

تدوین و تعیین روایی پروتکل طرح‌واره درمانی هیجانی برای اختلال شخصیت مرزی: یک مطالعه توصیفی

Development and Validation of Emotional Schema Therapy Protocol for Borderline Personality Disorder: A Descriptive Study

Vahid Sabri, PhD
Khoy University of Medical Science

Hamid Yaghubi, PhD
Shahed University

حمید یعقوبی
دانشیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه شاهد

وحید صبری*
استادیار گروه پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی خوی

Jafar Hasani, PhD
Kharazmi University

Majid Mahmoud Alilou, PhD
Tabriz University

مجید محمودعلیلو
استاد گروه روان‌شناسی
دانشگاه تبریز

جعفر حسینی
استاد گروه روان‌شناسی
دانشگاه خوارزمی

Arezoo Ghasemkhanloo
Deputy of Health of Khoy University of Medical Sciences

آرزو قاسم خانلو
کارشناس سلامت روان، معاونت بهداشت دانشکده علوم پزشکی خوی

چکیده

هدف این پژوهش تدوین و تعیین روایی پروتکل طرح‌واره درمانی هیجانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. این پژوهش توصیفی و بر پایه مبانی نظری و شواهد پژوهشی تدوین شده است. ۱۵ جلسه طرح‌واره درمانی هیجانی طراحی و سپس روایی آن بر اساس ملاک ارزیابی راهنماهای درمانی (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۱) و پرسشنامه ۴۵ ماده‌ای ارزیابی جلسه‌های درمان، توسط متخصصان ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از شاخص روایی محتوا و ضریب نسبت روایی محتوا تحلیل شدند. نتایج نشان داد شاخص روایی محتوا در مرحله تدوین درمان ۰/۸۰ بود و ضریب نسبت روایی محتوا برای روایی محتوای جلسات درمانی برای تمام جلسه‌ها مورد تأیید قرار گرفت. همچنین شاخص روایی محتوا برای جلسه‌های درمانی نیز بیش از ۰/۷۹ بود. طرح‌واره درمانی هیجانی از سوی متخصصان چه از نظر مدل نظری درمان و چه از نظر محتوای جلسه‌ها روا بود. با توجه به نتایج پژوهش، این درمان می‌تواند به‌عنوان درمان انتخابی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به کار برود.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، طرح‌واره درمانی هیجان، روایی

Abstract

This study aimed to develop and validate emotional schema therapy protocol for patients with borderline personality disorder. The present study was descriptive and the protocol was developed based on theoretical foundations and research evidence. Fifteen emotional schema therapy sessions based on the emotional schema model were developed and their validity was evaluated using the APA Criteria for Evaluating Treatment Guidelines (American Psychological Association, 2021) and the 45 questionnaires by professors and specialists. Data were analyzed by using the content validity index and content validity ratio. The results showed that at the treatment formulation stage was 0.80 and was approved for the validity of the content of treatment sessions for all sessions, and treatment sessions were more than 0.79. The validity of the theoretical foundations of emotional schema therapy and the goal and form of sessions were confirmed by specialists. According to the research results, specialists believe this treatment can be used as adjunctive psychotherapy for individuals with borderline personality disorder.

Keywords: borderline personality disorder, emotional schema therapy, validity

received: 04 August 2021

accepted: 13 April 2022

دریافت: ۱۳/۰۵/۱۴۰۰

پذیرش: ۱۳/۰۴/۱۴۰۱

*Contact information: vahidsabri87@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی است.

مقدمه

محکومین در زندان‌های عمومی و هم‌چنین مؤسسات روان‌پزشکی قانونی (مک‌گاورن و دیگران، ۲۰۰۶) بسیار رایج است. علاوه بر این خودکشی در این بیماران حتی پس از بعد از درمان روان‌پزشکی نیز به‌طور مکرر روی می‌دهد (کرینگ و دیگران، ۲۰۱۸). در چندین پژوهش افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی که اقدام به خودکشی کرده‌اند بین ۲ تا ۱۷ درصد است (اولدهام، ۲۰۰۶). هم‌چنین کیفیت زندگی در این بیماران نیز نسبت به افراد دیگر پایین است که به‌شدت آن‌ها را ناتوان می‌سازد (محمودعلیلو و شریفی، ۱۳۹۲). با در نظر گرفتن مطالب بالا به‌طور محسوس و مشهود می‌توان بیان کرد که اختلال شخصیت مرزی با هزینه‌های بالایی همراه است. پژوهش بندر (۲۰۰۶) نشان داده است که بیماران اختلال شخصیت مرزی به‌طور مداوم از درمان سرپایی سود می‌جویند، داروهای روان‌پزشکی استفاده می‌کنند، و بار مالی قابل توجهی بر خدمات مراقبت‌های بهداشتی وارد می‌کنند. بندر (۲۰۰۶) دریافت که بیماران اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با بیماران مبتلابه سایر اختلال‌های شخصیت، بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی^{۱۳} از درمان و داروهای بیشتر استفاده می‌کنند. پژوهش زانارینی و فرانکنبورگ، هنن، ریچ و سیلک (۲۰۰۶) نشان داده که بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی رنج بیشتری از مشکلات جسمی مزمن می‌برند، سبک زندگی ناسالم دارند و از خدمات بهداشتی متعدد استفاده می‌کنند.

