



مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر تنظیم هیجان زنان با اختلال شخصیت مرزی

دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مریم افسر ^{ID}

فریبا حسنی* ^{ID}

ولی‌اله فرزاد ^{ID}

فاطمه گلشنی ^{ID}

far.hassani@iauctb.ac.ir

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۸ | ایمیل نویسنده مسئول:

دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۶

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۱ پیاپی ۵ | ۲۶۲-۲۷۶

بهار ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار و طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر تنظیم هیجان زنان با اختلال شخصیت مرزی بود. روش پژوهش: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش تمام زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش هیجان مدار، ۱۵ نفر گروه آزمایش طرح‌واره درمانی و ۱۵ نفر گروه گواه) جایگزین شدند. ابتدا هر سه گروه با پرسشنامه تنظیم هیجان گراس همکاران (۲۰۰۳) مورد سنجش قرار گرفتند سپس گروه آزمایش درمان هیجان مدار مبتنی بر هیجان مدار بسته درمانی سوزان جانسون (۲۰۱۹) و گروه آزمایش طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهنیت بسته درمانی یانگ، گلوסקو و ویشار (۲۰۰۳) را ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد، دو روش درمان هیجان مدار (P=۰/۰۰۱، F=۹/۷۸) و طرح‌واره درمانی (P=۰/۰۰۱، F=۱۳/۱۸) با اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود؛ همچنین از مقایسه دو روش می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار نسبت به طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان زنان با اختلال شخصیت مرزی مؤثرتر بوده است. نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی درمان هیجان مدار نسبت به طرح‌واره درمانی می‌توان نتیجه گرفت که در درمان اختلال شخصیت مرزی، درمان هیجان مدار به عنوان درمانی مؤثر می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: شخصیت مرزی، تنظیم هیجان، هیجان مدار، طرح‌واره درمانی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(افسر، حسنی، فرزاد و گلشنی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

افسر، مریم، حسنی، فریبا، فرزاد، ولی‌اله، گلشنی، فاطمه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر تنظیم هیجان زنان با اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۱ پیاپی ۵): ۲۶۲-۲۷۶.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات در زنان بوده و رفتارهای پرخطر و ناپایدار این افراد سبب‌ساز بسیاری از تعارضات زناشویی و آسیب‌های اجتماعی همچون طلاق می‌گردد (مینیشاوی، هارویترز، موریس و مک‌داگل، ۲۰۱۵). در سبب‌شناسی این اختلال عوامل ژنتیکی، آسیب‌های دوران کودکی و تعاملات معیوب والد فرزند مطرح شده است (کاپلان، تارلو، استوارت، آگوئر، گالن و آئورباخ، ۲۰۱۶). مطالعه مورگان، کاپلان، آگوئر، گالن، استوارت و همکاران در سال ۲۰۱۸ نشان داد که بروز هیجان‌ات غیر کنترل شده با اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی و خودشیفته رابطه دارد. فیرناندز-دئولس جی‌ام و همکاران در سال ۲۰۱۱ نیز گزارش کرده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان با اختلال‌های ضداجتماعی نمایشی و مرزی رابطه دارد. سرافینی، کانپا، اداواسترو، نبیا، بلودری موری و همکاران (۲۰۱۷) نیز در مطالعه خود ارتباط سبک‌های تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی را گزارش کرده‌اند. معیارهای تشخیصی این اختلال به ترتیب مندرج در DSM 5 به تفصیل به شرح زیر می‌باشند که چنانچه بیماری از اوایل بزرگسالی لاقلاً پنج مورد از نه ملاک تشخیصی را داشته باشد، می‌توان تشخیص اختلال مرزی را در موردش مطرح نمود (سادوک، ۲۰۱۵). نظریه‌پردازان زیادی معتقدند که بد تنظیمی هیجانی یک نقش مرکزی و مهم در سبب‌شناسی و تحول اختلال شخصیت مرزی دارد که باعث افزایش بی‌ثباتی عاطفی می‌شود و نقص در تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باعث مشکلات دیگر این اختلال مثل ناپایداری عاطفی، بد تنظیمی شناختی، مشکلات بین فردی و مشکلات رفتاری می‌گردد که می‌توان با توجه به پیگیری‌های صورت گرفته بد تنظیمی هیجانی را به عنوان سازوکار نگهدارنده و تداوم بخش اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفت (صبری، محمدخانی، حسنی و ارفعی، ۱۳۹۳). چاپمن (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان داد ویژگی اصلی و مشارکت‌کننده در اختلال شخصیت مرزی، اختلال در تنظیم احساسات، شامل کمبود توانایی تنظیم احساسات به روشی است که به فرد اجازه می‌دهد اهداف مهم را دنبال کند یا در زمینه‌های مختلف رفتار مؤثر داشته باشد. مدل‌های توسعه‌زیستی اجتماعی اختلال شخصیت مرزی بر معامله شرایط محیطی (به عنوان مثال، بی‌اعتبار کردن محیط‌ها و تجارب نامطلوب کودکی) با آسیب‌پذیری‌های کلیدی مرتبط با ژنتیک (به عنوان مثال، تکانشگری و آسیب‌پذیری عاطفی) در توسعه اختلال در تنظیم احساسات و اختلال شخصیت مرزی تأکید کرده‌اند. بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شواهدی از انواع ویژگی‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری اختلال در تنظیم احساسات نشان داده‌اند. با روشن شدن پیشگامان توسعه اختلال در تنظیم احساسات و اختلال شخصیت مرزی، اقدامات پیشگیری و درمان نوید زیادی برای کاهش رنج طولانی مدت، اختلال عملکرد و هزینه‌های قابل توجه اجتماعی مرتبط با اختلال شخصیت مرزی می‌دهند؛ همچنین (داروس و ویلیامز، ۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که بی‌نظمی هیجان اغلب از ویژگی‌های اصلی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تلقی می‌شود. هیجان پدیده حیات‌بخش زندگی و اساس فراز و نشیب‌های تجارب روزانه، غنا و فقر و لحظات به یادماندنی حیات انسان است. آشکار است که هیجان‌ها مهم هستند و نقشی بسیار تأثیرگذار در زندگی ما بازی می‌کنند. همچنین آن‌ها مکمل سلامتی، موفقیت و روابط

