



## The Effectiveness of Schema Therapy on Ambivalence in Emotional Expression, Self-Differentiation, Metallization and Sensitivity to Rejection in Patients With Borderline Personality Disorder Culture in Damavand Schools

Fariba Farmanbar<sup>1</sup>, Alireza Maredpour<sup>2\*</sup>, Mohammad Malekzadeh<sup>3</sup>

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

❖ **Corresponding Author Email:** ali.mared@yahoo.com

### Research Paper

### Abstract

**Receive:** 2022/08/13  
**Accept:** 2022/11/08  
**Published:** 2023/01/14

### Keywords:

Ambivalence in Emotional Expression, Self-Differentiation, Mentalization, Sensitivity to Rejection, Schema Therapy

### Article Cite:

Farmanbar F, Maredpour A, Malekzadeh M, (2022). The Effectiveness of Schema Therapy on Ambivalence in Emotional Expression, Self-Differentiation, Mentalization and Sensitivity to Rejection in Patients With Borderline Personality Disorder Culture in Damavand Schools Iranian Society of Sociology of Education. 8(2): 245-261.

**Purpose:** The present study was conducted with the aim of the effectiveness of schema therapy on ambivalence in emotional expression, self-differentiation, subjectivity and sensitivity to rejection in patients with borderline personality disorder in Shiraz city in 1401.

**Methodology:** 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 was trained in 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), self-differentiation (Skorn and Friedlander, 1998), mentalization (Fonagy, 1991) and sensitivity to rejection. (Downey and Feldman, 1996).

**Findings:** The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaire was done in two descriptive and inferential sections (variance analysis with repeated measurements). 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 self-differentiation and its components (emotional reactivity, my place, lack of emotional escape and integration with others) in people with borderline personality disorder. Schema therapy training has an effect on the mentalization of people with borderline personality disorder. The results showed that schema therapy training has an effect on sensitivity to rejection in people with borderline personality disorder. In this way, this treatment has been able to increase self-differentiation and mentalization of patients with borderline personality disorder and reduce negative emotional expression and sensitivity to rejection.

**Conclusion:** According to the findings of the present study, schema therapy can be suggested as an effective method to increase self-differentiation and mentalization and reduce negative emotional expression and sensitivity to rejection in patients with borderline personality disorder.



<https://doi.org/10.22034/ijes.2023.560088.1342>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221445.1401.8.2.23.3>



Creative Commons: CC BY 4.0



# انجمن جامعه‌شناسی آموزش و پرورش ایران

## اثربخشی طرح‌واره درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، تمایز یافتگی خود، ذهنی‌سازی و حساسیت به طرد

### در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

فریبا فرمانبر<sup>۱</sup>، علیرضا ماردپور<sup>۲\*</sup>، محمد ملک‌زاده<sup>۳</sup>

۱. گروه روان‌شناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

۳. دانشگاه علوم پزشکی یاسوج مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، یاسوج، ایران.

✦ ایمیل نویسنده مسئول: ali.mared@yahoo.com

چکیده	مقاله تحقیقاتی
<p><b>هدف:</b> پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرح‌واره درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، تمایز یافتگی خود، ذهنی‌سازی و حساسیت به طرد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ انجام شد.</p> <p><b>روش‌شناسی:</b> روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز تشکیل دادند که از بین آنها، ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری 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 (کلاریچ و بروکز، ۱۹۸۴)، دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی (کینگ و امونز، ۱۹۹۰)، تمایز یافتگی خود (اسکورن و فریدلندر، ۱۹۹۸)، ذهنی‌سازی (فوناگی، ۱۹۹۱) و حساسیت به طرد (داونی و فلدمن، ۱۹۹۶) بودند.</p> <p><b>یافته‌ها:</b> تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) انجام گرفت. 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. آموزش طرح‌واره درمانی بر تمایز یافتگی خود و مولفه‌های (واکنش پذیری عاطفی، جایگاه من، عدم گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران) در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. آموزش طرح‌واره درمانی بر ذهنی‌سازی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. نتایج نشان داد آموزش طرح‌واره درمانی بر حساسیت به طرد در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. بدین صورت که این درمان توانسته تمایز یافتگی خود و ذهنی‌سازی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را افزایش و ابرازگری هیجانی منفی و حساسیت به طرد را کاهش دهد.</p> <p><b>نتیجه‌گیری:</b> منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان طرح‌واره درمانی را به عنوان یک روش کارآ جهت افزایش تمایز یافتگی خود و ذهنی‌سازی و کاهش ابرازگری هیجانی منفی و حساسیت به طرد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد داد.</p>	<p><b>دریافت:</b> ۱۴۰۱/۰۵/۲۲</p> <p><b>پذیرش:</b> ۱۴۰۱/۰۸/۱۷</p> <p><b>انتشار:</b> ۱۴۰۱/۱۰/۲۴</p> <p><b>واژگان کلیدی:</b> دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، تمایز یافتگی خود، ذهنی‌سازی، حساسیت به طرد، طرح‌واره درمانی، شخصیت مرزی</p> <p><b>استناد مقاله:</b> فرمانبر ف، ماردپور ع، ملک‌زاده، م (۱۴۰۰). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، تمایز یافتگی خود، ذهنی‌سازی و حساسیت به طرد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، انجمن جامعه‌شناسی آموزش و پرورش ایران. ۸(۲): ۲۴۵-۲۶۱</p>



<https://doi.org/10.22034/ijes.2023.560088.1342>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221445.1401.8.2.23.3>



Creative Commons: CC BY 4.0

تعداد زیادی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی از انواع اختلالات شخصیت رنج می‌برند. در میان بیماران دارای اختلال شخصیت، اختلال شخصیت مرزی دارای فراوانی بالایی بوده و در ۳۰-۶۰ درصد موارد به چشم می‌خورد (هال و ریثفورد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در اغلب اوقات در بحران روان شناختی به سر برده و نوسانات خلقی در آنها بسیار شایع است (وینر، انسینک و نورماندین، ۲۰۱۸). این بیماران در روابط بین فردی بسیار متوقع هستند و در معرض تجربه ناامیدی‌های هیجانی شدید در مواجهه با طرد یا فقدان، حتی در مقابل سرزنش‌ها یا انتقادهای خفیف قرار دارند (پاریس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ پیرانی، ۱۳۹۶). همچنین، مشکلات مربوط به راهبردهای شناختی هیجان و برقراری ارتباط با دیگران در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مقدمه‌ای برای مشکلات کنترل تکانه است (دیکسون-گوردون، تورنر، روزنتال و چاپمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷؛ فاولر، مادان، آلن، الدهام<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). 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، سوءمصرف مواد و رابطه جنسی بی پروا و ناگهانی داشته باشد و یا بی‌احتیاط رانندگی کنند (لوفلر، فوئل و بکراتر-بودمن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). 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 پارانویید وابسته به تنیدگی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آن‌ها گزارش شده است (ارنست، موهر، اسکات، ریک مایر، فیچمن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸).