با در نظر گرفتن مواردی که بیان شد، به منظور کمک به کاهش آسیب‌های کنشی و اجتماعی^{۱۴} این اختلال بر فرد مبتلا و خانواده‌ی وی، متخصصان سعی در پیدا کردن راهی برای درمان این افراد کرده‌اند. از دارودرمانی گرفته تا روان‌درمانی‌های مختلفی برای درمان این بیماران مثل روان‌درمانی ساخت‌زدای پویشی^{۱۵} (مجدآرا، رحیمیان، طالع پسند و گرگوری، ۲۰۱۸)، روان‌درمانی انتقال محور^{۱۶} (خورانیان، بخشی

اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از شدیدترین اختلال‌های روانی است که با نارسانظم‌جویی هیجان^۲، شناختی^۳، رفتاری^۴ و روابط بین‌فردی^۵ مشخص می‌شود (کرینگ و جانسون، ۲۰۱۸). علائم متعدد اختلال شخصیت مرزی شامل ترس از ترک شدن، روابط ناپایدار با نوسان بین ارزنده‌سازی و ناززنده‌سازی^۶ دیگران، مشکل در مهار خشم و احساس پوچی مزمن است. اختلال شخصیت مرزی اختلال شدید و ناتوان‌کننده‌ای است که در یک تا دو درصد از جمعیت وجود دارد و در زن‌ها دو برابر مردها شایع است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۱). هم‌چنین ۱۰ درصد مراجعان سرپایی و ۲۰ درصد بیماران بستری را بیماران اختلال شخصیت مرزی تشکیل می‌دهند (لیب، زانارینی، اسمال، لینهان و بوئوس، ۲۰۰۴). در پژوهش شاکری و صادقی (۲۰۰۳) نیز شیوع اختلال شخصیت مرزی در بیماران روان‌شناختی بستری در مراکز درمانی کرمانشاه ۲/۵۶ درصد به‌دست آمده است. الگوی بی‌ثبات و پرتنش روابط بین فردی که با نوسان بین دو قطب ارزنده‌سازی و ناززنده‌سازی مشخص می‌شود، بی‌ثباتی آشکار و مداوم خودپنداشت^۷، رفتار برانگیخته^۸، تهدید یا انجام رفتارهای خودآسیب‌رسان^۹ مکرر، بی‌ثباتی هیجانی^{۱۰}، طغیان خشم^{۱۱} و نامتناسب یا مشکل در مهار خشم از موضوعات مهم مورد بحث بین صاحب‌نظران این حوزه به شمار می‌رود (آپفلباؤوم، رگالادو، هرمن، تایتل باؤوم و گاکلیسی، ۲۰۱۳). ماهیت مشکل‌ساز اختلال شخصیت مرزی با بحران‌های متعدد در زندگی، بستری شدن‌های مکرر، خودکشی، تلاش برای خودکشی، اعتیاد، دوره‌های افسردگی، اضطراب و پرخاشگری همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۲}، ۲۰۱۳). از طرف دیگر تشخیص اختلال شخصیت مرزی در بین بیماران بستری روان‌پزشکی (اولدهام، ۲۰۰۶)، سوء‌مصرف‌کنندگان مواد (مک‌گاورن، های، سگال، سیمباب و دریک، ۲۰۰۶)،

1 - Borderline Personality Disorder

2 - emotional dysregulation

3 - cognition

4 - behavioral

5 - interpersonal

6 - valuation and devaluation

7 - self-concept

8 - impulsive

9 - self-injury

10 - emotional instability

11 - outburst of anger

12 - American Psychiatric Association

13 - Major Depression Disorder

14 - functional and socially

15 - dynamic deconstructive psychotherapy

16 - transference-focused psychotherapy

اصلاح باورها درباره هیجان با استفاده از ادغام و تلفیق تکنیک‌ها و راهبردهای مختلف از روی آوردهای متفاوت است. طرح‌واره‌ها درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که بر اثر تجارب زندگی شکل گرفته و در طول زندگی تداوم می‌یابند و از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل می‌شوند (خانی و بشارت، ۲۰۲۰). لیهی، تیرچ و ناپولیتانو (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیده‌اند که طرح‌واره‌های هیجانی در برخی بیماری‌ها و فرایندهای آسیب‌شناسی مانند افسردگی، اضطراب، خودکشی، مصرف مواد و اختلال‌های شخصیت نقش دارد. مطالعات مختلفی درباره اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر روی اختلال‌های مختلف صورت پذیرفته است و کارآیی بالینی این روی آورد جدید درمانی به اثبات رسیده است، مانند طرح‌واره درمانی هیجانی در درمان موردی اختلال وسواسی بی‌اختیاری^{۱۱} مقاوم به درمان (لیهی، ۲۰۰۷)، کاهش اضطراب و نگرانی در بیماران با اختلال اضطراب فراگیر^{۱۲} (خالقی و دیگران، ۲۰۱۷)، کاهش نشخوار فکری^{۱۳} در بیماران مبتلا به افسردگی (رضایی، قدم پور و رضایی، ۲۰۱۶) مؤثر واقع شده است، اما درباره اختلال شخصیت مرزی برنامه درمانی مطرح نشده است.

همان‌طور که پیشتر مطرح شد، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با نارسانظم‌جویی هیجان، رفتاری، شناختی و بین‌فردی مشخص می‌شوند و نارسانظم‌جویی هیجان به‌عنوان هسته اصلی و نگهدارنده اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته شده است، به‌طوری‌که مشخصه اصلی این بیماران بی‌ثباتی هیجانی است (کرینگ و دیگران، ۲۰۱۸). همه این بیماران با بی‌ثباتی هیجانی و مشکل در مهار هیجان‌ها وارد جلسات درمانی می‌شوند. همچنین در پژوهش‌های مختلف مشخص شده که طرح‌واره‌های هیجانی مانند اعتباربخشی^{۱۴}، مهارناپذیری^{۱۵} و قابلیت درک‌شدن^{۱۶} نقش پیش‌بینی‌کننده‌ای در نشانه‌های

