

اثر بخشی طرحواره درمانی بر سازمان شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

امیر جعفری*: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور

چکیده

مقدمه: اختلال شخصیت مرزی یک اختلال روانی رایج است که با میزان بالای خودکشی و تخریب سازمان شخصیت فرد همراه است و اختلال عملکردی شدیدی که نرخ بالای اختلالات روانی را به خود دارا می باشد و با استفاده زیاد از درمان و هزینه های بالا برای جامعه مرتبط است. مطالعه حاضر با هدف اثر بخشی طرحواره درمانی بر سازمان شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام پذیرفت. **مواد و روش کار:** این پژوهش از نوع تجربی است و از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه استفاده می باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به یکی از کلینیک های شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. ۴۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به صورت نمونه گیری دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول ۱۲ جلسه مداخله طرحواره درمانی را دریافت کردند، گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. در دو مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون برای جمع آوری اطلاعات از مصاحبه بالینی ساختار یافته، پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ (۲۰۰۲)، استفاده شد. داده ها با کمک آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج نشان داد که بین میانگین نمره پس آزمون متغیر وابسته با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارتی می توان گفت که استفاده از طرحواره درمانی به طور معنی داری موجب سازماندهی شخصیت، در مرحله پس آزمون شده است. **بحث و نتیجه گیری:** اثر بخشی طرحواره درمانی بر سازمان شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است.

کلید واژه ها: طرحواره درمانی، سازمان شخصیت، اختلال شخصیت مرزی

مقدمه

اختلال شخصیت طبق تعریف پنجمین ویرایش کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) عبارت است از الگوهای پایدار و مخربی در رفتار فرد و تجارب درون ذهنی و رفتاری بادوامی که دور از معیارهای فرهنگی فرد است، نفوذناپذیری غیر قابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند و موجب ناخوشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می شود. دست کم در دو حوزه از چهار حوزه تظاهراتی کند: شناخت، عاطفه مندی، کارکرد بین فردی یا کنترل تکانه (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۲۲). اختلال شخصیت مرزی^۲ نوعی بیماری است که با مشکلات فراگیر عاطفی، شناختی، رفتاری و بین فردی مشخص می شود و اغلب با ناتوانی مشخص همراه است (لیبه، زانارینی^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال از شایع ترین اختلالات شخصیت در موقعیت های روانپزشکی است. این اختلال را می توان با تلاشی سراسیمه برای دوری از رهاشدگی خیالی یا واقعی، روابط بین فردی بی ثبات، آشفتگی هویت، تکانشگری، رفتارها یا اندیشه خودکشی، تغییرپذیری هیجانی، احساس مزمن تهی بودن و ایده پردازی پارانوئیدی گذرا و مرتبط با استرس یا نشانه های تجزیه ای شدید توصیف کرد. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی در حدود ۵/۶ تا ۱/۳ برآورد شده است (از شیوع زیاد به کم) (انجمن علمی روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال، شایع ترین اختلال شخصیت است که افراد به خاطر آن تحت درمان قرار می گیرند. همچنین برآورد می شود که ۱۰٪ از کل بیماران سرپایی و ۱۵ تا ۲۰٪ از بیماران بستری از بیماران بستری روانپزشکی به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند. الگوهای مکرر ترک درمان، حضور نامنظم در جلسات روان درمانی، عدم پیروی نافذ از تجویزات درمانی، سطح بالای رفتار شبه خودکشی که پیش بینی کننده اقدام به خودکشی است، ۸۴٪ وقوع خودکشی و ۴ تا ۵۱ درصد خودکشی کامل که بیانگر نرخ کم و بیش ۱۰ تا ۱۵ درصدی بیشتر مرگ و میر در جمعیت عمومی است (سادوک و سادوک^۴، ۲۰۱۵). بیماران دچار شخصیت مرزی عموماً احساس مزمن پوچی و حمله های کم دوام روان پریشی دارند، تکانشی عمل می کنند و توقع روابطی غیرمتعارف را دارند (سادوک، سادوک، ۲۰۱۵). بیماران مرزی دست کم در دو زمینه که به صورت بالقوه، خود-آسیب زننده است، تکانشگری نشان می دهند، و تکانشگری یکی از پایدارترین ویژگی شخصیت در بیماران مرزی، شناخته می شود. آنها ممکن است قمار کنند، بدون ملاحظه پول خرج کنند، زیاد غذا بخورند، سوء مصرف مواد و رابطه ی جنسی بی پروا و ناگهانی داشته باشند و یا با بی احتیاطی رانندگی کنند (اسوکیشن^۵، ۲۰۱۳). تکانشی که گاه رفتارهای مخاطره آمیز نیز خوانده می شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می شوند که روی آنها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه ریزی مناسب، رخ می دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (سگال، تسدل، ویلیامز^۶، ۲۰۰۴).

