

Comparison of the effectiveness of individual schema therapy with and without supportive therapy in reducing the symptoms of patients with borderline personality disorder

Kianoosh Azizi¹, Mokhtar Arefi², Omid Moradi³, Alireza Nazemi⁴

1- PhD Student, Department of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran (Corresponding Author). E-mail: M.arefi@iauksh.ac.ir

3- Associate Professor, Department of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

4- Psychiatrist, Department of Psychiatry, Quds Hospital, Sanandaj, Iran.

Received: 11/12/2022

Accepted: 11/04/2023

Abstract

Introduction: Borderline personality disorder is a type of mental health problem, which affects the patient's way of thinking and feeling about oneself and others and causes problems in daily functioning.

Aim: This study aimed to compare the effectiveness of individual schema therapy, with and without supportive therapy, in alleviating the symptoms of patients with borderline personality disorder.

Method: This empirical semi-experimental study, with a pretest-posttest control group design, was conducted on a statistical population, consisting of all patients with borderline personality disorder, referred to Quds Hospital of Sanandaj, Iran, during 2020-2021. Via convenience sampling, 45 patients were selected and divided into three groups of 15 people. Weaver and Clum's Borderline Personality Disorder Severity Index (1993) was used for data collection. To analyze the data, multivariate analysis of variance and t-test were performed in SPSS Version 22.

Results: The results showed a significant difference in the symptoms of borderline personality disorder between the two groups ($P \leq 0.01$). Also, pretest-posttest comparisons indicated that the mean score of borderline personality disorder symptoms decreased by 0.97 in the individual schema therapy group without supportive treatment and by 1.12 in the individual schema therapy group with supportive therapy.

Conclusion: Since there was a significant difference between individual schema therapy, with and without supportive therapy, in alleviating the symptoms of patients with borderline personality disorder, it is recommended to implement individual schema therapy, along with supportive therapy for the treatment of this disorder.

Keywords: Schema therapy, Individual therapy, Supportive therapy, Borderline personality disorder

How to cite this article: Azizi K, Arefi M, Moradi O, Nazemi A. Comparison of the effectiveness of individual schema therapy with and without supportive therapy in reducing the symptoms of patients with borderline personality disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023; 10(3): 32-42. URL: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1623-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and build upon the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی فردی با و بدون درمان حمایتی در کاهش نشانگان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی

کیانوش عزیزی^۱، مختار عارفی^۲، امید مرادی^۳، علیرضا ناظمی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: M.arefi@iauksh.ac.ir

۳. دانشیار، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۴. روانپزشک، بخش روانپزشکی، بیمارستان قدس، سنندج، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۲۰

چکیده

مقدمه: اختلال شخصیت مرزی نوعی بیماری است که بر نحوه تفکر و احساس بیمار در مورد خود و دیگران تأثیر می‌گذارد و باعث اشکال در عملکرد روزمره فرد می‌شود.

هدف: این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی فردی با و بدون درمان حمایتی در کاهش نشانگان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به بیمارستان قدس شهر سنندج در طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش در دسترس و ۴۵ بیمار به عنوان نمونه در سه گروه ۱۵ نفری جایدهی شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه ارزیابی شاخص‌های اختلال شخصیت مرزی ویور و کلام (۱۹۹۳) بود. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون t با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین ابعاد نشانگان اختلال شخصیت مرزی در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/01$). همچنین در مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون، میانگین مؤلفه‌های نشانگان اختلال شخصیت مرزی در بیماران گروه طرحواره درمانی فردی بدون درمان حمایتی ۰/۹۷ و در گروه طرحواره درمان فردی با درمان حمایتی ۱/۱۲ کاهش یافته بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بین طرحواره درمانی فردی با و بدون درمان حمایتی در کاهش نشانگان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد، پیشنهاد می‌گردد که در درمان این اختلال، از طرحواره درمانی فردی همراه با درمان حمایتی استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، درمان فردی، درمان حمایتی، اختلال شخصیت مرزی