پور، محمودعلیلو و هاشمی، ۲۰۱۸)؛ درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۱ (بتمن، کمپل، لویتن و فوناگی، ۲۰۱۸)، طرح‌واره درمانی^۲ (خاشو و دیگران، ۲۰۱۹)، رفتار درمانی دیالکتیک^۳ (فلین، کلز و جويس، ۲۰۲۱) استفاده شده است. درمان استاندارد برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، رفتار درمانی دیالکتیک است که پژوهش‌های گسترده‌ای در مورد آن صورت گرفته است با این حال، بتمن و فوناگی (۲۰۰۴) دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیک، دفعات خودزنی^۴ را در ابتدای درمان کاهش می‌دهد اما در بلندمدت اثربخشی محدودی برای رفتارهای خودزنی دارد. افزون بر این، رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش ناامیدی، افسردگی یا رضایت‌مندی کلی از زندگی مفید واقع نشده است (محمودعلیلو و دیگران، ۲۰۱۴). در فراتحلیل لیب، وولم، راکر، تیمر و استوفر (۲۰۱۰) در مورد اثربخشی روان‌درمانی‌های خاص برای اختلال شخصیت مرزی نشان‌دهنده اندازه اثر متوسط روان‌درمانی‌ها است؛ درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی و روان‌تحلیل مبتنی بر انتقال به‌اندازه رفتار درمانی دیالکتیک تأثیرگذار بودند اما اثرات رفتار درمانی دیالکتیک در بلندمدت کاهش پیدا کرد. دیویسون و ترن (۲۰۱۴) معتقدند شواهد کمی در حمایت از رفتار درمانی دیالکتیک برای تأثیر بر علائم اختلال شخصیت مرزی مانند بی‌ثباتی روابط بین‌فردی، پوچی مزمن^۵، بی‌حوصلگی^۶، اختلال هویت^۷، عملکرد شغلی و رضایت زندگی وجود دارد و رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان به روش معمول برای علائم افسردگی اختلال شخصیت مرزی هیچ تفاوتی ندارد.

یکی از مدل‌های کاربردی متمرکز بر نظم‌جویی هیجان^۸ مدل طرح‌واره درمانی هیجانی^۹ لیهی (۲۰۱۵) است. این مدل درمانی روی آوردی نوظهور است که از نظریه‌های فراشناختی تأثیر پذیرفته و با پیوند بین روی آورد شناختی رفتاری و روی آوردهای موج سوم سعی بر گسترش روی آوردی یکپارچه به درمان مشکلات روان‌شناختی دارد. در این درمان تمرکز اصلی بر

1 - mentalization based treatment
2 - schema therapy
3 - dialectical behavior therapy
4 - self-harm
5 - chronic empty
6 - boredom
7 - identity disorder
8 - emotion regulation

9 - emotional schema
10 - theme
11 - Obsessive-Compulsive Disorder
12 - Generalize Anxiety Disorder
13 - rumination
14 - validation
15 - uncontrollability
16 - compressibility

شخصیت مرزی دارند (جزایری، موریسون، گلدین و گراس، ۲۰۱۵؛ صبری، یعقوبی، حسنی و محمودعلیلو، زیرچاپ؛ لیهی، ۲۰۱۸؛ وستفال، لیهی، پالا و ووپرمن، ۲۰۱۶). این پژوهش در مسیر شناسایی طرح‌واره درمانی هیجانی برای اختلال شخصیت مرزی گام برمی‌دارد و با هدف تدوین و تعیین رویای درمان طرح‌واره درمانی هیجانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی توسط متخصصان شکل گرفته است.

روش

روش این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت توصیفی است. در مرحله اول و دوم پژوهش حاضر از روش دلفی^۱ استفاده شده است. در مرحله اول، پروتکل طرح‌واره درمانی هیجانی تدوین و در مرحله دوم رویای جلسه‌های درمانی این پروتکل ارزیابی شد. جامعه آماری برای مرحله اول و دوم پژوهش شامل متخصصان روان‌شناسی بالینی یا دانشجویان دکتری روان‌شناسی بالینی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند که در حوزه اختلال شخصیت مرزی تجربه داشتند. گروه نمونه در مرحله اول ۱۰ متخصص و گروه دوم نیز ۸ متخصص متفاوت از گروه اول بودند که به‌شیوه نمونه‌برداری مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

در گام اول پژوهش، با توجه به هدف، مداخله‌ای تدوین شد که از ساختار و فرایند برنامه درمانی شناختی تبعیت می‌کرد و محتوای آن بر مبنای شواهد پژوهشی بود. در این مرحله فرمول‌بندی بر اساس طرح‌واره درمانی هیجانی و تکنیک‌های مرتبط با طرح‌واره‌های هیجانی خاص و تکالیف مرتبط با آن‌ها جمع‌آوری شد و پیش‌نویس اولیه ساختار جلسات، تکنیک‌ها و تکالیف چندین بار توسط متخصصان مورد بررسی قرار گرفت و نحوه ارائه تکنیک‌ها در صورت صلاحدید اصلاح شد. پس از اصلاح و ساختاربندی نهایی، پروتکل درمانی به ۱۰ نفر از متخصصان ارائه شد تا پروتکل از لحاظ صوری مورد بررسی قرار بگیرد و از آن‌ها خواسته شد تا پروتکل درمانی را بر اساس ملاک ارزیابی راهنماهای درمانی ارزیابی کنند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۱). در مرحله دوم پس از تدوین پروتکل، رویای

جلسه‌های درمانی ارزیابی شد، برای بررسی رویای محتوایی، پرسشنامه‌ای ۴۵ ماده‌ای درباره میزان هماهنگی محتوای پروتکل که شامل ماده‌هایی درباره هدف ویژه پروتکل، فرایند و تکنیک‌های پروتکل بود به ۸ نفر از متخصصان ارائه شد و با ارائه توضیح اهداف پروتکل و تعریف عملیاتی محتوا، از آن‌ها خواسته شد تا هر یک از مراحل پروتکل را براساس طیف سه‌بخشی لیکرت (ضرورتی ندارد، مفید است اما ضروری نیست، و ضروری است)، مشخص و نظرات اصلاحی خود را به‌صورت مبسوط و کتبی ارائه کنند.

