

The effectiveness of integrated individual and family-oriented schema therapy with supportive treatment on the symptoms of patients with borderline personality disorder

اثربخشی طرح‌واره درمانی تلفیقی فردی و خانواده محور با درمان حمایتی بر نشانگان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی

Kianoosh azizi

PhD student of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

*Mokhtar Arefi

Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Omid Moradi

Assistant Professor, Department of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Abstract

Aim:The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of individual and family-centered schema therapy with supportive treatment on the symptoms of patients with borderline personality disorder.

Method: The current research is applied in terms of purpose and in terms of method it is semi-experimental with a pre-test and post-test type. The statistical population contained patients with a definite diagnosis of borderline personality disorder who visited Quds Hospital in Sanandaj city in 2020 and 2021. The sampling method was purposeful and finally 60 men were examined as a sample and randomly divided into the desired treatment groups. **Results:** The findings of the research indicated that there is a significant difference between the performance of the control and experimental groups in reducing the symptoms of borderline personality disorder in the post-test ($P < 0.05$). Also, the results of the multivariate covariance analysis indicated that the individual and family-centered schema therapy with supportive treatment improved the components of borderline personality disorder in patients with this disorder. According to the eta coefficient, there was the greatest effect on emptiness with 41% and the least effect on explosive anger with 22%. **Conclusion:**The results of the present study indicate that the schema therapies used in the research are effective in reducing the components of borderline personality disorder, so it can be used as an effective intervention method in patients with borderline personality disorder.

Keywords: Borderline personality disorder, supportive treatment, individual schema therapy, family-centered schema therapy.

کیانوش عزیزی

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

*مختار عارفی

دانشیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

امید مرادی

استادیار گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی فردی و خانواده محور با درمان حمایتی بر نشانگان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد. **روش شناسی:** پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش اجرا نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون است. جامعه آماری بیماران با تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی بودند که به بیمارستان قدس شهر سنندج در سالهای ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند بود که در نهایت ۶۰ نفر مرد به عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند و به صورت تصادفی در گروه‌های درمانی مورد نظر تقسیم شدند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نشانگان اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های مورد نظر در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین نتایج کواریانس چند متغیره نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی فردی، خانواده محور با درمان حمایتی باعث بهبود در مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی شده است ($p < 0/05$). بر اساس ضریب اتا بیشترین تأثیر بر روی تهی بودن با ۴۱ درصد و کمترین تأثیر را بر روی خشم انفجاری با ۲۲ درصد وجود داشته است. **نتیجه‌گیری:** در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی‌های استفاده شده در کاهش مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی از کارایی لازم برخوردار است بنابراین می‌تواند به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، درمان حمایتی، طرح‌واره درمانی

فردی، طرح‌واره درمانی خانواده محور.

* نویسنده مسئول: Email: m.arefi@iauksh.ac.ir

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۶

دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۲۶

مقاله پژوهشی

مقدمه

شخصیت معرف دسته‌ای از ویژگی‌های فردی شامل الگوهای ثابت فکری، عاطفی و رفتاری است و اختلال در شخصیت بر مبنای چهار خصیصه تعریف شده است که شامل: پریشانی: تجربه عذاب هیجانی یا جسمانی، در زندگی متداول. اختلال: کم شدن توانایی فرد در انجام امور روزانه خود، به صورتیکه نتواند کارهایش را به درستی انجام دهد؛ به مخاطره انداختن خود و دیگران با کارهایی که انجام می‌دهند و از لحاظ اجتماعی و فرهنگی غیرقابل قبول باشد (Massen and et al. 2002). اختلال شخصیتی وقتی به وقوع می‌پیوندد که میان عملکرد رفتاری فردی و بین فردی نقص وجود داشته باشد. اگر نشانه‌های این نقص و ناهماهنگی به شکلی متداوم بروز یابند، به عنوان بخشی از مرحله‌ی رشد فردی یا رشد محیطی/اجتماعی شناخته نشوند، در اثر مصرف مواد و قرارگرفتن در شرایطی خاص نباشند، با عنوان اختلال شخصیت شناخته خواهند شد. ده اختلال شخصیت بر اساس طبقه بندی DSM-IV-TR شامل سه گروه است: گروه A افراد عجیب و نامتعارف: (اختلال شخصیت پارانوئید^۱، اختلال شخصیت اسکیزوئید^۲، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال^۳)، گروه B افراد نمایشی-احساساتی و دمدمی: (ضداجتماعی^۴، اختلال شخصیتی مرزی^۵، اختلال شخصیت نمایشی^۶، اختلال شخصیت خودشیفته^۷)، گروه C افراد مضطرب و هراسان: (اختلال شخصیت دوری‌گزین^۸، اختلال شخصیت وابسته، اختلال شخصیت وسواسی جبری^۹) و سایر اختلالات شخصیت: (اختلال شخصیت افسرده^{۱۰}، منفعل - مهاجم^{۱۱}) (American Psychiatric Association, 2016). انجمن روانپزشکی آمریکا اختلال شخصیت مرزی را به این صورت توصیف می‌کند: "یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی و خودانگاره و خلق و خوی تکانشگرانه مشخص که در اوایل دوره بزرگسالی شروع شده و در محیط‌ها و موقعیت‌های مختلف ظهور می‌کند." شیوع این اختلال در جامعه زنان بسیار شایع‌تر و در کل جامعه حدوداً ۲ درصد می‌باشد (American Psychiatric Association, 2016). از این رو با توجه به افزایش شیوع اختلال شخصیت مرزی می‌توان به اهمیت توجه به آن اشاره کرد (Sharifi, Hajebi and Rad Gudarzi, 2017).

