

اثربخشی طرحواره درمانی بر نشانگان بالینی نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی

مینا زمانی^۱
نعمت ستوده اصل^{۲*}
شاهرخ مکوند حسینی^۳
پرویز صباحی^۴

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی با سه روش فنون شناختی، تجربی و رفتاری بر کاهش نشانگان بالینی نوجوانان دختر دارای اختلال شخصیت مرزی بود.

روش: پژوهش از نوع طرح عاملی آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران نوجوان دختر در بازه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال و مبتلا به اختلال نشانگان مرزی کلینیک درمانی پیوند بخش عمومی شهر بجنورد در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند که با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۴۰ نفر از آنان انتخاب و در ۳ گروه آزمایش (هر گروه 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؛ گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی برای کودکان (BPFS-C) کریگ و همکاران (۲۰۰۵) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده 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 طرحواره درمانی با فنون سه‌گانه شناختی، تجربی و رفتاری در کاهش بی‌ثباتی عاطفی ($F=30/635; P=0/001$)، مشکلات هویتی ($F=35/302; P=0/001$)، روابط منفی ($F=19/359; P=0/001$) و خود جرحی ($F=9/723; P=0/001$) موثر است و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان یک شیوه‌ی درمانی برای کاهش نشانگان بالینی شخصیت مرزی دختران نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مراکز درمانی به کار برده شود.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، نشانگان بالینی، اختلال شخصیت مرزی، دختران نوجوان.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. zamaniimina@gmail.com
^۲ دانشیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران (نویسنده مسئول). sotodeh1@yahoo.com
^۳ دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، ایران. shmakvand@yahoo.com
^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، ایران. p_sabahi@yahoo.com

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای با شروع و طول مدت متغیر (سن 9 تا 19 سالی)، بین کودکی بزرگسالی است (عبدالهی مقدم و همکاران، 1398) که از جمله مشکلات این دوره می‌توان به ناتوانی در تنظیم هیجانات (شوایزر و همکاران، 2019)، نامیدی (برایس و همکاران، 2020)، ناتوانی در دوست‌یابی (بنر و همکاران، 2020)، رفتارهای پرخطر و مصرف مواد مخدر (میوتون و همکاران، 2020) اشاره کرد. افزون بر چنین مشکلاتی، از مشکلات نوجوانان در این سنین، مشکل در هویت‌یابی (لوفورد و همکاران، 2020)، رفتارهای خودجرحی (احمدی مرویلی، 1398)، بی‌ثباتی عاطفی (عبدالهی مقدم و همکاران، 1398) و هیجانات و روابط منفی (میکائیلی و همکاران، 1398) در آنان است که این مشکلات به عنوان ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته شده‌اند (جونز و همکاران، 2019). اختلال شخصیت مرزی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم (DSM-5)، به عنوان رفتار خودکشی، ژست یا تهدید به خودکشی مکرر توصیف شده است و نرخ شیوع آن در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اولیه حدود 6 درصد و در افرادی که به کلینیک‌ها و مراکز بهداشت یا سلامت روانی سرپایی مراجعه می‌کنند حدود 13 درصد و در بیماران بستری در بیمارستان‌های روانی حدود 23 درصد گزارش شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013).

اختلال شخصیت مرزی یک اختلال مزمن روان‌شناختی با عدم تنظیم هیجانی، خودجرحی و روابط بین فردی ناکارآمد است که ممکن است بر اثر نقص در کارکردهای شناختی ایجاد شده باشد (اسمانیلیان و همکاران، 1399). از جمله نشانگان بالینی در این افراد می‌توان به بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات هویتی، روابط منفی و خودجرحی اشاره کرد (کریک و همکاران، 2005). همچنین افراد مبتلا به این اختلال، زندگی هیجانی پر از بحرانی را تجربه می‌کنند، تجربه خودزنی‌های مکرر نشان از دشواری و دردناکی ذاتی زندگی آنها دارد. این گونه بیماران به دلایل مختلفی مانند جلب کمک دیگران، بی‌حس کردن خود در برابر طغیان‌های هیجانی که دارند، یا ابراز خشم خودزنی می‌کنند یا با روش‌های دیگر به رفتارهای خودآسیب‌رسان یا خودجرحی می‌پردازند (زکی بخش محمدی و همکاران، 1399).