مقدمه

کاهش اختلال شخصیت مرزی برداشت (عیسایی، صیرافی، کراسکیان، برجعلی و رنجبری پور، ۱۴۰۰). در سال‌های گذشته اختلال شخصیت مرزی به عنوان یک اختلال غیر قابل درمان در نظر گرفته می‌شد، با این حال، امروزه با روش‌های روان درمانی متعددی که حمایت تجربی دارند و از جهت‌گیری‌های درمانی مختلف برخوردارند و به‌طور تخصصی برای اختلال شخصیت مرزی طراحی شده‌اند، می‌توان این اختلال را درمان کرد (چوهی کین، فینچ، ماسلاند، جنکینز و آنرو^{۱۳}، ۲۰۱۷). یکی از رویکردهای درمانی مورد استفاده در درمان اختلال شخصیت مرزی، طرحواره درمانی^{۱۴} است (پرسکو، ویسکوسیلووا، سیدلاکووا، اوسیزکووا و گرامبل^{۱۵}، ۲۰۱۴). مرور پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که طرحواره درمانی جهت درمان اختلال شخصیت مرزی و دیگر اختلالات روانی مورد استفاده قرار گرفته است (تان، لی، اوردیک، برندی ویلد، فارل و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۸؛ جاکوب، هاور، کهن، اسمان، شایچ و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۹؛ وتزلر، فارل، اورز، جاکوب، لی و همکاران^{۱۸}، ۲۰۱۸).

گیسن بلو و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیق خود با هدف مقایسه طرحواره درمانی با روان درمانی مبتنی بر انتقال در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بیان کردند که هر دو روش درمانی منجر به افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی شد، و نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر روان درمانی مبتنی بر انتقال برتری دارد (گیسن بلو، وان دیک، اسپین بوون، وان

اختلال شخصیت مرزی^۱ برای اولین بار در طبقات رسمی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ وارد شد و شامل افرادی بود که دچار رفتارهای خودتخریبی، تکانشگری، آشفتگی‌های هویتی و خشم نامتناسب بودند و در نسخه چهارم، علائم دیگری شامل باورهای پارانوئیدی گذرا و مرتبط با رویداد استرس‌زا و همچنین علائم تجزیه‌ای شدید به تشخیص اضافه شد (استین، راینولو و پرجس^۳، ۲۰۱۷). طبق بررسی انجام شده در سال ۲۰۱۵ در ایران، آمار شیوع انواع اختلالات شخصیت شامل: اختلال شخصیت اسکیزوئید^۴ ۹/۴ درصد، اختلال شخصیت پارانوئید^۵ ۳/۲ درصد، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال^۶ ۶/۰ تا ۶/۴ درصد، اختلال شخصیت ضداجتماعی^۷ ۳/۳ درصد، اختلال شخصیت مرزی^۸ ۶/۱ درصد، اختلال شخصیت نمایشی^۹ ۸/۱ درصد، اختلال شخصیت وسواسی^{۱۰} ۴/۲ درصد، اختلال شخصیت وابسته^{۱۱} ۶/۰ درصد، اختلال شخصیت دوری‌گزین^{۱۲} ۴/۲ درصد، اعلام شد. با توجه به درصد بالای اختلال شخصیت مرزی می‌توان به اهمیت آن پی برد (شریفی، امینی اسماعیلی، حاجبی، متولیان، راد گودرزی و همکاران، ۲۰۱۵). لذا با توجه به شیوع اختلال شخصیت مرزی در سطح جامعه و نقش مخرب آن باید به الگوهای درمانی متفاوتی توجه نمود (پیری، حسینی، اسدی و شریعت نیا، ۱۳۹۹) تا بتوان گام مؤثری در کنترل و

¹- Borderline Personality Disorder

²- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

³- Austin, Riniolo & Porges

⁴- Schizoid Personality Disorder (SPD)

⁵- Paranoid (PPD)

⁶- Schizotypal (STPD)

⁷- Antisocial (ASPD)

⁸- Borderline (BPD)

⁹- Histrionic (HPD)

¹⁰- Obsessive- Compulsive (OCPD)

¹¹- Dependent (DPD)

¹²- Avoidant (APD)

