



پیرانی، ذبیح (۱۳۹۶). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اراک. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۱)، ۸۸-۷۷.

DOI: 10.22067/ijap.v7i1.53217

اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اراک

ذبیح پیرانی^۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۷

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری، کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که در سال ۱۳۹۴ به مراکز روان‌پزشکی شهر اراک مراجعه کرده‌اند. به تعداد ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس بر اساس تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۲ نفر) گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از آزمون شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون تی همبسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنی‌دار نمرات بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن اختلال شخصیت مرزی شده است. با توجه به داده‌های به دست آمده مبنی بر تأثیر مثبت طرح‌واره درمانی در کاهش نشانه‌های مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی توصیه می‌شود تا از این روش در مراکز درمانی استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی، اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی، احساس ترک شدن

۱. استادیار گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران، Z- pirani@iau-arak.ac.ir

مقدمه

نزدیک به نیمی از بیماران مبتلابه اختلالات روانی از انواع اختلالات شخصیت رنج می‌برند. اختلال شخصیت مرزی در میان جمعیت بالینی دارای اختلال‌های شخصیت، اختلال شخصیت مرزی در ۳۰٪ تا ۶۰٪ موارد مشاهده می‌شود. شیوع این اختلال، بیش از سایر اختلال‌های شخصیت است (Svrakic & Cloninger, 2005). اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف است، مشخصه اصلی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی است (Linehan, 1993). به نظر می‌رسد تقریباً همیشه اوقات در یک حالت بحران به سر می‌برند، نوسانات خلقی در آن‌ها بسیار شایع است. این بیماران زمانی بسیار جدل‌کننده، سپس، افسرده و نهایتاً شاکی هستند که هیچ احساسی ندارند. این بیماران ممکن است دوره‌های گذرایی از پس‌کوز را تجربه کنند، که این دوره‌ها کوتاه‌مدت است و علائم آن تقریباً همیشه محدود و گذرا است. رفتار این افراد کاملاً غیرقابل پیش‌بینی است و اکتسابات آن‌ها به ندرت مطابق با سطح توانمندی‌های آنان است. ماهیت دردناک زندگی این بیماران در رفتارهای خود - ویرانگر تکراری آنان منعکس می‌شود، از جمله ممکن است به خودزنی و آسیب رساندن به خود اقدام کنند و از این طریق بتوانند کمک دیگران را جلب کنند. از ویژگی‌های دیگر بیماران مذکور روابط بین فردی آشفته است. بسیار به دیگران وابسته‌اند و برای حفظ تعادل فکری و رفتاری نه تنها به حمایت، امنیت و تشویق دیگران نیاز دارند بلکه نسبت به جدایی از منابع حمایتی بسیار آسیب‌پذیرند. همیشه از اینکه رها شوند، می‌ترسند و از نشانه‌های فقدان وحشت دارند. بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از آن است که ترس از رها شدن و تنها ماندن مهم‌ترین مشکل این افراد است

(Millon & Grossman, 2007). پرستون (Preston, 2006) در معرفی انواع مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، یکی از ویژگی‌های این گروه را شامل افرادی می‌داند که ویژگی‌های بارز آن‌ها شامل کج خلقی‌های بسیار شدید، واکنش‌پذیری، هیجانی بودن شدید و خودمداری بیش‌ازحد، هست. این بیماران در روابط بین فردی بسیار متوقع و تقاضاکننده هستند و در معرض تجربه‌ی ناامیدی‌های هیجانی شدید در مواجهه با طرد یا فقدان هستند (حتی در مقابل سرزنش‌ها یا انتقادهای خفیف).

این اختلال همبودی بالایی با اختلال سوءمصرف مواد (Minks- Brown Durbin, & Burr, 2000) و اختلالات دیگر اختلالات شخصیت (Becker, Grilo, Edell, & McGlashan, 2000) و اختلالات محور یک، از جمله فوبیای ساده (۶۰٪)، آگورافوبیا^۱ (۴۵٪)، اختلال اضطراب منتشر (۲۶/۹٪)، اختلال

1. Agoraphobia

وسواسی - جبری (۱۸/۶٪)، اختلال افسردگی اساسی (۱۴/۶٪)، اختلال افسرده خوبی (۷۷/۱٪) دارد (Mattia&Zimmerman, 1999). بر اساس راهنمای عملی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، راه مداخله در اختلال شخصیت مرزی، روان‌درمانی است (American Psychiatric Association, 2001).