بر اساس نتایج یک تحقیق افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همیشه در بحران به سر می‌برند. دردناک بودن ذاتی زندگی آنها در خودجرحی‌های مکرر آنها مشهود است (دی پولی و همکاران 2020). همچنین نشان داده شده است که افراد با سبک‌های هویتی سردرگم/اجتنابی در مقایسه با سبک‌های اطلاعاتی و هنجاری بیشترین نمره را در شخصیت مرزی شخصیت بدست می‌آورند (محمد زاده، قربانعلی پور و جعفری، 1391). با توجه به چنین مشکلاتی که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ارائه مداخلات روانشناختی می‌تواند به کاهش نشانگان بالینی در آنان منجر شود. یکی از مداخلاتی که نقش مهمی در بهبود مشکلات افراد تشخیص داده شده با اختلال شخصیت مرزی دارد، طرحواره‌درمانی است (خاشو و همکاران، 2019).

طرحواره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است (برنسد-وایلد و ارتنز، 2019)، که به طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری سنتی بنا شده است (سیمپسون و اسمیت، 2019) و که تأثیرات مثبتی بر بهبود مشکلات کودکان و نوجوانان دارد (19). بر اساس نتایج یک پژوهش طرحواره‌درمانی را به عنوان یک روش کارآ و مفید جهت مشکلات هیجانی و روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد شده است (بیداری و حاج علی زاده، 1398). بر اساس نتیجه یک پژوهش که بر روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته است نشان داده شده است که طرحواره‌درمانی با مجموعه‌ای از فنون از جمله تصویرسازی، محدودیت مجدد، صندلی خالی و بازسازی شناختی می‌تواند در درمان ناتنظیمی هیجانی افراد دارای اختلالات شخصیت موثر باشد (دادومو و همکاران، 2018).

بر اساس آنچه که گفته شد طرحواره‌درمانی و فنون شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌درمانی بر بهبود مشکلات افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تأثیرگذار است. اما پژوهشی که به تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش نشانگان بالینی در نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی به ویژه در نمونه‌های ایرانی پرداخته باشد کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. لذا در جهت رفع این خلاء پژوهشی به این سوال پاسخ داده شده است که آیا طرحواره‌درمانی بر نشانگان بالینی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی موثر است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر طرح عاملی آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با مرحله پیگیری 2 ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران نوجوان دختر در بازه سنی 15 تا 17 و مبتلا به اختلال نشانگان مرزی دارای پرونده در کلینیک درمانی پیوند بخش عمومی شهر بجنورد در سال 1399-1400 بودند. در این پژوهش جهت تخمین حجم نمونه از نرم افزار G*Power استفاده شد و بر اساس مقادیر اندازه اثر = 0/38، ضریب آلفا = 0/050 و توان آزمون = 0/95 اقتباس از پژوهش اکبری بلوطبنگان و همکاران (1398) حجم نمونه 40 نفر برآورد شد. لذا با توجه به اینکه سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل در این پژوهش وجود دارد بابت هر گروه 10 نفر انتخاب شد. این 40 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 (12) 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 روان درمانی 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 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. در این تحقیق از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و از آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه زوجی) با نرم افزار SPSS نسخه 24 استفاده شد.

ابزار پژوهش: مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان (BPFS-C): عاطفی 0/44، مشکلات هویتی 0/26، روابط منفی 0/37 و خودجرحی 0/42 به دست آمده است. مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی مرزی در کودکان 9 سال و بالاتر ساخته شده است که شامل 24 سوال و 4 خرده مقیاس شامل بی‌ثباتی عاطفی با سوالات 1، 5، 8، 14، 17 و 21؛ مشکلات هویتی با سوالات 3، 9، 12، 16، 18 و 22؛ روابط منفی با سوالات 2، 6، 10، 13، 20 و 24؛ خودجرحی با سوالات 4، 7، 11، 15، 19 و 23 را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت 5 درجه‌ای می‌باشد به این صورت که همیشه 5 نمره، اغلب 4 نمره، گاهی اوقات 3 نمره، به ندرت 2 نمره و هرگز 1 نمره تعلق می‌گیرد. نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالای علائم مرزی و نمرات پایین منعکس کننده علائم حداقل است. نقطه برش مقیاس 60 و بالاتر از آن است (آدر فر و همکاران، 1398). برای بررسی روایی مقیاس شخصیت مرزی از مقیاس تکانشگری بارات از پاتون و همکاران (1995) استفاده شده است که ضرایب همبستگی برای بی‌ثباتی که نشان دهنده روایی همگرایی مقیاس است (زرگر و همکاران، 1393). در خارج از کشور برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضیب 0/89 گزارش شده است (اورم و همکاران، 2019). در یک مطالعه دیگر، ضریب آلفای کرونباخ 0/90 به دست آمده است (جونز و همکاران، 2019). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل سوالات 0/89 به دست آمده است.