یکی از متغیرهای مهمی که در مطالعات سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی مورد توجه قرار گرفته، مشکل سازگاری هیجانی است (لیندسی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹؛ شیرازی، بختیاری ارکسی، علیزاده ذکریا، ۱۳۹۶). از سوی دیگر، یکی از مشکلات سازگاری هیجانی را «دوسوگرایی در ابراز هیجان» دانسته‌اند. دوسوگرایی در ابراز هیجان، به عنوان گرایش به تردید نسبت به ابراز هیجان تعریف می‌شود. اعتقاد بر این است که ابراز یا عدم ابراز هیجان به خودی خود، نمی‌تواند مشکل ساز باشد بلکه آنچه مشکل ایجاد می‌کند، تعارض یا دوسوگرایی‌ای است که فرد در ابراز هیجان تجربه می‌کند (کینگ و امونز، ۱۹۹۰). ابرازگری هیجان در مقابل سرکوبی هیجان قرار می‌گیرد، نقش مهمی در کارکرد انطباقی انسان داشته و پیامدهای مثبتی برای سلامتی دارد (میلوجویچ و هاسکت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). ابرازگری هیجان با کارکرد تخلیه هیجانی‌ای که دارد باعث می‌شود که عواطف و هیجانات به روش مناسبی بیان شده و از ابرازگری آنها به صورت علائم جسمانی ساز جلوگیری شود (لامبی<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). در همین رابطه گورسکا و سوروکو<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۷) 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، کاپیچیلو، فوستاتی و مافی<sup>۱۱</sup> (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که عدم بازداری هیجانی، جز مهمی از اختلال شخصیت مرزی است. هولی و ماسلند<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۹) 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<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۴) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دارای نقص در تنظیم هیجان هستند.

<sup>۱</sup> - Hall & Riedford

<sup>۲</sup> - Paris

<sup>۳</sup> - Dixon-Gordon, Turner, Rosenthal & Chapman

<sup>۴</sup> - Fowler, Madan, Allen, Oldham

<sup>۵</sup> - Löffler, Foell & Bekrater-Bodmann

<sup>۶</sup> - Ernst, Mohr, Schött, Rickmeyer, Fischmann

<sup>۷</sup> - Lindsey

<sup>۸</sup> - Milojevich & Haskett

<sup>۹</sup> - Lambie

<sup>۱۰</sup> - Górska & Soroko

<sup>۱۱</sup> - Bortolla, Cavicchioli, Fossati & Maffei

<sup>۱۲</sup> - Hooley & Masland

<sup>۱۳</sup> - Fineran,

از طرفی بوئن (۱۹۷۸) این فرضیه را مطرح کرد که به دلیل تفاوت در فرایندهای هیجانی خانواده اصلی، صفات برجسته‌ای، افراد تمایز یافته و تمایز نیافته را از هم متمایز می‌کند. افراد با تمایز یافتگی بالا می‌توانند طیف وسیعی از هیجان‌ات را تنظیم کنند و به خوبی با استرس کنار می‌آیند و احساس واضحی از خود دارند. از سوی دیگر، افراد با تمایز یافتگی ضعیف به دیگران از طریق واکنش عاطفی یا برش هیجانی پاسخ می‌دهند. آنها به طور مداوم به دنبال تایید و پذیرش دیگران هستند. علاوه بر این، افراد با تمایز ضعیف تمایل دارند که میزان بالاتری از مشکلات روانی و جسمی را تجربه کنند و تمایل به روابط اجتماعی ناخوشایند دارند (مونگو، هین، هوبین، لوآس و فونتاین<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۰). افراد تمایز یافته احساس خود قوی و خودپنداره مثبت تری دارند و افراد تمایز نیافته هویت فردی مستقلی ندارند. افراد دچار اختلال شخصیت مرزی قادر به تحمل پریشانی در زندگی روزمره خود نیستند و برای مدیریت آشفتگی‌ها و عواطف منفی خود، به راهبردهایی تنظیم هیجانی ناسازگارانه نظیر سرکوب فکر، اجتناب و رفتارهای تکانشی مانند پرخاشگری و خشونت متوسل می‌شوند (نورداهل و ولز<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۹). تبیین چگونگی بروز این رفتارهای ناکارآمد در مدل آبشار هیجانی ارائه شده است (داروس و ویلیامز<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۹) که بر پایه مدل زیستی اجتماعی لینهان<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۳) قرار دارد. در مدل آبشار هیجانی، عاطفه منفی در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی، آغازگر نشخوار فکری و کاهش تمایز یافتگی و این خود منجر به تشدید عاطفه منفی بیشتر می‌شود. دل اوسو، کرامون، کاریپتا، دل اوست<sup>۱۸</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نتیجه گرفتند که احتمالاً افراد با صفات شخصیت مرزی، نقص‌هایی در خودتنظیمی هیجان و تمایز یافتگی خود دارند.

ذهنی سازی نیز منجر به بروز علایم اختلال شخصیت مرزی می‌شود (بتمن و فوناگی<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۵). ذهنی سازی شکلی از فعالیت ذهنی در مورد خود و دیگران یعنی فهم و تفسیر رفتار انسان در وضعیت‌های ذهنی آگاهانه (مثل نیازها، آرزوها، احساسات، باورها، اهداف، مقاصد و دلایل) است (بالز، وان بیک، اسمیز، ویلیامسن و بوسچیچ<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۲). این مفهوم از نظریه ذهن گرفته شد و برای اولین بار توسط فوناگی در سال ۱۹۸۹ به طور گسترده تر در رابطه با درک تعدادی از اختلالات روانی توسعه یافت (لورنسن، هاتسبوت، فینسترا، بالز و نوم<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۴). 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 آسیب پذیری ژنتیکی همراه می‌شود؛ با آسیب در ذهنی سازی ارتباط دارد (فوناگی، لویتن، مولتن-پرکینز، لی، وارن و هوارد<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان داده اند که چنین آسیب‌هایی نقش مهمی در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات رفتاری مانند اختلال شخصیت مرزی بازی می‌کند (والتر و مهنک<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۵). ذهنی سازی یک تعیین کننده کلیدی در سازمان دهی به خود و رشد توانایی هیجان‌ها است (بادود، لویتن، فونسکا-پدرو، الیز، فوناگی و دبان<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۵). 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 گیج کننده تغییرات فیزیولوژیک و روانی مواجه می‌شود، مادر حالت او را با تظاهرات چهره ای 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 گیج کننده درونی خود سازمان داده و آن را به عنوان حالت هیجانی خود برچسب بزند (لویتن، ون هودتهو، لمان، تارگت و فوناگی<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۲).