برای ارزیابی اختلال شخصیت مرزی ملاک ارزیابی راهنماهای درمانی^۲ انجمن روان‌شناسی آمریکا^۳ (۲۰۲۱) به‌کار گرفته شد. ملاک ارزیابی راهنماهای درمانی ابزاری جامع است. برای این پژوهش تمام بخش‌های ۱۵ (۱-۱۵ تا ۵-۱۵)، ۱۷، ۱۶ (۱-۱۷ تا ۵-۱۷)، ۱۸ (۱-۱۸ تا ۵-۱۸)، ۱۹ (۱-۱۹ تا ۵-۱۹)، ۲۰ و ۲۱ (۱-۲۱ تا ۴-۲۱) استخراج شده و تمام موارد ترجمه و سپس از متخصصان خواسته شد که برای ارزیابی برنامه درمانی آن را به عنوان ملاک در نظر داشته باشند.

پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های درمان: پرسشنامه‌ای با ۴۵ ماده درمورد ارزیابی جلسه‌های درمان توسط پژوهشگران طراحی شد. ماده‌های این پرسشنامه شامل تناسب اهداف و محتوای هر جلسه با تعریف نظری ارائه شده از طرح‌واره درمانی هیجانی (۱۵ ماده، برای هر جلسه یک ماده)؛ تناسب تکالیف و تمرین‌های هر جلسه با اهداف جلسه (۱۵ ماده، برای هر جلسه یک ماده)، تناسب محتوای هر جلسه با فرایند تغییر در هر جلسه (۱۵ ماده، برای هر جلسه یک ماده). تمام این ۴۵ ماده در واقع رویای طرح‌واره درمانی هیجانی را می‌سنجند.

ساختار درمان: پروتکل طرح‌واره درمانی هیجانی مبتنی بر مدل طرح‌واره‌های هیجانی لیهی است. هدف این پروتکل درمانی آشناسازی مراجع با انواع تجارب هیجانی، طرح‌واره‌های هیجانی، راهبردهای نظم‌جویی هیجان، رابطه بین طرح‌واره‌ها و مشکلات و راهبردهای دردرساز نظم‌جویی هیجان، آموزش

1 - Delphi

2 - Criteria for Evaluating Treatment Guidelines

3 - American Psychological Association

نشان می‌دهد که شامل خلاصه‌ای از شرح جلسه‌های درمان به همراه تکالیف خواسته شده از مراجع در پایان هر جلسه است.

راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی هیجان و چالش با طرح‌واره‌های هیجانی در راستای پیگیری اهداف است. جدول ۱ خلاصه جلسه‌های طرح‌واره درمانی هیجانی را

جدول ۱

خلاصه جلسه‌های درمان طرح‌واره درمانی هیجانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	آموزش روان‌شناختی درباره هیجان و راهبردهای مورد استفاده از آن، آموزش روانی اختلال شخصیت مرزی، اعتباربخشی بر هیجان‌های بیمار تکلیف: تمایز بین افکار، احساس و رفتار، کارکرد هیجان‌ها
دوم	آموزش طرح‌واره‌های هیجانی و درک ارتباط آن‌ها با مشکلات فرد تکلیف: شناسایی هیجان‌ها و طرح‌واره‌های هیجانی مشکل‌ساز و ارتباط آن‌ها با راهبردهای نظم‌جویی هیجان
سوم	بررسی خواستگاه‌های طرح‌واره‌های هیجانی و محیط بی‌اعتبارساز گذشته و اهمیت مهار خشم تکلیف: بررسی باورهای نادرست هیجانی و مطالعه حقایق پایه درباره هیجان
چهارم	ادامه آموزش مهار خشم، آموزش شناسایی هیجان‌های مختلف، اعتباربخشی و بهنجارسازی هیجان تکلیف: از بیمار درخواست می‌شود تا به یک آزمایش رفتاری بپردازد. آن‌ها باید هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند را شناسایی کنند. درواقع این کار نوعی نظرسنجی در مورد هیجان‌ها است.
پنجم	بررسی اعتباربخشی و اعتباریابی تکلیف: فهرستی از کارهایی که زمان بی‌اعتبارسازی انجام می‌دهید را نیز بنویسد. با این تکلیف برخی سبک‌های دردسرساز پاسخگویی به مسائل و مشکلات را شناسایی می‌کند.
ششم	شناسایی راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته در برخورد با محیط‌ها بی‌اعتبارساز تکلیف: ابداع روش‌های سازش‌یافته موقع اعتبارزدایی برای مراجع ارائه می‌شود
هفتم	تداوم شناسایی راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته در زندگی و ایجاد ارتباط بین تجارب هیجانی، راهبردهای نظم‌جویی هیجان و طرح‌واره‌های هیجانی تکلیف: ترسیم مدل طرح‌واره هیجانی منحصربه‌فرد توسط بیمار، نقش طرح‌واره‌ها در مشکلات بیمار
هشتم	شناسایی هیجان‌های کمتر توجه‌شده، بررسی طرح‌واره هیجانی گناه و شرم همراه با بهنجارسازی تجارب هیجانی و مهارپذیری همراه آموزش کامل مهار خشم تکلیف: بررسی سود و زیان طرح‌واره هیجانی مهارناپذیری و تمرین مهار خشم
نهم	بررسی طرح‌واره قابلیت درک‌شدن و آموزش درباره آن تکلیف: بررسی نقش طرح‌واره قابلیت درک با تجارب اولیه در زندگی، طرح‌واره‌های هیجانی و مشکلات فعلی بیمار
دهم	بررسی ریشه طرح‌واره مدت و نقش آن در تداوم مشکلات تکلیف: بررسی شواهد طرح‌واره مدت
یازدهم	بررسی طرح‌واره پذیرش و نقش آن در تفکر دوقطبی تکلیف: چالش شناختی با طرح‌واره پذیرش
دوازدهم	بررسی هیجان‌های پیچیده در بیمار و آموزش ذهن‌آگاهی در برخورد با آن‌ها تکلیف: ذهن‌آگاهی؛ مثال‌هایی از هیجان‌های پیچیده
سیزدهم	شناسایی ارزش‌های والا در فرد و نقش آن‌ها در معنادگی به تجارب هیجانی زندگی روزمره تکلیف: بیمار فهرستی از ارزش‌های متعالی که آرزوی آن‌ها را در سر دارد تنظیم می‌کند و سپس می‌تواند غم، اضطراب، خشم یا هیجان‌های دشوار دیگری را شناسایی و بررسی کند که این هیجان‌ها چگونه ممکن است با آن ارزش‌های متعالی مرتبط باشند یا مرتبط نباشند.
چهاردهم	یادآوری تجارب هیجانی مختلف و آموزش درباره داشتن تجارب هیجانی مختلف در یک‌زمان تکلیف: فضاسازی برای هیجان
پانزدهم	بررسی دوباره طرح‌واره‌های هیجانی و آماده‌سازی برای اتمام درمان و پیشگیری از عود مجدد و تأکید بر لزوم انجام تمرین‌هایی برای حفظ روند درمان