جلسات طرحواره درمانی: جلسات طرحواره درمانی براساس فن شناختی: جلسه 1 و 2: ایجاد رابطه متقابل توأم با امنیت، همدلی و پذیرش، آموزش رویکرد طرحواره محور، آموزش نشانگان اختلال شخصیت مرزی و تبعات آن جلسه 2 و 3: -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 3 و 4: -شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه که با مشکلات فعلی بیمار مرتبط هستند، بیرون کشیدن و نامگذاری طرحواره‌ها

جلسه 5 و 6: -واری پرسشنامه‌ها به همراه بیمار، بحث و تبادل نظر در مورد آن‌ها، شناسایی و ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌های ناسازگار اولیه

جلسه 7 و 8: 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 9 و 10: مفهوم سازی مشکل مراجع براساس رویکرد طرحواره درمانی استفاده از شکایت‌های فعلی بعنوان اهرم برای ادامه‌ی درمان

جلسه 11 و 12: تشویق بیمار به ادامه و تاکید بر پیامدهای منفی اختلال شخصیت مرزی و آگاه‌کردن بیمار از رنج هیجانی.

آشناسازی بیمار با ذهنیت کودک‌ها شده و کودک‌عصبانی و تکانشگر، پیوند درمانگر با ذهنیت کودک‌ها شده.

جلسه 13 و 14: آموزش به کودک‌عصبانی و تکانشگر به منظور ابراز مناسب تر خشم و ارضا نیازها، توانمند سازی ذهنیت سالم به منظور زیر سوال بردن طرحواره‌ها، ارائه‌ی شواهد رد کننده و تایید کننده طرحواره در زندگی بیمار

جلسه 15 و 16: کمک به بیمار برای طرح ریزی موضعی منطقی و عقلانی جهت فاصله گرفتن از طرحواره و ارزیابی درستی آن. آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها و بحث و مناظره بین جنبه‌ی سالم و جنبه‌ی طرحواره

جلسه 17 و 18: استفاده از فنون شناختی در جهت بی اعتبار سازی طرحواره‌های غالب، بررسی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای کنونی بیمار و نوشتن پاسخ‌های سالم در برابر طرحواره‌ها بر روی کارت‌های آزمایشی.

ترغیب آزمودنی در جهت رها کردن سبک های مقابله ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله ای سازگارانه و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم

جلسه 19 و 20: 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 36 سوالی کیفیت زندگی وارو و شوربون به بیمار.

جلسات طرحواره درمانی براساس فن تجربی: جلسه 1 و 2: ایجاد رابطه توام با امنیت، همدلی و پذیرش آموزش رویکرد طرحواره محور و آموزش مطالبی در مورد اختلال شخصیت مرزی و تبعات آن
جلسه 3 و 4: 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 5 و 6: واری 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 7 و 8: 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 9 و 10: ارتقاء درک درمانگر و بیمار از طرحواره های بیمار (حرکت از شناخت عقلانی طرحواره ها به سمت تجربه کردن هیجانی طرحواره ها)

جلسه 11 و 12: 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 هیجانات

جلسه 13 و 14: ارائه ی منطق تکنیک انجام گفت و گوی خیالی و آموزش تکنیک

جلسه 15 و 16: ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور بازوالدینی، ارائه منطق تکنیک کار با تصویرسازی ذهنی حوادث آسیب زا و آموزش تکنیک

جلسه 17 و 18: ارائه منطق تکنیک نوشتن نامه و آموزش تکنیک، ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور الگو شکنی و آموزش تکنیک.

جلسه 19 و 20: 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 36 سوالی کیفیت زندگی وارو و شوربون جهت تکمیل در پایان جلسه ی درمان.

جلسات طرحواره درمانی براساس فن رفتاری: جلسه 1 و 2: ایجاد رابطه توام با امنیت، همدلی و پذیرش آموزش رویکرد طرحواره محور و آموزش مطالب در مورد اختلال شخصیت مرزی و تبعات آن

جلسه 3 و 4: 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 5 و 6: واری 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 7 و 8: تعیین رفتارهای خاص بعنوان آماج های احتمالی تغییر در الگوشکنی رفتاری، بازنگری مفهوم سازی مشکل بیمار

جلسه 9 و 10: توصیف دقیق رفتارهای مشکل آفرین، تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین

جلسه 11 و 12: 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 13 و 14: 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 15 و 16: تهیه کارت آموزشی، توافق در انجام تکالیف خانگی، غلبه بر موانع تغییر، گفت و گوی بین جنبه ی سالم و جنبه ی مانع