مبتنی بر شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته که یکی از مداخلات سودمند، طرح‌واره درمانی است که توسط یانگ (Young, 2003) مطرح شده است. وی مدلی را در مورد اختلال شخصیت مرزی ارائه کرده است، که به‌ویژه در فهم ذهنیت‌های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است. یانگ (Young, 1990-1999) این فرض را مطرح ساخت که برخی از طرح‌واره‌ها، به‌ویژه طرح‌واره‌هایی که در دوران اولیه زندگی در نتیجه تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته مرکزی اختلال‌های شخصیت، مشکل‌های خصیصه‌ای خفیف‌تر و بسیاری از اختلال‌های دیرپای محور یک را تشکیل دهند. وی این زیرمجموعه از طرح‌واره‌ها را طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نام‌گذاری کرد (Hamid Pour & Andouz, 2011). یانگ (Young, 2003) پنج ذهنیت طرح‌واره عمده را در بیماران مبتلابه اختلال شخصیت معرفی کرده است، که عبارت‌اند از:

- ۱) کودک ترک شده^۱
- ۲) کودک عصبانی و تکانشی^۲
- ۳) والد تنبیه‌گر^۳
- ۴) محافظ بی تفاوت^۴
- ۵) بزرگ‌سال سالم^۵

این رویکرد درمانی، برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تأکید می‌کنند، بر الگوهای خود-ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. یانگ هیجده طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار را که به‌طور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند و در نتیجه، منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردد را معرفی کرده است. آرنتر و همکاران (Arntz et al., 2005) در زمینهٔ درمان تجربی

-
1. Abandonment Child
 2. Angry And Impulsive Child
 3. Punitive Parent
 4. Detached Protector
 5. Healthy Adult

ذهنیت طرح‌واره در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پژوهشی انجام داده‌اند که نتایج آن‌ها نیز بیانگر مؤثر بودن این روش در درمان این گروه از بیماران است (Arntz, Klokmann, Siesweda, 2005).

هاواک (Hawke, 2011) معتقد است طرح‌واره درمانی می‌تواند به‌طور موفقیت‌آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت مفید واقع شود (Hawke, 2011). Provencher در پژوهشی که با عنوان ترکیب طرح‌واره درمانی فردی و گروهی در بیماران اختلال شخصیت مرزی، دو گروه از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. در یکی از گروه‌ها تعداد نمونه برابر ۸ نفر و در گروه دیگر ۱۰ نفر را شامل می‌شد. نتایج نشان داد که در رویکرد ترکیبی طرح‌واره درمانی، احتمال افت آزمودنی‌ها بیشتر از رویکرد طرح‌واره درمانی فردی بود. افزون بر این در روش طرح‌واره درمانی گروهی به نظر می‌رسد بهبودی و کاهش نشانه‌ها سریع‌تر از طرح‌واره درمانی فردی است (Arntz, & Dickhaut, 2014). مانسی (Muncey, 2007) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان طرح‌واره محور و روان‌درمانی انتقال محور در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخت. در این مطالعه ۸۶ بیمار دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی از چهار کلینیک بهداشت روانی انتخاب و به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه مورد درمان طرح‌واره و گروه دیگر تحت روان‌درمانی انتقال محور قرار گرفت. نتایج نشان داد که پس از یک سال بهبود بالینی معنی‌دار در گروه درمان طرح‌واره محور ۵۲ درصد بود در حالی که این میزان در گروه درمان انتقال محور ۲۹ درصد بود. در واقع مشخص شد که درمان طرح‌واره محور نسبت به درمان انتقال محور برای این گروه از بیماران به‌طور معنی‌داری مؤثرتر است. در پژوهشی دیگر باهدف بررسی کارایی طرح‌واره درمانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۳ نفر از بیماران مبتلا به GAD بر اساس مصاحبه بالینی انتخاب شدند. طرح‌واره درمانی به مدت ۲۰ جلسه هفتگی به کار گرفته شد. نتایج نشان داد که اثر طرح‌واره درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر زنان از کارایی لازم برخوردار است (Hamidpour, Dolatshai, PourShahbaz, Dadkhahi, 2011).