شناخت سازمان شخصیت مراجعان هنگام برنامه ریزی درمان و مشاهده نتایج آن مهم است، اما ابزار اصلی ارزیابی ساختار شخصیت مصاحبه بوده است که استانداردسازی آن دشوار است. بنابراین کرنبرگ و همکارانش گزارش خود را برای عملیاتی کردن سازمان شخصیت ایجاد کردند. سازمان شخصیت هر شخص یک روش خاص تفکر، احساس، رفتار و ارتباط با دیگران است که می تواند با مفهوم "شخصیت" خلاصه شود. تفاوت های فردی در عملکرد شخصیت اغلب از نظر ویژگی های شخصیتی توصیف می شود. کرنبرگ سازمان شخصیت را متشکل از جفت های روابط موضوعی^۷ و عاطفه ی ملازم آنها می داند (کلارکین^۸، ۲۰۱۵). شخصیت را تشخیص داد: روان رنجور، مرزی و روان پریش. سه سطح از سازمان شخصیت را می توان با

1. Personality Disorder

2. American Psychiatric Association

3. Borderline Personality Disorder

4. Lieb, Zanarini

5. Sadock BS, Sadock VA

6. Association AP.

7. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM

8. Object Relations Dyad

9. Clarkin

موقعیت آن در سه بعد توصیف کرد (۱) آزمایش واقعیت، که به "طرفیت تمایز خود از دیگران، محرک های درون روانشناختی از محرک های بیرونی و حفظ همدلی با معیارهای اجتماعی عادی واقعیت" اشاره دارد (۲) تسلط بر مکانیسم های دفاعی بدوی، مانند فراقکنی، انکار، تجزیه یا تقسیم و (۳) انتشار هویت، که به آن شاخصهای روانشناختی و رفتاری اشاره دارد که از یک هویت ضعیف یکپارچه، به ویژه مفاهیم ضعیف ادغام شده از خود و سایر افراد مهم ناشی می شود. سازمان شخصیت روان رنجور توسط آزمایش واقعیت دست نخورده، مکانیسم های دفاعی بالغ مانند شکل گیری واکنش، انزوا، خنثی سازی، سرکوب و عدم انتشار هویت تعریف می شود. سازمان شخصیت مرزی با آزمایش واقعیت دست نخورده، غلبه مکانیسم های دفاعی بدوی و انتشار هویت مشخص می شود. سرانجام، سازمان شخصیت روان پریش با نقص در هر سه بعد مشخص می شود، در تشخیص شخصیت مرزی، غیر از عامل ضعف در نیروهای ایگو غالباً وجود الگوهای معینی از دفاع ها نیز می توانند درمانگران را به سمت این تشخیص راهنمایی کنند. دفاعها آن دسته از اقدامات روانی هستند که مضامین عاطفی ناخوشایند را از حیطه هشیاری خودآگاه به بیرون می رانند (بلکمن^۱، ۱۳۹۳). پیش از آغاز درمان، درمانگر بایستی به درستی تصمیم بگیرد که کدام یک از روش های درمانی برای بیمار مناسب است. چالش های پزشکان معالج بیماران با شخصیت مرزی، از مدت ها قبل شناخته شده است. کمک به بیماران برای تحمل احساسات شدید برانگیخته شده توسط آنها، وضعیت درمانی و تلاش برای جلوگیری از واکنش های تکانشی اغلب خطرناک که می تواند در مواقع موفقیت آنی از نظر عاطفی فراتر رود. سطح ناامیدی، نگرانی، ترس و عصبانیت در درمانگر در پاسخ به کار با بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی فعال می شود (استرن و یومانس^۲، ۲۰۱۸). طرحواره درمانی، بر الگوهای خود - ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. در چارچوب واژه های طرحواره درمانی این الگوها طرحواره های ناسازگار اولیه^۳ نامیده می شوند. عدم ارضا و ناکامی در برآورده شدن نیازهای بنیادی نیاز به امنیت و پذیرش، هویت، خودانگیختگی و تفریح و خویشتن داری در دوران کودکی فرد، موجب شکل گیری طرحواره های مختل می شوند. یانگ^۴ ۱۸ طرحواره های ناسازگار اولیه و سازوکارهای مقابله ناسازگار را که به گونه خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می