جلسه 17 و 18: ایجاد فعالیت لذت بخش بعنوان پاداش در مقابل اجرای عمل صحیح، تمرین رفتارهای مقابله ای سازگارانه

ایجاد تغییرات مهم در زندگی
جلسه 19 و 20: 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 36 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 بر اساس فنون رفتاری، بر اساس نیاز بیمار آموزش داده شد.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین گروه فن شناختی 15/60، گروه تجربی 15/90، گروه رفتاری 16/10 و گروه کنترل 16/00 بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های 4 گروه در متغیر سن برابر با $F=0/641$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($sig=0/593$) که نشان دهنده همتا بودن 4 گروه از نظر سن می باشد.

جدول 1. میانگین و انحراف معیار نشانگان بالینی گروه های آزمایش طرحواره درمانی و گروه کنترل به تفکیک مراحل

متغیرهای وابسته		میانگین			انحراف معیار	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون
بی ثباتی عاطفی	گروه شناختی	20/70	17/10	17/20	0/675	1/370
	گروه تجربی	21/30	17/40	17/60	0/949	0/843
	گروه رفتاری	20/80	14/60	14/90	0/789	0/996
	گروه کنترل	20/50	20/20	20/40	0/527	0/422
مشکلات هویتی	گروه شناختی	21/20	17/90	18/00	1/033	0/738
	گروه تجربی	20/90	17/20	17/40	0/994	1/135
	گروه رفتاری	21/40	14/60	14/80	1/075	1/265
	گروه کنترل	21/00	20/80	21/10	1/155	1/317
روابط منفی	گروه شناختی	20/10	18/80	18/90	0/994	1/398
	گروه تجربی	20/90	18/10	18/30	0/738	1/197
	گروه رفتاری	21/00	16/00	16/20	0/943	1/247
	گروه کنترل	21/10	20/80	21/00	1/197	0/135
خودجرحی	گروه شناختی	21/40	19/80	19/90	1/075	1/135
	گروه تجربی	21/40	19/10	19/40	1/075	0/524
	گروه رفتاری	21/40	16/80	17/20	0/075	0/317
	گروه کنترل	20/90	20/60	20/80	0/994	0/843

جدول 1- میانگین و انحراف معیار نشانگان بالینی گروه های آزمایش و گروه کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) را نشان می دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس ها می باشد که ابتدا به بررسی این پیش فرض ها پرداخته شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود ($P>0/05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی دار نبود ($P>0/05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس ها تایید شد. داده های تحقیق فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ($P>0/05$). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از 0/05 بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. افزون بر این بررسی داده های پرت از اکسپلور SPSS استفاده شد، که یافته ها حاکی از عدم وجود داده پرت بود. با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است، می توان از این آزمون آماری استفاده نمود که نتایج آن در ادامه آمده است.

جدول 2. نتیجه آزمون کرویت موجلی ابعاد نشانگان بالینی

متغیرهای وابسته	کرویت موجلی	آماره ی کای دو	درجه آزادی	معنی داری
بی ثباتی عاطفی	0/553	20/758	2	0/001
مشکلات هویتی	0/586	18/682	2	0/001
روابط منفی	0/496	24/554	2	0/001
خودجرحی	0/629	16/238	2	0/001

آزمون کرویت موجلی این فرض را به آزمون می گذارد که ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای تبدیل شده نرمال، یک ماتریس همسانی است. نتایج جدول 2- همسانی کوواریانس ها را تایید کرد. با توجه به عدم معناداری اندازه آزمون موجلی برای ابعاد نشانگان بالینی مفروضه کرویت موجلی برقرار است. فرض کرویت موجلی رد نشده و می توان کرویت در واریانس ها را برای مدل تحلیل واریانس در نظر گرفت. در جدول 3- نتایج نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشانگان بالینی در سه مرحله اجرا (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) آمده است.

جدول 3. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر ابعاد نشانگان بالینی در سه مرحله اجرا

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	اماره F	معنی‌داری	ضریب توان آماری
بی‌ثباتی عاطفی	درون گروهی	272/261	0/001	0/883
	زمان	39/563	0/001	0/767
مشکلات هویتی	بین گروهی	30/653	0/001	0/719
	درون گروهی	31/955	0/001	0/897
روابط منفی	زمان	43/940	0/001	0/785
	درون گروهی	35/302	0/001	0/746
خودجرحی	بین گروهی	151/550	0/001	0/808
	درون گروهی	21/404	0/001	0/641
	گروه	19/359	0/001	0/617
	درون گروهی	101/912	0/001	0/739
	زمان	18/029	0/001	0/600
	بین گروهی	9/723	0/001	0/448