¹³- Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins & Unruh

¹⁴- Schema Therapy

¹⁵- Prasko, Vyskocilova, Sedlackova, Ociskova & Grambal

¹⁶- Tan, Lee, Averbek, Brand-de Wilde, Farrell & et al

¹⁷- Jacob, Hauer, Köhne, Assmann, Schaich & et al

¹⁸- Wetzelaer, Farrell, Evers, Jacob, Lee & et al

سبک درمان، پیشگیری و کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی کمک کرد. لذا این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی فردی، با و بدون درمان حمایتی در کاهش نشانگان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به بیمارستان قدس شهر سنج در طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. حجم نمونه ۴۵ نفر بود که به صورت در دسترس انتخاب و به روش گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایدهی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی براساس نظر روانپزشک و نتیجه آزمون اختلال شخصیت مرزی، نداشتن اختلال‌های روانی دیگر که در نتیجه تأثیرگذار باشند، رضایت بیمار و خانواده، داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ همچنین معیارهای خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه و عدم شرکت در جلسات درمانی بیش از دو جلسه بود.

جهت انجام ملاحظات اخلاقی رضایت تمامی بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه و نیازی به درج نام نیست. پرسشنامه شدت شاخص‌های اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان پیش‌آزمون از هر سه گروه گرفته شد. سپس توسط نویسنده اول (دانشجوی دوره دکترای تخصصی) برای گروه آزمایش ۱ و ۲ تکنیک‌های

تیلبورگ، دایرسن و همکاران^۱، (۲۰۱۸). در مطالعه‌ای دیگر که در آن نتایج طرحواره درمانی بر روی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در یک دوره ۱/۵ ساله مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد که طرحواره درمانی به شکل معنی‌داری علائم اختلال شخصیت مرزی را پس از درمان کاهش می‌دهد (نادورت، آرتز، اسمیت، گیسن بلو، ایکلین بوم و همکاران^۲، ۲۰۱۹).

در مواقعی که درمانگر احساس می‌کند تفسیرهایش برای مددجو دردناک و بالقوه پریشان کننده است و یا مددجو حالت بحرانی دارد، توصیه‌های حمایتی خود را بر فرایند تحلیل روانی و تفسیر اضافه می‌کند و از درمان حمایتی استفاده می‌کند. در حالت مزمن و حالت کمکی یا تکمیل درمان، برای بیماران روانی با مشکلات مزمن روان درمانی حمایتی بکار می‌رود (صاحبی، ۱۳۹۷). در این موارد، هدف درمانگر از اطمینان آفرینی یا ارائه توصیه‌های حمایتی آن نیست که مددجو این توصیه‌ها را به‌عنوان وسیله‌ای برای اطمینان‌بخشی یا دل‌داری دادن از طرف درمانگر تعبیر کند، بلکه هدف اصلی درمانگر از ارائه توصیه‌های حمایتی آن است که قدرت بخش "خود" شخصیت مددجو را در مواجهه با گسستگی احتمالی، افزایش دهد (آزادیکتا و محمدیان، ۱۳۹۸).

پیشینه پژوهش حاکی از آن است که مطالعات دیگر اثربخشی طرحواره درمانی فردی و درمان حمایتی را به‌صورت جداگانه بررسی نموده‌اند، لذا از لحاظ کاربردی با انجام این پژوهش می‌توان به تدوین برنامه‌های مداخلاتی و طرحواره درمانی‌های تلفیقی در شکل‌دهی و حمایت از بیماران در کنترل این عارضه و آموزش خانواده (والدین، همسر و غیره) در راستای تغییر در

¹ Giesen-Bloo, Van Dyck, Spinhoven, Van Tilburg, Dirksen & et al

² Nadort, Arntz, Smit, Giesen-Bloo, Eikelenboom & et al

تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها از آمار توصیفی و جهت مقایسه اثربخشی روش‌های طرحواره درمانی فردی و حمایتی بر اختلال شخصیت مرزی از آزمون تحلیل واریانس مکرر با آزمون تعقیبی شفه و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. محتوای خلاصه جلسات طرحواره درمانی فردی و درمان حمایتی در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

طرحواره درمانی فردی قربانعلیپور و عباسی (۱۳۹۱) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای ۲ جلسه، و همچنین برای گروه آزمایش ۲ تکنیک‌های درمان حمایتی مولایی، عابدین و حیدری (۲۰۱۰) به صورت گروهی و دوبار در هفته، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. سپس یک هفته پس از اتمام جلسات از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. در پایان پژوهش گروه کنترل نیز مداخلات را دریافت نمودند. در این پژوهش جهت

جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی فردی (قربانعلیپور و عباسی، ۱۳۹۱)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط: درک بیمار و بررسی چگونگی شکل‌گیری و ابقاء مشکل
دوم	آموزش: آموزش به بیمار در خصوص ماهیت اختلال، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش الگوی شناختی رفتاری و ایجاد یک توافق درمانی
سوم	بررسی افکار، پیش‌بینی‌ها و پسا‌پسیندها: شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین
چهارم	شناسایی افکار تحریف‌شده: ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی و شناسایی تحریف‌های شناختی
پنجم	مواجهه و اصلاح افکار ناکارآمد: مواجهه با اجتناب‌ها و اصلاح تحریف‌های شناختی، تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی
ششم	آموزش الگوی طرحواره محور: آموزش الگوی طرحواره درمانی و مفهوم‌سازی مشکل بیمار در قالب طرحواره‌ها
هفتم	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد: شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، شناسایی حوزه‌ها، فرایندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ای
هشتم	اصلاح طرحواره استفاده از تکنیک‌های هیجانی (بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته، گفتگوی خیالی با والدین، بحث و گفتگو در مورد وقایع فعلی، تصویر سازی ذهنی و تخلیه هیجانی) استفاده از تکنیک‌های رفتاری (حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره)

جدول ۲ خلاصه جلسات طرحواره درمانی حمایتی (مولایی، عابدین و حیدری، ۲۰۱۰)

جلسه	محتوای جلسه
اول	تقویت کارکرد بهینه روانشناختی و اجتماعی بیمار: بازپروری و تقویت توانایی‌ها برای اداره زندگی خویش. الف) از طریق رفع سوء تفاهم‌ها و تردیدهایی که ممکن است بیمار داشته باشد. ب) از طریق خاطر نشان ساختن توانایی‌ها و پتانسیل‌های بالقوه بیمار تکالیف: گوش دادن، مکالمه با نزدیکان و افراد حمایت‌گر (دوست صمیمی / خانواده / همکار و ...)
دوم	تقویت هرچه بیشتر احترام به خویش و عزت‌نفس در بیمار: برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و توانایی‌های واقعی فرد. برای آنکه اطمینان‌بخشی مؤثر واقع شود، لزوماً بایستی مبنای واقعی داشته باشد. تکالیف: تطبیق مشکلات فرد با توانایی افراد حمایت‌گر فرد