شخصی هستند و برای بقای ما مهم‌اند تنظیم هیجانات پاسخ‌های خودکار به محرک‌های هیجانی مرتبط را به طریقی مثبت بهبود می‌بخشد و مانع رشد هیجان منفی می‌شوند و فرد را قادر به مواجهه با هیجانات منفی می‌کند که به روش سازگارانه تری پیش برود و به احتمال کمتری دچار مشکلات سلامت فردی و بین فردی شود؛ همچنین تنظیم هیجان سازگارانه با اعتماد به نفس مثبت و تعاملات اجتماعی، افزایش تجارب هیجانی مثبت، مقابله مؤثر در مواجهه با موقعیت‌های پر استرس مرتبط است (تیموری، مجتبابی و رضازاده، ۱۴۰۰). در این بین محدود کردن تنظیم هیجان به عملکرد بهینه نقش مهمی به تنظیم هیجان و تأثیران در سلامت روان می‌دهد؛ و چشم‌پوشی از آن فرد را در معرض خطر هیجان‌های مضطرب کننده قرار می‌دهد. در واقع تنظیم هیجان به افراد در معرض خطر مشکلات بالینی کمک می‌کند تا شرایط فعلی‌شان را بشناسند، حتی کمک می‌کند تا خطرهای آینده را نیز که از عملکرد فعلی‌شان ناشی می‌شود را بتوانند حدس بزنند. تنظیم هیجان باید در بافت ادراک شود (پلینیر، بابالو، فلادانگ، لادلف و لولی، ۲۰۱۲). مقررات عاطفی به معنای دخالت در اندیشه‌ها و رفتارهایی است که بر احساسات تأثیر می‌گذارد. هنگامی که مقررات عاطفی انسانی برای اعمال، نحوه ارائه تجربیات و احساسات آن‌ها نیز کنترل می‌شود. از آنجا که هیجان بسیاری از راه‌های مجموعه‌ای برای مقابله با الگوهای عاطفی بسیار اهدا کننده است (کریوگلووا، ۲۰۲۰). یکی از رویکردهای مؤثر در تنظیم هیجان رویکرد هیجان مدار است، این رویکرد همواره بر مشارکت هیجانی پردازش مجدد تجربه و تجارب اصلاحی هیجانی متمرکز می‌شود تا آموزش پی در پی ایجاد مهارت‌ها و یا ایجاد بینش در این خصوص را شامل می‌گردد (جانسون، گرینمن و وایی، ۲۰۱۹) درمان هیجان محور به مراجعان کمک می‌کند تا تجربیات هیجانی‌شان (طرح‌واره‌های هیجانی) را آشکار کنند و تغییر دهند، آن‌ها را با مجموعه از ادراکات، هیجانات، شناخت، تجربیات بدنی و شکل رفتاری واکنش‌های شخصی درگیر می‌کند، نقش درمان هیجان محور را افزایش پردازش عاطفی به معنی اکتشاف و غلبه بر هیجانات ناقصی که ممکن است از آسیب‌های پیچیده تأسّف‌بار باشد، توصیف کرده‌اند (اسمری برد زرد، خانجانی، موسوی اصل و دولت شاهی، ۱۴۰۰). این درمان به افراد یاری می‌رساند واقعیت‌های عاطفی داخلی و پاسخ‌های تعاملی و پاسخ‌های محدود تعاملی کمک می‌کند تا توجه خود را به رسمیت بشناسند و توجه بیشتری به اهمیت برجسته هیجان و ارتباطات عاطفی در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی و تجربیات کلیدی و به جای هیجان، بخشی از مشکلات و مسائل روانی را به عنوان یک عامل (تغییر قوی) تأکید می‌کند (مجبی، شکری و پور شهریاری، ۱۳۹۷) پژوهش‌های انجام شده در حوزه اثربخشی درمان هیجان مدار حاکی از تأثیر این درمان بر اختلال پرخوری (گلیسیتی، استرودل، کینگ و گرینبرگ، ۲۰۲۱)، کاهش پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی (فرهنگیان، میهن دوست و احمدی، ۱۳۹۹)، اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان (اسمری برده زردی، خانجانی، موسوی اصل و دولت‌شاهی، ۱۴۰۰)، کاهش شدت اضطراب و علائم افسردگی، نمرات الکسیتیمیا و تکانش، مشکلات تنظیم کننده هیجان و استراتژی‌های تنظیم عاطفی انطباقی (برنارد و والبورگ، ۲۰۲۰) بود. از دیگر رویکردهای مورد بررسی در پژوهش حاضر رویکرد طرح‌واره درمانی بود طرح‌واره درمانی توسط یانگ و همکارانش در خلال سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۹ به وجود آمد و عمدتاً بر پایه بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمانی شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده است و درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم شناختی- رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابطی و