شوند و در نتیجه منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می گردد معرفی کرده است که این طرحواره ها را در پنج حوزه اصلی بریدگی و طرد/ خودگردانی و عملکرد مختل / محدودیت های مختل / جهت مندی و گوش به زنگی و بارداری قرار داده اند (نوردل، هولت و هوگام^۵، ۲۰۰۵). طرحواره های ناسازگار اولیه همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می دهند و باعث تأثیر درکنش وری رابطه می شوند. معمولاً ماهیت ناسازگار طرحواره ها وقتی ظاهر می شود که افراد در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به ویژه رابطه زناشویی به گونه ای عمل می کنند که طرحواره های آنها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آنها نادرست باشد (یانگ، کلسکو و ویشر^۶، ۲۰۰۳). طرحواره های مربوط به اختلال شخصیت مرزی چون ناپایداری های اساسی در تفکر و عمل دارند دربرگیرنده باورهای اساسی درباره ماهیت انسان و نحوه روابط می باشند و فرض می شود که نسبتاً ثابت هستند. در رویکرد طرحواره درمانی تمرکز بر آگاهی و بینش افزایش یافته و درک نقش طرحواره ها در حفظ موقعیت های مسئله آفرین و همچنین تعدیل نحوه فعال سازی و عمل طرحواره ها و کاهش ناپایداری رفتاری در اختلال شخصیت مرزی می باشد است (هوارد^۷، ۲۰۱۱). بینش در این رویکرد آگاهی عمیق به ساختارهایی (طرحواره ها) است که به عنوان بازنمایی های شناختی در تعبیر و تفسیر موقعیت های مبتنی بر مرز بین نوروتیک و سایکوز می باشد و عواملی که دخالت می کنند (گلدفرد^۷، ۲۰۰۳). رویکرد طرحواره درمانی بر این باور استوار است که شرایط منحصر به فردی که شخص در کودکی تجربه می کند نقش مهمی در ایجاد مجموعه باورهایی درباره خویشتن و دیگران ایفا می کند که در مسیر زندگی تداوم دارند و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می شود. از این رو هریک از بیماران مرزی

1. Blackman

2. Stern, B.L.; Yeomans, F.

3. Early Maladaptive Schemas

4. Nordahl, Holthe & Haugum

5. Young, Klosko & Weishaar

6. Howard

7. Goldfried

طرحواره‌هایی درباره خود و روابط بادیگران دارند که با خود به زندگی و اجتماع می‌آورند. (اپستین و باکوم، ۲۰۰۲). هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال است که آیا اثر بخشی طرحواره درمانی بر سازمان شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد؟

روش پژوهش

جامعه این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به یکی از کلینیک های شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به صورت نمونه گیری در دسترس، با توجه به پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش، در وهله اول و دارا بودن ملاک های ورود و خروج از میان جامعه آماری انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه). ملاک های ورود عبارت بودند از: (۱) دارا بودن ملاک های تشخیصی BPD براساس DSM5 در ارزیابی توسط روانپزشک و مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس فرم ۵ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور دو و تشخیص روانپزشکی؛ (۲) بدست آوردن نمره در پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ (۳) حداقل تحصیلات دیپلم؛ (۴) دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰. ملاک های خروج عبارتند از: (۱) عدم تمایل برای ادامه درمان؛ (۲) ابتلا به اختلالات خلقی.