متخصصانی که ارزیابی پروتکل را بر عهده داشتند و حداقل مقدار قابل قبول بر اساس جدول لاوش باید تصمیم‌گیری شود. لاوش (۱۹۷۵) پیشنهاد کرده است که مقادیر مناسب ضریب نسبت روایی محتوا بایستی از سطوح آماری تصادفی بالاتر باشد و به همین خاطر جدولی از حداقل مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا ارائه

در مرحله اول پژوهش از شاخص روایی محتوا برای بررسی روایی محتوایی نظرات متخصصان و در مرحله دوم پژوهش نیز از دو ضریب نسبت روایی محتوا^۱ و شاخص روایی محتوا استفاده شده است (فتحی آشتیانی، محمدی و فتحی آشتیانی، ۲۰۱۷). برای محاسبه ضریب نسبت روایی محتوا بر اساس تعداد

جدول حداقل مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا مبتنی بر آزمون معناداری یک دامنه با سطح $0/05$ است. طبق جدول لاوش برای تعداد ۸ متخصص این پژوهش ضریب نسبت روایی محتوا مورد قبول $0/75$ است. همچنین حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص روایی محتوا برابر با $0/79$ است که اگر شاخص روایی محتوا مفادی از پروتکل کمتر از $0/79$ باشد، آن مفاد بایستی از پروتکل حذف شوند (کرمی، ۲۰۱۹).

یافته‌ها

برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از شاخص روایی محتوا استفاده شد و در مرحله اول پژوهش $0/80$ به دست آمد. جدول ۲ حداقل و حداکثر مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای مربوط به پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های طرح‌واره درمانی هیجانی را بر اساس نظر متخصصان نشان می‌دهد.

کرده است. برای تعیین ضریب نسبت روایی محتوا از متخصصان خواسته شد که تا هر ماده را بر اساس طیف سه‌قسمتی «ضروری»، «مفید اما ضرورت ندارد» و «ضرورتی ندارد» بررسی کنند (لاوش، ۱۹۷۵). برای بررسی شاخص روایی محتوا هم از روش والتز و بوزل (۱۹۸۱) استفاده شده است. برای این کار متخصصان هر ماده را بر اساس مرتبط بودن، واضح بودن و ساده بودن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای که از ۱ «مربوط نیست»؛ ۲ «نسبتاً مربوط است»؛ ۳ «مربوط است» و ۴ «کاملاً مربوط است» مشخص می‌کنند (کرمی، ۲۰۱۹).

ضریب نسبت روایی محتوا است که در این فرمول nE تعداد متخصصانی است که به گزینه «ضروری» پاسخ داده‌اند و N تعداد کل متخصصان است. که در این فرمول نیز n تعداد متخصصانی است که به ماده‌های مرتبط، واضح و ساده بودن گزینه‌های ۳ و ۴ پاسخ داده‌اند و N تعداد کل متخصصان است.

جدول ۲

مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا، شاخص روایی محتوا پرسشنامه ارزیابی جلسه‌های طرح‌واره درمانی هیجانی بر اساس نظر متخصصان روان‌شناسی بالینی ($n=8$)

شرح ماده	شاخص روایی محتوا	ضریب نسبت روایی محتوا
۱ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه اول با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	$0/87$	$0/87$
۲ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دوم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه سوم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۴ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه چهارم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	$0/87$
۵ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه پنجم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۶ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه ششم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۷ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هفتم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۸ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هشتم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۹ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه نهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۰ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	$0/87$	۱
۱۱ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه یازدهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۲ تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دوازدهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱

۱۳	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه سیزدهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۰/۸۷
۱۴	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه چهاردهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۵	تا چه حد اهداف و محتوای جلسه پانزدهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان به لحاظ ضرورت، مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۶	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه اول با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۷	۱
۱۷	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه دوم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۱۸	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه سوم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۰/۸۷
۱۹	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه چهارم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۰	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه پنجم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۱	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه ششم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۷	۱
۲۲	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه هفتم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۳	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه هشتم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۰/۸۷
۲۴	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه نهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۵	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه دهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۷	۱
۲۶	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه یازدهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۷	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه دوازدهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۲۸	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه سیزدهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۰/۷۵
۲۹	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه چهاردهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۰	تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه پانزدهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۷	۱
۳۱	تا چه حدی محتوای جلسه اول، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۲	تا چه حدی محتوای جلسه دوم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۳	تا چه حدی محتوای جلسه سوم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۴	تا چه حدی محتوای جلسه چهارم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۷	۱
۳۵	تا چه حدی محتوای جلسه پنجم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱
۳۶	تا چه حدی محتوای جلسه ششم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۰/۸۷
۳۷	تا چه حدی محتوای جلسه هفتم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۱	۱

۰/۸۷	۱	تا چه حدی محتوای جلسه هشتم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳۸
۱	۱	تا چه حدی محتوای جلسه نهم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۳۹
۱	۱	تا چه حدی محتوای جلسه دهم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۴۰
۱	۱	تا چه حدی محتوای جلسه یازدهم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۴۱
۱	۰/۸۷	تا چه حدی محتوای جلسه دوازدهم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۴۲
۱	۱	تا چه حدی محتوای جلسه سیزدهم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۴۳
۱	۱	تا چه حدی محتوای جلسه چهاردهم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۴۴
۱	۱	تا چه حدی محتوای جلسه پانزدهم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت و مرتبط بودن نقش داشته و آن را پوشش می‌دهد؟	۴۵

پرسشنامه ۴۵ ماده‌ای درباره‌ی واضح بودن، مرتبط بودن، و ساده بودن در اختیار ۸ متخصص قرار گرفت که نمره همه‌ی ماده‌ها بالای خط برش ۰/۷۵ بود و ضریب نسبت روایی محتوا مورد نیاز برای برآورده شدن روایی را کسب کردند. بنابراین طرح‌واره درمانی هیجانی دارای روایی درونی کافی از نظر متخصصان است. چنانچه در جدول ۲ گزارش شده است، مقادیر شاخص روایی محتوا برای تمام ۴۵ ماده بالاتر از ۰/۷۹ بود و کفایت روایی درونی طرح‌واره درمانی هیجانی را از نظر متخصصان نشان داد. با توجه به یافته‌ها می‌توان دریافت متخصصان در ارزیابی خود معتقد به روایی طرح‌واره درمانی هیجانی بودند و به نظر آن‌ها این درمان در کاهش نشانه‌ها و علائم اختلال شخصیت مرزی مؤثر است.

بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی نوعی آسیب‌پذیری زیست‌شناختی داشته و در محیط‌هایی که به‌طور مکرر تجارب هیجانی فرد بی‌اعتبار شده و گاهاً سرزنش می‌شود، پرورش یافته‌اند. آسیب‌پذیری هیجانی به‌همراه پرورش در محیط بی‌اعتبار ساز هیجانی باعث می‌شود که فرد با نقیصی در توانایی، انگیزش و نظم‌جویی هیجان و مشکلاتی در زندگی مواجه شود (سائر-زاوالا و دیگران، ۲۰۱۹). ولی پژوهش‌های گیل و واربورتن (۲۰۱۸) نشان داده که ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی سابقه‌ی آزار کودکی را گزارش داده و ۲۰ تا ۵۰ درصد افراد با سابقه‌ی آزار کودکی به اختلال شخصیت مرزی مبتلا نشده‌اند (گودمن و یهودا،

بر اساس نتایج جدول ۲، حداقل مقدار ضریب نسبت روایی محتوا برای پرسشنامه‌ی ارزیابی جلسه‌های طرح‌واره درمانی هیجانی برابر با ۰/۷۵ است. با توجه به این که حداقل مقدار ضریب نسبت روایی محتوای قابل قبول برای تعداد ۸ نفر متخصص مقدار ۰/۷۵ است، بنابراین پروتکل درمانی بعد از اصلاح نهایی دیگر نیازمند اصلاح نیست. هم‌چنین بر اساس نتایج این جدول نیز حداقل مقدار شاخص روایی محتوا برای پرسشنامه‌ی ارزیابی جلسه‌های طرح‌واره درمانی هیجانی برابر با ۰/۸۷ است.

بحث

هدف اول پژوهش تدوین مداخله‌ای است که از ساختار و فرایند درمان شناختی تبعیت می‌کند و محتوای آن شواهد پژوهشی مدل طرح‌واره‌های هیجانی تعیین می‌شود. پس از آماده‌سازی برنامه‌ی درمانی، تکنیک‌ها و ساختار جلسات درمان با هماهنگی اساتید نهایی شد تا بر اساس مدل طرح‌واره‌ی هیجانی تنظیم شود. پس از آن، پروتکل اصلاحی و تأیید شده به ۱۰ نفر از متخصصان ارائه شد تا این پروتکل را بر اساس ملاک ارزیابی راهنماهای درمانی ارزشیابی کنند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۱). سپس برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از شاخص روایی محتوا استفاده شد که در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به‌دست آمد که از ۰/۷۹ به‌عنوان نقطه‌ی برش بالاتر و مورد تأیید است. در مرحله‌ی دوم برای بررسی ضریب نسبت روایی محتوا جلسه‌های درمان،