<p>آگاه نمودن بیمار نسبت به واقعیت محدودیت‌ها و آنچه دست‌یافتنی یا دست‌نیافتنی است: تأکید اصلی بر مسائل عملی زندگی فرد همانند مسائل دخل و خرج، بهداشت شخصی، خواب و تغذیه از جمله اساسی‌ترین مسائل است.</p> <p>تکالیف: توضیح مسائل علمی روزمره و واقعیت موجود و خارجی که بیمار به طور روزانه با آن‌ها سروکار دارد.</p>	<p>سوم</p>
<p>پیشگیری از بازگشت مجدد بیماری و تلاش برای جلوگیری از پسرقت یا بستری شدن دوباره بیمار: تغییر شکل، چگونگی برخورد با مسئولین بالاتر به هنگام درخواست تقاضایی معقول یا در مورد مسائل مربوط به خانواده مثل چگونگی رابطه هر چه بهتر با والدین سالخورده و چگونگی برخورد با یک پسر نوجوان عصیانگر یا در مورد اوقات فراغت مثل چگونگی پیوستن به یک کلوپ اجتماعی و نحوه مشغول شدن با یک سرگرمی خاص.</p> <p>تکالیف: ثبت تغییرات انجام شده و دفعات تکرار آن</p>	<p>چهارم</p>
<p>توانا ساختن بیمار و کاهش وابستگی: با تأثیرگذاری صریح یا غیر صریح بر بیمار او را به انجام یک سری تغییرات وادار نماید.</p> <p>گفت‌وگو در رابطه با تجربه‌های خوشایند و تشویف به تداوم</p> <p>تکالیف: استفاده از روش تلقین و تشویق</p>	<p>پنجم</p>
<p>جابه‌جایی منبع حمایت: جابه‌جایی منبع حمایت (نه لزوماً تمامی آن) از کارشناس بهداشتی به خانواده یا دوستان به شرط آنکه خانواده و دوستان قابل دسترس باشند و بتوانند نقش حامی را ایفا نمایند</p> <p>تکالیف: اولویت‌بندی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار افزایش انگیزه برای تغییر رفتار</p>	<p>ششم</p>
<p>تغییرات مؤثر در محیط بیمار: در این فرایند تماس‌های اجتماعی، البته به شیوه حمایتی افزایش یابد تا بیمار از دستیابی به اهداف شادی‌آفرین و بارز لذت‌برد.</p> <p>الف) کار مستقیم با بیمار از راه کمک به او، مانند یک شغل مناسب یا تماس با مقامات ذی‌صلاح برای دریافت کمک مالی (بیمه بیماری) یا کمک‌های مالی دیگر (تأمین اجتماعی، حقوق بیکاری) یا ایجاد رابطه بین بیمار و کلوپ‌های اجتماعی مناسب و مانند آن (در این جنبه‌ها مددکاران اجتماعی می‌توانند بیشترین کمک را بکنند).</p> <p>ب) کار با کسانی که در زندگی بیمار اهمیت ویژه‌ای دارند و به‌خصوص بستگان او. برای آنکه خانواده را بتوانیم به گونه‌ای مؤثر در درمان حمایتی شرکت دهیم باید آگاهی‌ها و راهنمایی‌های لازم و ضروری را به آنان ارائه دهیم.</p>	<p>هفتم</p>
<p>مرور و جمع‌بندی جلسات: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی</p> <p>تکالیف: تعیین زمان اجرای پس‌آزمون‌های مربوطه</p>	<p>هشتم</p>

ابزار

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: شامل سوابقاتی مربوط به سن، میزان تحصیلات و سابقه اعتیاد بود.

پرسشنامه شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی: این مقیاس به منظور اندازه‌گیری و ارزیابی اختلالات شخصیت مرزی در سال ۱۹۹۳ توسط ویور و کلاس^۲ طراحی و ساخته شده است. مقیاس شاخص‌های اختلال شخصیت مرزی از ۷۰ عبارت با ۹ مؤلفه شامل: ترک

شدن^۳، روابط بین فردی^۴، هویت^۵، تکانشگری^۶، رفتارهای خودکشی^۷، بی‌ثباتی عاطفی^۸، تهی بودن و بی‌ارزشی^۹، خشم‌های انفجاری^{۱۰} و افکار پارانوئید^{۱۱} تشکیل شده است. که براساس مقیاس ۱۰ درجه‌ای هرگز (صفر)، یک‌بار در سه ماهه گذشته (۱)، دو بار در سه ماهه گذشته (۲)، سه بار در سه ماهه گذشته (۳)، چهار تا پنج

³- Feeling rejected
⁴- Interpersonal relationships
⁵- Identity
⁶- Impulsiveness
⁷- Self-mutilating behaviors
⁸- Emotional instability
⁹- Feeling worthless
¹⁰- Explosive rages
¹¹- Paranoid thoughts

¹- Borderline Personality Disorder Severity Inventory (BPDSI)
²- Viour & Kelass

محتوا استفاده و پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد، که ضریب اعتبار مطلوبی است.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر از نظر جنسیت فقط شامل مردان بودند. از نظر تحصیلات، ۲۷ نفر (۶۰٪) دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۵ نفر (۱۱٪) فوق دیپلم، ۱۱ نفر (۲۴٪) کارشناسی، ۲ نفر (۵٪) کارشناسی و بالاتر بودند. از نظر سنی در میان پاسخ دهندگان ۵ نفر (۱۲٪) در رده سنی زیر ۲۵ سال، ۲۳ نفر (۵۲٪) رده سنی ۲۶-۳۵ سال، ۱۲ نفر (۲۷٪) رده سنی ۳۶-۴۵ سال، ۴ نفر (۹٪) رده سنی ۴۶ سال و بالاتر قرار داشتند. همچنین از میان ۴۵ نفر پاسخ دهنده، ۲۵ نفر (۵۵/۵۵٪) دارای سابقه اعتیاد و ۲۰ نفر (۴۴/۴۴٪) دارای عدم سابقه اعتیاد بودند. نتایج مربوط به نمرات اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های مورد مطالعه در دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