ابزار جمع آوری داده ها عبارت بود از:

۱. پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ (IPO): پرسشنامه سازمان شخصیت توسط کرنبرگ (۲۰۰۲) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۳۷ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت می باشد، پرسشنامه سه زیرمقیاس آزمونگری واقعیت، دفاع های روانشناختی نخستین و سردرگمی هویت از سازمان شخصیت را مورد سنجش قرار میدهد. در مطالعه لنزوگر و همکاران^۲ (۲۰۰۱)، ضریب پایایی به روش همسانی درونی سردرگمی هویت، آزمون گری واقعیت، دفاع های نخستین به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است.

جدول ۱- خلاصه دستورالعمل اجرایی جلسات طرحواره درمانی

جلسه	شرح جلسات
اول	معرفی اعضاء به یکدیگر و دعوت شرکت کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد انتظارات خود از شرکت در این جلسات / ارائه توضیحاتی در مورد بیماری اختلال بد شکلی بدنی و علل ایجاد کننده آن میزان شیوع آن در جامعه زنان، و درمانهای مرتبط با آن، آشنایی با طرحواره های ناسازگار اولیه و حوزه های مرتبط با آن ها، تعیین تکلیف هفته ی آینده و توزیع جزوات جلسه اول و سی دی مراقبه ها
دوم	مرور تکلیف هفته ی گذشته / آشنایی با طرحواره بریدگی و طرد / آشنایی با طرحواره رهاشدگی / بی ثباتی / آشنایی با طرحواره بی اعتمادی / بد رفتاری / آشنایی با طرحواره محرومیت هیجانی / آشنایی با طرحواره نقص / شرم / آشنایی با طرحواره انزوای اجتماعی / بیگانگی / تکلیف هفته ی آینده / توزیع جزوات جلسه ی دوم و نوار واریسی بدن
سوم	آشنایی با طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل / انتظاراتی که فرد از خود و محیط خود دارد با توانایی های محسوس او برای جدایی، بقا و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت آمیز / آشنایی با

1. Epstein & Baucom

2. Lenzenwege

طرحواره وابستگی/بی کفایتی / آشنایی با طرحواره آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری / توزیع جزوات جلسه سوم	
چهارم	آشنایی با طرحواره خود تحول نیافته/ آشنایی با طرحواره گرفتار / شکست / آشنایی با طرحواره محدودیت های مختل
پنجم	آشنایی با طرحواره استحقاق/بزرگ منشی / آشنایی با طرحواره خویشتن-داری و خود-انضباطی ناکافی / آشنایی با طرحواره دیگر جهت مندی / اطاعت / آشنایی با طرحواره اطاعت از هیجان ها:واپس رانی هیجانات شخصی بویژه خشم/ توزیع جزوات
ششم	آشنایی با طرحواره ایثار / آشنایی با طرحواره پذیرش جویی/جلب توجه / آشنایی با طرحواره گوش به زنگی بیش از حد و بازداری / آشنایی با طرحواره منفی گرایی/بدبینی /
هفتم	آشنایی با طرحواره بازداری هیجانی / حوزه هایی که بازداری در مورد آن ها اعمال می شود عبارتند از: الف)بازداری از بروز خشم و پرخاشگری ب)بازداری از بیان تکانه های مثبت(از قبیل خوشحالی،محبت،برانگیختگی جنسی و بازی). ج)بازداری از بیان آسیب پذیری یا بیان راحت و صریح احساسات و نیازهای شخصی. د)تاکید افراطی بر عقلانیت و نادیده گرفتن هیجان ها./ توزیع جزوات جلسه هفتم
هشتم	آشنایی با طرحواره معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی / آشنایی با طرحواره بازنگری کل برنامه / واریسی و بحث در مورد برنامه ها

روش تجزیه و تحلیل داده ها: برای تحلیل آماری داده های کمی پژوهش از تحلیل کواریانس تک متغیری و شاخص معناداری بالینی استفاده شد.