نتایج جدول 3- نشان می‌دهد که اثر متغیر درون گروهی (عامل زمان) بر نشانگان بالینی معنادار است ($P \leq 0/001$). به این ترتیب اثر متغیر بین گروهی (طرحواره درمانی با سه فن شناختی، تجربی و رفتاری) در کاهش بی‌ثباتی عاطفی ($F=30/653$ ؛ $sig=0/001$)، مشکلات هویتی ($F=35/302$ ؛ $sig=0/001$)، روابط منفی ($F=19/359$ ؛ $sig=0/001$) و خودجرحی ($F=9/723$ ؛ $sig=0/001$) معنادار است. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در نشانگان بالینی در جدول 4- آمده است.

جدول 4. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی ابعاد نشانگان بالینی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معنی داری
بی‌ثباتی عاطفی	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	3/500*	0/001
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	3/300*	0/001
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	-0/200	0/202
مشکلات هویتی	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	3/500*	0/001
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	3/300*	0/001
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	-0/200	0/155
روابط منفی	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	2/600*	0/001
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	2/424*	0/001
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	-0/175	0/180
خودجرحی	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	2/200*	0/001
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	1/950*	0/001
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	-0/250	0/082

* در سطح 0/05 معنی دار است.

به منظور مشخص نمودن اینکه نشانگان بالینی در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. همان‌طور که جدول 5- نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و تفاوت میانگین پیش‌آزمون 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 ابعاد نشانگان بالینی 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 اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی فنون طرحواره درمانی بر نشانگان بالینی از آزمون تعقیبی بن‌فرونی (برای مقایسه فنون سه گانه طرحواره درمانی) استفاده شده است که نتایج در جدول 6- آمده است.

جدول 5. مقایسه‌ی زوجی با آزمون تعقیبی بن‌فرونی بر ابعاد نشانگان بالینی

متغیرهای وابسته	گروه مینا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
بی‌ثباتی عاطفی	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه کنترل	-2/033	0/008
	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه کنترل	-1/767	0/001
	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل	-3/433	0/001
مشکلات هویتی	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه کنترل	-1/933	0/001
	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه کنترل	-2/300	0/001
	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل	-4/200	0/001
روابط منفی	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه کنترل	-1/367	0/019
	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه کنترل	-18/833	0/001
	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل	-3/267	0/001
خودجرحی	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه کنترل	-0/400	0/999
	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه کنترل	-0/800	0/526
	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل	-2/300	0/001

با توجه به جدول 6- نتایج نشان داد که در متغیر نشانگان بالینی 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.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر نشانگان بالینی نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی (با سه فن شناختی، تجربی و رفتاری) در کاهش ابعاد نشانگان بالینی معنادار است. در ادامه به منظور مشخص نمودن اینکه نشانگان بالینی 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 ابعاد نشانگان بالینی در مرحله پس آزمون 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 نشانگان بالینی از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه فنون سه گانه طرحواره درمانی) استفاده شد که نتایج نشان داد که در متغیر نشانگان بالینی 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. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج بیداری و حاجی علیزاده (1398)، خدابنده‌لو و همکاران (1396)، خاشو و همکاران (2019) و دادومو و همکاران (2018) همسویی و همخوانی داشته باشد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان بالینی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی می‌توان گفت طرحواره درمانی با بهره بردن از رابطه درمانی و استفاده از فنون باز والدینی حد و مرزدار و واقعیت آزمایی همدلانه می‌تواند با متوازن نمودن هر چه بیشتر طرحواره‌ها به ویژه طرحواره محرومیت هیجانی بر بهبود مشکلات بالینی و روانشناختی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی تأثیر بگذارد (سمپرتقی و همکاران، 2013، خاشو و همکاران، 2019). همچنین می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته و ایجاد شده در دوران کودکی و نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان فرصتی را برای بهبود علائم رهاشدگی، انزوای اجتماعی، اجتناب و غیره را در فرد فراهم می‌آورد (احمدی، مارد پور و محمودی، 1398). از سوی دیگر می‌توان گفت که طرحواره درمانی با آماج قرار دادن قالب‌ها یا الگوهای فرد و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به درمان طرحواره‌های ناسازگار شده است. در این میان تکنیک رفتاری نقش مهم‌تری هم می‌تواند ایفا کند. تکنیک‌های رفتاری به افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به آنان کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. لذا طرحواره درمانی به نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمک می‌کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به فرد کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، افراد مبتلا به شخصیت مرزی طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند. همچنین فنون طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا افراد با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌های ناسازگار خود مهیا سازند. از سوی دیگر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌های طرحواره درمانی به فرضیه آزمایی طرحواره‌ها بپردازند و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها و کاهش نشانگان بالینی خود در اختلال شخصیت مرزی مهیا سازند.