۲۰۰۲). به‌همین دلیل می‌توان استنباط کرد که عامل واسطه‌ای دیگری مانند سبک دلبستگی (پورشهریار، حسین‌زاده و رجانیا، ۱۳۹۷)، شفقت به‌خود (وستفال و دیگران، ۲۰۱۶) و طرح‌واره‌های هیجانی (صبری و دیگران، زیرچاپ) در مسیر سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی نقش دارد. پس تجربه محیط بی‌اعتبارساز در کودکی می‌تواند طرح‌واره‌های هیجانی را شکل دهد؛ برای مثال من هیجان‌هایم را نمی‌توانم کنترل کنم، هیجان‌های من را کسی درک نمی‌کند، هیجان‌های من برای مدت طولانی تداوم خواهند داشت. وجود طرح‌واره‌های خاص موجب الگوهای رفتاری خاص و راهبردهای دردرساز خاصی می‌شود. برای مثال بیمار مبتلابه اختلال شخصیت مرزی با طرح‌واره تداوم هیجانی برای جلوگیری و مقابله با این افکار اقدام به خودزنی می‌کند یا بیمار دارای طرح‌واره هیجانی اعتباربخشی هیجانی دست به نازنده‌سازی هیجانی می‌زند (لیهی، ۲۰۱۸). پس به‌خاطر وجود طرح‌واره‌های هیجانی خاصی که بر اثر تجربه محیط بی‌اعتبارساز شکل گرفته‌اند، انواع مختلف مشکلات نارسانظم‌جویی هیجان مانند طغیان‌های خشم، تحریک‌پذیری، احساس پوچی، دوقطبی‌سازی‌ها، ناامیدی، گناه در فرد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی تظاهر می‌یابد.

درباره طرح‌واره‌درمانی هیجانی در مورد بیماران مبتلابه اختلال شخصیت برنامه درمانی خاصی تا به حال مطرح نشده است. طرح‌واره درمانی هیجانی تقریباً شکل هیجان‌محور درمان شناختی رفتاری است و همانند سایر درمان‌های موج سوم درمان شناختی رفتاری، بر اعتباربخشی، پذیرش و پردازش هیجانی تأکید می‌کند و از تکنیک‌های مختلف مانند ذهن‌آگاهی، بازسازی شناختی طرح‌واره‌ها، مدیریت تنیدگی و خشم استفاده می‌کند (لیهی، ۲۰۱۲). براساس این مدل درمانی، وقتی طیف وسیعی از هیجان‌ها مانند خشم، گناه و ناامیدی در بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی آغاز می‌شود، بیمار آن‌ها را به‌عنوان مشکل در نظر گرفته و طرح‌واره‌های هیجانی منفی به‌نحوی خود را نشان می‌دهند. برای مثال، بیمار مبتلابه اختلال شخصیت مرزی هیجان‌های خود را غیرقابل درک توصیف کرده و آن‌ها را غیرقابل مهار تصور

می‌کند که تا مدت‌های طولانی در وی باقی خواهد ماند و روی آن هیجان پافشاری می‌کند. در چنین حالتی فرد بیمار آن را عادی تلقی نمی‌کند و تحمل آن را دشوار می‌پندارند (لیهی، ۲۰۱۵).

در طرح‌واره درمانی هیجانی درمانگر برای شناسایی و ارزیابی طرح‌واره‌ها و باورهای فعلی بیمار درباره هیجان روی‌آوردی ساختاریافته دارد. درمانگر درباره چگونگی تداوم هیجان‌ها بر اثر طرح‌واره‌ها، چگونگی ارتباط طرح‌واره‌ها یا سبک‌های مقابله‌ای سازش‌نا یافته و دردرساز و نحوه اصلاح طرح‌واره‌ها و باورها مفهوم‌پردازی موردی تهیه می‌کند (لیهی، ۲۰۱۸). جلسات اولیه درمانی اطلاعات مهمی درباره هیجان‌های خاص مشکل‌ساز، باورهای بیمار درباره هیجان، تاریخچه و سابقه قبلی در برخورد با هیجان در خانواده، عملکرد هیجانی فرد با دیگران در روابط قبلی، راهکارهای مشکل‌ساز در برخورد با هیجان‌ها و تلاش‌های قبلی برای سازش‌یافتگی با هیجان‌های مشکل‌ساز به درمانگر ارائه می‌دهد. علاوه بر این اطلاعات، درمانگر باید تعیین کند که چگونه درباره موضوعات هیجانی بحث شود، بیمار چگونه از یک موضوع هیجانی به یک موضوع غیرمرتبط می‌پردازد و آیا بیمار تلاش می‌کند هیجان را سرکوب کند یا برعکس، هنگام فعال شدن هیجان از کنترل خارج می‌شود (جزایری و دیگران، ۲۰۱۵).

با توجه به نقش دوران کودکی در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها و مشکل نارسانظم‌جویی هیجان به‌دلیل وجود چنین طرح‌واره‌های هیجانی، برنامه طرح‌واره درمانی هیجانی که هم از پذیرش و ذهن‌آگاهی و هم چالش با طرح‌واره‌ها برای تغییر بهره می‌برد، می‌تواند همانند دیگر اختلال‌ها سودمند واقع شود. طرح‌واره درمانی هیجانی روی اختلال وسواسی بی‌اختیاری مقاوم به درمان (لیهی، ۲۰۰۷)، کاهش اضطراب و نگرانی بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر (خالقی و دیگران، ۲۰۱۷) و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی (رضایی و دیگران، ۲۰۱۹) مؤثر واقع شده است. طرح‌واره درمانی هیجانی باهدف قرار دادن هیجان به‌عنوان موضوع شناخت، تأکید متفاوتی بر نظم‌جویی هیجان می‌کند؛ تأکیدی که طرح‌واره درمانی هیجانی بر اعتباربخشی هیجانی و راهبردهای دردرساز هیجانی

cents: multisite implementation and evaluation of a 16-week program in a public community mental health setting. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(1), 76-83.