یافته ها

جدول ۲- نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی خطای واریانس ها

متغیرهای وابسته	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
سازماندهی و سازمان شخصیت	۰/۰۶۴	۱	۰/۵۸	۰/۸۰۱

جدول ۲- نتایج آزمون لوین را نشان می دهد و چون سطح معناداری به دست آمده بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین شرط همگنی واریانس خطاها رعایت شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون ام باکس مبنی بر همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس

متغیرهای وابسته	آماره آزمون ام باکس	آماره آزمون F	سطح معناداری
سازمان شخصیت	۱۹/۲۱۷	۰/۵۹۷	۰/۹۵۴

بر اساس داده‌های جدول ۳- نتایج این آزمون نشان می‌دهد که چون سطح معنی‌داری به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین داده‌های تحقیق فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را زیر سؤال نبرده است؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است.

جدول ۳-: خلاصه آزمون‌های تک متغیری پس آزمون سازمانهای شخصیت

آزمون‌ها	مقادیر	آزمون F	معنی‌داری	ضریب تأثیر
اثر پیلایی	۰/۴۷۸	۲۵/۱۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۷۸
لامبدای ویلکز	۰/۵۲۲	۲۵/۱۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۷۸
تی هوتلینگ	۰/۹۱۵	۲۵/۱۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۷۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۹۱۵	۲۵/۱۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۷۸

با توجه به نتایج جدول ۳- با کنترل اثر پیش آزمون، سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز، حاکی از این است که حداقل وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نشانگر آن است که ۴۷ درصد از تفاوت مشاهده شده در میانگین طرحواره درمانی بر سازمان شخصیت تأثیر دارد. از این رو می‌توان مطرح نمود که فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

جدول ۴- نتایج کوواریانس تک متغیره پس آزمون بر سازمان شخصیت

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره آزمون F	معنی‌داری	ضریب تأثیر
سازمان شخصیت	۲۱۲/۹۲۴	۱	۴/۷۸۸	۰/۰۰۰	۰/۰۷۹

در جدول ۴- مشاهده می‌شود بین میانگین نمره پس آزمون متغیر وابسته با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت که استفاده از طرحواره درمانی به طور معنی‌داری موجب سازماندهی شخصیت $\{P < 0.05\}$ و $F = 4.788$ ، در مرحله پس آزمون شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی طرحواره درمانی بر سازمان شخصیت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز، حاکی از این است میانگین متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نشانگر آن است که ۴۷ درصد از تفاوت مشاهده شده در میانگین طرحواره درمانی بر سازمان شخصیت تأثیر دارد. از این رو می‌توان مطرح نمود که فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین میانگین نمره پس آزمون متغیر وابسته با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت که استفاده از طرحواره درمانی به طور معنی‌داری موجب سازماندهی شخصیت، در مرحله پس آزمون شده است. بنابراین اثر بخشی طرحواره درمانی بر سازمان