بار در سه ماهه گذشته یا یک بار در سه هفته (۴)، شش تا هفت بار در سه ماهه گذشته یا یک بار در دو هفته (۵)، هشت تا ده بار در سه ماهه گذشته یا دو بار در سه هفته (۶)، یک بار در هفته یا یازده تا پانزده بار در سه ماه (۷)، چند بار در هفته اما کمتر از نیمی از هفته (۸)، بیشتر از نیمی از هفته (۹)، روزانه (۱۰) تنظیم شده است. در تحقیق اولیه، میور و کلاس گزارش کردند این مقیاس از ویژگی روانسنجی مطلوبی برخوردار است، به طوری که پایایی این مقیاس برای اختلال شخصیت مرزی ۰/۹۲ گزارش شده است (آرتز، اپلس و سائسوردا، ۲۰۱۵). در ایران صلواتی (۱۳۸۶)، پایایی این پرسشنامه را بررسی و به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ گزارش شده است، و ۹ عامل این پرسشنامه، با تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است (مظاهری و گلشنی، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر جهت افزایش اعتبار، از روش روایی

جدول ۳ آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	آزمون	میانگین	انحراف معیار
نشاتگان اختلال شخصیت مرزی	طرحواره درمانی فردی بدون درمان حمایتی	۱۵	پیش‌آزمون	۵/۷۹	۰/۵۶
			پس‌آزمون	۴/۸۲	۰/۴۹
	طرحواره درمانی فردی با درمان حمایتی	۱۵	پیش‌آزمون	۵/۵۹	۰/۵۸
			پس‌آزمون	۴/۴۷	۰/۵۲
	گروه کنترل	۱۵	پیش‌آزمون	۶/۲۳	۵/۷۱
			پس‌آزمون	۰/۵۷	۰/۵۹

مداخله طرحواره درمانی فردی با درمان حمایتی با مقدار ۴/۴۷ بود. نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۴ ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۳ میتوان گفت که میانگین اختلال شخصیت مرزی پس‌آزمون در هر سه گروه نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است. بیشترین میانگین اختلال شخصیت مرزی در پس‌آزمون مربوط به گروه کنترل با مقدار ۵/۷۱ و کمترین میانگین مربوط به گروه

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس پیش آزمون و پس آزمون اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های مورد مطالعه

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	تفاوت پیش آزمون و پس آزمون	سطح معنی داری
درون گروهی	۱۴۱/۹۱	۲	۷۰/۹۵	۱۶/۷۰	۰/۰۰۱
بین گروهی	۱۷۸/۴۰	۲۸	۴/۲۴		
کل	۳۲۰/۳۱	۲۹			

وجود تفاوت معنادار بین گروه مداخله و گروه کنترل به مقایسه گروه‌ها براساس میانگین‌ها پرداخته شد. نتایج آزمون t مستقل در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج تحلیل واریانس نمرات اختلال شخصیت مرزی در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد که میزان تفاوت پیش آزمون و پس آزمون معنی دار بود. سپس با توجه به

جدول ۵ نتایج آزمون t مستقل نمرات طرحواره درمانی فردی با و بدون درمان حمایتی در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	سطح معناداری	آزمون t مستقل
طرحواره درمانی فردی بدون درمان حمایتی	پیش آزمون	۵/۷۹	۰/۸۸	۱۴/۷۹
	پس آزمون	۴/۸۲		۱۴/۸۰
طرحواره درمانی فردی با درمان حمایتی	پیش آزمون	۵/۵۹	۰/۹۶	۱۵/۰۲
	پس آزمون	۴/۴۷		۱۴/۹۹
گروه کنترل	پیش آزمون	۶/۲۳	۰/۸۹	۱۳/۰۵
	پس آزمون	۵/۷۱		۱۴/۲۳

بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌های مطالعات پیشین اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های هدف متفاوت را تایید می‌کند، هر چند مطالعات در حوزه ترکیب طرحواره درمانی‌ها و تأثیر آن بر نشانگان اختلال شخصیت اندک است، اما می‌توان جهت مقایسه با مطالعات پیشین به تحقیقاتی اشاره داشت که به بررسی ابعاد اختلال شخصیت مرزی پرداخته‌اند. لذا نتیجه تحقیق حاضر با نتایج مطالعه شبه آزمایشی قمری، صنوبر و آحادی (۱۳۹۳)، که نشان داد طرحواره درمانی فردی بر رفتار خودآسیبی و نوسان خلق تأثیر معنی داری داشت و افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی با سهولت

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات نشانگان اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های طرحواره درمانی فردی با و بدون درمان حمایتی، اختلاف معنی داری در سطح ۰/۰۰۱ وجود دارد. با مقایسه پیش آزمون و پس آزمون می‌توان دریافت که نشانگان اختلال شخصیت مرزی در بیماران با طرحواره درمان فردی بدون درمان حمایتی به اندازه ۰/۹۷ و در طرحواره درمان فردی با درمان حمایتی به اندازه ۱/۱۲ کاهش یافته است.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی فردی با و بدون درمان حمایتی در کاهش نشانگان

می‌شود و هدف آن، پی بردن فرد به افکار نادرست و اهداف غیرواقعی خود و تغییر ادراک، انگیزه‌ها، اهداف فردی و جایگزین کردن نگرش‌های جدید می‌باشد (حسین عبدی، کیمیایی و دمنجانی، ۱۳۹۵). از جنبه دیگر درمان حمایتی به بیمار کمک می‌کند احساس امنیت و مقبولیت کند، احساس کند کسی وجود دارد که او را حمایت و تشویق کند، خطری در کار نیست و نباید مضطرب باشد (صاحبی، ۱۳۹۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست آمده، می‌توان گفت طرحواره درمانی فردی با درمان حمایتی نسبت به درمان فردی بدون درمان حمایتی در کاهش نشانگان اختلال شخصیت مرزی موثر بوده است، از این رو می‌توان از طرحواره درمانی فردی با درمان حمایتی به عنوان روشی مناسب، کم هزینه و مؤثر در کاهش نشانگان اختلال شخصیت مرزی استفاده نمود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش از جمله: کمبود تحقیقات انجام شده در این زمینه در ایران، انجام پژوهش در شهرستان سنندج با ویژگی‌های جمعیت شناختی مذکور، نمونه‌گیری در دسترس و نادیده گرفتن سایر عوامل مؤثر بر اختلالات شخصیت مرزی؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی در مورد تأثیر تلفیق طرحواره‌های درمانی (فردی و خانواده محور) با درمان حمایتی بر روی افراد تحت درمان دارویی انجام شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکترای رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج به شناسه اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1399.027 می‌باشد.

بیشتری در مقایسه با رفتار خودآسیبی بهبود پیدا کرد، همسو بود. همچنین نتایج پژوهش و کیلی، کیمیایی و صالحی فدردی (۱۳۹۵)، حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی بود، و نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنی‌داری را در علائم اختلال شخصیت مرزی بخصوص در بی‌ثباتی هیجانی نشان داد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

همسو با نتایج پژوهش حاضر نتایج پژوهش لیون روت (۲۰۱۱) نشان داد که دریافت حمایت درمانی و روابط مادر- فرزند بر کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی دختران ۱۸ تا ۲۴ ساله، مؤثر بود. هم راستا با نتایج پژوهش حاضر کلیج و یانگ (۲۰۱۶) گزارش نمودند که درمان اختلال شخصیت مرزی با استفاده از طرحواره درمانی منجر به ایجاد ثبات هیجانی نسبی در بیماران حاد می‌شود به گونه‌ای که توانستند روابط دوطرفه با دیگران برقرار و احساس بهتری داشته باشند.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، یکی از دلایلی که ثابت کرده است که طرحواره درمانی، یک رویکرد مفید برای اختلال شخصیت مرزی است. طرحواره‌ها، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی در دوران کودکی و نوجوانی تشکیل و در سایر دوران زندگی تداوم می‌یابند، و روشی الهام گرفته از مدل‌های مختلف شناختی- رفتاری، دلبستگی، گشتالت روابط شی^۱، سازنده‌گرایی^۲ و روانکاوی^۳ می‌باشد (جاکوب و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در درمان فردی، سلامت روانی شخص به وسیله میزان علاقه اجتماعی او سنجیده