<sup>۱۴</sup> - Mungo, Hein, Hubain, Loas & Fontaine

<sup>۱۵</sup> - Nordahl & Wells

<sup>۱۶</sup> - Daros & Williams

<sup>۱۷</sup> - Linnaeus

<sup>۱۸</sup> - Dell'Osso, Cremone, Carpita, Dell'Oste

<sup>۱۹</sup> - Bateman & Fonagy

<sup>۲۰</sup> - Bales, van Beek, Smits, Willemsen, Busschbach

<sup>۲۱</sup> - Laurensen, Hutsebaut, Feenstra, Bales, Noom

<sup>۲۲</sup> - Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, Lee, Warren, Howard

<sup>۲۳</sup> - Walter & Mohnke

<sup>۲۴</sup> - Badoud, Luyten, Fonseca-Pedrero, Eliez, Fonagy & Debbané

<sup>۲۵</sup> - Luyten, Van Houdenhove, Lemma, Target & Fonagy

به طور کلی، افراد دارای اختلال شخصیت مرزی نسبت به طرد ادراک شده، حساسیت و آسیب‌پذیری بالایی دارند و احتمالاً این حساسیت است که منشا برخی از ویژگی‌های این اختلال، نظیر ترس از رهاشدگی و روابط بین فردی ناپایدار می‌شود (وین بریجت، نیدگن، پوپکی و رنبرگ<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۸). علاوه بر این محققان معتقدند افراد با حساسیت به طرد بالاتر بیشتر احتمال دارد که از ارتباطات آنلاین استفاده کنند؛ زیرا ممکن است نادیده گرفتن طرد، راحت‌تر باشد و نشانه‌های طرد در محیط‌های آنلاین خنثی باشند (رجبی، کاظمیان و اسمعیلی، ۱۳۹۴). در حساسیت به طرد چهار نوع رفتار: الف) سردی و بی‌احساسی شامل سردی کلامی و سردی فیزیکی، ب) رفتار خصمانه و پرخاشگرانه که دارای دو بعد کلامی و فیزیکی است، ج) بی‌تفاوتی و نادیده گرفتن که شامل در دسترس نبودن فیزیکی و روان‌شناختی و بی‌توجهی به نیازهای کودک است، د) طرد نامتمایز، که فرد فکر می‌کند والدینش واقعاً اهمیت چندانی به او نمی‌دهند و دوستش ندارند، قابل مشاهده است (کاویچیولی و مافی<sup>۲۷</sup>، ۲۰۲۰). حساسیت به طرد که افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی تجربه می‌کنند، سبب طرد ذهنی و در نهایت احساس در حاشیه قرار گرفتن می‌شود (ارنست و همکاران، ۲۰۱۸). برای نمونه شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که حساسیت به طرد در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی همواره با پیامدهای عاطفی منفی شامل افسردگی، احساس بی‌ارزشی، تنهایی، کاهش خودپنداره و عزت‌نفس در ارتباط است (لیتل، تیکل و داس نیر<sup>۲۸</sup>، ۲۰۱۸).

به منظور بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، روش‌های گوناگونی به کار گرفته شده است. طرحواره‌درمانی یکی از مداخلات درمانی است که کارایی آن در تحقیقات پژوهشگرانی همچون پیرانی (۱۳۹۶)، قادری، کلانتری و مهرابی (۱۳۹۵)، رنبر، دی رابیتز، آرنتز، پیترز<sup>۲۹</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، نیمادیک، لامبرث و ریس<sup>۳۰</sup> (۲۰۱۷) و پاگ (۲۰۱۵) نشان داده شده است. چنانکه پیرانی (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار نمرات بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است. این در حالی است که بهبود تنظیم هیجانی، به شکل معمول بی‌ثباتی هیجانی را کاهش می‌دهد. همچنین رنر و همکاران (۲۰۱۸) تاکید کرده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند آسیب‌های هیجانی را کم کند و در پی آن تنظیم هیجانی را بهبود بخشد. علاوه بر این نیمادیک و همکاران (۲۰۱۷) در نتایج پژوهش خود خاطر نشان کرده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند به شکل معناداری سطح تحمل افراد مبتلا به اختلال شخصیت را تحت تاثیر خود قرار دهد. البته ذکر این نکته ضروری است که این درمان در سال‌های اخیر برای اضطراب، سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به کار گرفته شده است (خاشو، ون آلپن، هیجنن-کوהל، کوانس<sup>۳۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

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 ابراز هیجان، تمایز یافتگی و ذهنی‌سازی پایین و حساسیت به طرد بالایی هستند که شکل‌گیری این فرایندها سبب دوچندان شدن مشکلات این افراد می‌شود. بر این اساس ضروری است که با به کارگیری روش‌های درمانی مناسب نسبت به تغییر در این متغیرها اقدام شود. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و از سویی با نظر به کارایی طرحواره‌درمانی در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف (که در پژوهش حاضر به آنها اشاره شد) و نیز اجرا نشدن پژوهشی با موضوع پژوهش حاضر، محققان تصمیم گرفتند تا تاثیر طرحواره‌درمانی را بر متغیرهای مذکور آزمون کنند. بنابراین، فرضیه پژوهش حاضر بدین صورت است: طرح‌واره‌درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، تمایز یافتگی خود، ذهنی‌سازی و حساسیت به طرد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح‌مورد استفاده در این پژوهش (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون) 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 بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، مطابق نظر روان‌پزشک 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،

<sup>۲۶</sup> - Weinbrecht, Niedeggen, Roepke & Renneberg

<sup>۲۷</sup> - Cavicchioli & Maffei

<sup>۲۸</sup> - Little, Tickle & das Nair

<sup>۲۹</sup> - Renner, DeRubeis, Arntz, Peeters

<sup>۳۰</sup> - Nenadic, Lamberth & Reiss

<sup>۳۱</sup> - Khasho, Van Alphen, Heijnen-Kohl



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 روان‌شناسی و روان‌پزشکی (عدم ابتلا به اختلالات شناخته شده شدید روانپزشکی)، شرکت در برنامه‌های روان‌درمانی دیگر و درمان‌های داورایی 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 نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به مراکز مشاوره شهر شیراز انتخاب شد. بیماران ارجاع داده شده، توسط مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط متخصص (روان‌شناس بالینی) به منظور تأیید 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 دقیقه‌ای بصورت هفتگی تحت مداخله درمان طرح‌واره محور قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. بعد از اتمام مداخله مجدداً هر دو گروه در پس‌آزمون از نظر متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان در گروه آزمایش به اختیار خود تحت درمان طرح‌واره در پژوهش مد نظر قرار گرفت.

#### ابزارهای پژوهش:

الف) مقیاس شخصیت مرزی کلاریچ و بروکز (۱۹۸۴): مقیاس شخصیت مرزی حاصل پرسشنامه صفات اسکیزوتایپی (STQ<sup>۳۳</sup>) است که توسط کلاریچ و بروکز (۱۹۸۴) ساخته شده است و راولینگز، کلاریچ و فریمن (۲۰۰۱) آن را بررسی مجدد کرده‌اند. این مقیاس ۱۸ سوال دو گزینه‌ای (بله-خیر) دارد. کاربرد مقیاس شخصیت مرزی برای مطالعه خصلت‌های مرزی در جامعه غیربالینی است (محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده، ۱۳۸۴). راولینگز و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ را برای آن ۰/۸۰ گزارش داده‌اند. از آنجا که مقیاس شخصیت مرزی بر اساس ملاک‌های DSM-III ساخته شده است، در پژوهش محمدزاده و همکاران (۱۳۸۴)، ۶ سوال بر مبنای متون روان‌شناسی مرضی و روانپزشکی به آن اضافه شد تا تعریف DSM-IV-TR از اختلال شخصیت مرزی تحت پوشش قرار گیرد. در نهایت، ۲۴ سوال در سه عامل ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس باقی ماند. همسانی درونی ۰/۷۷ و ضریب پایایی بازآزمایی، ۰/۸۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر، از نسخه ۲۴ سوالی استفاده شد. چون سوالات بر اساس طیف لیکرت می‌باشند امکان مطرح کردن واریانس وجود نداشت (پاینده نجف‌آبادی و امید نجف‌آبادی، ۲۰۱۶). پس، برای محاسبه همسانی درونی از شیوه تئای ترتیبی با نرم افزار R استفاده شد و ضریب تئای ترتیبی ۰/۸۲ حاصل شد.

