Hadi. (1397). The effectiveness of dialectical behavior therapy on emotion regulation and quality of life in women with borderline personality disorder in Shahrekord in 2015. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 26 (3), 55-47.
7. Hosseini Nia, Narges; And Hatami, Hamid Reza. (1398). Predicting quality of life based on psychological well-being and resilience in retirees. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 20 (1), 97-81.
8. Rahtz, D. R., Sirgy, M. J., Grzeskowiak, S., & Lee, D. J. (2020). Developing Quality-of-Life Pedagogy in Marketing Courses: A Structured Approach. In *Teaching Quality of Life in Different Domains* (pp. 129-153). Springer, Cham
9. Robertson, S., Cooper, C., Hoe, J., Lord, K., Rapaport, P., Marston, L., & Livingston, G. (2020). Comparing proxy rated quality of life of people living with dementia in care homes. *Psychological medicine*, 50(1), 86-95.
10. Thompson, K. N., Jackson, H., Cavelti, M., Betts, J., McCutcheon, L., Jovev, M., & Chanen, A. M. (2019). Number of borderline personality disorder criteria and depression predict poor functioning and quality of life in outpatient youth. *Journal of personality disorders*, 5(2), 1-14.
11. Lind, M., Vanwoerden, S., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Inpatient adolescents with borderline personality disorder features: Identity diffusion and narrative incoherence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(4), 389.
12. Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., & Simonsen, E. (2019). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
13. Crocetti, E., Benish-Weisman, M., & McDonald, K. L. (2020). Validation of the Arabic and Hebrew versions of the Utrecht-Management of Identity Commitments Scale (U-MICS). *Journal of Adolescence*, 79, 11-15.
14. Ahmadi Marvaili, Nahid; Mirza Hosseini, Hassan; And Munirpour, Nader. (1398). Predicting models of self-harming behaviors and suicidal ideation based on attachment styles and personality organization in student adolescents: The mediating role of cognitive strategies of

- emotional regulation. *Journal of Applied Psychological Research*, 10 (3), 117-101.
15. Pirani, Zabih. (1396). The effectiveness of schema therapy on the feeling of abandonment and emotional instability of people with borderline personality disorder in Arak. *Clinical Psychology and Counseling Research*, 7 (1), 88-77.
16. Ghaderi, Farzad; Sheriff, Mehrdad and Mehrabi, Hossein Ali. (195). The effectiveness of group schema therapy on modulating early maladaptive schemas and reducing the symptoms of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 6 (24), 19-3.
17. Nenadić, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric inpatient settings. *Psychiatry research*, 253, 9-12.
18. Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
19. 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.
20. Elahi, T. (2019). The relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety: The mediating role of experiential avoidance.
21. Ellison, W. D. (2020). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Does the Type of Treatment Make a Difference?. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1-13.
22. Orme, W., Bowersox, L., Vanwoerden, S., Fonagy, P., & Sharp, C. (2019). The relation between epistemic trust and borderline pathology in an adolescent inpatient sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1), 13.
23. Samin, Tahereh; And the ethics of mountaineering, Hussein. (1398). Predicting life expectancy based on quality of life, perceived stress and fatigue in patients with multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*, 8 (29), 118-101.
24. Ustaoglu, G., Goller Bulut, D., Gumus, K. Ç., & Ankarali, H. (2019). Evaluation of the effects of different forms of periodontal diseases on quality of life with OHIP-14 and SF-36 questionnaires: A cross-sectional study. *International journal of dental hygiene*, 17(4), 343-349.
25. Knight, M. J., Lyrtzis, E., & Baune, B. T. (2020). The association of cognitive deficits with mental and physical Quality of Life in Major Depressive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 97, 152147.
26. Shabani Khadio, Amir; And Ahmadian, Hamza. (1398). The Relationship between Satisfaction of Basic Psychological Needs and Emotional Regulation Disorder with the Mediating Role of Early maladaptive Schemas in Students of Bu Ali Sina University of Hamadan. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 20 (1), 111-101.
27. Slepecky, M., Kotianova, A., Sollár, T., Ocisková, M., Turzákova, J., Zatkova, M., & Trizna, P. (2019). Internal consistency and factorial validity of the Slovak Version of the Young Schema Questionnaire–Short Form 3 (YSQ-S3). *Neuro endocrinology letters*, 40(3).
28. Awakening, Farzaneh; And Haji Alizadeh, Kobra. (1398). The effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, anxiety tolerance and mood dysphoria in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychological Studies*, 15 (2), 10-1.

29. Mohammadzadeh, Laden; Makoundi, Behnam; Pasha, Reza; Bakhtiarpour, Saeed; And Hafizi, Fariba. (1397). Measuring the effectiveness of dialectical behavior therapy and schema therapy on reducing the rate of impulsive behavior in borderline personality disorder. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 27 (106), 53-44.
30. Ahavan, Massoud; Strong, affection; And Yaqubi, Muhammad. (1397). The effectiveness of group schema therapy on improving early maladaptive schemas and emotion regulation in individuals with borderline personality disorder with self-harming behavior and suicide of adolescent girls between 14 and 18 years old in Mashhad. *Quarterly Journal of New Ideas in Psychology*, 2 (6), 14-1.