روان‌کاوی در قالب یک مدل درمانی و مفهومی شکل گرفته است (یانگ، کالسکو و ویشار، ۲۰۰۳). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پا برجاستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرح‌واره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (تیم، ۲۰۱۰). بر اساس الگو یانگ، طرح‌واره‌های ناسازگار (یا عقاید هسته‌ای منفی) به چارچوب شناختی ناکارآمد برای مشاهده خود و دیگران اشاره دارد که از ابتدا در پاسخ به رخدادهای ناسازگار کودکی ایجاد می‌شود و به صورت مداوم در سراسر زندگی فرد گسترش می‌یابد. مبنای کار نظریه طرح‌واره، اصل هماهنگی شناختی است. افراد برانگیخته می‌شوند تا دیدگاه ثابت خود نسبت به جهان و خودشان را تداوم بخشند و تمایل دارند موقعیت‌ها را به گونه‌ای تفسیر کنند که طرح‌واره‌هایشان تأیید شود (سلطان‌الکتابی، ۱۳۹۳). یانگ در این مدل درمانی بیان می‌کند که اختلال شخصیت مرزی، نوعی رجعت به حالت‌های هیجانی تجربه شده ناخوشایند و دردناک دوران کودکی است؛ که این حالت‌ها را به نام ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای معرفی می‌نماید. افراد با چهار دسته از ذهنیت‌ها متولد می‌شود. ذهنیت‌ها انواع مختلفی دارند، هر ذهنیتی نشان‌دهنده فعال شدن یک یا چند طرح‌واره و استفاده از یک سبک مقابله‌ای است. در افراد با اختلال شخصیت مرزی که از سرعت تغییر جهت در نوسانات حالت‌های عاطفی یا پاسخ‌های مقابله‌ای افراطی برخوردارند، ذهنیت طرح‌واره‌های به‌عنوان درمانی کارآمد برای آن‌ها به کار گرفته می‌شود (اندوز و حمیدپور، ۱۴۰۰). رویکرد طرح‌واره درمانی، به‌طور کلی بر دلبستگی و تنظیم هیجانات و نیازهای اساسی اولیه بیمار استوار است و می‌توان با مداخله مناسب درمانی بر اساس پروتکل طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت به درمان ذهنیت کودک رها شده و طرح‌واره‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار مربوط به این ذهنیت پرداخت تا احساس طرد و رهاشدگی افراد مرزی بهبود یابد و به‌واسطه روان‌درمانی ذهنیت کودک عصبانی و نیز طرح‌واره‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار مربوط به این ذهنیت، می‌توان بر تنظیم هیجان بیماران اختلال مرزی دست یافت (فیتز‌پاتریک، لایمن و مونسون، ۲۰۲۱)؛ نتایج پژوهش دی چوت و آرنتز (۲۰۱۴) و پیرانی (۱۳۹۶) حاکی از کارایی و اثربخشی طرح‌واره درمانی بر اختلال شخصیت مرزی بود، تأکید طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای بر درمان طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و توانمند نمودن ذهنیت بزرگسال سالم در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی است. با توجه به میزان شیوع این اختلال در جوامع کنونی، در ایران تحقیقات در مورد مدل درمانی هیجان مدار بر این اختلال، کمتر صورت گرفته است. از سوی دیگر در هر دو نوع روش درمانی، تمرکز بر تنظیم و تعدیل هیجانات است که همه این موارد از جمله علائم خطر در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی است؛ لذا محقق در پژوهش حاضر به دنبال این مسئله است:

۱. آیا درمان هیجان مدار و طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر تنظیم هیجان زنان با اختلال شخصیت مرزی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
۲. آیا درمان هیجان مدار و طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر تنظیم هیجان زنان با اختلال شخصیت مرزی در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها کمی بود، طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی^۱ از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان دارای اختلال شخصیت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود که به تشخیص‌گذاری متخصصین روان‌پزشکی و روانشناس بالینی توسط مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-II) به عنوان اختلال شخصیت مرزی را دریافت نموده‌اند. تعداد ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری، به صورت تصادفی جایگزین شدند، ملاک‌های ورود به برنامه مداخله عبارتند از: دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس (SCID-II)، میانگین سن بین ۲۰-۴۰ ساله (جوان) و تحصیلات حداقل دیپلم، عدم دریافت درمان روان‌شناختی دیگر در زمان تشخیص، اختلال روان‌پزشکی حاد و همبود دیگری نداشته باشند. ملاک‌های خروج از برنامه شامل: اعتیاد و وابستگی به مواد یا الکل و قرار داشتن در معرض مسمومیت دارویی یا ترک دارو، معلولیت جسمانی و حرکتی و بیماری‌های جسمانی خاص به تشخیص پزشک سابقه روان‌گسستگی، آشفتگی بنا به تشخیص روان‌پزشک.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تنظیم هیجان^۲. این پرسشنامه توسط گراس و جان به منظور اندازه‌گیری تنظیم هیجان تنظیم شده است؛ که مشتمل بر دو خرده‌مقیاس «ارزیابی مجدد» با ۶ گویه و «سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است. کارمین و وینگرهوتس همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ گزارش کردند. در ایران حسینی میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده‌اند و در پژوهش دیگری آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲)؛ همچنین در پژوهش حاضر میزان پایایی ابزار فوق بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شده است.

۲. بسته رویکرد درمانی هیجان‌مدار. بسته رویکرد درمانی هیجان‌مدار بر اساس پروتکل سوزان جانسون و همکاران (۲۰۱۹) استفاده و در این پژوهش در قالب ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. جلسه اول، ارزیابی و ایجاد پیوستگی بود که معارفه و برقراری ارتباط (راپورت) انجام شد، سپس ماهیت مشکل، انتظارات و نگرانی‌های مراجعان، مفهوم‌سازی مشکل ارزیابی شد و منطق درمان و آشنایی با قوانین کلی درمان ارائه شد و پیش‌آزمون اجرا شد تمرین‌های مهارت‌های کلیدی و ارتباط، ارزیابی خود، ارائه و دریافت بازخورد، توجه به حالات هیجانی خوشایند انجام شد.