بر اساس این پژوهش‌ها، هدف محقق تعیین میزان اثربخشی طرح‌واره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی مبتلایان به شخصیت مرزی است.

روش

این پژوهش جز تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی است که در سال ۱۳۹۴ به مطب‌های روان‌پزشکی شهر اراک مراجعه کرده‌اند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌برداری در دسترس، افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی، مطابق نظر روان‌پزشک بر پایه مصاحبه تشخیصی و با توجه به ملاک‌های زیر، نمونه‌ای واجد شرایط انتخاب شد. ملاک‌های پژوهشی (ضوابط ورود و خروج) برای درمان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی به شرح زیر است:

۱) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و

آماری اختلالات روانی (DSM-5) در محور دو؛

۲) حداقل تحصیلات متوسطه؛

۳) دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۵ سال؛

۴) عدم دریافت درمان روان‌شناختی در گذشته باهدف درمان اختلال شخصیت مرزی؛

۵) در هنگام انتخاب، به‌جز دارودرمانی هیچ‌گونه روان‌درمانی دریافت نکنند.

۶) ملاک‌های خروج از پژوهش حاضر در مرحله‌ی اول عبارت بودند از:

۷) بیماران روان‌پریش؛

۸) بیماران خلقی دوقطبی؛

۹) بیماران عقب‌مانده‌ی ذهنی؛

۱۰) افرادی که محور یک تشخیص اختلال سوء مواد را داشته باشند؛

۱۱) بیماران مبتلابه دمانس، آلزایمر و سایر اختلالات شناختی؛

۱۲) بیمارانی که در هنگام انتخاب با تشخیص اختلال شخصیت مرزی تحت روان‌درمانی باشند

نخست ۳۱ نفر از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بر اساس ملاک‌های شمول پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به مطب‌های روان‌پزشکی و مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اراک انتخاب شدند. بیماران ارجاع داده‌شده، توسط مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور یک (SCID-I) و محور دو (SCID-II) توسط متخصص (کارشناس ارشد بالینی) به‌منظور تأیید تشخیص مورد ارزیابی قرار گرفتند. در گام بعدی، چون از ۳۱ نفر

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.Fifth Edition

2. Structured Clinical Interview for DSM-I

انتخاب شده فقط تعدادی برای شرکت در آزمایش اظهار تمایل کردند، لذا از میان نمونه‌ی نخست، ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به منظور بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی انتخاب شدند. گمارش آن‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه، (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه) به صورت تصادفی صورت گرفت سپس با اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه وارد مداخله درمانی شدند.