از ویژگی‌های بارز و مخرب بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نوسانات خلقی و رفتاری، روابط بین فردی آشفته، رفتارهای پرخطر، خشم بی‌جا و آسیب‌رساندن به خود، روی بردن و زیاده‌روی در مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی جهت آرام شدن و فرار از مشکلات را نام برد (Mohammadifar et al., 2018).

¹ Paranoid (PPD)

² Schizoid (SPD)

³ Schizotypal (STPD)

⁴ Antisocial (ASPD)

⁵ Borderline (BPD)

⁶ Histrionic (HPD)

⁷ Narcissistic

⁸ Avoidant

⁹ Obsessive-compulsive (OCPD)

¹⁰ Depressive

¹¹ Passive-aggressive

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 جهت گیری های درمانی مختلف برخوردار شده‌اند و به طور تخصصی برای اختلال شخصیت مرزی طراحی شده‌اند، می‌توان این اختلال را درمان کرد (Chouhi-Kin et al., 2017). یکی از رویکردهای درمانی مورد استفاده در اختلال شخصیت مرزی، طرحواره درمانی^۱ است (Presco et al., 2014). فریمن و فاسکو معتقدند که طرحواره‌ها، فرضیات یا قوانین زیربنایی هستند که رفتارها و افکار فرد را تحت کنترل خود دارند و در طی سال‌های زندگی فرد تغییر یافته‌اند. محتوا و مفاد طرح‌واره‌ها، تمامی جنبه‌ها و سویه‌های زندگی فرد، اعم از آگاهانه یا غیر آگاهانه را دربر می‌گیرد. معنی، قالب و بافتاری که فرد به دنیا می‌دهد را طرح‌واره‌ها ایجاد می‌کنند (Rickbor, 2012). هدف اصلی طرح‌واره درمانی، ترمیم طرح‌واره است و چون یک طرح‌واره در برگیرنده مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، شناختارها و حس‌های بدنی است بنابراین در ترمیم طرح‌واره باید تمامی این عناصر را تعدیل نمود. تغییر طرح‌واره مشتمل بر تغییر رفتار هم می‌باشد و به بیمار می‌آموزد الگوهای رفتاری سالم‌تر و سازگارتری را جایگزین سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار کند (Qorban Alipour and Esmaili, 2012). مرور پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی برای اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفته است (Taniam et al., 2018; Jacob et al., 2019; Wetzler et al., 2018). برای مثال گیسن بلو^۲ و همکاران در یک مطالعه تجربی به مقایسه طرح‌واره درمانی با روان درمانی مبتنی بر انتقال انتقال پرداختند. هر دو روش درمانی منجر به افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی شده بود و این تغییرات تا یک سال پیگیری پس از درمان نیز حفظ شده بود، با این حال نتایج نشان داد که برتری طرح‌واره درمانی بر روان درمانی مبتنی بر انتقال بود (Giessenblo et al., 2018). 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 دهنده آن بود که طرح‌واره درمانی به شکل معنی‌داری علایم اختلال شخصیت مرزی را پس از درمان کاهش می‌دهد (Nadoret et al., 2019). کلج و یانگ (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان «درمان اختلال شخصیت مرزی با استفاده از طرح‌واره درمانی» با هدف درمان و تشخیص ساختارهای درونی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به این نتیجه دست یافتند که طرح‌واره درمانی منجر به ایجاد ثبات هیجانی نسبی در بیماران شد به گونه‌ای که توانستند روابط دوطرفه با دیگران برقرار کنند و احساس بهتری داشته باشند. از سوی دیگر در مواقعی که درمانگر احساس می‌کند تفسیرهایش برای مددجو دردناک و بالقوه پریشان‌کننده 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 (Sahebi, 2017). در این موارد،

¹ Schema Therapy

² Giesen-Bloo

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 (Azadyekta and Mohammadian, 2018).

همچنین زمانی که چرخه زندگی فرد دستخوش گسستگی می‌شود؛ اغلب مشکلات بروز می‌کند. صرفاً و به‌تنهایی وظیفه یک فرد نیست که این مسائل را پشت سر بگذارد، در واقع این وظیفه کل خانواده و هر عضو آن است که در جهت این مهم، اقدام کند لذا رویکرد دیگری که در زمینه اختلال شخصیت مرزی تأثیرگذار است خانواده‌درمانی می‌باشد که با حضور یک یا چند خانواده انجام می‌گیرد و یک رویکرد بالینی تخصصی برای گروه‌ها به شمار می‌رود (Sahebi, 2017). بررسی پیشینه پژوهش حاکی از آن است که مطالعات دیگر اثربخشی طرح‌واره درمانی فردی، خانواده محور و درمان حمایتی را به‌صورت جداگانه بررسی کرده‌اند، اما ارتباط و قابلیت پیش‌بینی آنها به‌ویژه بین حمایت درمانی با حالت ترکیبی از طرح‌واره درمان فردی و خانوادگی مورد بررسی قرار نگرفته است؛ 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 ...) در راستای تغییر در سبک درمان، پیشگیری و کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی کمک کرد در همین راستا هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی فردی، خانواده محور با و بدون درمان حمایتی، در کاهش نشانگان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بود.