1. Quasi-experimental design
2. Emotion Regulation Questionnaire

جلسه دوم، ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعاملات منفی و تعیین اهداف کلی صورت گرفت، تعاملات مشکل دار و تشخیص چرخه تعاملات منفی تشخیص داده شد، مشکل و موانع دلبستگی مورد ارزیابی قرار گرفت، توافق درمانی انجام شد.

جلسه سوم، پیوستگی و تحلیل و تغییر هیجان‌ات تقویت شد، تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی، مورد بررسی قرار گرفت، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی، روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان آموزش داده شد، چگونگی شناسایی ترس‌های خود به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد، تمرین در زمینه تکیه‌گاه ایمن و توسعه پیوند ایمن، ابراز هیجان‌ات و احساسات خاص، تجربه دوباره تعاملات و همراه با بیان احساسات خالص انجام شد.

جلسه چهارم، هدف تشدید تجربه هیجانی بود، نحوه ابراز هیجان‌ات، پذیرش هیجان‌ات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، ارتقای روش‌های تعامل در میان گذاشتن رفتارهای مقابله‌ای خود، تشویق مراجع به درگیری هیجانی و عاطفی در تعاملات خود در منزل آموزش داده شد.

جلسه پنجم، هدف پذیرش احساسات و شناسایی نیازهای دلبستگی بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها بود، آرزوها نمادگذاری شد، نحوه کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی مورد بررسی قرار گرفت و زمان برای در میان گذاشتن، رفتار، افکار و هیجان‌ات اختصاص داده شد.

جلسه ششم، نحوه ایجاد الگوهای تعاملی جدید تملک هیجان‌ات از درگیری صمیمانه مراجعان با درمانگر، پذیرش وضعیت‌های جدید، ساختن داستانی شاد کشف عواطف اصلی خود، کامل کردن جدول چگونگی تأثیرگذاری هیجان‌ات انجام شد.

جلسه هفتم، با هدف ایجاد درگیری‌های هیجانی افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی انجام شد، تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها با تأکید بر اهمیت بیان خواسته‌ها و نیازها با استفاده از تکنیک ردیابی و انعکاس مواجهه اعضا با سبک‌های دلبستگی شان و تشویق به تغییر الگوهای ارتباطی، تشویق به پاسخگویی مسئولانه‌تر به نیاز، تشویق به بیان نیازها و خواسته‌ها انجام شد.

جلسه هشتم، هدف تمرکز بر روی خود نه دیگری، چارچوب‌بندی مجدد روابط، کمک به فرد جهت تمرکز بر خود، تعیین و تشویق نیازهای فرد بود. تمرین گوش دادن همدلانه به دیگران، درک احساسات دیگران انجام شد.

جلسه نهم، بازسازی تعاملات روابط فرد با دیگران و ارتقاء روش‌های جدید تعامل جهت‌دهی و طراحی تعاملات بین فرد با دیگران جایگزینی چرخه تعاملات مثبت به جای چرخه منفی، کشف انجام شد، راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی با تشویق پاسخ‌های جدید سازگاران جدید بین افراد، حمایت از رفتارهای جدید و پاسخگویانه مورد بررسی قرار گرفت.

جلسه دهم، وضعیت و پاسخ‌های جدید تحکیم شد، از الگوهای تعاملی سازنده حمایت شد، خلاصه و مرور مطالب جلسات توسط فرد، با برقراری گفتگوهای تعاملی، صمیمی و سازنده، انجام شد بازگرداندن دوباره نقاط قوت و ضعف درمان، بررسی دستاوردهای فرد در طول جلسات درمانی به بحث پرداخته شد، پس‌آزمون اجرا شد.

۳. بسته طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهنیت. بسته مذکور بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۰۰۳) تدوین و در قالب ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شده است.

جلسه اول. مرحله پیوند و تنظیم هیجانی بود در این جلسه اهداف و طرح کلی درمان توسط درمانگر بیان شد، همچنین تئوری طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت طرح‌واره‌ای و فلسفه درمان، مرور اجمالی بر فرایند درمان، ایجاد رابطه درمانی صمیمانه و برقراری و تثبیت احساس امنیت و دلبستگی ایمن توسط درمانگر، مذاکره پیرامون محدودیت‌های مرتبط با درمان (دسترسی‌پذیری درمانگر، تماس با درمانگر، حقوق شخصی درمانگر، خودکشی و رفتارهای تکانشی و خود تخریب‌گر، لغو جلسات) ارائه شد.

جلسه دوم. پیرامون تاریخچه زندگی بیمار توسط درمانگر و بیمار کاوش شد، تصویرسازی مکان امن، تصویرسازی ذهنی بر اساس جنبه‌های غیرآسیب‌تیک تجربه اولیه زندگی بیمار، تصویرسازی ذهنی بر اساس جنبه‌های آسیب‌تیک تجربه اولیه زندگی بیمار، گفتگو درباره تصویرسازی هدف در این جلسه انجام شد.

جلسه سوم. ابزارهای سنجش توسط بیمار و درمانگر بررسی شد، شدت نشانه‌شناسی بیمار مورد بررسی قرار گرفت و بیمار با مفاهیم طرح‌واره و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای آشنا شد، آموزش ذهنیت‌ها، تجسم و نام‌گذاری ذهنیت‌ها و گفتگوی بین آن‌ها، خود بازنگری افکار خودآیند انجام شد.

جلسه چهارم. تکنیک‌های خودتسکینی، آرمیدگی و مهارت‌های تنظیم هیجان در هنگام بحران (خودتخریبی، خودکشی گرای، خودزنی، سوءمصرف) آموزش داده شد و حل و فصل بحران‌ها توسط بیمار با تأیید و تصدیق این احساس‌ها توسط درمانگر انجام شد.