از سوی دیگر یکی از مهمترین نشانگان بالینی افراد مبتلا به شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی و همچنین خودجرحی و یا رفتارهای خودآسیب رسان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، طرحواره درمانی می‌تواند با به کارگیری شناخت درمانی، موجب کاهش مشکلات بین فردی و بی‌ثباتی عاطفی و یا هیجانی شود و از این طریق تنظیم هیجان را در فرد آشکار سازد. در واقع، طرحواره درمانی برای مقابله با مشکلات زندگی، با جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگاران، به افزایش راهکارهای مدیریت و تنظیم هیجانات در فرد منجر می‌شود (ون دیک . همکاران، 2019). در این درمان، با تکیه بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و نیز شرح نحوه اثر آنها در رویارویی و پردازش رویدادهای زندگی، به جای

راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، به بیمار فرصتی را می‌بخشد که از ارزیابی اجتنابی و منفی خود کنار کشیده و راهبردهای سازگارانه‌ای را جایگزین کند. زیرا این راهبردهای سازگارانه به بهبود ظرفیت روانی افراد، تنظیم هیجانات و قدرت حل مسأله افراد منجر شده و ادراک و پذیرش بیماری را سبب می‌شود (عباسی و همکاران، 1399) و با این راهبردهای سازگارانه هیجانی می‌تواند از شدت بی‌ثباتی هیجانی و رفتارهای خودجرحی بکاهد. لذا منطقی است که گفته شود طرحواره درمانی بر نشانگان بالینی 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. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات طرحواره درمانی نبود و تنها به یک مرحله پیگیری دو ماهه اکتفا شد. این پژوهش بر روی 4 گروه 10 نفر اجرا شد، لذا پایین بودن تعداد افراد نمونه در هر گروه باعث محدودیت و مشکلاتی در تعمیم نتایج به جامعه دختران نوجوان دارای نشانگان مرزی می‌شود. این پژوهش می‌توانست همزمان بر روی پسران و دختران انجام شود اما به دلیل نبود شرایط تنها به نمونه دختران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اکتفا شد. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیت‌ها و مشکلات این پژوهش است. چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ دختران نوجوان سوگیری وجود داشته باشد و به سوالات پاسخ‌های جامعه‌پسند داده باشند. همزمانی انجام پژوهش با همه‌گیری ویروس کرونا (کووید-19) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است و دشواری در جمع‌آوری اطلاعات ایجاد نمود.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش انجام آن بر روی دختران نوجوان بود که قابلیت تعمیم نتایج به پسران نوجوان مبتلا به نشانگان مرزی را با مشکل مواجه می‌کند که در این راستا پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری انجام شود تا چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله پسران تکرار نماید و برخی از سوالات برخاسته از این مطالعه و پیشینه پژوهش را مورد بررسی علمی قرار دهند و به این سؤال با قطعیت بیشتری پاسخ داده شود که آیا این درمان و فنون آن، روش قدرتمند و مؤثری نسبت به مداخلات درمانی رایج در راستای کاهش نشانگان مرزی دختران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است یا نه؟ مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری فنون طرحواره درمانی بر روی نشانگان بالینی دختران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته شود. از آنجایی که در این پژوهش تعداد هر گروه 10 نفر بود در راستای رفع این محدودیت پژوهشی پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران در آینده از حجم نمونه گسترده‌تری استفاده کنند. با این روند می‌توان تفاوت‌های فردی موجود بین آزمودنی‌ها را در نظر گرفت و یافته‌ها و نتایج به دست آمده را با توجه به آن تفسیر کرد. از آنجایی که این پژوهش محدود به نمونه دختران بوده است، در راستای رفع این محدودیت، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی پسران دارای نشانگان مرزی نیز انجام شود، چرا که عامل جنسیت ممکن است در نتیجه پژوهش تعیین‌کننده باشد. پیشنهاد می‌شود به منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی فنون طرحواره درمانی با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه فنون مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود.

اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی با فنون تجربی، شناختی و رفتاری بر کاهش سایر مشکلات دختران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همچون ایده‌پردازی خودکشی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و غیره صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناخت و رفتاری، درمان شفقت به خود و غیره می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات دختران نوجوان 15 تا 17 ساله مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در پی داشته باشد. 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 و کاهش نشانگان مرزی در آنان کمک شود.