پس از گزینش افراد مورد نظر پرسشنامه شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی (BPDSI) قبل از آغاز جلسات درمانی برای گروه آزمایش و گواه اجرا شد. این پرسشنامه یک مصاحبه نیمه ساختاریافته‌ی درمانگر-گزارشی است که بر اساس DSM طراحی شده و به منظور ارزیابی فراوانی و شدت نشانه‌های خاص اختلال شخصیت مرزی در طول سه ماه گذشته مورد استفاده قرار می‌گیرد. از این ابزار اندازه‌گیری به عنوان وسیله‌ای برای پایش نتیجه درمان نیز استفاده می‌شود. این شاخص دارای ۷۰ سؤال است که نه معیار اختلال شخصیت مرزی را بر اساس DSM مورد بررسی قرار می‌دهد. تمامی سؤالات توسط مراجع بر اساس یک مقیاس ۱۰ نمره‌ای نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس توسط ویور و کلاس (Viour & Kelass 1993) تهیه شد. آرنتز و همکاران (Arntz et al, 2003) با اعمال تغییر جزئی در آن ویژگی‌های فنی این مقیاس را بررسی و ضریب اعتبار ۰/۸۲ را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به دست آوردند. همچنین روایی سازه قابل قبولی برای آن به دست آوردند. در ایران صلواتی (۱۳۸۶) با روش دونیمه سازی برای هر خرده مقیاس و کل مقیاس ضریب اعتبار ۰/۸۵ گزارش داد (Mazaheri, Borjali, Ahadi, Golshani, 2010). پس از اخذ پرسشنامه فوق، مداخله درمانی (۲۰ جلسه طرح‌واره درمانی) بر روی گروه آزمایش انجام شد. در انتها از هر دو گروه، آزمون فوق مجدداً به عنوان پس آزمون اجرا گردید. با توجه به دوره پیگیری بعد از یک ماه مجدداً آزمون‌های فوق اخذ شد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱: خلاصه‌ای از جلسات طرح‌واره درمانی

جلسات	مداخله درمانی
جلسات یکم و دوم	ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک‌مساعی، آموزش رویکرد طرح‌واره درمانی، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، ارائه آزمون‌های پژوهش.
جلسات سوم تا ششم	سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، ضابطه‌بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرح‌واره محور و تکمیل فرم مفهوم‌پردازی
جلسات هفتم تا دهم	استفاده از فن‌های شناختی در جهت تردید و بی‌اعتبار سازی طرح‌واره‌های غالب مراجع.
جلسات یازدهم تا پانزدهم	استفاده از فن‌های تجربی در جهت آشنایی مراجع باریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی.
جلسات شانزدهم تا بیستم	تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا و تشفی نیازهای هیجانی اساسی و واداشتن بیمار به آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته‌شده در درمان و پیشگیری از عود

پس از گردآوری داده‌ها برای تجزیه و تحلیل آن‌ها از نرم‌افزار SPSS19 استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و...) و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس استفاده شد و در مرحله پیگیری، نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، با نمرات پیگیری از طریق آزمون T همبسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت

یافته‌ها

توضیح آنکه در فرایند اجرای طرح ۲ نفر از گروه آزمایش تا پایان دوره آزمایش باقی نماندند. بنابراین فقط در مورد ۱۰ نفر تحلیل صورت گرفته است. در مورد گروه گواه نیز ۱ مورد از پاسخ‌نامه‌ها کاملاً نشان می‌داد که بدون دقت و به‌طور سراسری پاسخ داده بودند که ناگزیر از نمونه حذف شدند. لذا تحلیل فقط در مورد ۱۱ نفر از گروه گواه انجام گرفته است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید. نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع و برابری واریانس‌ها است. هم‌چنین قبل از اجرای تحلیل کوواریانس باید پیش‌فرض وجود همگنی رگرسیون رعایت شود که بدین منظور از آزمون همگنی ضرایب رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد شیب خط رگرسیون برای شرایط آزمایشی یکسان است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		تعداد	متغیر	گروه
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	-	-	-
۱/۸۴	۱۱/۵۰	۱/۸۴	۱۱/۵۰	۲/۰۵۷	۱۷/۳۰	۱۰	بی‌ثباتی هیجانی	آزمایش گواه
-	-	۲/۴۸	۱۷	۲/۶۴	۱۶/۷۲	۱۱	بی‌ثباتی هیجانی	گواه
۵/۲۴	۱۶/۸۰	۵/۲۴	۱۶/۸۰	۴/۸۸	۲۳/۵۰	۱۰	احساس ترک شدن	آزمایش گواه
-	-	۳/۶۶	۲۲/۷۲	۳/۵۵	۲۲/۵۴	۱۱	احساس ترک شدن	گواه

همان‌طور که در جدول شماره دو مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی گروه گواه ۱۶/۷۲ و میانگین احساس ترک شدن ۲۲/۵۴ است. میانگین پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی ۱۷ و میانگین احساس ترک شدن ۲۲/۷۲ است. میانگین پیش‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی گروه آزمایش ۱۷/۳۰ و میانگین احساس ترک شدن ۲۳/۵۰ می‌باشد. میانگین پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی ۱۱/۵۰ و میانگین احساس ترک شدن ۱۶/۸۰ می‌باشد. بعد از اجرای طرح‌واره درمانی بر گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت فاحشی با میانگین گروه کنترل دیده می‌شود که این تفاوت پس از یک ماه پیگیری نیز دیده می‌شود.