ب) 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 ابزار هیجان منفی است. دامنه پاسخ به هر ماده در اصل ۷ درجه‌ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم متغیر است که به منظور تسهیل پاسخگویی برای پاسخ‌دهندگان، به ۵ درجه محدود شد. روش نمره‌گذاری 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 نمره‌گذاری معکوس است. اعتبار این مقیاس به وسیله رفیعی‌نیا، رسول زاده طباطبایی و آزاد فلاح (۱۳۸۵) با استفاده از روش 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 (۱۹۹۰) 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 (تلگین، ۱۹۸۲) همبستگی مثبت و معنادار ۰/۵۵ یافتند. در پژوهش فرحمند و همکاران (۱۳۸۶) از روش تحلیل عاملی تأییدی 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.

ج) تمایز یافتگی خود اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸): پرسشنامه تمایز یافتگی (DSI) ۴۳ آیتمی، شامل ۴ خرده مقیاس: ۱. واکنش‌پذیری عاطفی، ۲. جایگاه من، ۳. گریز عاطفی و ۴. هم‌آمیختگی با دیگران است (اسکورن و فریدلندر، ۱۹۹۸). هدف این پرسشنامه سنجش میزان تمایز یافتگی افراد است. ۱۱ آیتم

خرده مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی بازتاب‌دهنده درجه‌ای است که فرد به محرک محیطی یا حساسیت بیش از حد یا با تغییرپذیری عاطفی پاسخ می‌دهد. خرده مقیاس جایگاه من، شامل ۱۱ آیتم است که در کنار تعریف واضح حس خود، میزان وفاداری به عقاید شخصی را در زمانی که فرد مجبور به انجام خلاف عقاید خود است، مشخص می‌کند. خرده مقیاس ۱۲ آیتمی گریز عاطفی، نشان‌دهنده احساس ترس از صمیمیت و احساس آسیب‌پذیری بیش از حد در ارتباط با دیگران است. آیتم‌های مرتبط با این خرده مقیاس نشان‌دهنده ترس از روابط صمیمانه، رفتارهای دفاعی مانند عملکرد بیش از حد، فاصله‌گیری، یا انکار می‌باشد. سرانجام خرده مقیاس ۹ آیتمی هم‌آمیختگی با دیگران، نشان‌دهنده درگیری در روابط بیش از حد عاطفی با دیگران می‌باشد. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت در یک طیف ۶ گزینه‌ای درجه‌بندی شده است. در مجموع نمرات بالا و در هر زیرمقیاس نشان‌دهنده سطح بالای خود تمایز یافتگی می‌باشد. ضریب آلفای گزارش شده توسط اسکورن و فریدلندر (۱۹۸۹)  $0/88$  گزارش شده است و خرده مقیاس‌های واکنش‌پذیری عاطفی با ضریب آلفای  $0/84$ ، جایگاه من  $0/83$ ، گریز عاطفی  $0/82$  و هم‌آمیختگی با دیگران  $0/74$  گزارش شده است. همین ضریب آلفا در پژوهشی که توسط محسنیان و همکاران (۱۳۸۶) صورت گرفت  $0/86$  گزارش شده است.

د) پرسشنامه ذهنی‌سازی فوناگی (۱۹۹۱): پرسشنامه ذهنی‌سازی که یک ابزار خودتوصیفی برای سنجی توانایی ذهنی‌سازی است، در قالب یک پژوهش سه مرحله‌ای توسط فوناگی و همکاران (۱۹۹۱) 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 جمعیت‌های بالینی دارای اختلال شخصیت مرزی و دارای اختلال خوردن و هم جمعیت غیربالینی اجرا و مقایسه گردیده بود. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه که ۱۴ ماده دارد به این صورت است که ابتدا برای مولفه اطمینان، سوالات به صورت مستقیم در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً ناموافق نمره‌گذاری می‌شود. برای مولفه عدم اطمینان همان مواد به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود. فوناگی و همکاران (۱۹۹۰) ثبات درونی برای مولفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب  $0/63$  و  $0/67$  در نمونه غیربالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را روش آزمون-بازآزمون با فاصله سه هفته  $0/84$  برای عدم اطمینان و  $0/75$  برای مولفه اطمینان به دست آوردند.

ه) پرسشنامه حساسیت به طرد داوونی و فلدمن (۱۹۹۶): در این پرسشنامه که ساخته داوونی و فلدمن (۱۹۹۶) است، متغیر حساسیت به طرد با ۱۸ سوال دو قسمتی (الف و ب) و بر اساس مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌گیرد. قسمت الف هر سوال در مورد میزان اضطرابی است که فرد در موقعیت مربوط به آن سوال احساس می‌کند و قسمت ب احتمال دریافت پاسخ مثبت از طرد مقابل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای مثال، یکی از سوال‌ها از این قرار است: از دوست خود می‌خواهید که لطف بزرگی در حق شما بکند. الف) چقدر نگران یا مضطرب می‌شوید از اینکه دوستان چنین لطفی در حق شما می‌کند یا نه؟ (از ۱ اصلاً نگران نیستم تا ۶ خیلی نگرانم) و قسمت ب به این مربوط است که فرد چقدر احتمال می‌دهد دوستش با کمال میل چنین لطفی را انجام دهد (از ۱ احتمال خیلی کمی دارد تا ۶ احتمال زیادی دارد). داوونی و فلدمن (۱۹۹۶) میزان حساسیت به طرد را این گونه به دست آوردند: ابتدا با کم کردن نمرات «انتظار پذیرش» در هر موقعیت (قسمت ب) از عدد ۷، «نمرات انتظار طرد» را محاسبه کردند. سپس در هر موقعیت نمره انتظار طرد را در «درجه اضطراب» ضرب کرده و سپس میانگین نمرات حاصل برای ۱۸ موقعیت را محاسبه نمودند. سازندگان این مقیاس در اجرای آن بر ۳۲۱ دختر و ۲۶۳ پسر، ضرایب همسانی درونی و پایایی بازآزمایی قابل قبولی به دست آوردند. ضریب پایایی پژوهش مذکور با روش آلفای کرونباخ  $0/83$  به دست آمد. در میزان حساسیت به طرد بین نمره‌های دختران و پسران تفاوت معناداری وجود نداشت. داوونی و فلدمن (۱۹۹۶) همچنین تحلیل عاملی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی را بر داده‌ها انجام دادند. آنها ۵ عامل با ارزش ویژه بالاتر از یک به دست آوردند ولی از آنجا که آزمون اسکری تنها یک عامل را نشان می‌داد که همین عامل  $27\%$  واریانس را تبیین می‌کرد، در نهایت یک عامل کلی پذیرفته شد. همه سوالات بر عامل اول دارای بار عاملی بالاتر از  $0/3$  بودند. در پژوهش خوشکام و همکاران (۱۳۹۳)، نسخه اصلی پرسشنامه حساسیت به طرد ترجمه و ویرایش شد و برای تعیین صحت ترجمه و روان بودن آن، در اختیار یکی از اساتید رشته ادبیات انگلیسی قرار گرفت که اصلاحات لازم را روی آن انجام داد. در ضمن، از آنجا که در چند سوال از این پرسشنامه، محتوای برخی کلمات، با فرهنگ بومی هماهنگی نداشت، سعی شد عبارتهایی جایگزین آنها شود که خیلی از مفهوم اصلی سوال دور نباشد. برای مثال، در پنج سوال به جای عبارت دوست دختر/دوست پسر، عبارت فرد مورد علاقه جایگزین شد. در نهایت، برای اطمینان از اعتبار محتوا، پرسشنامه در اختیار پنج تن از اساتید گروه مشاوره قرار گرفت که آنان محتوا و روشنی سوال‌ها را تایید کردند. همچنین، از آنجا که همبستگی همه سوال‌های پرسشنامه با نمره کل معنادار بود در پرسشنامه ترجمه شده، همه سوالات اصلی باقی ماند.