^۱- Object relations

^۲- Constructivism

^۳- Psychoanalysis

- group therapy on improving communication skills and problem solving of married women. *Research in Clinical and Counseling Psychology*, 7, 1-10. (In Persian)
- Jacob GA, Hauer A, Köhne S, Assmann N, Schaich A, Schweiger U. (2019). A schema therapy-based ehealth program for patients with borderline personality disorder (prioivi): Naturalis tic single-arm observational study. *JMIR Ment Health*, 5, e10983.
- Lynum RI, Wilberg T, Karterud S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(5), 469-477.
- Mazaheri M, Borjali A, Ahadi H, Golshani F. (2010). Effectiveness of dialectical behavior therapy in treatment of borderline personality disorder. *Journal of psychological researches*, 2(5), 1-25. (In Persian)
- Nadort M, Amtz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P. (2019). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder: a study design. *BMC Psychiatry*, 9, 64.
- Piri M, Hosseinaei A, Asadi J, Shariatnia K. (2020). Comparison of Effectiveness of Group Schema Therapy and Group Acceptance and Commitment Therapy on Symptoms of Borderline Personality Disorder of Patients with Substance Abuse. *Shefaye Khatam*, 8(4), 56-69.
- Prasko J, Vyskocilova J, Sedlackova Z, Ociskova M, Grambal A. (2014). Schema therapy for CBT therapists who treat borderline patients. *Acta Nerv Super Rediviva*, 56, 24-31.
- Qamari Kiwi H, Sanobar L, Ahadi S. (2013). Effectiveness of dialectical behavior therapy on self-injury and mood swings of borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 3(6), 93-111. (In Persian)
- Sahibi A. (2018). Supportive psychotherapy. *New Psychotherapy*, 9(10). (In Persian)
- Salavati M, Yazdan Dost R. (2017). Schema therapy (special guide for clinical psychologists). Tehran: Danje Publishing. (In Persian)
- نویسندگان مقاله بدینوسیله از شرکت کنندگان، همچنین از کلیه کارکنان و پرستاران شاغل در بیمارستان قدس سنندج به دلیل همکاری صمیمانه، کمال تقدیر و تشکر خود را ابراز می‌دارند. نویسندگان هرگونه تضاد منافع را رد می‌نمایند.

References

- Amtz A, Appels C, Sieswerda S. (2015). Hypervigilance in borderline disorder: a test with the emotional Stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders*, 14, 366-373.
- Austin MA, Riniolo TC, Porges SW. (2017). Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and cognition*, 65, 69-76.
- Azadikta M, Mohammadian M. (2018). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and psychodrama in depressed women, PhD thesis, Science and Research University. (In Persian)
- Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder?. *Curr Behav Neurosci Rep*, 4, 21-30.
- Eesaee S, Seirafi M, Keraskian Moojembari A, Borjali A, Ranjbaripoor T. (2021). Comparing the Effects of Individual and Group Schema Therapy on Depression and Anxiety in Adolescents. *MEJDS*, 11, 67-76.
- Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T. (2018). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 649-658.
- Hamid Pour H. (2016). Comparing the effectiveness of cognitive therapy with schema therapy in women with generalized anxiety disorder. Ph.D thesis. (In Persian)
- Hossein Abadi H, Kimiaei SA, Damanjani M. (2016). The effectiveness of cognitive-humanistic

- Sharifi V, Amin-Esmacili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, Rahimi-Movaghar A. (2015). Twelve-month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Arch Iran Med*, 18, 76-84.
- Tan YM, Lee CW, Averbeck LE, Brand-de Wilde O, Farrell J, Fassbinder E. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLoS One*, 13, e0206039.
- Vakili J, Kimiaei SA, Salehi Faderdi J. (2015). The effectiveness of dialectical behavior therapy on the symptoms of borderline personality disorder in prisoners. *Clinical Psychology*, 3(31), 97-105. (In Persian)
- Wetzelaer P, Farrell J, Evers SM, Jacob GA, Lee CW, Brand O. (2018). Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 14, 319.