جدول ۳: مقایسه پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	توان آزمون
پیش‌آزمون	۲۹/۴۸۱	۱	۲۹/۴۸۱			
گروه	۱۷۳/۳۸۸	۱	۱۷۳/۳۸۸	۴۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
خطا	۶۳/۰۱۹	۱۸	۳/۵۰۱			

R Squared=۰/۸۱

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد F محاسبه‌شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است. به عبارتی با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی به‌عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های پس‌آزمون بی‌ثباتی هیجانی معنادار است ($p=۰/۰۱$ ، $F=۴۹/۵۲$ ، $\eta=۰/۸۱۳$). ضریب ایتا نشان می‌دهد که قدرت درمان با بی‌ثباتی هیجانی ۰/۸۱ است.

جدول ۴: مقایسه بین نمرات پس آزمون و پیگیری بی ثباتی هیجانی

گروه‌ها	T	درجه آزادی	سطح معناداری
نمرات پس آزمون و پیگیری	۱/۳۴۳	۹	۰/۲۴۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون و مرحله پیگیری گروه آزمایش در متغیر بی ثباتی هیجانی وجود ندارد ($T=1/343, Sig=0/244$).

جدول ۵: مقایسه پس آزمون احساس ترک شدن در دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منابع تغییرات	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب نسبی ایتا
پیش آزمون	۲۶۴/۸۷۴	۱	۲۶۴/۸۷۴			
گروه	۱۸۱/۵۴۴	۱	۱۸۱/۵۴۴	۲۷/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
خطا	۱۱۶/۹۰۸	۱۸	۶/۴۹۵			

R Squared=۰/۶۱

همان گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است. به عبارتی با حذف اثر نمره‌های پیش آزمون احساس ترک شدن به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های پس آزمون احساس ترک شدن معنادار است ($p=0/01, F=27/95, \eta=0/613$). ضریب ایتا نشان می‌دهد که قدرت درمان با احساس ترک شدن ۶۱٪ است.

جدول ۶: مقایسه بین نمرات پس آزمون و پیگیری احساس ترک شدن

گروه‌ها	T	درجه آزادی	Sig
نمرات پس آزمون و پیگیری	۰/۳۶۱	۹	۰/۷۲۶

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون و مرحله پیگیری گروه آزمایش در متغیر احساس ترک شدن وجود ندارد ($T=0/361, Sig=0/726$).

نتیجه

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی انجام پذیرفت. بدین منظور و بر اساس اهداف پژوهش فرضیه‌هایی تدوین و آزمون شد و داده‌ها در جداولی ارائه گردید.