جلسه پنجم. دور زدن محافظ بی‌تفاوت و تداوم دلبستگی ایمن به وسیله باز والدینی حد و مرز دار برای کودک رهاشده توسط درمانگر و ایجاد احساس امنیت و نگهداری و مهار هیجانی انجام شد، تشویق ابراز نیازها و هیجانات و خویشتن در جلسه درمان و درک و اعتباربخشی به احساسات بیمار تا به کاهش پرتاب شدن از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر بیانجامد.

جلسه ششم. عهده‌گیری الگوی ذهنیت بزرگسال سالم توسط درمانگر از طریق همدلی و باز والدینی حد و مرزدار و تغییر ذهنیت طرح‌واره‌ای کودک رها شده توسط تکنیک‌های تجربی، شناختی، رفتاری و تسکین و حمایت از کودک رها شده انجام شد.

جلسه هفتم. عهده‌گیری الگوی ذهنیت بزرگسال سالم توسط درمانگر از طریق همدلی و باز والدینی حد و مرزدار و تغییر ذهنیت طرح‌واره‌ای محافظ بی‌تفاوت توسط تکنیک‌های تجربی، بیولوژیکی، شناختی، رفتاری و جایگزینی ذهنیت بزرگسال سالم به جای ذهنیت محافظ بی‌تفاوت انجام شد.

جلسه هشتم. عهده‌گیری الگوی ذهنیت بزرگسال سالم توسط درمانگر از طریق همدلی و باز والدینی حد و مرزدار و تغییر ذهنیت طرح‌واره‌ای کودک عصبانی توسط تکنیک‌های تجربی، شناختی، رفتاری و محکوم نمودن و حذف ذهنیت والد تنبیه‌گر انجام شد و چهار گام برای تنظیم هیجان خشم: ۱. تخلیه خشم ۲. همدلی ۳. واقعیت‌سنجی ۴. مرور ذهنی درباره ابراز وجود و جرات مندی متناسب با موقعیت آموزش داده شد.

جلسه نهم. عهده گیری الگوی ذهنیت بزرگسال سالم توسط درمانگر از طریق همدلی و باز والدینی حد و مرزدار و تغییر ذهنیت طرحواره‌ای والد تنبیه گر توسط تکنیک‌های تجربی، شناختی، رفتاری انجام شد.

جلسه دهم. خودمختاری، درونی سازی ذهنیت بزرگسال سالم (اساس درمان طرحواره بر اساس ذهنیت)، تمرکز بر روابط صمیمانه و راهنمایی درباره انتخاب شرکای مناسب و تعمیم تصمیمات درون جلسه درمان به بیرون از جلسه درمان، آموزش داده شد تعدیل ابراز احساسات و نیازهای بیمار به شیوه مناسب، درک و بازشناسی و کشف تمایلات طبیعی و پیروی از آن‌ها در موقعیت‌های روزمره و تصمیمات مهم زندگی، اطمینان به درمانجو که درمانگر پایگاه باثبات است که می‌تواند در صورت لزوم به او مراجعه کند.

روش اجرا. ابتدا پیش‌آزمون بر روی اعضای گروه‌های آزمایش و گواه اجرا شد، سپس گروه‌های آزمایش در معرض متغیر مستقل (درمان مبتنی بر هیجان و طرحواره درمانی) قرار گرفتند؛ اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد (در واقع گروه گواه از نوع لیست انتظار است، بدین معنی که پس از خاتمه پژوهش اعضای گروه گواه نیز از یکی از مداخلات بهره برده است). در پایان دوره‌ها از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد، بعد از گذشت دو ماه از پس‌آزمون جهت ارزیابی میزان ماندگاری درمان، مجدداً گروه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند تا تأثیر مداخله در مرحله پیگیری هم مشخص گردید. داده‌ها از نسخه ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS و روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان گروه آزمایشی درمان هیجان مدار برابر با $34/13$ ($3/10$)، گروه طرح‌واره درمانی برابر با $33/74$ ($2/82$) و گروه گواه برابر با $34/41$ ($3/23$) بود.

جدول ۱. بررسی میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های پژوهش در تنظیم هیجان در سه مرحله

مؤلفه	مرحله	گروه گواه		درمان هیجان مدار		طرح‌واره درمانی
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
		معیار	معیار	معیار	معیار	معیار
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۵۸/۳۰	۴/۰۵	۵۷/۴۰	۳/۴۳	۵۸/۰۶
	پس‌آزمون	۵۷/۴۸	۳/۵۷	۵۰/۵۳	۴/۴۲	۵۱/۲۶
	پیگیری	۵۷/۶۲	۳/۲۰	۴۸/۴۱	۱/۰۵	۵۰/۴۶

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم هیجان به تفکیک برای افراد گروه‌های گواه، درمان هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانی، در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در گروه گواه میانگین نمرات در

پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد؛ ولی در گروه‌های آزمایش، شاهد کاهش نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون بوده است. پیش از انجام آزمون فرضیه‌ها باید به آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها پرداخت. این امر کمک می‌کند که محقق بتواند آزمون آماری مناسب را جهت آزمون فرضیه‌ها انتخاب نماید. بدین منظور از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۱ جهت تشخیص نوع توزیع داده‌ها استفاده شده است. بدین منظور توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش در سطح معناداری ۰/۰۵، مورد بررسی قرار گرفته‌اند که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف			آزمون لوین			موخلی
		درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	
تنظیم هیجان	هیجان مدار	۱۵	۰/۱۹	۰/۱۱	۴۲	۳/۵۲	۰/۰۷	۰/۲۱
	طرح‌واره‌درمانی	۱۵	۰/۱۸	۰/۱۷				۰/۸۹
	گواه	۱۵	۰/۱۹	۰/۱۱				۳/۱۰