ی) شرح جلسات طرح‌واره درمانی: طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی بر پایه الگوی یانگ بر روی کلیه شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در جلسه‌های درمانی اجرا شد (یانگ، کوسکو و ویشار، ۲۰۰۶). 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 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.

#### 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 توافقات لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی، تکمیل کردن پرسشنامه برای پیش‌آزمون، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف
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 شکل گیری 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 هیجان‌ها و تکانه‌های خود، ارائه تکلیف
یازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره ها 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 پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss-V24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) انجام پذیرفت.

#### یافته ها

در این بخش شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود و حساسیت به طرد، در گروه‌های طرحواره درمانی و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری در ادامه ارائه شده است.



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

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
طرح‌واره درمانی	ابراز هیجان مثبت	میانگین	۳۲.۱۲	۹۶.۱۴	۰۸.۱۵
		انحراف معیار	۶۷.۲	۱۷.۲	۳۴.۲
کنترل	ابراز هیجان مثبت	میانگین	۴۴.۱۲	۸۴.۱۱	۳۲.۱۲
		انحراف معیار	۹۸.۱	۷۰.۲	۷۰.۲
طرح‌واره درمانی	ابراز صمیمیت	میانگین	۴۰.۱۳	۰۰.۱۶	۰۸.۱۶
		انحراف معیار	۷۷.۲	۸۷.۱	۶۱.۱
کنترل	ابراز صمیمیت	میانگین	۸۰.۱۲	۰۸.۱۲	۰۴.۱۳
		انحراف معیار	۲۲.۲	۲۳.۳	۰۳.۴
طرح‌واره درمانی	ابزار هیجان منفی	میانگین	۵۲.۱۶	۳۶.۱۴	۵۶.۱۵
		انحراف معیار	۱۰.۲	۸۱.۲	۸۰.۲
کنترل	ابزار هیجان منفی	میانگین	۸۸.۱۷	۶۴.۱۷	۳۲.۱۸
		انحراف معیار	۱۹.۲	۳۶.۲	۳۹.۲
طرح‌واره درمانی	واکنش‌پذیری عاطفی	میانگین	۶۴.۲۱	۶۸.۳۰	۵۲.۳۰
		انحراف معیار	۵۴.۴	۶۸.۴	۴۸.۳
کنترل	واکنش‌پذیری عاطفی	میانگین	۴۸.۱۹	۱۶.۱۷	۸۴.۱۸
		انحراف معیار	۹۶.۲	۱۳.۵	۵۷.۵
طرح‌واره درمانی	جایگاه من	میانگین	۳۶.۲۲	۸۸.۳۱	۶۰.۳۰
		انحراف معیار	۴۲.۴	۲۹.۵	۲۹.۵
کنترل	جایگاه من	میانگین	۰۰.۲۳	۷۶.۲۲	۶۸.۲۴
		انحراف معیار	۳۲.۵	۷۳.۷	۸۲.۷
طرح‌واره درمانی	عدم‌گریز عاطفی	میانگین	۳۲.۲۵	۳۲.۲۹	۴۸.۲۹
		انحراف معیار	۰۲.۵	۰۷.۴	۹۸.۴
کنترل	عدم‌گریز عاطفی	میانگین	۱۶.۲۳	۵۶.۲۱	۸۰.۲۱
		انحراف معیار	۸۳.۴	۴۳.۷	۸۹.۵
طرح‌واره درمانی	هم‌آمیختگی با دیگران	میانگین	۵۶.۲۱	۰۴.۲۸	۰۰.۲۹
		انحراف معیار	۷۱.۴	۶۱.۳	۰۶.۳
کنترل	هم‌آمیختگی با دیگران	میانگین	۸۰.۲۱	۲۴.۲۱	۶۴.۲۱
		انحراف معیار	۱۱.۳	۹۶.۲	۳۶.۲
طرح‌واره درمانی	ذهنی‌سازی	میانگین	۵۶.۲۹	۱۶.۳۷	۴۰.۳۶
		انحراف معیار	۳۳.۹	۹۷.۱۰	۸۶.۹
کنترل	ذهنی‌سازی	میانگین	۸۴.۲۸	۵۶.۲۹	۶۴.۳۰
		انحراف معیار	۶۸.۷	۱۵.۱۰	۳۶.۱۰
طرح‌واره درمانی	حساسیت به طرد	میانگین	۷۲.۶۵	۰۸.۵۷	۸۸.۶۱
		انحراف معیار	۴۶.۸	۳۲.۹	۳۵.۹
کنترل	حساسیت به طرد	میانگین	۹۲.۶۴	۸۰.۶۳	۹۲.۶۴
		انحراف معیار	۶۷.۷	۶۶.۷	۷۴.۹

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه طرح‌واره درمانی در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون تغییر نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که روش طرح‌واره درمانی باعث افزایش مؤلفه‌های ابزار گری هیجان مثبت و صمیمیت و کاهش ابزار هیجان منفی، افزایش مؤلفه‌های تمایز یافتگی، افزایش ذهنی‌سازی و کاهش حساسیت به طرد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های دوسوگرایی در ابزار گری هیجانی

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایستا
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
ابراز هیجان منفی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۸۵.۳۹	۶۳.۱	۴۱.۲۴	۳۰.۱۲	۰۰۱.۰	۲۰.۰
	تعامل آزمون* گروه	۶۵.۲۴	۶۳.۱	۱۰.۱۵	۶۱.۷	۰۰۱.۰	۱۴.۰
	بین گروهی	۱۷.۲۲۸	۰۰.۱	۱۷.۲۲۸	۳۳.۱۵	۰۰۱.۰	۲۴.۰

