

مقاله اصلی

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

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۵

خلاصه

مقدمه

کنترل ادراک طردشده‌گی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌تواند در روند درمان و بهبود آنها تأثیرگذار باشد، که در این خصوص شیوه‌های درمانی متعددی ایجاد شده است و لزوم دانستن عملکرد و تأثیر هر یک از آنها بسیار حائز اهمیت است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر ادراک طردشده‌گی زنان با اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. از جامعه آماری زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز درمانی منطقه یک شهر تهران، تعداد ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد و با استفاده از روش تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. روش اجرا بدین ترتیب بود که ابتدا هر سه گروه به پرسشنامه مقیاس ادراک طردشده‌گی (لری و مک دونالد، ۲۰۰۵) پاسخ دادند. مداخله‌های درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت در ۱۰ جلسه برای گروه‌های آزمایش اعمال شد. داده‌های پژوهش جمع‌آوری شد و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

نتایج

پژوهش نشان داد، که در مجموع هر دو روش درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی بر ادراک طردشده‌گی زنان با اختلال شخصیت مرزی موثرتر بوده است، همچنین از روند مقایسه دو روش می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار نسبت به طرحواره درمانی بر ادراک طردشده‌گی زنان با اختلال شخصیت مرزی موثرتر بوده است ($p < /0.05$).

نتیجه‌گیری

به منظور بهبود ادراک طرحواره طردشده‌گی زنان با اختلال شخصیت مرزی می‌توان از درمان هیجان‌مدار بهره جست.

کلمات کلیدی

اختلال شخصیت مرزی، ادراک طردشده‌گی، درمان هیجان‌مدار، طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مریم افسر^۱

فریبا حسنی^{۲*}

ولی‌الله فرزاد^۳

فاطمه گلشنی^۲

^۱دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تهران

مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه

آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳استاد گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

* استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی،

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: hassani.fariba@gmail.com

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یک مشکل روانی عمده با شیوع در طول زندگی در حدود ۵ تا ۶ درصد جمعیت عمومی و بیست درصد جمعیت افراد بستری شده را تشکیل می‌دهند (۱) که در این بین با یک الگوی پیوسته بی ثباتی در روابط، بی نظمی هیجانی، خلق و خوی و خودپنداره مشخص می‌شود. این روند باعث می‌شود، رفتار خود تخریب گری تکانشی، میزان بالای خودکشی و اختلال عملکردی شدید ایجاد شود (۲). از این رو ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی نسبتاً پایدار می‌باشد و با طیف وسیعی از اختلالات همراه دارد (۳). این اختلال شخصیت به عنوان یک عارضه روانی تلقی می‌گردد، که اکثراً به درستی درک نمی‌شود و تشخیص آن به آسانی نبوده و بسیار مشکل و پیچیده است و منجر می‌شود که بخشی از آن با ناتوانی عاطفی همراه باشند، که در نهایت درک جمعی به پزشکان از این اختلال می‌دهد، که به آنها این امکان را می‌دهد، تا رویکردهای خاصی را برای اختلال در درمان ایجاد کنند (۴) و مدت‌ها است، که اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلالات در زنان بوده و رفتارهای پرخطر و ناپایدار این افراد سبب‌ساز بسیاری از تعارضات زناشویی و آسیب‌های اجتماعی همچون طلاق می‌گردد (۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ادراک طردشدگی از مسائل مهم بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است (۷-۶). بعضی از نظریه‌ها درباره‌ی طرد اشاره می‌کنند که طرد ممکن است اثرات متفاوتی بر فرد طرد شده داشته باشند. افراد فقط به دلیل طرد، پرخاشگری نمی‌کنند، در عوض افراد به این دلیل پرخاشگری می‌کنند که طرد چیزهای منفی ای را به آنها انتقال می‌دهد که افراد تمایل به نفی آن‌ها دارند. در واقع بحث درباره‌ی ارتباط بین تهدیدهای ایگو و پرخاشگری، وابسته به این است که فرد در تلاش است که اثبات کند که اطلاعات منفی نادرست بوده است (۸).