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد آزمون کولموگروف-اسمیرنوف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در تنظیم هیجان است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست؛ از این رو یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته معنی‌داری نبوده و مفروضه کرویت برقرار است؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر تنظیم هیجان آن سه گروه در سه مرحله

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
درمان هیجان	مراحل مداخله	۲۰۶/۴۵	۲	۱۰۳/۲۲	۲/۳۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵۷
مدار	مراحل × گروه	۲۹۸/۱۶	۲	۱۴۹/۰۸	۸/۸۷۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۴
	بین گروهی	۴۹۵/۸۹	۲	۲۴۷/۵۸	۱۳/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۰
طرح‌واره	مراحل مداخله	۲۸۹/۴۱	۲	۱۴۴/۷۰	۳/۱۸۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
درمانی	مراحل × گروه	۳۰۱/۷۵	۲	۱۵۰/۸۷	۳/۸۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰۱
	بین گروهی	۴۰۲/۹۸	۲	۲۰۱/۴۹	۹/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷

1. Kolmogorov- Smirnov Test

کاربردی

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که تعامل مراحل با هر دو گروه درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی در سه مرحله اندازه‌گیری تنظیم هیجانی به ترتیب با اندازه اثر ۰/۴۹۰ و ۰/۴۰۷ مؤثر بوده است ($P=۰/۰۰۱$). این موضوع بیانگر وجود اثر اصلی مربوط به عامل تکرار (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و همین‌طور اثر تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری) است. به منظور مقایسه زوجی میانگین نمرات در طی مراحل اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بن‌فرونی مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان

گروه	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
طرح‌واره درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۴۴	۰/۲۹	۰/۰۰۱
	پیگیری		-۱/۴۸	۰/۳۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۲	۰/۲۳	۰/۰۰۱
درمان هیجان‌مدار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۴۳	۰/۲۹	۰/۰۰۱
	پیگیری		-۲/۶۶	۰/۳۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۶	۰/۲۳	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول بالا، از روند مقایسه‌های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات تنظیم هیجان در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه‌های طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت و درمان هیجان‌مدار آورده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در هر دو گروه درمان هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان هیجان‌مدار، در مقایسه با طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت بیشتر است، از همین رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر تنظیم هیجان زنان با اختلال شخصیت مرزی انجام شد. برای مقایسه اثربخشی دو گروه، از آزمون تحلیل واریانس دوعاملی (دو راهه) با اندازه‌گیری مکرر روی یک عامل استفاده شد که نتایج تفاوت میانگین نشان داد که تنظیم هیجان برای هر دو گروه درمان هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت معنی‌دار است ($P<۰/۰۱$). با توجه به بالاتر بودن میزان اندازه اثر مربوط به گروه درمان هیجان‌مدار در مقایسه با طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهنیت، نتیجه گرفته می‌شود، درمان هیجان‌مدار نسبت به طرح‌واره درمانی بر تنظیم

هیجان زنان با اختلال شخصیت مرزی مؤثرتر بوده است. این نتیجه با پژوهش برنارد و همکاران در سال ۲۰۲۰، نیمن و همکاران در سال ۲۰۲۱، داروس و همکاران در سال ۲۰۱۹، فرهنگیان و همکاران در سال ۲۰۲۰ و دارئوس و همکاران در سال ۲۰۱۸ همسو است.

در تبیین این نتایج باید به این نکته اشاره کرد که در واقع هیجان‌ات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد و قطع رابطه با دیگران سودمند واقع گردند (تیگو و همکاران، ۲۰۱۸)؛ اما تعدیل و تنظیم آن‌ها از طریق آموزش‌های روان‌شناختی مانند رویکرد هیجان مدار می‌تواند، نقش مؤثری بر کنترل عملکردهای مخرب افراد داشته باشد؛ زیرا هیجان‌ها به عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات فرسودگی عمل می‌کنند (پلینیر پی آل و همکاران، ۲۰۱۲)، به عبارت دیگر، چون هیجان‌ات نقش مهمی در فرسودگی ایفا می‌کنند و آموزش این روش‌ها به افراد که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند، به منظور تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباطاند که باعث مراقبه مؤثر با موقعیت‌های وسوسه‌آمیز و استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. در واقع نقش درمان متمرکز بر هیجان به عنوان افزایش پردازش عاطفی به معنای اکتشاف و غلبه بر هیجان‌ات ناقصی که ممکن است از آسیب‌های پیچیده تأسّف‌بار باشند توصیف شده است این درمان به منظور تغییر طرح‌واره‌های هیجانی، تکلیف‌های متنوعی را ایجاد کرده است که شامل مجموعه روابط، تجربه و باز پردازش مبتنی بر همدلی و تکالیف نمایشی می‌باشند و آموزش هیجان مدار می‌تواند، با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای مطلوب برای جلوگیری از واکنش‌های هیجانی را داشته باشد. یکی از پیش‌فرض‌های رویکرد هیجان مدار آن است که جلوگیری از ابراز هیجان‌های اولیه موجب آسیب زدن به مرز گذاری سالم، خشم ناشی از احترام قائل شدن به خود و سوگواری در مواقع لازم می‌شود؛ درمان هیجان مدار پیشنهاد می‌دهد که هیجان‌ات انسانی خاصیت سازگاری ذاتی دارند و در صورت فعال بودن می‌توانند به مراجعه‌کنندگان کمک کنند تا حالت هیجانی مشکل‌ساز و یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. هیجان‌ات خود مانع درمان نمی‌شوند؛ اما ناتوانی در مدیریت و استفاده از هیجان‌ات مشکل‌ساز می‌شوند؛ زیرا هیجان‌ات با بیشتر نیازهای ضروری ما مرتبط می‌باشند. همچنین پردازش کافی و مناسب هیجان‌های حل نشده، تبدیل و استحاله آن را در پی دارد، گرینبرگ پیشنهاد کرد که در خلال درمان گاهی لازم است مراجعان به صحبت کردن درباره خیال‌پردازی‌هایشان درباره انتقام‌گیری ترغیب شوند (کرینبرگ، ۲۰۰۴)، بنابراین اجرای صندلی خالی و گفت‌وگو با فرد آسیب‌رسان و انتقام خیالی از فرد آسیب‌رسان موجب رهاشدگی از احساس‌های درخودفرورفتگی شد. از طرف دیگر سازوکار اصلی تغییر در روان‌درمانی هیجان مدار عبارت است از پردازش هیجانی و فرایندهای مبرم معناسازی. از دیدگاه هیجان مدار تغییر هنگامی روی می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و دگرگونی هیجان معنا می‌یابد (پاس، کرینبرگ و الیوت، ۲۰۰۸)؛ همه این عوامل در بستر رابطه‌ای همراه با همدلی، اتحاد درمانی و اعتباربخشی به تجربه توانستند کمک شایانی به کاهش استفاده از راهبردهای منفی مقابله‌ای به آزمودنی‌های پژوهش حاضر کنند. بعلاوه، اجرای فن صندلی خالی و گفت‌وگوهای ناتمام با فرد آسیب‌رسان و بررسی و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد سهم