روش شناسی

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش اجرا نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است که در بیمارستان قدس شهر سنندج انجام شد. پروتکل اجرای این مطالعه از طرف کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج با کد اخلاق (IR.IAU.TMU.REC.1399.027) تأیید گردید. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به بیمارستان قدس شهر سنندج در سالهای ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی بر اساس نظر روان‌پزشک و نتیجه آزمون اختلال شخصیت مرزی، نداشتن اختلال‌های روانی دیگر که در نتیجه مطالعه تأثیرگذار باشد، رضایت بیمار و خانواده، داشتن سواد خواندن و نوشتن بودند. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل: تکمیل ناقص پرسشنامه و عدم همکاری بیماران بود. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش هدفمند بود که در نهایت ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۴ گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل یک پرسشنامه دوبخشی بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات و سابقه اعتیاد) و بخش دوم مربوط به ارزیابی پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی BPDSI دارای ۷۰ گویه است که نه معیار اختلال شخصیت مرزی (ترک شدن، روابط بین‌فردی، هویت، تکانشگری، رفتارهای خودکشی، بی‌ثباتی عاطفی، تهی بودن و بی‌ارزشی، خشم‌های انفجاری، افکار پارانویید و تفکیک آن) را بر اساس DSM مورد بررسی قرار گرفت. تمامی سؤالات توسط مراجع بر اساس یک مقیاس ۱۰ نمره‌ای نمره‌گذاری شد. این مقیاس توسط ویور و کلاس^۲ در سال ۱۹۹۳ تهیه شد ضریب اعتبار ۸۲ درصد را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به دست آوردند (Arendts, Apiles and Saisorda, 2015). در ایران، صلواتی (۱۳۸۶) با روش دونیمه سازی برای هر خرده مقیاس و کل مقیاس ضریب اعتبار ۰/۸۵ گزارش داد (Mazaheri and Golshani, 2016). در پژوهش حاضر جهت افزایش اعتبار، از روش روایی محتوا استفاده شد و پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد. جهت تحلیل داده‌ها از طریق آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد) و آمار استنباطی (لوین، کوواریانس) با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

در ادامه جمع‌بندی جلسات اجرای هر سه پروتکل طرحواره درمانی فردی، خانواده محور و درمان حمایتی با تکالیف و فنون درمانی آنها در ۸ جلسه بیان شده است.

جدول (۱) فنون درمانی و تکالیف طرحواره درمانی فردی

جلسه	هدف و محتوا	فنون درمانی و تکالیف طرحواره درمانی فردی
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، پیشایندها و پس‌آمدها	شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین
چهارم	شناسایی افکار تحریف شده	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 مفهوم سازی 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)

(طرحواره درمانی فردی؛ قربانعلیپور و عباسی، ۱۳۹۱)

¹ Scale of borderline personality trait

² Viour & Kelass

جدول (۲) فنون درمانی و تکالیف طرح‌واره درمانی خانواده محور

جلسه	هدف و محتوا	فنون درمانی و تکالیف طرح‌واره درمانی خانواده محور
اول	آشنایی، برقراری ارتباط	<p>۱- آشنایی با اعضا، کمک به درک مشکل فرد و عوامل خانوادگی مؤثر در آن و تأثیر آن بر خانواده</p> <p>۲- ایجاد انگیزه و جلب توجه اعضا به محتوای کلی جلسات و ایجاد احساس نیاز به مباحث بعدی.</p> <p>۳- بررسی ادراک هر کدام از اعضای خانواده نسبت به موضوع مورد بحث و اینکه هر کدام امیدوارند که از این تجربه به چه چیزی دست یابند.</p> <p>۴- انعقاد قرارداد درمانی</p>
دوم	ارزیابی خانواده	<p>۱- ارزیابی خانواده با استفاده از مدل فرآیند کارکرد خانواده.</p> <p>۲- ترسیم زئوگرام اعضای خانواده و یادگیری اعضا در این زمینه.</p> <p>۳- بررسی زئوگرام اعضا و آگاهی بر چگونگی پیدایش مشکل فعلی.</p> <p>۴- بررسی الگوهای خانواده های اصلی و مقایسه آن با الگوهای خانواده هسته ای و نقش آن در مشکلات زندگی کنونی از جمله ارتباطات افراد.</p>
سوم	آشنایی خانواده با تمایز یافتگی و ارزیابی میزان آن	<p>۱- آشنایی خانواده با مفهوم تمایز یافتگی و کار با آنها برای بهبودی در این زمینه از طریق توضیح و بررسی هم احساسی با اعضای خانواده.</p> <p>۲- توضیح و بررسی میزان تأثیر پذیری فکر و احساس خود با فکر و احساس دیگران، فکر و احساس خود با رفتار دیگران، رفتار خود با رفتار دیگران و نقش آنها در باورهای فرد.</p> <p>۳- کمک به تفکیک افکار از احساسات خود و دیگران و اینکه افراد چگونه می توانند با آگاهی از افکار خود و کنترل و تغییر آنها، احساس متفاوتی در خود ایجاد کنند.</p> <p>۴- ارزیابی افراد خانواده از میزان تمایز یافتگی خود در پیوستاری از ۰ تا ۱۰۰ درجه</p>
چهارم	آشنایی با هم وابستگی	<p>۱- آشنا کردن خانواده با مفهوم هم وابستگی.</p> <p>۲- آموزش به اعضا برای چگونگی کاهش هم وابستگی.</p>
پنجم	آشنایی با مثلث سازی و نظام عاطفی و هیجانی	<p>۱- آشنایی خانواده با مفاهیم مثلث سازی در خانواده و نظام عاطفی خانواده هسته ای.</p> <p>۲- کمک به درک آنها از این موضوع که در شرایط فشار روانی بین دو نفر از اعضا در خانواده پای شخصی که کمترین تمایز یافتگی را دارد برای کاهش تنش کشیده خواهد شد و مشکلاتی که در این زمینه به وجود خواهد آمد.</p> <p>۳- آموزش به اعضا که خانواده به صورت یک نظام عاطفی و هیجانی است و تا وقتی اعضایش به خوبی تفکیک نشوند، بی ثبات خواهد بود و اگر چنین تفکیکی روی ندهد مشکلات و اختلافات پابرجا خواهند ماند.</p>
ششم	آشنایی با فرافکنی و تکنیک تفکیک شدگی	<p>۱- آشنایی خانواده با مفاهیم فرافکنی خانوادگی و گسلس عاطفی.</p> <p>۲- کمک به درک افراد از اینکه تفکیک شدگی اندک باعث می شود که طرفین فشار روانی خویش را به فرزندان فرافکنی کنند و فرزندان پاسخهای مختلفی به فشار روانی وارد شده از سوی والدین پاسخ خواهند داد.</p> <p>۳- کمک به درک اعضا نسبت به اینکه وقتی فرزندان در اثر درگیری با مشکلات خانواده، مشکلات روانی شدیدی را متحمل می شوند، با جدایی عاطفی خود را از خانواده جدا کرده و از نظر هیجانی و عاطفی از خانواده دوری خواهند گزید.</p>
هفتم	آشنایی یا تمایز یافتگی و ترتیب اولاد و کارکرد خانواده	<p>۱- آشنایی و آگاهی خانواده با وضعیت همسیرها (خواهر و برادرها) در خانواده و فرآیند انتقال چندنسلی.</p> <p>۲- آگاهی دادن به اعضای خانواده در مورد ترتیب تولد افراد و اینکه چطور کارکرد پدر بزرگ ها، مادر بزرگ ها، اجداد پدری و مادری والدین و سایر بستگان نقش مهمی را در آسیب شناسی خانواده بازی می کنند و اینکه تمایز یافتگی افراد می تواند این تأثیرات را کم رنگ تر کند.</p>
هشتم	مرور و جمع بندی جلسات قبل	<p>۱- مروری بر تمام جلسات و ارزیابی آنچه که آموخته شده است و اهمیت و تأثیر آنها در بهبود و کمرنگ شدن مشکلات فعلی خود.</p> <p>۲- بیان مراحل بهبودی از هم وابستگی و تمایز یافتگی.</p> <p>۳- ارزیابی نهایی افراد از میزان تمایز یافتگی خود در پیوستاری از ۰ تا ۱۰۰ درجه.</p>