رویکرد هیجان مدار یک رویکرد یکپارچه‌نگر، چند بعدی و مبتنی بر نظریه تکنیک و مشاهدات پژوهشی است که از چندین

مدل و روش درمانی از جمله درمان رفتاری، مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر هیجان‌گرینبرگ برگرفته شده است (۹). براساس رویکرد هیجان‌مدار اگرچه عوامل زیادی ممکن است در به وجود آمدن آشفتگی افراد مرزی اثر داشته باشد ولی عمده‌ترین عامل، دلبستگی ناایمن است که برای کودک در حال رشد آسیب زنده بوده و به آن اختلال "تروماهای چندگانه" می‌گویند. دلبستگی غیرامن فرایند پاسخ‌دهی و تعهد هیجانی را دچار پیچیدگی می‌کند و مسیری را برای جذب حالت‌های عاطفی منفی و تعاملات بسته فراهم می‌کند. رویکرد هیجان‌مدار به افراد یاری می‌رساند. واقعیت‌های عاطفی داخلی و پاسخ‌های تعاملی تعاملی و پاسخ‌های محدود تعاملی کمک می‌کند، تا توجه خود را به رسمیت بشناسند و توجه بیشتری به اهمیت برجسته هیجان و ارتباطات عاطفی در سازماندهی الگوهای تعاملی و تجربیات کلیدی و به جای هیجان، بخشی از مشکلات و مسائل روانی را به عنوان یک عامل (تغییر قوی) تاکید می‌کند. به همین جهت مطالعه هیجان همچنان تداوم دارد و مشارکت هیجانی در آشفتگی و ماهیت هیجانی دلبستگی‌های انسان‌بیشتر و بیشتر تبیین می‌شود (۱۰).

از دیگر رویکردهای درمانی، طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت (ST) است (۱۱). که توسط جفری یانگ و همکاران برای درمان مبتلایان به مشکلات منش شناختی تدوین شده است (۱۲). یانگ در این مدل درمانی بیان می‌کند، که اختلال شخصیت مرزی، نوعی رجعت به حالت‌های هیجانی تجربه شده‌ی ناخوشایند و دردناک دوران کودکی است. که این حالت‌ها را به نام ذهنیت‌های طرحواره‌ای معرفی می‌نماید. افراد با چهار دسته از ذهنیت‌ها متولد می‌شود. ذهنیت‌ها انواع مختلفی دارند، هر ذهنیتی نشان‌دهنده فعال شدن یک یا چند طرحواره و استفاده از یک سبک مقابله‌ای است. در افراد با اختلال شخصیت مرزی که از سرعت تغییر جهت در نوسانات

عده‌ترین هدف از انتخاب و مقایسه اثربخشی این دو مدل درمانی، بر اساس تمرکز متفاوت درمانی آن‌ها است که به ترتیب خلق رشته‌های ایمن دلبستگی و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه خواهد بود. تأکید درمان هیجان مدار بر روش ایجاد دلبستگی‌های سازگارانه از طریق مراقبت و حمایت متقابل به نیازهای فرد است (۲۰) و تأکید طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر درمان طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و توانمند نمودن ذهنیت بزرگسال سالم در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی می‌باشد. که در جهت مقایسه اثربخشی این دو متد با تمرکز متفاوت درمانی، قصد انجام پژوهش حاضر را خواهیم داشت که آیا درمان هیجان مدار بر ادراک پردشدگی زنان دارای اختلال شخصیت مرزی اثربخش‌تر است یا طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت و اینکه هر کدام از این روش‌ها بر متغیر وابسته تأثیری بیشتری دارد. با توجه به میزان شیوع این اختلال در جوامع کنونی، در ایران تحقیقات در مورد مدل درمانی هیجان مدار بر این اختلال، کمتر صورت گرفته است. از سوی دیگر در هر دو نوع روش درمانی، تمرکز بر احساس طرد و رهاشدگی است، که همه این موارد از جمله علائم خطر در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی می‌باشد؛ لذا محقق در پژوهش حاضر به دنبال این مسئله است که، آیا بین اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر ادراک پردشدگی زنان با اختلال شخصیت مرزی تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به همراه یک دوره آزمون پیگیری است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز درمانی منطقه یک شهر تهران بود. از

حالت‌های عاطفی یا پاسخ‌های مقابله‌ای افراطی برخوردارند، ذهنیت طرحواره‌های به‌عنوان درمانی کارآمد برای آن‌ها به کار گرفته می‌شود (۱۳). به‌عنوان مثال این افراد در یک لحظه ممکن است عصبانی و در لحظه‌ی دیگر غمگین، منزوی و یا بی‌احساس باشند، در واقع ذهنیت‌های بیماران اختلال شخصیت مرزی تقریباً از یکدیگر مجزا هستند و این افراد در هر زمان تنها با یک دسته از این ذهنیت روبه‌رو هستند و به‌سرعت از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر می‌روند. مدل اصلی طرحواره که بر صفات تمرکز دارد برای آن‌ها کارآمد نبوده لذا درمان از مدل صفاتی فاصله گرفته و با ارائه ذهنیت طرحواره‌های به‌عنوان یک سازه مهم به سمت مدل حالتی پیش رفته است (۱۴).

مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار بر اختلال‌های پرخوری بیماران (۱۵)، بر امید و افکار خودآیند منفی (۱۶) موثر بوده است. همچنین یک پژوهشی نشان داد که در روند درمان بیمارانی که اختلال شخصیت مرزی به منظور شناسایی رویکردهای بهبود مؤثر برای طرحواره درمانی برای اختلال شخصیت مرزی می‌توان با برگزاری دوره‌های مهارتی به منظور افزایش سطح مهارت‌های ذهنی نظیر مهارت حل مسئله و بالا بردن میزان قدرت انطباق با شرایط مختلف و افزایش میزان آگاهی فرد از خود و مدیریت فردی باعث کاهش سطح اختلال شخصیت مرزی در بیماران می‌گردد (۱۷). محمدی زاده و همکاران (۱۸) در پژوهشی نشان داد که طرحواره درمانی بر رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی موثر است. شجاع‌الدینی و عزیزی (۱۹) در پژوهشی نشان داد که بیماران شخصیت مرزی دارای طرحواره پردشدگی هستند.

همانطور که بررسی شد، دو رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی بر بیماران شخصیت مرزی موثر هستند اما پژوهشی که به مقایسه آنها پرداخته باشد، یافت نشد. شایان ذکر است

ابزار پژوهش

مقیاس ادراک طرد شدگی: این مقیاس دارای ۴ آیت می باشد که ادراک طردشدگی را می سنجد. این آیت ها از تعریف لری و مک دونالد گرفته شده است (مثل "من احساس میکنم کنار گذاشته شده ام"، "من احساس میکنم دچار محرومیت اجتماعی شده ام"، "من احساس میکنم که مورد تنفر هستم" و "من احساس طرد شدگی میکنم"). کراسلی و همکاران عنوان کردند که این مقیاس به عنوان یک ابزار ارزیابی جهانی است که بخوبی می تواند تجارب ذهنی افراد را بسنجد. از افراد خواسته می شود که بگویند چگونه این احساسات را تجربه می کنند و در مقیاس درجه بندی ۷ تایی از "هرگز (۱)" تا "اغلب اوقات (۷)" علامت بگذارند. ضریب پایایی این مقیاس در یک مطالعه خارجی ۸۵٪ بدست آمد (۲۱). این پرسشنامه در ایران برای اولین بار در مطالعه پیش بینی ادراک طرد شدگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه در سالمندان فعال و غیرفعال استفاده شد و ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد. گزارش شده است که از پایایی بالایی برخوردار است و ابزار مناسبی برای سنجش ادراک طردشدگی می باشد (۲۲). در پژوهش حاضر به منظور بررسی پایایی این ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی این ابزار ۰/۸۱ بود که نشان از پایایی قابل قبولی دارد.

آنجایی که در پژوهش حاضر هدف اطمینان از این مساله است که تا جای ممکن اثر بخشی مداخلات مورد بررسی قرار گیرد لذا از نمونه گیری غیر تصادفی و دردسترس استفاده گردید. به این منظور طی یک فراخوان افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را داشته باشند بصورت داوطلبانه فراخوانده شدند ۴۵ نفر از افراد مایل به شرکت در پژوهش انتخاب گردید و بصورت تصادفی در سه گروه آزمایشی ۱، گروه آزمایشی ۲ و کنترل جایگزین شد؛ مکان اجرای پژوهش، کلینیک مشاوره طلعه مهر، زیر نظر سازمان بهزیستی استان تهران، واقع در خیابان قیصریه بود. ملاک های ورود به برنامه مداخله عبارتند از دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس (SCID-II)، میانگین سن بین ۲۰-۴۰ ساله (جوان) و تحصیلات حداقل دیپلم، عدم دریافت درمان روانشناختی دیگر در زمان تشخیص، اختلال روانپزشکی حاد و همبود دیگری نداشته باشند و رعایت اخلاق پژوهشی. ملاک های خروج از برنامه شامل اعتیاد و وابستگی به مواد یا الکل و قرار داشتن در معرض مسمومیت دارویی یا ترک دارو، معلولیت جسمانی و حرکتی و بیماری های جسمانی خاص به تشخیص پزشک و سابقه روان گستگی، آشفتگی بنابه تشخیص روانپزشک بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که زنان پس از فراخوان در سه گروه قرار گرفته و سپس برای هر سه گروه (آزمایشی ۱، آزمایشی ۲ و کنترل) پیش آزمون ادراک طردشدگی اجرا گردید، سپس طرح مداخلات هیجان مدار برای گروه آزمایشی ۱ و طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت برای گروه آزمایشی ۲ ارائه شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه های آزمایشی، پس آزمون پرسشنامه پژوهش برای هر سه گروه اجرا شد. سپس به منظور سنجش پایداری نتایج، آزمون پیگیری دو ماه پس از اتمام دوره گرفته شد و داده های به دست آمده از این سه آزمون با استفاده از آزمون اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1 MacDonald G, & Leary M.R.