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 ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابزار هیجان منفی معنادار است ( $P < 0/05$ ). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های مؤلفه‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز 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 ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابزار هیجان منفی معنادار است. ( $P < 0/05$ ). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات مؤلفه‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز 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 تأثیر 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 ابراز هیجان مثبت، ابراز 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.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود با معیار گرین‌هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایستا
واکنش‌پذیری عاطفی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۶۹.۴۸۰	۵۱.۱	۳۰.۳۱۸	۲۹.۲۵	۰۰۱.۰	۳۵.۰
	تعامل آزمون* گروه	۴۴.۹۲۹	۵۱.۱	۴۵.۶۱۵	۸۹.۴۸	۰۰۱.۰	۵۱.۰
	بین گروهی	۰۴.۳۱۱۹	۰۰.۱	۰۴.۳۱۱۹	۵۴.۷۵	۰۰۱.۰	۶۱.۰
جایگاه من	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۵۶.۷۷۰	۱۲.۱	۱۵.۶۸۶	۸۷.۳۲	۰۰۱.۰	۴۱.۰
	تعامل آزمون* گروه	۸۸.۶۱۸	۱۲.۱	۰۸.۵۵۱	۴۰.۲۶	۰۰۱.۰	۳۶.۰
	بین گروهی	۰۰.۸۶۴	۰۰.۱	۰۰.۸۶۴	۷۱.۹	۰۰۱.۰	۱۷.۰
عدم‌گریز عاطفی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۳۳.۵۷	۴۸.۱	۷۷.۳۸	۱۱.۵	۰۲.۰	۱۱.۰
	تعامل آزمون* گروه	۶۵.۲۵۷	۴۸.۱	۲۳.۱۷۴	۹۷.۱۳	۰۰۱.۰	۲۳.۰

۲۷.۰	۰۰۱.۰	۰۷.۱۸	۶۷.۱۲۹۰	۰۰.۱	۶۷.۱۲۹۰	بین گروهی
۶۵.۰	۰۰۱.۰	۴۷.۸۹	۵۷.۲۹۷	۲۶.۱	۵۶.۳۷۴	آزمون (تکرار اندازه گیری)
۶۹.۰	۰۰۱.۰	۱۲.۱۰۷	۳۰.۳۵۶	۲۶.۱	۴۸.۴۴۸	تعامل آزمون* گروه
۳۶.۰	۰۰۱.۰	۸۳.۲۶	۳۶.۸۰۷	۰۰.۱	۳۶.۸۰۷	بین گروهی

هم آمیختگی با دیگران

با توجه به نتایج جدول ۳ برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ برای تمایز یافتگی خود معنادار است ( $P < 0/05$ ). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات تمایز یافتگی خود در دو گروه درمان طرح‌واره درمانی و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان طرح‌واره درمانی بر نمرات تمایز یافتگی خود تاثیر داشته است بطوری که گروه آزمایش (درمان طرح‌واره درمانی) نسبت به گروه کنترل موجب افزایش نمرات تمایز یافتگی خود شده است، با توجه به اینکه افزایش نمرات تمایز یافتگی خود در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی دار بوده است، روند افزایش نمرات تمایز یافتگی خود در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان طرح‌واره درمانی) بر نمرات تمایز یافتگی خود می‌باشد.

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات ذهنی‌سازی

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایثا
ذهنی‌سازی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۸۹.۵۹۹	۰۰.۲	۹۵.۲۹۹	۰۴.۶	۰۰۱.۰	۱۴.۰
	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

با توجه به نتایج جدول ۵ 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 ۰/۰۵ برای ذهنی‌سازی معنادار است ( $P < 0/05$ ). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ذهنی‌سازی در دو گروه تفاوت معنا 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.

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات حساسیت به طرد

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایثا
حساسیت به طرد	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۳۷.۶۰۴	۷۴.۱	۳۴.۳۴۷	۹۳.۱۴	۰۰۱.۰	۲۴.۰
	تعامل آزمون* گروه	۴۹.۳۵۳	۷۴.۱	۱۶.۲۰۳	۷۳.۸	۰۰۱.۰	۱۵.۰
	بین گروهی	۵۱.۳۳۴	۰۰.۱	۵۱.۳۳۴	۷۷.۳	۰۳.۰	۰۹.۰

با توجه به نتایج جدول ۶ 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 ۰/۰۵ برای حساسیت به طرد معنادار است ( $P < 0/05$ ). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری حساسیت به طرد در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، تمایز یافتگی خود، ذهنی‌سازی و حساسیت به طرد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت

مرزی اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش پیرانی (۱۳۹۶) و رنر و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین یافته حاضر باید اشاره کرد که مطابق با نظر رنر و همکاران (۲۰۱۸) طرح‌واره درمانی می‌تواند با به‌کارگیری شناخت درمانی، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال می‌کند. بر همین اساس پاگ (۲۰۱۵) نشان داده است که طرح‌واره درمانی با جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه برای برخورد با مشکلات زندگی می‌تواند به بهبود راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجانات منجر شود. همچنین نتایج پژوهش با یافته‌های نتایج پژوهش قادری و همکاران (۱۳۹۵)، نیمادیک و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین اثر طرح‌واره درمانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باید گفت که طرح‌واره درمانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (قادری و همکاران، ۱۳۹۵) فرصتی را فراهم می‌کند تا بیمار دست از ارزیابی منفی و اجتناب کشیده و به جای آن از راهبردهای مقابله‌ای بهتر و سازگارانه استفاده کند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند به بهبود وضعیت روانی و قدرت حل مساله افراد منجر شده و این فرایند سبب بهبود تمایز یافتگی و ابرازگری هیجانی آنها شود. نتایج پژوهش حاضر با یافته خاشو و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین دیگر این پژوهش می‌توان گفت رویکرد طرح‌واره محور به دلیل کار کردن بر درون مایه‌های روان شناختی یا همان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیمارانی که دید منفی نسبت به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجانات خود دارند، در اصلاح باورها و افکار آنها مفید است. بر همین اساس در بعد عاطفی و بیان عواطف، طرح‌واره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی باور شناختی را به چالش می‌کشد که به باور هیجانی گره خورده است، تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را بشناسد که به شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار منجر شده است. 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 می‌شوند.

نتایج نشان داد که روش درمان طرح‌واره درمانی بر نمرات تمایز یافتگی خود تاثیر داشته است. این یافته با نتایج نامنی و همکاران (۱۳۹۸) و عرفان و همکاران (۲۰۱۸) همسو و هماهنگ است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت تمایز یافتگی که اساس نظریه بوئن (۱۹۷۶) را تشکیل می‌دهد، بیانگر آن است که فرد به آن اندازه از بلوغ عاطفی رسیده است که می‌تواند با خانواده اصلی خود ارتباط برقرار کند بدون این که به روش غیرارادی و هیجانی به موقعیت‌های گوناگون واکنش نشان دهد. با توجه به مطالب عنوان شده می‌توان گفت طرح‌واره درمانی با ترکیب رویکردهای شناختی، رفتاری در قالب یک مدل درمانی توانست توانایی فرد را در تفکیک فرایندهای عقلی و احساسی ارتقا بخشد. به عبارت دیگر، طرح‌واره درمانی که خلاصه‌ای از پاسخ‌های سالم فرد، شناسایی ریشه طرح‌واره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک کننده به فرد در جهت شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده طرح‌واره‌ها، تشخیص رفتارهای منفی و چگونگی جایگزین کردن رفتارهای سالم است که موجب بینش فرد به طرح‌واره‌ها می‌شود و زمینه تغییر در فرد را فراهم می‌سازد. در نتیجه طرح‌واره درمانی توانست با تفکیک رفتارهای سالم و ناسالم از یکدیگر، قدرت تمایز یافتگی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را بالا ببرد. در تبیین این نتایج می‌توان بیان نمود که طرح‌واره درمانی یک الگو برای الگوشکنی رفتار را فراهم می‌آورد و این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کنند. طرح‌واره درمانی علاوه بر فنون درمانی متمرکز بر آموزش توجه، شامل طیف وسیعی از راهبردهای درمانی خاص است که به منظور تسهیل تغییر شناختی و هیجانی طراحی شده‌اند. از سوی دیگر طرح‌واره درمانی به تغییر فرایندها و فعالیت‌هایی از قبیل نشخوار فکری منفی، پایش تهدید، تمرکز بر خطر، فرونشانی افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجانات منفی ناشی از آن انجام می‌دهند، می‌پردازد. بر طبق اصول طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار به عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می‌شوند و دارای مولفه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری هستند و هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی روان شناختی می‌شوند.