(طرح‌واره درمانی خانواده محور؛ غفاری، ثنائی و رفیعی، ۱۳۹۶)

جدول (۳) فنون درمانی طرحواره درمانی حمایتی

جلسه	هدف و محتوا	فنون درمانی طرحواره درمانی حمایتی	تکالیف
اول	تقویت کارکرد بهینه روانشناختی و اجتماعی بیمار	بازپروری و تقویت توانایی‌های او برای اداره زندگی‌اش. 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	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 آن که اطمینان‌بخشی مؤثر واقع شود، لزوماً بایستی مبنای واقعی داشته باشد.	تطبیق مشکلات فرد با توانایی افراد حمایت‌گر فرد
سوم	آگاه نمودن بیمار نسبت به واقعیت محدودیت‌ها و آنچه دست‌یافتنی یا دست‌نیافتنی	تأکید اصلی بر مسائل عملی زندگی فرد همانند مسائل دخل و خرج، بهداشت شخصی، خواب و تغذیه از جمله اساسی‌ترین مسائل است.	توضیح مسائل علمی روزمره و واقعیت موجود و خارجی که بیمار به طور روزانه با آن‌ها سروکار دارد.
چهارم	پیشگیری از بازگشت مجدد بیماری و تلاش برای جلوگیری از پسریت 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.	ثبت تغییرات انجام شده و دفعات تکرار آن
پنجم	توانا ساختن بیمار و کاهش وابستگی	با تأثیرگذاری صریح یا غیر صریح بر بیمار او را به انجام یک سری تغییرات وادار نماید.	استفاده از روش تلقین و تشویق
ششم	جابه‌جایی منبع حمایت	گفت و گو در رابطه با تجربه‌های خوشایند و تشویف به تداوم جابه‌جایی منبع حمایت (نه لزوماً تمامی آن) از کارشناس بهداشتی به خانواده یا دوستان به شرط آن که خانواده و دوستان قابل‌دسترس باشند و بتوانند نقش حامی را ایفا نمایند	اولویت بندی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار افزایش انگیزه برای تغییر رفتار
هفتم	تغییرات مؤثر در محیط بیمار	در این فرایند تماس‌های اجتماعی، البته به شیوه حمایتی افزایش یابد تا بیمار از دستیابی به اهداف شادی‌آفرین و باارزش لذت ببرد. 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). ب) کار با کسانی که در زندگی بیمار اهمیت ویژه‌ای دارند و به‌خصوص بستگان او. برای آن که خانواده را بتوانیم به‌گونه‌ای مؤثر در درمان حمایتی شرکت دهیم باید آگاهی‌ها و راهنمایی‌های لازم و ضروری را به آنان ارائه دهیم.	تعیین زمان اجرای پس آزمون‌های مربوطه
هشتم	مرور و جمع بندی جلسات	جمع بندی و نتیجه گیری نهایی	

(طرحواره درمانی حمایتی؛ مولایی، عابدین و حیدری، ۲۰۱۰)

یافته‌ها

بر اساس نتایج آمار توصیفی از نمونه ۶۰ نفری پژوهش تمام افراد مرد بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $32/4 \pm 8/2$ سال بود، همچنین ۶۱ درصد آنها دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و ۳۴ نفر (۵۶/۷ درصد) از نمونه مورد مطالعه دارای سابقه اعتیاد بودند. در جدول ۴ نتایج آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مولفه‌های اختلال شخصیت مرزی ارائه شده است.