2 Crossley C

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان مدار (۲۳)

ردیف	محتوا
جلسه اول	معارفه و برقراری ارتباط (راپورت)، ارزیابی اولیه ماهیت مشکل، ارزیابی انتظارات و نگرانی های مراجعان، مفهوم سازی مشکل و ارائه منطقی درمان و آشنایی با قوانین کلی درمان، اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	کشف تعاملات مشکل دار و تشخیص چرخه تعاملات منفی، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی
جلسه سوم	باز کردن تجربه های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی، روشن کردن پاسخ های هیجانی کلیدی، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان
جلسه چهارم	ابراز هیجان، پذیرش هیجان، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، ارتقای روش های تعامل
جلسه پنجم	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نماد گذاری آرزوها، کشف راحل های جدید برای مشکلات قدیمی
جلسه ششم	درگیری صمیمانه مراجعان با درمانگر، پذیرش وضعیت های جدید، ساختن داستانی شاد
جلسه هفتم	تاکید بر اهمیت بیان خواسته ها و نیازها، استفاده از تکنیک ردیابی و انعکاس مواجهه اعضا با سبک های دلبستگی شان
جلسه هشتم	کمک به فرد جهت تمرکز بر خود، تعیین و تشویق نیازهای فرد
جلسه نهم	جهت دهی و طراحی تعاملات بین فرد با دیگران جایگزینی چرخه تعاملات مثبت به جای چرخه منفی، کشف، راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی
جلسه دهم	خلاصه و مرور مطالب جلسات توسط فرد، برقراری گفتگوهای تعاملی، صمیمی و سازنده، باز گرداندن تغییرات به فرد

جدول ۲. پروتکل طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت طرحواره ای (۲۴)

ردیف	محتوا
جلسه اول	توضیح اهداف و طرح کلی درمان توسط درمانگر، معرفی مدل تئوری طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت طرحواره ای و فلسفه درمان، مرور اجمالی بر فرایند درمان، ایجاد رابطه درمانی صمیمانه و برقراری و تثبیت احساس امنیت و دلبستگی ایمن توسط درمانگر، مذاکره پیرامون محدودیت های مرتبط با درمان (دسترسی پذیری درمانگر، تماس با درمانگر، حقوق شخصی درمانگر، خودکشی و رفتارهای تکانشی و خودتخریب گر، لغو جلسات)
جلسه دوم	کاوش پیرامون تاریخچه زندگی بیمار توسط درمانگر و بیمار، تصویرسازی مکان امن، تصویرسازی ذهنی بر اساس جنبه های غیر آسیب تیک تجربه ی اولیه زندگی بیمار، تصویرسازی ذهنی بر اساس جنبه های آسیب تیک تجربه ی اولیه زندگی بیمار، گفتگو درباره تصویرسازی ها
جلسه سوم	بررسی ابزارهای سنجش توسط بیمار و درمانگر، بررسی شدت نشانه شناسی بیمار، آشنایی بیمار با مفاهیم طرحواره و ذهنیت های طرحواره ای، آموزش ذهنیت ها، تجسم و نام گذاری ذهنیت ها و گفتگوی بین آنها، خودبازنگری افکار خود آیند.
جلسه چهارم	آموزش تکنیک های خودتسکینی، آرمیدگی و مهارت های تنظیم هیجان در هنگام بحران (خودتخریبی، خودکشی گری، خودزنی، سوء مصرف) و حل و فصل بحران ها توسط بیمار با تایید و تصدیق این احساس ها توسط درمانگر.
جلسه پنجم	دور زدن محافظ بی تفاوت و تداوم دلبستگی ایمن بوسیله باز والدینی حد و مرز دار برای کودک رها شده توسط درمانگر و ایجاد احساس امنیت و نگهداری و مهار هیجانی، تشویق ابراز نیازها و هیجان و خویش شدن در جلسه درمان و درک و اعتباربخشی به احساسات بیمار تا به کاهش پرتاب شدن از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر بیانجامد.
جلسه ششم	عده گیری الگوی ذهنیت بزرگسال سالم توسط درمانگر از طریق همدلی و بازوالدینی حد و مرز دار و تغییر ذهنیت طرحواره ای کودک رها شده توسط تکنیک های تجربی، شناختی، رفتاری و تسکین و حمایت از کودک رها شده
جلسه هفتم	عده گیری الگوی ذهنیت بزرگسال سالم توسط درمانگر از طریق همدلی و بازوالدینی حد و مرز دار و تغییر ذهنیت طرحواره ای محافظ بی تفاوت توسط تکنیک های تجربی، بیولوژیکی، شناختی، رفتاری و جایگزینی ذهنیت بزرگسال سالم به جای ذهنیت محافظ بی تفاوت