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 (۱۳۹۷)، آرنتز و همکاران (۲۰۲۲)، اسپچیاچ و همکاران (۲۰۲۰) همخوانی دارد. آموزش‌های طرح‌واره درمانی از طریق اصلاح طرح‌واره‌های دوران کودکی باعث کاهش ارزیابی و برداشت منفی از خود و افزایش ارزیابی برداشت مثبت از خود می‌شود. هدف نهایی طرح‌واره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت واره هستند، بهبود طرح‌واره‌ها به بهبود همه آنها منجر می‌شود. همچنین طرح‌واره درمانی از طریق تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار دوران کودکی، ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی

سازگار و کارآمد به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود افکار فراهم می‌آورد. طرح‌واره درمانی به افراد کمک می‌کند تا به جای الگوهای رفتاری برخاسته از طرح‌واره از سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری استفاده نمایند و به جای این که طرح‌واره‌ها را یک حقیقت مسلم بدانند که باید از آن پیروی نمایند، آنها را به صورت یک حقیقت مزاحم بنگرند. 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 تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی که طی جلسات درمان شناسایی گردیدند و توضیح شیوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای استرس‌زای زندگی و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری به منظور جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای کاهش اجتناب فراهم می‌آورد. این درمان با آموزش مهارت‌های ارتباطی و و زیر سوال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و با به چالش کشیدن نوع خاصی از طرح‌واره‌های مورد استفاده توسط آنان که موجب ارتباطات مختل با اطرافیان‌شان می‌گردید، کمک نمود تا درستی رفتارها، واکنش‌ها، طرح‌واره‌ها و سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ایشان را ارزیابی کنند.

نتایج نشان داد که روش طرح‌واره درمانی بر نمرات حساسیت به طرد تأثیر داشته است. همچنین با توجه به اینکه کاهش نمرات حساسیت به طرد در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند کاهش نمرات حساسیت به طرد در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (روش طرح‌واره درمانی) بر نمرات حساسیت به طرد می‌باشد. نتایج پژوهش با یافته‌های عمادی فر و همکاران (۱۴۰۱)، حسین زاده قره‌لر (۱۴۰۰)، ذاکرزاده و همکاران (۱۳۹۹)، پیری و همکاران (۱۳۹۹)، بیداری و حاجی‌علیزاده (۱۳۹۸) همخوانی دارد. هدف نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرح‌واره است و همان‌طور که بک (۲۰۰۵) ذکر کرده است تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به منظور جلوگیری از عود نشانه‌ها ضروری است. تک‌تک فن‌های طرح‌واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرح‌واره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مولفه ضروری در سنجش و تغییر طرح‌واره‌هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند. از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرایند کاهش نشانه‌ها می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین‌فردی را نام برد. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرح‌واره‌ها و استفاده از فن‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأییدکننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، تدوین کارت‌های آموزشی و آگاهی‌بخشی عقلانی بیماران را افزایش داده و آنان را به این نتیجه رسانده که طرح‌واره غلط است یا سخت اغراق‌آمیز. از موارد دیگر می‌توان به فن‌های تجربی اشاره کرد که بیماران از طریق این فن موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند. استفاده از فن‌های تجربی، یکی از ویژگی‌های کلیدی طرح‌واره درمانی است، چرا که گرینبرگ و سفران (۱۹۹۴) شواهدی ارائه دادند که نشان می‌داد، سیستم‌های شناختی-عقلانی مبتنی بر زبان از سامانه‌های مرتبط با هیجان مستقل هستند. فن‌های تجربی، بر تجربه و ابزار هیجان‌هایی تمرکز می‌کنند که مرتبط با موقعیت‌های گذشته هستند که به نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرح‌واره و ذهنیت‌ها می‌شوند. از جمله فن‌های بکار گرفته شده در این پژوهش می‌توان به نوشتن یک نامه بدون سانسور به منشا طرح‌واره اشاره نمود. از دیگر عوامل موثر بر کاهش نشانه‌ها می‌توان به الگوشکنی رفتاری اشاره نمود که طولانی‌ترین و حساس‌ترین بخش طرح‌واره درمانی است. در این قسمت به مراجع کمک شد تا با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر، به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین کنند.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک مداخله هیجان‌محور در درمان‌های مرتبط با مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی مفید واقع شود. اما این که آیا طرح‌واره درمانی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی درمان نهایی است، هر چند بر طبق یافته‌های بدست آمده نتایج بیانگر مثر بودن این روش درمانی است اما هنوز زود است در این خصوص نتیجه‌گیری کنیم، پژوهش‌های آینده راه را برای چنین نتیجه‌گیری بهتر روشن می‌سازند، رویکرد طرح‌واره درمانی در پژوهش‌های آفرینی و ایجاد تمایل در متخصصین بالینی برای صحت و سقم نظریه‌های ناگفته پیداست از این رویکرد تا حدود زیادی موفق بوده است، اما ناگفته پیداست که به کارگیری تکنیک‌های این رویکرد، با رفتارهای فرهنگی و اجتماعی گره خورده است و باید درمان را منطبق با سایر عوامل زمینه‌ای در نظر داشت. طرح‌واره درمانی به طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری سنتی بنا شده است. مدل یانگ تلفیقی ابتکاری از رفتار درمانی شناختی، روان‌پویایی، دلبستگی و روان‌شناسی گشتالت است. این مدل اگر چه مولفه‌های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می‌داند اما به تغییر هیجانی، تکنیک‌های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می‌دهد. تفاوت دیگر این دو درمان در این است که رفتار درمانی شناختی در سطح شناخت واره‌ها رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند اما در طرح‌واره درمانی این روند به صورت معکوس دنبال می‌شود. در فرایند طرح‌واره درمانی مستقیماً سراغ عمیق‌ترین سطح شناخت واره‌ها می‌روند. با توجه به این تفاوت‌ها و نتایج پژوهش‌هایی که نشان می‌دهد تاکید بر زیرساخت‌های عمیق شناختی می‌تواند در بهبود اختلال شخصیت مرزی موثر باشد، شاید بتوان اثر



بالا طرح‌واره درمانی را قابل توجیه دانست. همچنین در تبیین دیگر نتایج بدست آمده می‌توان چنین بیان نمود که محقق به منظور نشان دادن مناسب بودن طرح‌واره درمانی در نمونه مورد نظر خود، در ابتدای امر به شناسایی طرح‌واره ناسازگار اولیه افراد اقدام نموده و این را شاهی بر نیاز به استفاده از طرح‌واره درمانی دانسته اند، باید در نظر داشت که ممکن است طرح‌واره ناسازگار اولیه شناسایی شده، ریشه مشکلات مورد نظر افراد که هدف مداخله درمانی قرار گرفته اند، نباشند. ممکن است، بیماری طرح‌واره ناسازگار اولیه ای نامرتبط با اختلال مورد نظر داشته باشد که ضرورتی بر مواجهه و دستکاری آن وجود نداشته و چه بسا مواجهه بیمار و دستکاری این طرح‌واره در موارد نامناسب موجب تقویت آن و بدتر شدن نشانه گردد. طرح‌واره ناسازگار اولیه می‌تواند بر سازگاری بین فردی و سبک زندگی فرد تاثیر گذاشته و لذا بر روند پیشروی درمان، ارتباط با درمانگر و حفظ بهبود حاصل شده از درمان تاثیر بگذارند.