جدول (۴) نتایج آمار توصیفی مولفه‌های اختلال شخصیت مرزی

مولفه	گروه کنترل		گروه آزمون	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
ترک شدن	میانگین ۹/۱۴ انحراف معیار ۱۱/۶۲	میانگین ۹/۰۲ انحراف معیار ۱۰/۹۳	میانگین ۱۰/۸۵ انحراف معیار ۱۰/۳۸	میانگین ۵/۱۲ انحراف معیار ۱۱/۲۹
روابط بین فردی	میانگین ۷/۵ انحراف معیار ۶/۲۰	میانگین ۷/۲۷ انحراف معیار ۷/۲۳	میانگین ۹/۷۲ انحراف معیار ۴/۲۳	میانگین ۴/۱ انحراف معیار ۳/۳۶
هویت	میانگین ۶/۱۴ انحراف معیار ۲/۲۸	میانگین ۵/۸۷ انحراف معیار ۲/۳۰	میانگین ۹/۲۵ انحراف معیار ۳/۱۰	میانگین ۶/۱۸ انحراف معیار ۳/۲۸
تکانشگری	میانگین ۸/۲۷ انحراف معیار ۲/۲۹	میانگین ۸/۰۷ انحراف معیار ۲/۰۵	میانگین ۸/۹۳ انحراف معیار ۲/۰۲	میانگین ۳/۴۴ انحراف معیار ۴/۲۰
رفتار خودکشی	میانگین ۷/۷۴ انحراف معیار ۳/۳۸	میانگین ۷/۴۴ انحراف معیار ۲/۲۰	میانگین ۶/۹۶ انحراف معیار ۲/۳۸	میانگین ۱/۱۱ انحراف معیار ۴/۱۶
بی‌ثباتی عاطفی	میانگین ۸/۹ انحراف معیار ۴/۲۰	میانگین ۷/۲۰ انحراف معیار ۴/۹۳	میانگین ۳/۱۸ انحراف معیار ۴/۲۹	میانگین ۰/۱۸ انحراف معیار ۵/۵۷
تهی بودن	میانگین ۹/۷۳ انحراف معیار ۴/۲۳	میانگین ۹/۰۷ انحراف معیار ۵/۲۸	میانگین ۷/۷۵ انحراف معیار ۶/۲۲	میانگین ۴/۹۹ انحراف معیار ۴/۸۴
خشم انفجاری	میانگین ۲/۹۸ انحراف معیار ۹/۷۳	میانگین ۲/۱۷ انحراف معیار ۸/۲۸	میانگین ۱/۴۸ انحراف معیار ۷/۵۲	میانگین ۰/۳۸ انحراف معیار ۷/۴۹
افکار پارنوئیدی	میانگین ۲/۷۴ انحراف معیار ۳/۲۳	میانگین ۲/۴۶ انحراف معیار ۲/۱۹	میانگین ۳/۰۷ انحراف معیار ۴/۱۶	میانگین ۱/۲۵ انحراف معیار ۴/۱۶

نتایج جدول (۴) نشان دهنده این است که میانگین نمرات مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی، پس آزمون بهبود یافته و میانگین نمرات کاهش بیشتری داشته است.

جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس مورد آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون لوین نشان داد که فرم همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها در هر دو تحلیل برقرار است که برای طرحواره درمانی فردی ($F = ۲/۲۸$ و $P = ۰/۴۴$)، طرحواره درمانی خانواده محور ($F = ۰/۵۸$ و $P = ۰/۱۴$) و درمان حمایتی ($F = ۵/۸۳$ و $P = ۰/۲۳$) بود. آزمون ام. باکس فرم همگنی واریانس - کوواریانس در هر متغیر را تأیید کرد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثربخشی طرحواره درمانی فردی و خانواده محور، با و بدون درمان حمایتی بر نشانگان اختلال شخصیت مرزی در جدول ۵ ارائه شده است:

جدول (۵) تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأثیر طرحواره درمانی فردی، خانواده محور و درمان حمایتی بر اختلال شخصیت مرزی

آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلائی - بارتلت	۰/۲۷	۲	۲۶	۰/۰۳۲	۰/۴۲	۰/۸۶
لامبدای ویلکز	۸/۸۲	۲	۲۶	۰/۰۳۲	۰/۴۲	۰/۸۶
اثر هلتنینگ	۳/۸۲	۲	۲۶	۰/۰۳۲	۰/۴۲	۰/۸۶
بزرگترین ریشه روی	۳/۸۲	۲	۲۶	۰/۰۳۲	۰/۴۲	۰/۸۶

همان طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، عامل بین آزمودنی‌های گروه (آزمایش و کنترل) در مؤلفه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع، به علت وجود سه متغیر مستقل (طرحواره درمانی فردی، خانواده محور و درمان حمایتی) و یک متغیر وابسته (اختلال شخصیت مرزی و مؤلفه‌های آن: ترک شدن، روابط بین فردی، هویت، تکانشگری، رفتار خودکشی، بی‌ثباتی عاطفی، تهی بودن، خشم انفجاری و افکار پارنوئیدی) از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که مفروضه‌های آن برقرار است و می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده کرد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است:

جدول (۶) تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأثیر طرحواره درمانی فردی، خانواده محور با درمان حمایتی بر اختلال شخصیت مرزی

آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
طرحواره درمانی فردی	۸۲۱/۰۸	۱	۲۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۲
طرحواره درمانی فردی با درمان حمایتی	۳۸۷/۱۳	۱	۱۸/۹۲	۰/۰۰۴	۰/۴۷	۰/۸۸
طرحواره درمانی خانواده محور	۹۰۸/۹۱	۱	۱۶/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۱
طرحواره درمانی خانواده محور با درمان حمایتی	۷۱۱/۲۳	۱	۲۰/۱	۰/۰۰۳	۰/۴۳	۰/۸۶

با توجه به مندرجات جدول (۶) تفاوت میان گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون، از لحاظ متغیر اختلال شخصیت مرزی در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است و فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی فردی و خانواده محور، با درمان حمایتی بر بیماران اختلال شخصیت مرزی بیمارستان قدس سنندج تأیید می‌شود. نتایج آزمونهای پیش فرض لوین و ام. باکس برای مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول (۷) نتایج آزمون ام باکس و لوین در مورد مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی

آزمون لون		M Box's		خرده مقیاس ها
P	F	P	F	
۰/۷۸	۰/۴۹	۰/۰۶۸	۲/۳۴	ترک شدن
۰/۸۵	۰/۶۴	۰/۰۹۲	۳/۶۲	روابط بین فردی
۰/۷۱	۰/۴۶	۱/۷۳	۲/۰۴	هویت
۰/۸۲	۰/۶۲	۰/۸۹	۳/۲۰	تکانشگری
۰/۷۶	۰/۷۳	۲/۹۲	۰/۹۲	رفتار خودکشی
۰/۸۴	۰/۸۴	۱/۲۴	۳/۱۸	بی‌ثباتی عاطفی
۰/۸۱	۰/۵۶	۰/۸۷	۲/۱۱	تهی بودن
۰/۷۳	۰/۶۹	۰/۰۹۲	۱/۰۱	خشتم انفجاری
۰/۷۷	۰/۴۶	۰/۸۹	۲/۹۱	افکار پارانوئیدی

نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد که همگونی واریانسها و یکسان بودن ماتریس واریانس - کوواریانس گروه‌ها در سطح معناداری $۰/۰۵$ پذیرفته شده است. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثربخشی طرحواره درمانی فردی و خانواده محور، با و بدون درمان حمایتی بر بیماران اختلال شخصیت مرزی در جدول ۸ ارائه شده است:

جدول (۸) تحلیل کوواریانس چندمتغیری اثربخشی طرحواره درمانی فردی، خانواده محور با درمان حمایتی بر اختلال شخصیت

مرزی

آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی - بارتلت	۰/۷۸	۵	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۸۹
لامبدای ویلکز	۰/۶۳	۵	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۸۹
اثر هلنتینگ	۳/۲۳	۵	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۸۹
بزرگترین ریشه روی	۳/۲۳	۵	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۸۹

همان طور که در جدول (۸) مشاهده می‌شود، عامل بین آزمودنیهای گروه (آزمایش و کنترل) در مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی

از مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی با هم تفاوت معناداری داشته‌اند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر طرحواره درمانی فردی و خانواده محور با درمان حمایتی بر بیماران اختلال شخصیت مرزی در جدول (۹) ارائه شده است:

جدول (۹) تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیر طرحواره درمانی تلفیقی فردی، خانواده محور با درمان حمایتی بر اختلال شخصیت

مرزی

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
ترک شدن	۳۷۸/۸۲	۱	۱۰/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۸۲
روابط بین فردی	۱۷۲/۸۲	۱	۴/۳۸	۰/۰۰۴	۰/۲۸	۰/۷۶
هویت	۱۶۰/۶۶	۱	۵/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۷۴
تکانشگری	۱۸۸/۱۷	۱	۵/۸۰	۰/۰۰۳	۰/۳۶	۰/۸۶
رفتار خودکشی	۱۲۱/۲۰	۱	۱۲/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۲
بی‌ثباتی عاطفی	۳۰۲/۱۲	۱	۹/۲	۰/۰۰۲	۰/۴۲	۰/۸۸
تهی بودن	۳۰۸/۹۱	۱	۶/۸۷	۰/۰۰۶	۰/۴۱	۰/۹۱
خشم انفجاری	۱۱۱/۲۳	۱	۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۸۶
افکار پارنوئیدی	۱۴۶/۲۵	۱	۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۲

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که طرحواره درمانی فردی، خانواده محور با درمان حمایتی باعث بهبود در مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی شده است. ($P < 0/05$) بر اساس ضریب اتا بیشترین تأثیر بر روی تهی بودن با ۴۱ درصد و کمترین تأثیر را بر روی خشم انفجاری با ۲۲ درصد داشته است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی فردی و خانواده محور با درمان حمایتی بر تمامی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به بیمارستان قدس سنندج در سالهای ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ انجام شد که در نهایت بتوان راه‌حلی را برای کاهش مشکل اختلال شخصیت مرزی ارائه داد. چون در این پژوهش به صورت تلفیقی از طرحواره درمانی فردی و خانواده محور با درمان حمایتی کار شد، لذا بررسی ابعادی و همسو یا غیر همسو بودن با نتایج پژوهش‌های دیگر درست نبوده، در این خصوص تنها می‌توان اذعان داشت که فرضیات پژوهش تأیید شد و می‌توان گفت نتایج کلی پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات لیون - روت (۲۰۱۱)، لیون - روت، بوریو، هولمز، استربروکس و بروکس (۲۰۱۳)، کلج و یانگ (۲۰۱۶)، نادورت و همکاران (۲۰۱۸) دال بر اثربخشی طرحواره درمانی هم‌راستا می‌باشد.

در تبیین یافته‌های بدست آمده به این مساله می‌توان استناد کرد که با توجه به اینکه راهبردهای تنظیم هیجان بر تنظیم برانگیختگی‌ها و هیجان منفی موثر است در نتیجه می‌تواند با پیشرفت، رشد یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم داشته باشد. نظر به آنکه تنظیم هیجان قسمت مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی و اختلال در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به آسیب روانی شود (Arntz & Van Genderen, 2009). بنا بر پیشینه تحقیقاتی صفات مختلفی با تنظیم هیجان رابطه دارد که از جمله این صفات، می‌توان به صفات مرزی اشاره داشت. صفات شخصیت مرزی با مشکلات شدید و پایدار در تنظیم خلق، عاطفه و روابط بین فردی مشخص می‌شود و افراد دارای این صفات، معمولاً رفتارهایی نظیر ایجاد خراشیدگی و بریدگی عضو، آسیب به خود به هم زدن دوستی، خودکشی و استفاده از داروهای مختلف، احساس حزن و ناآرامی دائم، اختلال رفتاری مثل بی‌پروایی یا دزدی، خلقهای متغیر، خشم شدید و ناگهانی و بی‌اعتمادی درباره هویت جنسی از خود نشان می‌دهند که همگی از مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی بوده که در این پژوهش بیشترین کاهش در این راستا مربوط به طرحواره درمانی فردی بوده است.