شخصیت در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. نتایج پژوهش با مطالعات پژوهش فتنی، وزیری، پور اضر، نصری (۱۴۰۱)، فسیبند^۱ و همکاران (۲۰۱۶) و محمدی زاده و همکاران (۱۳۹۸) و خوریان و همکاران (۱۳۹۷) و استرن و یومانس (۲۰۱۸)، در کارآزمایی های بالینی که توسط کلارکین و همکاران، (۲۰۰۷) و دورینگ و همکاران (۲۰۱۰) همخوان می باشد. در تبیین این نتایج افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در شرایط استرس زا به دلیل سبک های دلبستگی ناایمن، و طرحواره های ناساز و الگوهای تحریف شده درباره روابط خود با دیگران و مهارت های ذهنی سازی خود را از دست می دهد به راه هایی که کودکان خردسال قبل از رشد ظرفیت های ذهنی سازی خود رفتار می کردند متوسل می شوند که در واقع حالت پیش ذهنی سازی، غایت شناختی، هم ارزی روانی و حالت وانمودی است. (پالک^۲ و همکاران (۲۰۱۶) بیان کردند به نظر میرسد. این رویکرد درمانی به بیماران کمک می کند تا درستی طرحواره هایشان را ارزیابی کنند. در واقع افراد، طرحواره را به عنوان حقیقتی بیرونی می نگرند و می توانند با استفاده از شواهد عینی (ناشی از تکنیک های شناختی) و تجربی (نتایج تکنیک های تجربی) علیه آن بجنگند؛ یعنی ابتدا شناخت باورهای مرکزی ناکارآمد خود، سپس واژه های کلیدی باور و معنای آنها، درصد اعتقاد به باورهای ناکارآمد، پیدا کردن ریشه های تحولی باور مرکزی، یافتن مزایا و معایب آن، شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره ها را پیدا کنند و در نهایت با نوشتن چکیده تمام این تکنیک ها به صورت کارت آموزشی، زمینه را برای شناخت بیشتر طرحواره های ناسازگار خود فراهم آورند و ارتباط آن را با مسائل کنونی و مشکلات خود در زندگی تشخیص دهند. بر اساس این رویکرد در هر نوع از آسیب های روان شناختی، ردپایی از فعال بودن طرحواره های خاص وجود دارد. که با برطرف کردن آنها می توان نگرانی را در افراد کاهش داد. افراد دارای اختلال شخصیت مرزی میتوانند با استفاده از این درمان خود را از این طرحواره ها جدا و متمایز سازند. کاهش فعالیت طرحواره های ناسازگار می تواند نقش مهمی در کاهش ناپایداری هیجانی و رفتاری در این بیماران و افراد داشته باشد. تکنیک های تجربی نیز با تغییر دادن خاطرات تلخ دوران کودکی، به تغییر تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی می پردازد و کمک می کند یادآوری خاطرات تلخ گذشته، تأثیر مخربی بر روی فرد نداشته باشد. از آنجا که تأیید تکنیک های تجربی بر روی هیجانات است، به نظر می رسد این تکنیک ها کمک می کنند فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آنها را بپذیرد و با سازمان دهی مجدد هیجانی، به بررسی خود پرداخته و بایادگیری های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره ها مهیا سازد. تکنیک های تجربی مانند استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می شود فرد طرحواره های اصلی را شناخته و ریشه های تحولی آن را درک کند و خاطراتش را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این، موجب ارتقای درک بیمار می شود و به او کمک می کند از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی حرکت کند و از شناخت سرد به شناخت داغ برسد. یکی از تکنیک های عمده بهبود طرحواره های ناسازگار است. که در بهبود سازمان شخصیت موثر می باشد. در واقع هر مداخله ای که تلاش می کند طرحواره های مرتبط با تهدید یا ضربه را فعال و اصلاح کند، ضرورتاً مستلزم مواجهه مراجع با مواردی است که از آنها اجتناب می کند. که مراجع در تلاش برای اجتناب از آنهاست. پیشنهاد میشود در پژوهش های آتی سایر مداخلات با طرحواره درمانی روی جامعه بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی اجرا و مقایسه شود. در پایان از تمامی شرکت کنندگان قدردانی و تشکر میگردد.