کارپردی

عمده‌ای در کاهش استفاده از راهبردهای منفی مقابله‌ای در زنان مبتلا به شخصیت مرزی شرکت‌کننده در مطالعه حاضر ایفا کرد. به طور کلی درمان متمرکز بر هیجان برای تغییر هیجانات مشکل‌دار که به اختلالات روانی مربوط می‌شوند مفید است. فرض نظری هسته‌ای این درمان آن است که هیجانات به طور ذاتی خاصیت انطباقی دارند و اطلاعات مهمی را ارائه می‌دهند و از طریق یادگیری در داخل طرحواره‌های هیجانی، شبکه‌های شناختی، احساسات جسمانی و اعمال برانگیخته شده توسط محرک‌های درونی و بیرونی در افراد سازمان داده می‌شوند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد مطالعه شده به زنان مرزی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی و روانشناسی تهران اشاره کرد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌کند. به علاوه، داده‌های این تحقیق با استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی جمع‌آوری شد و ممکن است این ابزارها به سوگیری پاسخ شرکت‌کنندگان منجر شود. در نهایت با توجه به اینکه رویکرد درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتر و معناداری نسبت به طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت داشته است. در این خصوص پیشنهاد می‌شود با توجه به نتایج به دست آمده در حالت مشابه در روند درمان زنان دارای اختلال شخصیت مرزی به محوریت تنظیم هیجان آنان رویکرد درمانی هیجان مدار استفاده گردد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد؛ همچنین با توجه به شرایط و محل اجرای مداخله به شرکت‌کنندگان حاضر در گروه‌های آزمایش اطمینان داده شد که هر زمان که تمایلی به ادامه جلسات آموزشی نداشتند می‌توانند پژوهش را خاتمه داده و جلسات را ترک کنند.

تضاد منافع: هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

منابع

- اسمری برده زرد، یوسف، خانجانی، سجاد، موسوی اصل، اسماعیل، دولت‌شاهی، بهروز. (۱۴۰۰) اثربخشی درمان هیجان محور بر اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در اختلال پرخوری. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۷ (۱): ۲-۱۵
- پیرانی، ذبیح‌الله. (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 (مطالعات تربیتی و روان‌شناسی)، ۷(۱): ۷۷-۸۸.
- تیموری زهره، مجتبیایی مینا، رضازاده سید محمدرضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۳۰ (۲): ۱۴۳-۱۳۰
- سلطان‌الکتابی، مرضیه. (۱۳۹۳). مقایسه دیدگاه‌های طرحواره درمانی، روان‌پویایی و آزادی درمانی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۸۸: ۷۲-۷۴

فرهنگیان، سیمین، میهن دوست، زینب، و احمدی، وحید. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*. ۹ (۴): ۵۳-۶۳

محبی، سمیه، و شکری، امید، و پورشهریار، حسین. (۱۳۹۷). تأثیر برنامه آموزش تاب‌آوری بر ارزیابی‌های شناختی، مقابله و هیجان‌ها. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱۵ (۵۷): ۸۳-۹۹.