عده گیری الگوی ذهنیت بزرگسال سالم توسط درمانگر از طریق همدلی و بازوالدینی حد و مرزدار و تغییر ذهنیت طرحواره ای کودک عصبانی توسط تکنیک های تجربی، شناختی، رفتاری و محکوم نمودن و حذف ذهنیت والد تنبیه گر و آموزش چهارگام برای تنظیم هیجان خشم: ۱. تخلیه خشم ۲. همدلی ۳. واقعیت سنجی ۴. مرور ذهنی درباره ابراز وجود و جرات مندی متناسب با موقعیت	جلسه هشتم
عده گیری الگوی ذهنیت بزرگسال سالم توسط درمانگر از طریق همدلی و بازوالدینی حد و مرزدار و تغییر ذهنیت طرحواره ای والد تنبیه گر توسط تکنیک های تجربی، شناختی، رفتاری	جلسه نهم
خودمختاری، درونی سازی ذهنیت بزرگسال سالم (اساس درمان طرحواره بر اساس ذهنیت)، تمرکز بر روابط صمیمانه و راهنمایی درباره انتخاب شرکای مناسب و تعمیم تصمیمات درون جلسه درمان به بیرون از جلسه درمان، تعدیل ابراز احساس ها و نیازهای بیمار به شیوه مناسب، درک و بازشناسی و کشف تمایلات طبیعی و پیروی از آنها در موقعیت های روزمره و تصمیمات مهم زندگی، اطمینان به درمانجو که درمانگر پایگاه باثبات است که می تواند در صورت لزوم به او مراجعه کند.	جلسه دهم

نتایج

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات ادراک طردشدگی در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲۵,۷۳	۲,۲۵
	پس آزمون	۱۵	۲۲,۴۶	۱,۸۸۴
	پیگیری	۱۵	۲۴,۲۱	۱,۸۵۹
درمان هیجان مدار	پیش آزمون	۱۵	۲۵,۱۳۳	۱,۰۶۰
	پس آزمون	۱۵	۱۱,۱۳۳	۲,۵۰۳
	پیگیری	۱۵	۸,۸۰۲	۱,۵۶۷
طرحواره درمانی	پیش آزمون	۱۵	۲۵,۵۳۳	۱,۵۵۲
	پس آزمون	۱۵	۱۵,۹۳۳	۱,۹۸۱
	پیگیری	۱۵	۱۹,۲۶۶	۱,۷۵۱

همانطور که در جدول مشخص است میانگین ادراک طردشدگی گروه های آزمایش ۱ (درمان هیجان مدار) و آزمایش ۲ (طرحواره درمانی) در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است و بین پس آزمون و آزمون پیگیری تفاوت محسوس نیست؛ اما در نمرات سه نوبت آزمون گروه کنترل تفاوت خیلی جزئی بود. در ادامه به یافته های استنباطی با استفاده از آزمون اندازه گیری مکرر

پرداخته می شود. قبل از استفاده از آزمون، پیش فرض های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض های استفاده از اندازه گیری مکرر با استفاده از آزمون کالموگراف اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که هر سه مفروضه آزمون مذکور برقرار بودند. یعنی استفاده از تحلیل اندازه گیری مکرر برای تحلیل داده های این پژوهش بلا مانع بود.

همانطور که در جدول مشخص است میانگین ادراک طردشدگی گروه های آزمایش ۱ (درمان هیجان مدار) و آزمایش ۲ (طرحواره درمانی) در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است و بین پس آزمون و آزمون پیگیری تفاوت محسوس نیست؛ اما در نمرات سه نوبت آزمون گروه کنترل تفاوت خیلی جزئی بود. در ادامه به یافته های استنباطی با استفاده از آزمون اندازه گیری مکرر

جدول ۴. نتایج آزمون چند متغیری برای مقایسه ادراک طرد شدگی دو گروه درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی

اثر	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر بیلابی	0.854	78.942	2	27	0.001	0.854
تکرار لامبدای ویلکز	0.146	78.942	2	27	0.001	0.854
اثر هتلینگ	5.848	78.942	2	27	0.001	0.854

0.854	0.001	27	2	78.942	5.848	بزرگ‌ترین ریشه روی
0.209	0.042	27	2	3.563	0.209	اثر پیلایی
0.209	0.042	27	2	3.563	0.791	لامبدای ویلکز
0.209	0.042	27	2	3.563	0.264	اثر هتلینگ
0.209	0.042	27	2	3.563	0.264	بزرگ‌ترین ریشه روی

تکرار *گروه

در جدول ۴ نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات ادراک طرد شدگی دو گروه طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت و درمان هیجان‌مدار در طی مراحل درمان، ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که تمامی آزمون‌های چندمتغیری معنی‌دار هستند که این

موضوع بیانگر وجود اثر اصلی مربوط به عامل تکرار (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و همین‌طور اثر تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری) است.