1. Fassbinder, E

2. Polk

منابع

- انجمن روان پزشکی امریکا(۱۳۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی DSM5 ترجمه رضاعی، ف.، و فخرایی، ع.، و فرمند، آ.، و نیلوفری، ع.، و هاشمی آذر، ژ.، و شاملو، ف. تهران: نشر ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۳).
- بلکمن، ج.اس.(۱۹۹۳). مکانیسم دفاعی. ترجمه جواد زاده، غ. تهران: ارجمند.
- خوریان، م؛ بخشی پور رودسری، ع؛ محمود علیلو، م؛ هاشمی، ت.(۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی انتقال محور بر کنش تاملی و کاهش نشانه شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله روانشناسی بالینی، دوره ۱، شماره ۴، ص ۵۷-۴۵.
- سادوک، ب.، و سادوک، و.، و روئیز، پ.(۲۰۱۵). خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. ترجمه رضاعی، ف. تهران: نشر ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۵).
- فتحی، فاطمه؛ وزیر، شهرام؛ پور اصغر عربی، مهدی؛ نصری، مریم(۱۴۰۱). اثر روان درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط ابژه بر سازمان شخصیت و سبک های دفاعی افراد مبتلا به شخصیت مرزی. مجله رویش روانشناسی، شماره ۴، ۸۶-۷۶.
- محمدی زاده، ل؛ مکوندی، ب؛ پاشا، ر؛ بختیارپور، س؛ حافظی، ف(۱۳۹۸). سنجش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر کاهش میزان رفتار تکانشی در آشفتگی شخصیت مرزی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. دوره ۲۷، شماره ۶-۱، ص ۵۳-۴۴.
- Association AP(2013). Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, (DSM-5-TR) 5th ed. Am Psychiatr Assoc; .
- Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A(2004). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatry; 41(10): 1045-1061.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1th ed. United Kingdom: Oxford University Press.
- Clarkin, J. F., Cain, N.M., Lenzenweger, M.F. (2018). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: Clinical insights with a focus on mechanism. *Current opinion in psychology*, 21,80-85. <https://doi: 10.1016/j.copsyc.2017.09.008>.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF(2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. Am J Psychiatry; 164(6): 922-928.0 -
- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al(2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. Br J Psychiatry; 196(5): 389-395.
- Fassbinder, E., Schuetze, M, Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., Shaw, I. Farrell, J., Arntz, A.S.U (2016). "Feasibility of Group Schema Therapy for Outpatients with Severe Borderline Personality Disorder in Germany: A Pilot Study with Three Year Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 25(7),1851 . <https://doi: 10.3389/fpsyg.2016.01851>.
- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC(2001).. Psychiatry Aspects of Impulsivity. Am J psychiatry 2001;158(11): 1783-1393.
- Lieb, K., M. C. Zanarini, C. Schmahl, M. M. Linehan., Bohus, M. (2004). "Borderline personality disorder." *The Lancet* 364(9432): 453-461.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt, ES(1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol; 51(6): 768-774.
- Polk, K.L., Schoendorff, B., Webster, M., Olaz, F. (2016). *The essential guide to the ACT matrix*. context press. An Imprint of New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA.

- Sadock BS, Sadock VA, Ruiz PR(2015), Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Synopsis of Psychiatry behavior sciences, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM(2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press (p 45–65).
- Stern, B.L؛ Yeomans, F. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. *Journal of Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 207-223.<https://doi: 10.1016/j.psc.2018.01.012>.
- Stern, B.L ؛Yeomans, F. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. *Journal of Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 207-223. <https://doi: 10.1016/j.psc.2018.01.012>.
- Yeomans F, Clarkin JF, Kernberg. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinician's Guide*. American Psychiatric Publishing.
- Latifi Z, Soltani M, Mousavi S. Evaluation of the effectiveness of self-healing training on self-compassion, body image concern, and recovery process in patients with skin cancer. *Complementary therapies in clinical practice*. 2020 Aug 1; 40:101180.
- Soltani M, Latifi Z, Moosavi S. The efect of self-healing education on self-compassion, body image concern and improvement of disease process in suffering from skin cancers. *Journal of Dermatology and Cosmetic*. 2020 Jan 10; 10(4):222-34.
- Moradi F, Ghadiri-Anari A, Dehghani A, Vaziri SR, Enjezab B. The effectiveness of counseling based on acceptance and commitment therapy on body image and self-esteem in polycystic ovary syndrome: An RCT. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2020 Apr; 18(4):243.
- Chukwujekwu DC, Olose EO. Validation of the social phobia inventory (Spin) in Nigeria. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*. 2018;2(2):49-54.
- Bravo MA, González Betanzos F, Castillo Navarro A, Padrós Blázquez F. Evidence of validity of the Spanish version of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Universitas Psychologica*. 2017 Jun; 16(2):152-63.
- Oraki M. The effectiveness of the schema therapy on depression and relapse in heroin-dependent individuals. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology*. 2019 Jun 1; 2(1):9-18.
- Herts KL, Evans S. Schema Therapy for Chronic Depression Associated with Childhood Trauma: A Case Study. *Clinical Case Studies*. 2021 Feb: 1534650120954275.
- Mozamzadeh T, Gholamrezai S, Rezaei F. The effect of schema therapy on severity of depression and suicidal thoughts in patients with resistant to depression. *Armaghane danesh*. 2018 Jun 10; 23(2):253-66.
- Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*. 2018 Jul 4; 47(4):328-49.
- Körük S, Özabacı N. Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. 2018 Oct 1; 10(4)
- Ghazizadeh Hashemi SA, Edalatnoor B, Edalatnoor B, Niksun O. Investigating the Level of Body Image Concern among the Applicants for Rhinoplasty before and after Surgery. *International Journal of Pediatrics*. 2017 Sep 1; 5(9):5789-96.
- Asgari M, Amini K. Investigating Self-esteem and Body Image Concern among Students of Islamic Azad University of Abhar Using Demographic Variables, 2015.