Gill, D., Warburton, W., & Sweller, N. (2018). The Development of Borderline Personality Disorder: Beyond the Biosocial Model. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 18(2), 55-63.

Goodman, M., & Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 32(6), 337-345.

Jazaieri, H., Morrison, A. S., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 531-543

Karami, A. (2020). *Familiarity with test making and psychological tests*. Psychometric Publications, Tehran. Iran. [In Persian].

Khaleghi, M., Leahy, R. L., Akbari, E., Mohammadkhani, S., Hasani, J., & Tayyebi, A. (2017). Emotional schema therapy for generalized anxiety disorder: a single-subject design. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(4), 269-282.

Khani, Z., Besharat, M. A., & Farahani, H. (2020). The role of emotional regulatory mediators in the relationship between early uncompromising psychopaths and symptoms of anxiety. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 17 (66), 117-130. [In Persian].

Khasho, D. A., Van Alphen, S. P. J., Heijnen-Kohl, S. M. J., Ouwens, M. A., Arntz, A., & Videler, A. C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14, 100330.

Khourianian, M., Bakhshi Pour Rudsari, A., Mahmoud Alilou, M., & Hashemi, T. (2019). The effectiveness of transfer-oriented psychotherapy on reflective action and semiotic reduction of patients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology*, 4(10), 45-58. [In Persian].

Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2018). *Abnormal psychology: The science and treatment of psychological disorders*. New York: John Wiley & Sons.

می‌کند نکات اصلی و مشکل‌زای بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی است. برنامه طرح‌واره درمانی هیجانی از سوی متخصصان هم از نظر مدل نظری و هم از نظر محتوای جلسه‌ها تأیید شده می‌توان این درمان را در وهله کارآزمایی بالینی برای افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی به کاربرد و اثربخشی آن را به صورت روشمند و کنترل شده مورد بررسی قرار داد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با همکاری متخصصان روان‌شناسی بالینی در فرایند تدوین و ارزیابی صورت گرفته است. از همکاری تمام متخصصان گرامی و بزرگواری که در این پژوهش ما را همراهی کردند، قدردانی می‌کنیم.

منابع

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: Washington DC, American Psychiatric Association.

American Psychological Association (2021). *Criteria for Evaluating Treatment Guidelines*. Washington.

Apfelbaum, S., Regalado, P., Herman, L., Teitelbaum, J., & Gagliosi, P. (2013). Comorbidity between bipolar disorder and cluster B personality disorders as indicator of affective dysregulation and clinical severity. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 41(5), 269-278.

Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21(3), 44-49.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder* (pp. 529-532). Oxford: Oxford University Press.

Bender, D. S., Skodol, A. E., Pagano, M. E., Dyck, I. R., Grilo, C. M., Shea, M. T., & Gunderson, J. G. (2006). Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 254-257.

Davidson, K. M., & Tran, C. F. (2014). Impact of treatment intensity on suicidal behavior and depression in borderline personality disorder: A critical review. *Journal of Personality Disorders*, 28(2), 181-197.

Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Gillespie, C., Suarez, C., & Arensman, E. (2019). Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy for adoles-

- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Pourshahryar, H., Alizadeh, H., & Rajacinia, K. (2018). Experiences of childhood emotional harassment and characteristics of borderline personality disorder in adulthood: The mediating role of attachment styles and emotional regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior)*, 24 (2), 153-162. [In Persian].
- Rezaei, M., Qadmpour, A., Rezaei, M., & Kazemi, R. (2015). The effectiveness of Emotional Therapy Scheme (EST) on the anxiety and severity of depression in patients with major depression. *Clinical Psychology*, 4 (7), 45-57. [In Persian].
- Sabri, V., Yaqubi, H., Hassani, J., & Mahmud Alilou, M. (In Press). The role of child abuse and emotional vulnerability in borderline personality traits: The mediating role of emotional schemas and emotional regulation. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. [In Persian].
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sauer-Zavala, S., Wilner, J. G., Cassiello-Robbins, C., Saraff, P., & Pagan, D. (2019). Isolating the effect of opposite action in borderline personality disorder: A laboratory-based alternating treatment design. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 79-86.
- Shakeri, J., & Sadeghi, Kh. (2001). Prevalence of personality disorders in patients admitted to an educational-medical center in Kermanshah. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 8 (1), 49-56. [In Persian].
- Timmerman, I. G., & Emmelkamp, P. M. (2001). The relationship between traumatic experiences, dissociation, and borderline personality pathology among male forensic patients and prisoners. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 136-149.
- Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 283-302.
- Waltz, C. F., & Bausell, R. B. (1981). *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis*. FA Davis company.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575.
- Leahy, R. (2015). *Emotional schema therapy*. New York: Routledge.
- Leahy, R. (2018). *Emotional schema therapy, distinctive feature*. New York: Routledge.
- Leahy, R. L., & Tirsch, D. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 297-302.
- Leible, T. L., & Snell, W. E., Jr. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Lieb, K., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 4-12.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. UK: Guilford Publications.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In James J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581-605). New York, US: Guilford Press.
- Majdara, A., Rahimian Booger, A., Talehpasan, S., & Gregory, R. (2018). The effectiveness of scanning deconstruction psychotherapy in the treatment of borderline personality disorder: Introducing an evidence-based treatment model. *Journal of Medical Science Studies*, 29 (6), 1-1-19. [In Persian].
- McGovern, M. P., Xie, H., Segal, S. R., Siembab, L., & Drake, R. E. (2006). Addiction treatment services and co-occurring disorders: Prevalence estimates, treatment practices, and barriers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(3), 267-275.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832.

Westphal, M., Leahy, R. L., Pala, A. N., & Wupperman, P. (2016). Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Research*, 242, 186-191.