جدول ۵. نتایج آزمون چند متغیری برای مقایسه ادراک طرد شدگی به تفکیک دو گروه درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی

اندازه اثر	سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	F	مقادیر	گروه
0.811	0.001	27	2	58.023	0.811	اثر پیلایی
0.811	0.001	27	2	58.023	0.189	لامبدای ویلکز
0.811	0.001	27	2	58.023	4.298	اثر هتلینگ
0.811	0.001	27	2	58.023	4.298	بزرگ‌ترین ریشه روی
0.645	0.001	27	2	24.482	0.645	اثر پیلایی
0.645	0.001	27	2	24.482	0.355	لامبدای ویلکز
0.645	0.001	27	2	24.482	1.813	اثر هتلینگ
0.645	0.001	27	2	24.482	1.813	بزرگ‌ترین ریشه روی

درمان هیجان‌مدار

طرحواره درمانی

در جدول ۵ نتایج آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی تفاوت بین میانگین نمرات ادراک طرد شدگی در طی مراحل درمان به تفکیک برای گروه‌های طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت و درمان هیجان‌مدار ارائه شده است. بر اساس مندرجات جدول تغییرات نمرات ادراک طرد شدگی برای هر دو گروه درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت معنی‌دار است ($p < 0.01$). با توجه به بالاتر بودن میزان اندازه اثر مربوط به گروه درمان هیجان‌مدار در مقایسه با طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت، نتیجه گرفته می‌شود درمان هیجان‌مدار نسبت به طرحواره درمانی موثرتر بوده و موجب کاهش بیشتر ادراک طرد شدگی زنان با اختلال شخصیت مرزی شده است. به منظور مقایسه زوجی میانگین نمرات در طی مراحل اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

درمان هیجان‌مدار ارائه شده است. بر اساس مندرجات جدول تغییرات نمرات ادراک طرد شدگی برای هر دو گروه درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت معنی‌دار است ($p < 0.01$). با توجه به بالاتر بودن میزان اندازه اثر مربوط به

جدول ۶. آزمون تعقیبی بن‌فرونی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
طرحواره درمانی	ادراک طرد شدگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	2.467	0.366	0.001
		پس‌آزمون	پیگیری	2	0.378	0.001
		پس‌آزمون	پیگیری	-0.467	0.376	0.675
درمان هیجان‌مدار	ادراک طرد شدگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	3.800	0.366	0.001
		پس‌آزمون	پیگیری	3.073	0.378	0.001
		پس‌آزمون	پیگیری	-0.727	0.376	0.191

آزمون و پیگیری معنی دار می باشد اما تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری معنی دار نمی باشد. همانطور که مشاهده می شود تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه درمان هیجان مدار، در مقایسه با طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت بیشتر است.

فعلی او در گسترش قابلیت ها و توانایی هایش از قابلیت اندکی برخوردار است، احتمالاً به منظور جبران این امر، روابط جدیدی برقرار خواهد کرد (۲۶). بر مبنای نظریه دلبستگی که اساس مدل درمانی هیجان مدار محسوب می شود، زمانی که فرد با پیکره دلبستگی در روابط زوج ها، فرد پیکره دلبستگی محسوب می شود دچار تعارض می شود، (۲۷) به دو شکل عمده واکنش نشان می دهد یا فزون کنشی است با اجتناب و کم کنشی بنابراین با همبستگی، دلبستگی مجدد شکل می گیرد و روابط می تواند به مرحله قبل از روابط میان فردی یعنی عدم طرد شدگی برگردد. یکی دیگر از دلایل اثربخشی بیشتر رویکرد هیجان مندار شاید سازمان مشترک تجربه هیجانی و ایجاد تجارب هیجانی اصلاحی جدید از پیوند هیجانی و دلبستگی با خود و دیگر اعضای خانواده در جلسه درمان باشد. زنان در جلسه احساس تنهایی نمی کنند، رهبر گروه با آنها در فرایند تغییر همراه می شود و آنها را برای داشتن تجارب ذهنی شان مورد سرزنش قرار نمی دهد. هیجان منفی زنان مبتلا به اختلا شخصیت مرزی به عنوان واکنش طبیعی به شرایط فعلی شان مورد بررسی قرار می گیرد. و همراهی همدلانه درمانگر با به تجربه درآوردن هیجان منفی به شیوه ای اصلاح شده می تواند هم در یادگیری بهتر نحوه واکنش به این گونه هیجان و هم در ایجاد حس توانمندی برای انجام مکرر الگوهای سالم نقش داشته باشد.

مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی بود. از آنجایی که روش نمونه گیری در مطالعه حاضر، روش نمونه گیری در دسترس بود، و همچنین این پژوهش بر روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت

در جدول ۶ مقایسه های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات ادراک طرد شدگی در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه های طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت و درمان هیجان مدار آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده در هر دو گروه درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس

بحث و نتیجه گیری

به منظور مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر ادراک طرد شدگی زنان با اختلال شخصیت مرزی، از آزمون تحلیل واریانس دوعاملی (دو راهه) با اندازه گیری مکرر روی یک عامل استفاده شد که نتایج نشان داد، که با توجه به بالاتر بودن میزان اندازه اثر مربوط به گروه درمان هیجان مدار در مقایسه با طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت، نتیجه گرفته می شود درمان هیجان مدار نسبت به طرحواره درمانی موثرتر بوده و موجب کاهش بیشتر ادراک طرد شدگی زنان با اختلال شخصیت مرزی شده است که این نتیجه با پژوهش های (۱۵)، (۱۷)، (۲۵) همسو می باشد.

در تبیین اثرگذاری درمان هیجان مدار بر ادراک طرد شدگی می توان گفت که نظر به اینکه درمان هیجان مدار یک مدل تلفیقی متشکل از رویکردهای سیستمی دلبستگی مدار و تجربی نگر است، به جای تمرکز بر موضوعها و عوامل برون فردی بروز تعارض، بیشتر بر عوامل درون فردی و فرآیندهای بروز تعارض متمرکز است. همچنین رویکرد درمانی هیجان مدار یک مدل مداخله در عمق است و بر زیرساخت های درون روانی (هیجان عمیق با خاستگاه امنیت جویانه) در روابط بین فردی افراد تمرکز دارد. حذف تعارض را نشانه نمی گیرد، بلکه تعارض را سرنخی برای ورود به عمق و رسیدن به ریشه تعارض جست و جو می کند. از نظر درمانگران هیجان مدار افراد دارای سابقه طرد شدگی، به دلیل احساس ناایمنی ناشی از تزلزل پیکره دلبستگی معمولاً بر سر هر چیزی با هم تعارض دارند. از این رو آنچه این تعارض را شعله ور می سازد، احساس ناایمنی و نیاز به امنیت است. به عبارت دیگر اگر فردی معتقد باشد که رابطه

تعمیم داد. در پژوهش های آتی، برخی متغیرهای مداخله گر از جمله وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی حتی الامکان کنترل شوند و یا به عنوان یک متغیر وارد پژوهش گردند و اثر آنها نیز سنجیده شود. در نهایت پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، این پژوهش بر روی مردان نیز اجرا شود تا بتوان نتایج را مقایسه نمود و تعمیم بیشتری داد.

مرزی در تهران، انجام شد، لذا در تعمیم نتایج پژوهش به جامعه و به زنان سایر شهرها باید احتیاط شود. با توجه به اینکه پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش از نوع خودگزارشی بودند، لذا ممکن است این مسئله بر نتایج بی تاثیر نبوده باشد. پیشنهاد می شود که این پژوهش بر روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی سایر شهرها نیز اجرا شود، تا بتوان نتایج آنها را با نتیجه پژوهش حاضر مقایسه کرد و نتایج را به جامعه بزرگتری