تشکر و قدردانی

از مدیران مراکز مشاوره و همه شرکت‌کنندگانی که ما را در اجرای پژوهش حاضر یاری کردند، تشکر به عمل می‌آید.

References

- Ahmadi marvili N, Mirzahoseini H, Monirpoor N. The Prediction Model of Self-Harm Behaviors and Tendency to Suicide in Adolescence based on Attachment Styles and Personality Organization: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Journal of Applied Psychology Research*. 2019; 10(3), 101-117. doi:10.22059/JAPR.2019.274866.643162
- Ahmadi S, maredpoor A, Mahmoudi A. Effectiveness of Schema Therapy on Initial incompatible Schemas, Increasing Quality of Life and Marital Satisfaction in Divorce Applicants in Shiraz. *journal Psychological methods and models*. 2021; 41(11), 53-70. doi: 20.1001.1.22285516.1399.11.41.4.8
- Akbari Balootbangan A, Talepasand S, Rezaei A, Rahimian boogar I. The Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Approach to Assertiveness Training on the Self-Esteem and School Self-Concept of Adolescent Boy Victims of Bullying. *Journal of Community Health*. 2019; 12(4), 47-59. doi: 10.22123/CHJ.2019.163723.1211
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. 2013.
- Benner A. D., Hou Y., Jackson K. M. The Consequences of Friend-Related Stress Across Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*. 2020; 40(2), 249-272.
- Bidari F, Haji alizadeh K. 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*. 2019; 55(12), 165-180. doi: 10.22051/PSY.2019.19858.1626
- Brand-de Wilde O., Arntz A. Schema Therapy. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. 2019; 249.
- Bryce C. I., Alexander B. L., Fraser A. M., Fabes R. A. Dimensions of hope in adolescence: Relations to academic functioning and well-being. *Psychology in the Schools*. 2020; 57(2), 171-190.
- Calvete E., Morea A., Orue I. The role of dispositional mindfulness in the longitudinal associations between stressors, maladaptive schemas, and depressive symptoms in adolescents. *Mindfulness*. 2019; 10(3), 547-558.
- Crick N., Murray-Close D., Woods K. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psycho pathology*. 2005; 17(4), 1051-1070.
- Dadomo H., Panzeri M., Caponcello D., Carmelita A., Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Current opinion in psychiatry*. 2018; 31(1), 43-49.
- De Paoli T., Fuller-Tyszkiewicz M., Huang C., Krug I. A network analysis of borderline personality disorder symptoms and disordered eating. *Journal of clinical psychology*. 2020; 76(4), 787-800.
- Esmailian N, Dehghani M, Moradi A, Khatibi A. Attention bias and working memory in people with borderline personality symptoms with and without non-suicidal self-injury. *Advances in Cognitive Sciences*. 2020; 22 (1) :36-48
- F. Azarfar F, Makvand.Hosseini Sh, Sabahi P, Ph.D. Investigating the Impacts of Family involvement on the Effectiveness of Short-term Dialectic Behavioral Therapy (DBT) to improve adolescent Girls with Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of Family Research*. 2019; 15(1), 105-125.
- Forogh Abbasi F, Moradi Manesh F, Naderi F, Bakhtiyarpour S. The effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation and quality of life in asthmatic individuals. *The Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020; 63(2), 2446-2454. Doi: 10.22038/MJMS.2020.16987
- Jones J., Penner F., Schramm A. T., & Sharp, C. (2019). Experiential avoidance in adolescents with borderline personality disorder: comparison with a non-BPD psychiatric group and healthy controls. *Cognitive behaviour therapy*, 2(5), 1-13.
- Khasho D. A., Van Alphen S. P. J., Heijnen-Kohl S. M. J., Ouwens M. A., Arntz, A., Videler A. C. The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary clinical trials communications*. 2019; 14(2), 15-31.
- Khodabandloo S, Najafi M, Rahimian boogar I. The Effectiveness of Schema Therapy with Schema Mode Approach on Reduce of Narcissism's Symptoms in Narcissistic Personality Disorder: A