Heydari Y, Samadi H, Dehghan Manshadi M. Relationship between Level of Physical Activity with Self-Esteem, Body Image Concern and Body Appreciation in Veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2020 May 10; 12(2):133-9.

Wu, X., Qi, J. and Zhen, R., 2021. Bullying victimization and adolescents' social anxiety: Roles of shame and self-esteem. Child Indicators Research, 14(2), pp.769-781.

Lynch, H., McDonagh, C. and Hennessy, E., 2021. Social Anxiety and Depression Stigma among Adolescents. Journal of Affective Disorders, 281, pp.744-750.

Schiltz HK, Magnus BE, McVey AJ, Haendel AD, Dolan BK, Stanley RE, Willar KA, Pleiss SJ, Carson AM, Carlson M, Murphy C. A psychometric analysis of the social anxiety scale for adolescents among youth with autism spectrum disorder: Caregiver-adolescent agreement, factor structure, and validity. Assessment. 2021 Jan; 28(1):100-15.

Chen, C. and Qin, J., 2020. Emotional abuse and adolescents' social anxiety: The roles of self-esteem and loneliness. Journal of family violence, 35(5), pp.497-507.

Glenn LE, Keeley LM, Szollos S, Okuno H, Wang X, Rausch E, Deros DE, Karp JN, Qasmieh N, Makol BA, Augenstein TM. Trained observers' ratings of adolescents' social anxiety and social skills within controlled, cross-contextual social interactions with unfamiliar peer confederates. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2019 Mar;41(1):1-5.

Scanlon CL, Del Toro J, Wang MT. Socially anxious science achievers: The roles of peer social support and social engagement in the relation between adolescents' social anxiety and science achievement. Journal of youth and adolescence. 2020 Mar 23:1-2.

Toussi HN, Shareh H. Changes in the indices of body image concern, sexual self-esteem and sexual body image in females undergoing cosmetic rhinoplasty: a single-group trial. Aesthetic plastic surgery. 2019 Jun; 43(3):771-9.

Fardouly J, Diedrichs PC, Vartanian LR, Halliwell E. Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. Body image. 2015 Mar 1; 13:38-45.

Noori M, Khayatan F. Relationship between Body Image Concern, Difficulty in Emotion Regulation and Sexual Satisfaction of Healthy Women with Mastectomy. World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine. 2017 Dec; 99(5588):1-8.

Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cognitive behaviour therapy. 2018 Jul 4; 47(4):328-49.

Shahsavani S, Mashhadi A, Bigdeli I. The Effect of Group Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Strategies in Women with Migraine Headaches: a Pilot Study. International Journal of Cognitive Therapy. 2020 Dec; 13(4):328-40.

Lowenstein JA, Stickney J, Shaw I. Implementation of a schema therapy awareness group for adult male low secure patients with comorbid personality difficulties: reflections and challenges. The Journal of Forensic Practice. 2020 Jan 30.

Rozzell KN, Carter C, Convertino AD, Gonzales IV M, Blashill AJ. The Dysmorphic Concern Questionnaire: Measurement invariance by gender and race/ethnicity among sexual minority adults. Body Image. 2020 Dec 1; 35:201-6.

Jing RT. Schema Therapy: An Experiential Approach to Dealing with Maladaptive Schema Mode. Biomedical Journal. 2018; 1:3.

Lerner, R. M., Lerner, J. V., P. Bowers, E., & John Geldhof, G. (2015). Positive youth development and relational-developmental-systems. Handbook of child psychology and developmental science, 1-45.

Sapthiang, S., Van Gordon, W., & Shonin, E. (2019). Mindfulness in schools: a health promotion approach to improving adolescent mental health. International Journal of Mental Health and Addiction, 17(1), 112-119.

American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 593–602.