ناتوانی فرد در ادغام جنبه‌های مثبت و منفی زندگی باعث می‌شود که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با هیجان‌نااموزون مواجه گردند، تجربه هیجان‌های ناموزون هم می‌تواند به خشم، تکانشوری و اختلال کارکرد در آن‌ها منجر گردد. وجود زیاد افکار مزاحم در افراد مبتلا به شخصیت مرزی منجر به بکارگیری بازداری طولانی مدت یا سخت در آن‌ها شده و این مکانیسم خود می‌تواند از سازماندهی مجدد شخصیت و ثبات جلوگیری کند. گاردنر، کوالتر و ترمبلی (۲۰۱۰)، نیز دریافتند که مهارت‌های مدیریت و ادراک هیجان‌ها، پیش‌بینی‌کننده‌ی علائم شخصیت مرزی است. این امر می‌تواند مشکل این افراد را در بکارگیری ارزیابی مجدد در موقعیت‌های اجتماعی تبیین کند. در این راهبرد، فرد در مسایل استرس‌زا به فکر کردن به موضوع دلپذیر و لذت بخش به جای مساله واقعی، تفکر درباره سوپیه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی و فکر کردن درباره مراحل چیره شدن بر واقعه منفی یا تغییر آن پرداخته که این فرایندها با کاهش رفتارها و علائم مرزی همراه است. ارزیابی مجددی که شخص درباره‌ی یک موقعیت انجام می‌دهد تا اثر هیجانی آن موقعیت را تغییر دهد، توانایی پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی را دارد. در واقع از آنجایی که تنظیم هیجان در انتقال احساسات به دیگران، ارتباطات بین فردی، ایجاد، حفظ و قطع رابطه با دیگران نقش بنیادی دارد، راهبرد ارزیابی مجدد، می‌تواند تبیین‌کننده‌ی مشکلات افراد دارای این صفات، در فعالیت‌های روزمره از جمله شغل، روابط اجتماعی و خانوادگی باشد. از سوی دیگر، راهبردهای تنظیم هیجانی در تحول اجتماعی، شناختی و هیجانی، ریشه دارند و عملکرد بد در ارزیابی مجدد می‌تواند در ایجاد و استمرار اختلال‌های هیجانی و شخصیتی از جمله اختلال شخصیت مرزی موثر باشد که در این راستا طرحواره درمانی خانواده محور بیشترین تأثیر را از خود نشان داد (Gardner, Quarter, & Tremblay, 2010).

همچنین درمان‌هایی که منجر به کاهش استرس و افزایش منابع مقابله‌ای فرد می‌گردد، درمان‌های سودمندی می‌باشند (Gorban and Ismaili, 2012). بنابراین از آنجا که روان‌درمانی حمایتی نقش موثری در کاهش استرس و افزایش امیدواری دارد، این درمان باعث افزایش سازگاری فرد می‌گردد. روان‌درمان حمایتی در خصوص افرادی به کار می‌رود که هم به لحاظ روابط انسانی و هم به لحاظ عاطفی دچار مشکل جدی هستند و امید نمی‌رود که بهبودی اساسی یابند. این گروه از افراد صرفاً به دلیل ناتوانی‌های خود بدون دریافت کمک بیرونی نمی‌توانند به راحتی زندگی را ادامه دهند. تحمل استرس‌های زندگی را ندارند و گاهی حتی برای چیزهای بسیار پیش پا افتاده و ساده زندگی، توقع کمک دارند. بستگان و دوستانی که بتوانند منبع حمایت باشند یا در دسترس نیستند و یا نمی‌توانند از عهده نیازهای فراوان بیمار برآیند. درمانگر از طریق اطمینان بخشی منجر به افزایش سازگاری می‌شود. درمانگر در این فن به خاطر نشان ساختن توانایی‌ها و پتانسیل‌های بالقوه بیمار می‌پردازد و همین امر منجر به افزایش سازگاری روانشناختی بیماران گردیده است. درمان تلفیقی طرح‌واره درمانی فردی با درمان حمایتی نسبت به طرح‌واره درمانی خانواده محور با درمان حمایتی بیشتر اثرگذار است و همچنین در کاهش نشانگان اختلال شخصیت مرزی ابتدا اولویت با طرح‌واره درمان فردی با درمان حمایتی است سپس با طرح‌واره خانواده محور با درمان حمایتی.

نتیجه گیری کلی: در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی‌های استفاده شده در پژوهش در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی از کارایی لازم برخوردار است.

تقدیر و تشکر:

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج است. نویسندگان مقاله بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج جهت تصویب رساله و همچنین از کلیه افراد نمونه، 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.

Reference

- Ahi GH. Standardization of the young form schema questionnaire (factor structure analysis) among the students of Tehran Universities [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabaei University; 2005. [In Persian].
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Arntz, A., Appels, C., & Sieswerda, S. (2015). Hypervigilance in borderline disorder: a test with the emotional Stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 366-373.
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2009). *Schema Therapy for borderline personality disorder*; John Wiley & Sons, Ltd, Publication.