## References

- 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 thematic relationships of people with borderline personality disorder. *Paish Journal*, 17 (3), 287-275.
- 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.
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders*, 26(4), 568-582.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2015). Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203(3), 221-227
- Bidari, Farzaneh and Haji Alizadeh, Kobri. (2018). The effectiveness of schema therapy on the cognitive strategies of emotion, distress tolerance and aphasia in patients with borderline personality disorder. *Scientific Quarterly of Psychological Studies*, 15(2), 180-165.
- 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.
- Cavicchioli, M., & Maffei, C. (2020). Rejection sensitivity in borderline personality disorder and the cognitive–affective personality system: A meta-analytic review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 14-3.
- Daros, A. R., & Williams, G. E. (2019). A Meta-analysis and Systematic Review of Emotion-Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(4), 217-232.
- Dell’Osso, L., Cremone, I. M., Carpita, B., Dell’Oste, V., Muti, D., Massimetti, G., ... & Gesi, C. (2019). Rumination, posttraumatic stress disorder, and mood symptoms in borderline personality disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 1231.
- Dixon-Gordon, K.L., Turner, B.J., Rosenthal, M.Z. and Chapman, A.L.(2017). Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder: An Experimental Investigation of the Effects of Instructed Acceptance and Suppression. *Behavior Therapy*, 48(6): 750-764
- Emadi Far, Farzaneh; Falah Yakhdani, Mohammad Hossein; Vaziri Yazdi, Saeed and Chabakinejad, Zahra. (1401). The effectiveness of the therapy model based on schema therapy and therapy focused on compassion on marital satisfaction in women conflicted with initial incompatible schemas related to the field of cut and rejection. *Quarterly Journal of Cognitive Analytic Psychology*, 49(11), 83-100.
- Erfan, A., Noorbala, A. A., Karbasi Amel, S., Mohammadi, A., & Adibi, P. (2018). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. *Advanced Biomedical Research*, 7(1), 72
- 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.
- Fineran, V. A. (2014). Multimodal emotion perception in borderline personality disorder. City University of New York.
- 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.
- Fowler, J.C., Madan A., Allen J., Oldham J.G.M. and Frueh, B.C.(2019). Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: Diagnostic accuracy of the difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. *Journal of Affective Disorders*, 245: 856-860. doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.079
- Górska, D., & Soroko, E. (2017). Between verbalization and reflection: Referential activity and narrative processes in borderline personality organization. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 422.
- Hall, M.A., Riedford, K.M. (2017). Borderline Personality Disorder: Diagnosis an Common Co morbidities. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13 (9): 455-456

- Hooley, J. M., & Masland, S. R. (2019). Positive emotion in borderline personality disorder. *The Oxford handbook of positive emotion and psychopathology*, 333-387.
- Hosseinzadeh Qaraler, Aida. (1400). Investigating the effectiveness of schema therapy training in reducing fear of rejection, self-destruction, impulsivity and increasing self-compassion in people with borderline personality traits. Master's thesis, Ivan K. University.
- Khasho, DA., Van Alphen, S.P.G., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14: 321-330. doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100330
- Lambie, J. A. (2020). The demanding world of emotion: A Gestalt approach to emotion experience. *New Ideas in Psychology*, 56, 100751.
- Laurensen, E. M., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Bales, D. L., Noom, M. J., Busschbach, J. J.,... & Luyten, P. (2014). Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms: A pilot study. *Psychotherapy*, 51(1), 159
- 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.
- Little, H., Tickle, A., & das Nair, R. (2018). Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3), 278-301.
- 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
- 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.
- Miloevich, 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.
- Mungo, A., Hein, M., Hubain, P., Loas, G., & Fontaine, P. (2020). Impulsivity and its Therapeutic Management in Borderline Personality Disorder: a Systematic Review. *Psychiatric Quarterly*, 1-30.
- Nameni, A; Saadat, S; Keshavarz Afshar, H. and Askarabadi, F. (2018). The effectiveness of group counseling based on schema therapy on the quality of marital relationship, differentiation and harshness in women seeking divorce among the children of holy defense fighters. *Journal of Law Enforcement*, 21(1), 99-91.
- 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.
- Nenadic, I., Lamberth, S. and Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric inpatient settings. *Psychiatry Research*, 253: 9-12. doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.093
- Nordahl, H. M., & Wells, A. (2019). Metacognitive therapy of early traumatized patients with borderline personality disorder: a phase-II baseline controlled trial. *Frontiers in psychology*, 10, 1694.
- Paris, J. (2018). Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4): 575-582
- Pirani, Zabihullah. (2016). The effectiveness of schema therapy on the feeling of abandonment and emotional instability of people with borderline personality disorder in Arak city. *Research in Clinical and Counseling Psychology*, 7(1), 77-88.
- Piri, Mahmoud; Hosseinai, Ali; Asadi, Juanshir and Shariatnia, Kazem. (2019). Comparing the effectiveness of group therapy schema and therapy based on group acceptance and commitment on the symptoms of borderline personality disorder in drug abusers. *Shafai Khatam Neuroscience Quarterly*, 8 (4), 56-69.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39: 30-41. doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003
- Qadri, Farzad; Kalantari, Mehrdad and Mehrabi, Hossein Ali. (2015). Effectiveness of group schema therapy on modulating primary maladaptive schemas and reducing symptoms of social anxiety disorder. *Studies in Clinical Psychology*, 6(24), 1-28.

- Rajabi, Athar; Kazemian, Samia and Ismaili, Masoumeh. (2014). Prediction of rejection perception based on early maladaptive schemas in active and inactive elderly. *Geriatric Nursing Quarterly*, 2(2), 71-50.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J. and Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58: 97-105. doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002
- Schaich, A., Braakmann, D., Richter, 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.
- 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.
- 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.
- Weinbrecht, A., Niedeggen, M., Roepke, S., & Renneberg, B. (2018). Feeling excluded no matter what? Bias in the processing of social participation in borderline personality disorder. *NeuroImage: Clinical*, 19, 343-350.
- Zakerzadeh, Zainab; Golparor, Mohsen and Aghaei, Asghar. (2019). The effectiveness of schema-based integrative therapy and Yang's schema therapy on the perception of rejection of people with borderline personality traits. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 18(1), 136-125.