- Single-Subject Research. RBS. 2017; 15 (3) :321-330. Available from :URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-548-fa.html>
- Lawford H. L., Astrologo L., Ramey H. L., Linden-Andersen S. Identity, Intimacy, and Generativity in Adolescence and Young Adulthood: A Test of the Psychosocial Model. *Identity*. 2020; 20(1), 9-21.
- Mewton L., Shaw B., Slade T., Birrell L., Newton N. C., Chapman C., Teesson M. The comorbidity between alcohol use and internalising psychopathology in early adolescence. *Mental Health & Prevention*. 2020; 17(2), 201-218.
- Mikaeili N, Narimani M, Gharib blook M, bolandi A D. The Role of Negative Emotion, Alexithymia, and Interpersonal Factors in Predicting Self-Harm Behavior in Adolescents: A Correlational Study. *Stud Med Sci*. 2019; 30 (5) :393-404. Available from: URL: <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-4809-fa.html>
- Mohammadzadeh A, Ghorbanalipour M, Jafari I. Investigating the Relationship between Identity Styles and Borderline Personality: A Study of Non-Clinical Samples. *Journal of Medical Science Studies*. 2012; 22(6), 569-575. Available from: URL: <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-1185-fa.html>
- Orme W., Bowersox L., Vanwoerden S., Fonagy P., Sharp C. The relation between epistemic trust and borderline pathology in an adolescent inpatient sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2019; 6(1), 13-23.
- Patton J. H., Stanford M. S., Barratt E. S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 1995; 51(6), 768-774.
- Schweizer S., Gotlib I. H., Blakemore S. J. The role of affective control in emotion regulation during adolescence. *Emotion*. 2020; 20(1), 80-92.
- Sempértegui G. A., Karreman A., Arntz A., Bekker M. H. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*. 2013; 33(3), 426-447.
- Simpson S., Smith E. *Schema Therapy for Eating Disorders: Theory, Practice and Group-treatment Manual*. Routledge; 2019.
- Van Dijk S., Veenstra M., Bouman R., Peekel J., Veenstra H., Van Dalen, J., Voshaar R. Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. *BMC psychiatry*. 2019; 19(1), 26-36.
- Viscermi H, Abdollahi Moghaddam M, Moradzadeh S. Compare emotional and social maturity and sensation seeking in adolescents and ordinary criminals Khorramabad. *Rooyesh*. 2019; 8 (1) :109-116. Available from: URL: <http://frooyesh.ir/article-1-571-fa.html>
- Zakibakhsh Mohammadi N, Basharpour S, Narimani M, Kord M. Working Memory and Borderline Personality Disorder: The Effectiveness of Working Memory Training with Emotional Stimulation on Improving Self-Injury Behaviors among Individuals with Borderline Personality Disorder. *JCP*. 2020; 7 (4) :49-62
- Zargar Y, Sajadi S F, Mehrabizade Honarman M, Arshadi N. Validation of The Borderline Personality Features ScaleCA for Children on Students in Shiraz. *Stud Med Sci*. 2014; 25 (4) :338-352 Available from : URL: <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2279-fa.html>

The Effectiveness of Schema Therapy on Elinical Syndrome of Adolescent with Borderline Personality Disorder

Mina Zamani¹

Nemat Sotodehasl^{2*}

Shahrokh Makvand Hosseini³

Parviz Sabahi⁴

Abstract

Purpose: This study was conducted to determine the effectiveness of schema therapy with cognitive ,experimental , and behavioral techniques on the clinical syndrome with borderline personality disorder (BPD).

Methods: This was a full factorial designed experiment with a pre-test and post-test design with control group and follow-up two month. The statistical population was all female adolescent in the age range of 15 to 17 and with borderline personality disorder symptoms referred to public-affiliated Peyvand clinic of Bojnourd city in year 2020-2021. In this study, 40 adolescent with borderline personality disorder symptoms by random sampling were considered as the sample size in three experimental group (10 people in each group) and one control group (10 people). The experimental groups underwent schema therapy (20 sessions 90 minutes), but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data borderline personality features scale for children (BPFS-C) of Crick and et al (2005). Data analysis was performed using SPSS-24 software in two sections: descriptive and inferential (analysis of variance with repeated measures and Bonferroni).

Results: The results indicated that schema therapy with cognitive , experimental ,and behavioral techniques in post-test and follow up had a significant effect on decrease clinical syndrome of adolescent the dimentions of pseudobulbar affect ($F=30/653;P=0/001$),identity problems ($F=35/302 ;P=0/001$) ,negative relationships ($F=19.359 ; p=0/001$) ,self cutting ($F=9/723 ; P=0/001$) and that this effect was stable in the follow_up phase ($p<0.05$).

Conclusions: According to the results of the present study, it can be said that the schema therapy can be used as a treatment method to decrease clinical syndrome adolescent girls with borderline personality disorder symptoms in clinical centers.

Keyword: schema therapy, clinical syndrome, borderline personality disorder, adolescent girls.

¹ PhD student in psychology, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

² Associate Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran(Author).

³ Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.