- Austin, M. A., Riniolo, T. C., & Porges, S. W. (2017). Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and cognition*, 65(1), 69-76.
- Azadikta, Mehrnaz; Mohammadian, Maryam. (2018). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and psychodrama in depressed women, PhD thesis, Science and Research Unit. [In Persian].
- Bamber; Martin; R. (2015). Schema therapy for occupational stress. Translated by Hasan Hamidpour and Hossein Zirak, Tehran. Respected publications. [In Persian].
- Basharpour, Sajjad, Toloui Mehmandoost Alia, Ahmed, Narimani, Mohammad and Atadakht, Akbar. (2013). The relationship between emotion processing styles and dyslexia with symptoms of borderline personality disorder. *Scientific Research Journal of Babol University of Medical Sciences*, 16(7): 55-62. [In Persian].
- Beck, Aaron, T., Freeman, Arthur, Davies, Dennis, D. (2015). Cognitive therapy for personality disorders. Translated by Daud Karbalai, Mohammad Migouni, Ali Akbar Foroughi (2015), Tehran: Arjmand Publications. [In Persian].
- Brad, Shaw. (2011). Systematic analysis of the family, translated by Mehdi Karacheh Daghi, Tehran, Alborz Publishing House (date of publication in the original language, 2010). [In Persian].
- Eva Drycourse Ferguson. (2018). Introduction to Adler's psychology. Translation: Soheila Khadvardian. Tehran: Pandar Taban. [In Persian].
- Fatehizadeh, M. (2016) Masterpieces in the treatment of borderline personality disorder. The fourth research week of Isfahan University and the second research week of the Islamic Republic of Iran. [In Persian].
- Feist, J. and Gregory J. Feist. (2017). Personality theories, translated by Yahya Seyed Mohammadi, Tehran: Ravan.
- Gardner, K. J., Quarter, P., & Tremblay, R. (2010). Emotional functioning of individuals with borderline personality traits in a non-clinical population. *Psychiatry research*, 176(2), 208-212.
- Glasser, William. (1998). Choice theory (new psychology of personal freedom). (translator, Mehrdad Firoz Bakht). Tehran: Rasa. 2014. [In Persian].
- Goldenberg, Irene. Goldenberg, Herbert. (2018). Family Therapy. Translation: Barvati, Mehdi and Naqshbandi, Alireza. Tehran: Rovani Publishing House. [In Persian].
- Gorban A M, Ismaili A. (2012). The effectiveness of schema therapy in the treatment of narcissism. *Clinical Psychology Quarterly*, 3,43-58. (In Persian)
- Gratz, K. L., Litzman, R. D., Tull, M. T., Reynolds, E. K., & Lejuez, C. W. (2011). Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behavior Therapy*, 42(3), 493-508.
- Greenberg, Leslie. (2015). Coaching in emotion-oriented therapy (Translators: Ramezani, Mohammad Arash; Bagheri, Zainab; Hematyar, Iman). 2017. Tehran: Ravan Publications. [In Persian].
- Hassanian, Simin; Tabatabai, Shahnaz and Ravai, Fariba (2010). The effectiveness of supportive psychotherapy on improving the quality of life of detoxified male addicts. *Psychological research*. 7: 50-61. [In Persian].
- Hamidpour, H. (2016). Comparing the effectiveness of cognitive therapy with schema therapy in women with generalized anxiety disorder. Doctoral thesis. [In Persian].
- Hamidpour, H, Andoz, Z. (2014). A Complete Guide to Schema Therapy, Tehran: Arajmand Publications. [In Persian].
- Hossein Abadi, H; Kimiaei, S A; Damanjani, Masoumeh. (2016). The effectiveness of cognitive-humanistic group therapy on improving communication skills and problem solving of married women. *Research in Clinical and Counseling Psychology*, 7(1): 1-10. [In Persian].

- Hodges, S. (2003). Borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: Time for integration? *Journal of Counseling & Development*, 81(4), 409-417.
- Jorgensen, C. R., Berntsen, D., Bech, M., Kjølbye, M., Bennedsen, B. E., & Ramsgaard, S. B. (2012). Identity-related autobiographical memories and cultural life scripts in patients with Borderline Personality Disorder. *Consciousness and cognition*, 21(2), 788-798.
- Jovev, M., Chanen, A., Green, M., Cotton, S., Proffitt, T., Coltheart, M., & Jackson, H. (2017). Emotional sensitivity in youth with borderline personality pathology. *Psychiatry research*, 187(1), 234-240.
- Kaplan and Sadok (2007). Summary of psychiatry. Translated by Farzin Rezaei (1389). Tehran: Arjmand Publications. [In Persian].
- Leahy, R L. (2012). Emotional Schema Therapy. A Bridge Over Troubled Waters. In: Herbert JD, Forman EM editors. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. New York; John Wiley Sons.
- Lyons-Ruth, K., Choi-Kain, L., Pechtel, P., Bertha, E., & Gunderson, J. (2011). Perceived parental protection and cortisol responses among young females with borderline personality disorder and controls. *Psychiatry Research*, 189(3), 426-432.
- Massen, Paul Henry, Keegan, Jerome, Houston, Alta Carol, and V Conger, John Jane. (2002). Child development and personality. Translated by Mahshid Yasai (2010). Tehran: Nahr-e-Karzan.
- Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. (2018). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder: a study design. *BMC Psychiatry*. 2019; 9: 64. doi: 10.1186/1471-244X-9-64.
- Sahibi, A. (2018). Supportive psychotherapy. *New psychotherapy*. (9) 10. [In Persian].
- Salavati, Mezhgan; Yazdan Dost, Rakhsare. (2017). Schema therapy (special guide for clinical psychologists). Tehran: Danje Publishing. [In Persian].
- Schulze, L., Domes, G., Krüger, A., Berger, C., Fleischer, M., Prehn, K., ... & Herpertz, S. C. (2011). Neuronal correlates of cognitive reappraisal in borderline patients with affective instability. *Biological psychiatry*, 69(6), 564-573.
- Vandad Sharifi, M., Hajebi, A., & Radgoodarzi, R. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian medicine*, 18(2), 76.
- Yarmohammadi Asl, Musayib. (2013). Investigating the effectiveness of schema therapy on the improvement of recurrent major depressive disorder, PhD thesis, Allameh Tabatabai University. [In Persian].
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press; 2003.
- Young, Jeffrey; Klosko, Jeanette; Vishar, Marjor. (2012). *Schema therapy (a practical guide for clinicians)*. Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Indoz (2012), Tehran. Respected publications. [In Persian].