در مجموع با توجه به داده‌های به دست آمده در پژوهش حاضر این نتیجه حاصل می‌شود که مداخله طرح‌واره درمانی در کاهش بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن مبتلایان مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد، در این رویکرد، مبتلایان توانسته‌اند با استفاده از راهبردهای تجربی به‌ویژه نوشتن نامه، به افراد مهم زندگی خویش که در دوران کودکی و نوجوانی به آنان آسیب رسانده‌اند قادر شده‌اند که با شناخت هیجان‌ات و احساسات خود و بیان حقوقشان پیرازند. از طرف دیگر طرح‌واره درمانی با بهره بردن از رابطه درمانی و استفاده از فن‌های باز والدینی حدودمرز دار و واقعیت‌آزمایی‌همدلانه توانسته با بالانس کردن طرح‌واره‌ها به‌ویژه طرح‌واره محرومیت هیجانی بر بی‌ثباتی هیجانی مبتلایان مؤثر باشد. از طرف دیگر آنجا که مبتلایان به نشانه‌های ترک شدن حساس‌اند در طرح‌واره درمانی با بهره بردن از فن‌های شناختی به‌ویژه تعریف مجدد از شواهد تأییدکننده طرح‌واره و تکمیل فرم ثبت طرح‌واره منجر شده که افراد با یک موضع غیر قضاوتی مشاهده‌گر و توصیف‌کننده دقیق رفتارها باشد و چیزی نه به مشاهدات خود بیفزاید و نه از آن کم کند. از طرف دیگر باز والدینی حدودمرز دار یکی از راهبردهای اساسی در طرح‌واره درمانی در مرحله‌ی تغییر هست (Hamid Pour & Andouz, 2011). یکی از دلایل احتمالی که ممکن است برای کاهش احساس ترک شدن در ده بیمار در طول طرح‌واره درمانی خصوصاً در نیمه‌ی اول درمان مطرح شود، که احتمالاً منجر به ایجاد احساس امنیت در بیمار شده است. که با یافته‌های دی‌چوت و آرنتز (Dickhaut, Arntz, 2014، مانسی (Muncey, 2007)، هاواک و پرونچر (Hawke, Provencher, 2011) و حمیدپور و همکاران (Hamidpour, Dolatshai, PourShahbaz, Dadkhahi, 2011) همسو است. در مجموع می‌توان ذکر کرد که هدف نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرح‌واره است و همان‌طور که بک (Beck, 2005) ذکر کرده است تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار به‌منظور جلوگیری از عود نشانه‌ها ضروری است. تک‌تک فن‌های طرح‌واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرح‌واره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه 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 بین فردی 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... آگاهی 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، چراکه گرینبرگ و سفران (Greenberg & safran, 1994) شواهدی ارائه دادند که نشان می‌داد، سیستم‌های شناختی-عقلانی مبتنی بر زبان از سامانه‌های مرتبط با هیجان مستقل هستند. فن‌های تجربی، بر تجربه و ابراز 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 گرفته‌شده در این پژوهش می‌توان به نوشتن یک نامه‌ی بدون سانسور به منشأ طرح‌واره اشاره نمود. از دیگر عوامل مؤثر بر کاهش نشانه‌ها می‌توان به الگو شکنی 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.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از همکاری و زحمات مراکز روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهر اراک و همچنین بیمارانی که در این پژوهش تا انتها همکاری داشتند، تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

References:

- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline
- Arntz, A., Klokman, J. & Siesweda, S. (2005). An experimental test of the Schema mode model of borderline Personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239.
- Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorder in hospitalized adolescent and adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2011-2016.
- Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J., Gely, N., Marie, C., Raffard, S. (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study *Journal Psychiatry Research*, Volume 209, Issue 3, Pages 361-366
- Dickhaut, V. Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 45, Issue 2, June, Pages 242-251.
- Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. (2011). The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Iran Journal Psychiatry Clinical Psychology*. 4:420-43. (In Persian).
- Hawke, L. D., Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and

- anxiety disorders: a review. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 257-276.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*: New York: Guilford
- Mazaheri, M., Borjali, A., Ahadi, H., Golshani, F. (2010). Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychological Research*. (In Persian).
- Millon, T., & Grossman, S. (2007). *Moderating severe personality disorders- a personalized Psychotherapy approach*. New Jersey, USA- John Wiley & Sons, Inc
- Muncey, C. (2007). Schema Focused therapy appears effective for BPD treatment. *Monitor on Psychology*. 38 (3).
- Preston, J.D. (2006). *Integrative treatment for borderline personality disorder- effective, symptom-focused techniques, simplified for private practice*. USA: New Harbinger publications, Inc.
- Svrakic, D. M., Cloninger, C. R. (2005). Personality disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock, (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Williams & Wilkins
- Trull, T. J., Sher, K.J., Minks- Brown, Co, Durbin, J. & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance USE disorders- a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235-253.
- Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy A Practitioners Guide* (3rd Ed.) (H, Hamid Pour and Z. Andouz, Trans). Tehran: Arjmand. (In Persian)
- Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.