Reference

- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018 May 24;4(1):1-20.
- Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Thompson KN. Diagnosis and treatment of borderline personality disorder in young people. *Current psychiatry reports*. 2020 May;22(5):1-8.
- Paris J. Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina*. 2019 Jun;55(6):223.
- Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*. 2018 Dec 1;41(4):561-73.
- Temes CM, Zanarini MC. The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*. 2018 Dec 1;41(4):685-94.
- Poggi A, Richetin J, Preti E. Trust and rejection sensitivity in personality disorders. *Current psychiatry reports*. 2019 Aug;21(8):1-9.
- Sato M, Fonagy P, Luyten P. Rejection sensitivity and borderline personality disorder features: A mediation model of effortful control and intolerance of ambiguity. *Psychiatry research*. 2018 Nov 1;269:50-5.
- DeBono A, Muraven M. Rejection perceptions: Feeling disrespected leads to greater aggression than feeling disliked. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2014 Nov 1;55:43-52.
- Foroughe M, Stillar A, Goldstein L, Dolhanty J, Goodcase ET, Lafrance A. Brief emotion focused family therapy: An intervention for parents of children and adolescents with mental health issues. *Journal of marital and family therapy*. 2019 Jul;45(3):410-30.
- Mohebbi, S., and Shokri, A., and Pourshahryar, H. The effect of resilience training program on cognitive assessments, coping and emotions. *Developmental Psychology (Iranian Psychologists)*, 2019; 15 (57): 83-99.
- Arntz A, Lobbestael J, Livesley JW, Larstone R. Cognitive structures and processes in personality disorders. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. 2018 Feb 15:141-54.
- Jahangiri M M, Salehi M, Ashayerih H, Sharifi H P. Effectiveness of Schema Therapy on Modification Early Maladaptive Schemas patient With resistant Obsessive-Compulsion Disorder . *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2015; 2 (2) :13-27 .
- Puetz VB, Viding E, Gerin MI, Pingault JB, Sethi A, Knodt AR, Radtke SR, Brigidi BD, Hariri AR, McCrory E. Investigating patterns of neural response associated with childhood abuse v. childhood neglect. *Psychological medicine*. 2020 Jun;50(8):1398-407.
- Schaich A, Braakmann D, Richter A, Meine C, Assmann N, Köhne S, Arntz A, Schweiger U, Fassbinder E. Experiences of Patients With Borderline Personality Disorder With Imagery Rescripting in the Context of Schema Therapy—A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11.
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-15.
- Mahmoudvandi Baher E, Falsafinejad M, Khodabakhshi koulaei A. The effectiveness of emotion group therapy on negative spontaneous hopes and thoughts of divorced women. *Social health*. 2018; 5 (1): 67-76.
- Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbek, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., ... & Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PloS one*, 13(11), e0206039.
- Mohamadizadeh L, Makvandi B, Pasha R, BakhtiarPour S, Hafezi F. Comparison of the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on Impulsive Behavior in Patients With Borderline Personality Disorder. *J Guil Uni Med Sci*. 2018; 27 (106) :44-53
- Shojaadini E, Azizi saeid Y. Relationship between Early Maladaptive Schemas and Attachment Styles in Prisoners with Borderline Personality Disorder in Hamadan Prison Center. *MCS*. 2019; 5 (3) :220-227.

20. Borjali M, Beygi Z, Golshani F. The relationship between early maladaptive schemas and mothers 'attachment styles with students' anxiety disorders. *Journal of Family and Research*. 2018; 14 (2): 31-48
21. MacDonald G, & Leary M. R. Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain, *PSYCHOLOGICAL BULLETIN*, 2005; 131. 202-223.
22. Rajabi A, Kazemian S, Esmaeili M. Prediction of perceived rejection based on early maladaptive Schema at active and inactive elderly. *jgn*. 2016; 2 (2) :71-83
23. Greenman, P. S., Johnson, S. M., & Wiebe, S. (2019). Emotionally focused therapy for couples: At the heart of science and practice.
24. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York,
25. Bernard, L., & Walburg, V. (2020). Efficacy of a Brief Cognitive-Emotional Group Intervention for Patients with Borderline personality disorder. *Psychologie Française*, 65(3), 185-196.
26. Morvaridi M, Mashhadi A, Shamloo ZS, Leahy RL. The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019 Mar;12(1):16-24.
27. Ghorbanalipour M, Moghaddamzadeh A, Jafari A. The effectiveness of schema therapy and meaning therapy on death anxiety in people with self-morbidity. *Clinical Psycholog*

*Original Article***Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and Mentally Focused schema therapy on the perception of rejection in women with borderline personality disorder**

Received: 07/04/2021 - Accepted: 27/07/2021

Elham Afsar¹
Fariba Hassani^{*2}
Valiollah Farzad³
Fatemeh Golshani²

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

² Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³ Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran.

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

Email: hassani.fariba@gmail.com

Abstract

Introduction: Controlling the perception of rejection in women with borderline personality disorder can be effective in the process of treatment and improvement, in this regard, several treatment methods have been developed and it is necessary to know the function and effect of each of them is very important. The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion-based therapy and schema therapy on the perception of rejection of women with borderline personality disorder.

Method: The present study was a quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up period. From the statistical population of women with borderline personality disorder referred to medical centers in district one of Tehran, 45 people were selected using available sampling method as a research sample and were randomly divided into three groups. The method was that all three groups first answered the Exclusion Perception Scale questionnaire (Larry and McDonald, 2005). Emotion-based therapy and schema-based therapy interventions were applied in 10 sessions for the experimental groups. Research data were collected and analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The study showed that in general, both emotion therapy and design therapy methods were more effective on the perception of rejection of women with borderline personality disorder. It has been more effective on the perception of rejection of women with borderline personality disorder ($p < 0.005$).

Conclusion: Emotional therapy can be used to improve the perception of rejection schemas of women with borderline personality disorder.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Perceived Rejection, Emotion-Oriented Therapy, Mentally Focused Schema Therapy

conflict of interest: There is no conflict of interest.