References

- Bernard, L., & Walburg, V. (2020). Efficacy of a Brief Cognitive-Emotional Group Intervention for Patients with Borderline personality disorder. *Psychologie Française*, 65(3), 185-196.
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1143-1156.
- 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
- 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.
- Daros, A. R., Guevara, M. A., Uliaszek, A. A., McMain, S. F., & Ruocco, A. C. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in borderline personality disorder: diagnostic comparisons and associations with potentially harmful behaviors. *Psychopathology*, 51(2), 83-95.
- Fernández-Dols, J. M., Carrera, P., & Crivelli, C. (2011). Facial behavior while experiencing sexual excitement. *Journal of Nonverbal Behavior*, 35(1), 63-71.
- Fitzpatrick, S., Liebman, R. E., & Monson, C. M. (2021). The borderline interpersonal-affective systems (BIAS) model: Extending understanding of the interpersonal context of borderline personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 101983.
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-15.
- Gratz, K. L., Moore, K. E., & Tull, M. T. (2016). The role of emotion dysregulation in the presence, associated difficulties, and treatment of borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), 344.
- Greenberg, (2004). Washington, DC: American Psychological Association, 2002, 337 pp., ISBN 1-55798-881-1, US\$39.95. *Clinical Psychology Review*;24(2):255-7
- Johnson, S. M., Greenman, P. S., & Wiebe, S. (2019). Emotionally focused therapy for couples: At the heart of science and practice.
- Kaplan, C., Tarlow, N., Stewart, J. G., Aguirre, B., Galen, G., & Auerbach, R. P. (2016). Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Comprehensive psychiatry*, 71, 86-94.
- Matthews, G., Roberts, R. D., & Zeidner, M. (2003). Development of emotional intelligence. *Human development*, 46(2/3), 109-114.
- Minshawi, N. F., Hurwitz, S., Morriss, D., & McDougale, C. J. (2015). Multidisciplinary assessment and treatment of self-injurious behavior in autism spectrum disorder and intellectual disability: integration of psychological and biological theory and approach. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(6), 1541-1568.
- Moran, L. R., Kaplan, C., Aguirre, B., Galen, G., Stewart, J. G., Tarlow, N., & Auerbach, R. P. (2018). Treatment effects following residential dialectical behavior therapy for

کاربردی

- adolescents with borderline personality disorder. *Evidence-based practice in child and adolescent mental health*, 3(2), 117-128.
- Plener, P. L., Bubalo, N., Fladung, A. K., Ludolph, A. G., & Lulé, D. (2012). Prone to excitement: Adolescent females with non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 203(2-3), 146-152.
- Pos AE, Greenberg LS, Elliott R. (2008) experiential therapy. In: Lebow JL. Twenty-first century psychotherapies: contemporary approaches to theory and practice. New Jersey: John Wiley & Sons; pp: 80–122
- Sadock, E. (2015). *Evaluation of psychological services for anxiety and depression provided in a university-based primary care clinic*. Virginia Commonwealth University.
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbuto, D., ... & Amore, M. (2017). The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 149.
- Teo, J., & Chia, J. T. (2018, September). EEG-based excitement detection in immersive environments: An improved deep learning approach. In *AIP Conference Proceedings* (Vol. 2016, No. 1, p. 020145). AIP Publishing LLC.
- Young, JGES, Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York,
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the predicting role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33, 59–68.

پرسشنامه تنظیم هیجان

تنظیم هیجان	کاملاً مخالفم	مخالفم	تأخوری مخالفم	خنثی	تأخوری موافقم	موافقم	کاملاً موافقم
۱- وقتی می‌خواهم هیجان مثبت تری داشته باشم (مثل لذت یا سرگرمی) آنچه درباره اش فکر می‌کنم را تغییر می‌دهم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۲- هیجاناتم را برای خودم نگه می‌دارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۳- وقتی می‌خواهم احساس منفی کمتری داشته باشم (مثل ناراحتی یا عصبانیت) آنچه درباره اش فکر می‌کنم را تغییر می‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۴- وقتی هیجان منفی دارم، دقت می‌کنم آن را نشان ندهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۵- وقتی با شرایط تنش‌زا مواجه می‌شوم، خود را مجبور می‌کنم طوری فکر کنم که مرا آرام نگه دارد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۶- من هیجاناتم را با نشان ندادنشان کنترل می‌کنم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۷- وقتی می‌خواهم هیجان مثبت‌تر احساس کنم، راه فکر کردن درباره شرایط را عوض می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۸- من هیجاناتم را با تغییر روش فکر کردن به شرایط که در آن هستم کنترل می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۹- وقتی هیجان منفی دارم، مطمئنم که آن را نشان می‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۰- وقتی می‌خواهم کمتر هیجان منفی داشته باشم، روش فکر کردن به شرایط را تغییر می‌دهم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

Comparison of the Effectiveness of Emotionally-Focused Therapy (EFT) and Mindfulness-Based Schema Therapy (MBST) on Emotion Regulation in Women with Borderline Personality Disorder (BPD)

Maryam. Afsar¹, Fariba. Hassani^{*2}, Valiollah. Farzad³ & Fatemeh Golshani⁴

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the effectiveness of emotionally-focused therapy (EFT) and mindfulness-based schema therapy (MBST) on emotion regulation in women with borderline personality disorder (BPD). **Methods:** This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group with a follow-up phase. The statistical population included all women with BPD who were referred to counseling and psychology centers in Tehran in 2021, of which 45 were selected by convenient sampling and randomly assigned to three groups (15 in the EFT group, 15 people in the MBST group, and 15 in the control group). All three groups were first assessed using the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) (Gras et al., 2003). The EFT group then received Susan Johnson (2019) therapy package and the MBST group received Young, Colosco, and Vishar (2003) for ten 90-minute sessions. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA. **Results:** The research results indicated that the cognitive-behavioral therapy and schema therapy groups were effective in improving self-compassion ($F=10.70$, $P=0.018$) in men and women with type 2 diabetes. The findings also indicated that cognitive-behavioral therapy and schema therapy groups were effective in improving self-compassion ($F=4.54$, $P=0.018$), self-judgment ($F=6.25$, $P=0.005$), and projective identification ($F=3.45$, $P=0.043$), and the effect was also stable at the follow-up stage. The results of the post hoc test also indicated that there was no difference between scores of cognitive-behavioral and schema therapy groups in self-compassion and self-compassion, self-judgment, and projective identification ($p>0.05$). **Conclusion:** Considering the greater effectiveness of EFT than MBST, it can be concluded that EFT can be used as an effective therapy in the treatment of BPD.

Keywords: *borderline personality disorder (BPD), emotion regulation, emotionally-focused therapy (EFT), mindfulness-based schema therapy (MBST)*

1. PhD Student, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Email: far.hassani@iauctb.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran