

اثربخشی ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهبود ذهنیت‌های طرحواره‌ای دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی

سیده سحر عسگری قلعه‌بین^۱، امید ساعد^۲، لقمان ابراهیمی^۳، روشنگر خدابخش پیرکلانی^۴

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه سراسری زنجان

^۲ استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

^۳ استادیار دانشگاه سراسری زنجان

^۴ دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه الزهراء(س)

نویسنده مسئول:

سیده سحر عسگری قلعه‌بین

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال هفتم)
شماره ۲۳ / بهار ۱۴۰۰ / ص ۳۸-۵۴

چکیده

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر یافتن پاسخ این پرسش بود که آیا اثربخشی ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهبود ذهنیت‌های طرحواره‌ای دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی می‌تواند موثر باشد؟

روش: جامعه آماری دانشجویان شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بودند و نمونه پژوهشی به صورت در دسترس به تعداد ۳۶ نفر انتخاب شدند که در مقیاس شخصیت مرزی راولینگز در میانه خط برش قرار داشتند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۸ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش مقیاس شخصیت مرزی راولینگز (۲۰۰۱)، پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون III (۱۹۹۴)، پرسشنامه طرحواره یانگ ۹۰ سؤالی (۱۹۹۶)، پرسشنامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای یانگ (۲۰۰۸) بود.

یافته‌ها: داده‌ها با آزمون آماری مانکوا بررسی شد و نتایج بررسی فرضیه اصلی پژوهش نشان داد که این درمان ترکیبی باعث کاهش معنادار ($p < 0/05$) طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهبود ذهنیت‌های طرحواره‌ای در افراد با الگوهای شخصیت مرزی شد و در هر دو بطور معناداری ($p < 0/05$) مؤثر بود.

نوآوری: این درمان ترکیبی یکی از جدیدترین شیوه‌های روان‌درمانی عصر حاضر است و طبق بررسی‌های به عمل آمده توسط محققان این پژوهش تا کنون این درمان بر افراد با رگه‌های اختلال شخصیت انجام نشده است.

نتیجه: ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهبود ذهنیت‌های طرحواره‌ای دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی مؤثر بود.

واژگان کلیدی: الگو شخصیت مرزی، درمان پذیرش و تعهد، طرحواره‌درمانی، ذهنیت طرحواره

مقدمه

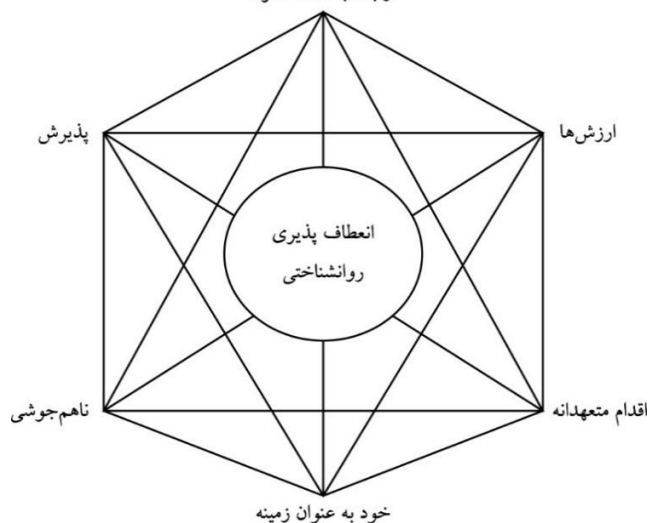
اختلالات شخصیت رایج و مزمن هستند و در بین ۱۰ تا ۲۰ درصد مردم عادی دیده می‌شود. این اختلالات یک الگو بادوام از رفتارها و تجربه‌های ذهنی هستند که از اصول فرهنگی حاکم بر جامعه فرد منحرف می‌شود و از دوران نوجوانی شروع^۱ شده و منجر به نقص در حداقل دو مورد از چهار حوزه شناخت، عواطف، عملکرد بین فردی یا کنترل تکانه می‌شود [۱]. در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی ویراست پنجم (DSM-5)^۱ اختلالات شخصیت بر اساس شباهت به سه دسته کلی تقسیم می‌شود. دسته A غالباً عجیب و غریب به نظر می‌رسند، در دسته B افراد ویژگی‌های غیرقابل پیش‌بینی بودن، دراماتیک و تکانشوری دارند و در دسته C افراد غالباً مضطربند و احساس ترس می‌کنند [۲]. اختلال شخصیت مرزی (BPD)^۲ شایع‌ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است و در دسته دوم قرار دارد. مطالعات نشان می‌دهد که شیوع این اختلال تقریباً ۲ درصد در جمعیت کلی، حدود ۱۰ درصد در میان بیماران سرپایی کلینیک‌های بهداشت روانی و تقریباً ۲۰ درصد در میان بیماران بستری برآورد شده است و دامنه این اختلال در میان جمعیت‌های بالینی مبتلا به اختلال شخصیت، از ۳۰ تا ۶۰ درصد است [۳]. ویژگی اصلی BPD داشتن یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودننگاره، عواطف و تکانشگری بارز است که از اوایل بزرگسالی آغاز و در زمینه‌های متفاوت ظاهر می‌شود [۴]. بنابراین افراد با اختلال شخصیت مرزی و افرادی که ویژگی‌هایی از این اختلال منشی را دارند، مشکلات عدیده‌ای را در زمینه‌های مختلف زندگی خود تجربه خواهند کرد. اصطلاح ویژگی زمانی مطرح می‌شود که فرد ملاک‌های لازم برای تشخیص اختلال را نداشته باشد اما واجد ملاک‌هایی از آن اختلال باشد که او را از افراد سالم جدا می‌کند ولی نمی‌توان به او اختلال را نسبت داد. این نوع تقسیم‌بندی زمانی مطرح شد که نگاه به اختلالات از رویکرد مقوله‌ای به رویکرد ابعادی تغییر فاز داد. در رویکرد مقوله‌ای، اختلالات روانی مانند مدل پزشکی افراد یا یک اختلال را دارند یا ندارند. مطابق این الگو، DSM-IV یک نقطه برش خاص را در نظر گرفته که افراد بالای آن واجد اختلال و افراد در پایین مقیاس فاقد اختلال هستند [۵]. این مدل نشان نمی‌دهد که یک فرد، مثلاً چه مقدار مرزی است. در مقابل، در رویکرد ابعادی اختلالات شخصیت در یک طیف قرار گرفته و درک بهتری از اختلالات شخصیت می‌دهد [۶]. مطابق این مدل و طبق نظر میلیون که از این الگو پیروی کرده است، افرادی که در سازه تست میلیون نمرات بین ۵۰ تا ۷۰ می‌گیرند، ویژگی‌های این اختلال را نشان می‌دهند بی آنکه واجد اختلال شخصیت مرزی باشند [۷]. دانشجویان با این اختلال با توجه به اینکه اکثراً در سنین جوانی قرار دارند احتمالاً در زمینه‌های مهم زندگی خود مانند یافتن شغل، ازدواج و... دچار مشکل می‌شوند. تا کنون تحقیقات متعددی در این جهت صورت گرفته است. تحقیقات انجام شده، نشان می‌دهد، دانشجویانی که ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی دارند به علت ناگویی‌های هیجانی خود، دچار مشکلات متعددی در زمینه روابط می‌شوند [۸]. همچنین مطالعات نشان می‌دهد بین مشکلات بین فردی و وجود رگه‌های اختلال شخصیت مرزی در بین جوانان همبستگی مثبتی وجود دارد [۹].

تاکنون درمان‌های متعددی به غیر از دارو درمانی برای درمان این اختلال پیشنهاد داده شده است. در مجموع، برخی از روش‌های روان درمانی ساختاریافته، کارآیی خود را در کاهش علائم بیماران مرزی در کوشش‌های بالینی کنترل شده و تصادفی نشان داده‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیکی (باهوس^۲ و همکاران، ۲۰۰۴)، شناخت درمانی (داویسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۷) و روان درمانی مبتنی بر انتقال (کلارک^۴ و همکاران، ۲۰۱۳) از جمله این روش‌ها بوده‌اند [۱۰-۱۲]. علی‌رغم این‌ها، تمامی این درمان‌ها، برای برخی از بیماران مرزی و شماری از علائم آن‌ها مفید است و در این بین، طرحواره درمانی به عنوان درمان جامع اختلال شخصیت مرزی شناخته می‌شود [۱۳]. طرحواره درمانی، اصول و مبانی رویکردهای شناختی- رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، ساختارگرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل مفهومی و درمانی، تلفیق کرده است [۱۴]. در شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار، خلق و خوی ذاتی فرد با تجارب ارتباطی ناگوار اولیه، ترکیب می‌شوند [۱۵]. در روش درمانی یانگ، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آماج اصلی اختلالات شخصیت است. این طرحواره‌ها معمولاً در سطوح عمیق و خارج از آگاهی فرد عمل می‌کنند و باعث آسیب‌پذیری روان‌شناختی در برابر اضطراب، افسردگی، روابط ناکارآمد می‌شود [۱۶]. این درمان نیز در عین حال که درمان کاملی برای بیماران مرزی است، محدودیت‌های خاص خود را دارا است. بهبود طرحواره نیازمند داشتن اراده‌ای قوی برای چالش با طرحواره شکل گرفته است. در واقع بهبود طرحواره یک ایده‌آل است چرا که اکثر طرحواره‌ها به‌طور کامل بهبود پیدا نمی‌کنند و نمی‌توانیم خاطرات همراه با آن را به‌طور کامل ریشه‌کن کنیم. طرحواره‌ها هرگز از بین نمی‌روند و بر اثر درمان از شدت و فعال شدن آن‌ها کاسته می‌شود. در طرحواره

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders² Borderline Personality Disorder² Bohus³ Davison⁴ Clarke

درمانی تعداد جلسات زیاد است و در نتیجه هزینه بالایی برای بیمار دارد. همانطور که پیش تر گفته شد، این درمان ترکیبی است از رواندرمانی‌های دیگر که مؤید پیچیدگی آن است و در نتیجه انرژی زیادی از درمانگر و بیمار می‌گیرد و این درمان را زمان‌بر، پرهزینه و چالش‌برانگیز می‌کند. علاوه بر تمام آنچه که تاکنون گفته شد، کار با افرادی که ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی دارند به علت گرایش این افراد به تغییر از یک حالت عاطفی به حالت دیگر با دشواری روبه‌رو است و به همین دلیل مفهوم ذهنیت‌ها وارد درمان شد و درمان‌گران از ذهنیت‌ها در این حالت‌ها استفاده کردند، اما به هر حال مدل طرح‌واره‌درمانی را برای درمانگر و بیمار پیچیده‌تر کرد [۱۷]. از سوی دیگر، درمان پذیرش و تعهد (اکت) به عنوان یکی از درمان‌های نسل سومی رفتاردرمانی به جای تأکید بر تغییر شناخت‌ها و باورها به تغییر رابطه با آن‌ها تأکید می‌کند. در حقیقت هدف اصلی رویکرد اکت افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی است، یعنی توانمندی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف در مقابل اجتناب از خاطرات، افکار، احساسات و تمایلات آشفته‌ساز که به فرد تحمیل می‌شود [۱۸]. این درمان به افراد کمک می‌کند که به مشاهده، شرح و توصیف حالت هیجانی خودشان بدون قضاوت بپردازند، بی‌آن‌که هیجانات ثانویه‌ای مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را احساس کنند. درمان اکت شامل شش فرآیند اصلی پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به عنوان بافتار، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است [۱۹]. درمان اکت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را از طریق توجه‌آگاهی و فرآیند پذیرش، گسلش از افکار، هیجان‌ها و باورها یا طرح‌واره‌ها، ارزش و عمل متعهدانه می‌تواند پرورش دهد. توجه‌آگاهی حالت آگاهانه ذهن و تمرکز و جزء کلیدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. توجه‌آگاهی می‌تواند ابزاری جهت رشد خودآگاهی، پذیرش و آگاهی از فرآیند افکار در برخورد با تجربیات دردناک درونی باشد که به کاهش آن‌ها کمک می‌کند. درمان پذیرش و تعهد با بهبود شیوه ارتباط با تجربیات روانی ذهنی مانند افکار، احساسات، خاطرات و حس‌ها منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش فرآیند پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این رویکرد معتقد است که تجربیات ناخوشایند باید به‌طور کامل پذیرفته شوند، زیرا تلاش برای کنترل تجربیات درونی اغلب ناموفق هستند و می‌توانند منجر به رفتارهای بین‌فردی ناسازگار شوند.

ارتباط با لحظه اکنون



روند درمان ترکیبی طرح‌واره‌درمانی با درمان پذیرش و تعهد به این صورت است که ابتدا درمانجو با ماهیت و مفاهیم طرح‌واره‌درمانی نظیر شناخت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نحوه شکل‌گیری و پایداری آن و همچنین رفتارهای دفاعی و مقابله‌ای خود، در طول جلسات آشنا می‌شود و در ادامه با انجام مهارت‌های توجه‌آگاهی از درمان پذیرش و تعهد به تأثیری که طرح‌واره‌ها بر ادراک او از روابطی که دارد و احساس‌های ناخوشایندی که بعد از آن تجربه می‌کند و در پی آن‌ها رفتاری که انجام می‌دهد، تمرکز می‌کند تا به این شکل در کنار آگاهی از نحوه تخریب روابطش به یک بی‌زاری از ادامه راه قبلی و به فکر شروع یک مسیر نو برسد. در این قسمت از درمان راهبردهای شناختی و تجربه‌ای طرح‌واره‌درمانی با توجه‌آگاهی از درمان پذیرش و تعهد، تلفیق شده‌اند. سپس در ادامه درمان درمانجو با مفهوم گسلش که از درمان پذیرش و تعهد است آشنا می‌شود تا خود را از بند افکار و هیجانات ناشی از طرح‌واره‌ها رها سازد. در اینجا مهارت‌های الگوشکنی رفتاری از طرح‌واره درمانی با توجه‌آگاهی و گسلش از درمان پذیرش و تعهد در راستای یک هدف مشترک یعنی رهایی از طرح‌واره‌ها به کمک هم می‌آیند. در این مرحله درمان‌گر، درمانجو را با ماهیت و مفهوم ارزش آشنا می‌کند تا او بتواند مسیر نو خود را بر اساس ارزش‌های شخصی کشف کند. در این جا به‌طور ضمنی درمان‌گر و در گروه‌درمانی دیگر اعضای گروه به عنوان الگو ممکن‌است قرار گیرند، در این قسمت از درمان مهارت الگوهای روابط بین‌فردی از طرح‌واره‌درمانی در کنار قسمت ارزش‌ها از درمان پذیرش و تعهد در کنار هم قرار می‌گیرند. در پایان درمانجو باید بر فشارهایی که طرح‌واره‌ها وارد می‌کنند تا او

بر اساس رفتارهای عادت‌گونه قبلی خود عمل کند، مقاومت کرده و در مسیری که بر مبنای ارزش شخصی تعیین کرده رفتار کند، یعنی باید رنج حاصل از فشار طرح‌واره‌ها را پذیرا و در عین حال به انتخاب جدید خود متعهد باشد. در اینجا الگوهای روابط بین فردی و الگو شکنی رفتاری از طرح‌واره‌درمانی در کنار پذیرش و تعهد از درمان اکت به کمک یکدیگر می‌آیند.

این پروتکل درمانی نخستین بار بر روی افراد معتاد به الکل و کاهش مشکلات بین فردی آنان انجام شد و نتایج حاکی از اثربخشی بالای آن بود اما به علت کافی نبودن نمونه با احتیاط می‌توان به نتایج آن استناد کرد و پس از آن تحقیقات انگشت شماری انجام شد که البته هیچ کدام از آنها بر روی افراد با افراد با اختلال شخصیت مرزی و الگوهای آنها صورت نگرفته است.

آویگیل لو^۱ و همکارانش در انستیتو رایت برای اولین بار پروتکل ترکیبی درمان‌های طرح‌واره و پذیرش و تعهد را در یک گروه چهل و چهار نفره مرد در کلینیک‌هایی در شهر برکلی کالیفرنیا برای جلوگیری از عود مصرف مواد مخدر و کاهش مشکلات بین فردی انجام دادند. درمان با یک پروتکل ۱۰ هفته‌ای و با ۲۲ شرکت‌کننده صورت گرفت [۲۰]. نتایج نشان داد این درمان منجر به کاهش شدید مشکلات و به طور بالقوه معنی‌دار عملکرد بین فردی ناسازگارانه‌ی شرکت‌کنندگان شد که فراتر از کاهش این رفتارها در گروه کنترل بود.

مطابق پژوهشی در فرانسه با هدف اثربخشی ترکیب طرح‌واره درمانی و پذیرش و تعهد همراه با ذهن‌آگاهی، محققان ابتدا طرح‌واره‌های افراد را در طی جلسات فعال می‌کردند و بعد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و درمان پذیرش و تعهد سعی در افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری آن‌ها داشتند. در پایان جلسات درمان ذهنیت بزرگسال سالم طرح‌واره‌ای در افراد افزایش یافت [۲۱].

همچنین پژوهشی در استرالیا با هدف کمک به متخصصان سلامت روان برای ایجاد روابط قوی‌تر با مراجعان خود منتشر شده است. در این مطالعه از پروتکل ۱۰ هفته‌ای مک‌کی و همکاران (۲۰۱۲)، استفاده شد [۲۲]. در این پروتکل از الگوهای طرح‌واره که مرتبط با مشکلات بین فردی هستند با تکنیک‌های پذیرش و تعهد استفاده شد. نتایج حاکی از اثربخشی مناسب این درمان بر کاهش مشکلات بین فردی بود [۲۳].

در پژوهش‌های انجام شده از پروتکل ترکیبی این دو درمان در بهبود مشکلات بین فردی استفاده شده و اثربخشی بوده است اما هنوز بر روی افراد با الگوهای اختلال شخصیت مرزی انجام نشده است و این پژوهش سعی دارد گامی فراتر نهد و اختصاصاً بر روی این دسته از نشانه‌ها کار کند و بدنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا ترکیب گروه درمانی طرح‌واره و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بهبود ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی مؤثر است؟

فرصیه‌های پژوهش

۱. ترکیب گروه درمانی طرح‌واره و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود طرح‌واره‌های دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی تأثیر دارد.
۲. ترکیب گروه درمانی طرح‌واره و درمان پذیرش و تعهد بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی تأثیر دارد.
۳. ترکیب گروه درمانی طرح‌واره و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش الگوهای شخصیت مرزی در دانشجویان تأثیر دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بوده و دارای گروه مقایسه همراه با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. در این پژوهش، ترکیب طرح‌واره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی به عنوان متغیر وابسته بررسی گشته است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بودند که در زمان پژوهش در این شهر سکونت داشتند. نمونه این مطالعه ابتدا در دو گام در دانشگاه تهران انجام شد. در گام اول نمونه‌ای با حجم ۳۵۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و مقیاس شخصیت مرزی در مورد آن‌ها اجرا شد. در گام دوم، افرادی که نمرات آنان در این آزمون در میانه‌ی خط‌برش (به علت ماهیت ابعادی بودن اختلالات شخصیت) قرار داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند اما به علت کافی نبودن نمونه مورد نظر، سایر افراد را با استفاده از پوسترهای تبلیغاتی و با هماهنگی بین دانشگاه‌های دیگر شهر تهران (دانشگاه سوره، دانشگاه آزاد قلعه حسن خان، دانشگاه الزهرا) جذب شدند و سپس مقیاس شخصیت مرزی در مورد آن‌ها نیز اجرا شد. در گام بعد افرادی که نمرات آنان در این آزمون در میانه‌ی خط‌برش قرار داشت، انتخاب و بعد از مصاحبه به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. در نهایت از میان این افراد و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و سیر انجام مراحل بعدی، نمونه‌ای به

¹ Avigel lev

حجم ۳۶ نفر انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه ۱۸ نفری درمان و کنترل قرار گرفتند. در طی مراحل درمان چهار نفر از گروه درمان و سه نفر از گروه کنترل خارج شدند و در نهایت در گروه درمان ۱۴ نفر و در گروه کنترل ۱۵ نفر باقی ماندند. ملاک‌های ورود پژوهش شامل دانشجو بودن، سکونت در شهر تهران (در زمان اجرای پژوهش)، تمایل به شرکت در پژوهش و نمره بین ۸ تا ۱۶ در مقیاس اختلال شخصیت، فراشتگی متوسط شاخص C میلون و تشخیص الگوی شخصیت مرزی توسط روان‌شناس بالینی، عدم سابقه سایکوز، اختلال‌های مرتبط با سوء مصرف مواد، اختلال دوقطبی و دیگر اختلال‌های شخصیت، اختلال روان‌پزشکی ناشی از بیماری‌های طبی، سابقه قبلی مداخله‌های روان‌شناختی به خصوص درمان شناختی-رفتاری بیشتر از ۵ جلسه روان‌درمانی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، سابقه بستری و دریافت الکتروشوک تراپی بودند. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه متوالی، عود اختلال و احتمال خودکشی، تشخیص نیاز به خدمات روانپزشکی و عدم شرکت در یکی از مراحل ارزیابی بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون^۱ (III)

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMI) یک پرسشنامه خودسنج استاندارد شده است که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجان و نگرش مراجعان نسبت به پرسشنامه را می‌سنجد. مخاطبان آن بالای ۱۸ سال و دارای سطح تحصیلات حداقل کلاس هشتم می‌باشد. نسخه اصلی میلون برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و دو بار مورد تجدید نظر قرار گرفت. نسخه MCMI-II در سال ۱۹۸۷ و نسخه MCM-III در سال ۱۹۹۴ منتشر شد. در این پژوهش از نسخه MCMI-III استفاده خواهد شد. این نسخه شامل ۱۷۵ ماده تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقات

۱- شاخص‌های تغییر- پذیری

۲- الگوهای شخصیت بالینی

۳- آسیب‌های شدید شخصیت

۴- نشانگان بالینی

۵- نشانگان شدید بالینی

نمره‌گذاری می‌شود که با نظریه‌ی شخصیت میلون و اختلال شخصیت DSM-IV همخوانی دارد. دلیل استفاده از این پرسشنامه در وهله اول انتخاب افرادی است که در طبقه دوم قرار دارند یعنی الگوهای شخصیت مرزی را نشان می‌دهند و در سری‌های بعدی سنجش تغییرات در ریزمجموعه‌های دیگر است زیرا افرادی که در تشخیص صفات شخصیتی مرزی را قرار می‌گیرند احتمال نشان دادن حالات پارانوئید، نمایشی، غم و ... را دارند. اعتبار بازآزمایی MCM-III ضریب بالایی با احتمال میانه ۰/۹۱ گزارش شده است. به لحاظ هنجار جداگانه برای نیمرخ مردان و زنان، اثرهای مربوط به جنس نیز به حداقل رسیده است. میانگین اعتبار پرسشنامه برای مقیاس شخصیت ۰/۸۹ و برای اختلال‌های بالینی ۰/۹۱ می‌باشد. این آزمون در ایران دو بار هنجارگزینی شده است. نسخه دوم این آزمون یک بار در شهر تهران به وسیله خواجه موگهی ترجمه و در سال ۱۳۷۲ هنجاریابی شده است و نسخه سوم آن در شهر اصفهان به وسیله شریفی در سال ۱۳۸۱ هنجاریابی شده است. طبق هنجارگزینی در ایران به روش KR20 همسانی درونی تمام مقیاس‌ها از ۰/۶۹ (هذیانی) تا ۰/۹۲ (مرزی) با میانگین ۰/۸۴ به دست آمده است [۲۴].

مقیاس شخصیت مرزی (STB)^۲

شامل ۱۸ ماده می‌باشد که به صورت بلی یا خیر جواب داده می‌شود جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. البته در این تحقیق هنگام تطبیق مقیاس STB با ملاک‌های DSM-IV-TR از متون معتبر روان‌شناسی مرضی شش ماده‌ی دیگر به آن اضافه گردید تا تعریف DSM-IV-TR از اختلال شخصیت مرزی را پوشش دهد. بنابراین مقیاس STB دارای ۲۴ ماده است (ماده‌های ۲۴-۱۹ اضافه گردیده است). جکسون و کلاریج^۳ (۱۹۹۱)، ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. راولینگز^۴ و همکاران (۲۰۰۱)، ضریب آلفای ۰/۸۰ را

¹ Millon Clinical Multi-axial Inventory-III

² Schizotypal Trait questionnaire-B form

³ Jackson and Claridge

⁴ Rawlings

برای مقیاس STB گزارش کرده‌اند. روایی همزمان STB با مقیاس‌های روان‌رنجورخویی و روان‌پریشی گرای EPQ در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است [۲۵].

پرسشنامه طرحواره یانگ فرم ۹۰ سؤالی^۱

یانگ در سال ۱۹۹۶ بیان داشت که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نتیجه تجارب بین فردی در طول سال‌های نخستین زندگی در درون و بیرون از خانواده است. پرسشنامه طرحواره یانگ یک ابزار خودگزارش-دهی برای سنجش طرح‌واره‌ها است. فرد براساس هر جمله خود را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌دهد. درمانگر سوال‌هایی که بیمار در آن نمره بالا می‌گیرد (۵-۶) را مشخص می‌کند و اگر بیمار بیش از سه سوال را در یک طرح‌واره نمره بالا بگیرد نشانه‌ی آن است که بیمار واجد آن طرح‌واره است. این پرسشنامه دارای یک فرم بلند ۲۰۵ سوالی و یک فرم کوتاه ۷۵ سوالی و ۹۰ سوالی می‌باشد. در پژوهش حاضر از فرم ۹۰ سوالی استفاده شد. این پرسشنامه توسط غیائی و همکاران (۱۳۸۷)، در ایران مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهشگران دو گروه بالینی و غیر بالینی در شهر تهران بودند. بنابر نتایج اعلام شده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و میزان ویژگی بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۳ و میزان حساسیت تبیین بین ۰/۵۱ تا ۰/۶۴ و میزان روایی همزمان ۰/۶۴ برای عامل‌های استخراج شده می‌باشد [۲۶].

پرسشنامه ذهنیت‌های طرحواره ای (SMQ)^۲

این پرسشنامه توسط یانگ، بک و فریمن، آرنتز و همکاران (۲۰۰۸) ساخته شد. پرسشنامه ذهنیت طرح‌واره ای شامل هفت ماده از شناخت‌ها، پنج ماده هیجانی و پنج ماده رفتاری برای هر ذهنیت می‌باشد. شخص متناسب با حالات کلی خود ماده‌ها را درجه بندی می‌کند. در این پژوهش از فرم پنج ذهنیت طرح‌واره‌ای که توسط آرنز و همکاران تهیه شده استفاده می‌گردد.

۱- محافظ بی تفاوت (بهترین کار این است که از دیگران فاصله بگیرم)

۲- کودک عصبانی (من احساساتم را تخلیه می‌کنم)

۳- کودک آسیب دیده/رها شده (من به اطمینان نیاز دارم)،

۴- والد تنبیه گر (من آدم بدی هستم و باید مجازات شوم)

۵- ذهنیت بزرگسال سالم (من ارزشمند هستم).

نمره‌گذاری این آزمون از نوع لیکرت ۶ درجه‌ای از (هرگز) تا (همیشه) است. طبق تحقیقات انجام شده توسط لوبستال^۳ و همکاران (۲۰۰۵)، در مورد پایایی آزمون و همبستگی خرده مقیاس‌هایش که از طریق آلفای کرونباخ به دست آمده است از ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ با میانگین ۰/۸۹ است. این آزمون دارای روایی افتراقی مناسب و روایی همگرایی متوسطی می‌باشد. باتوجه به فقدان تحقیقات ایرانی در مورد این پرسشنامه، جهت برآورد پایایی، از روش محاسبه همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) و روش بازآزمون استفاده شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۹۰ می‌باشد [۲۷].

روش اجرا

برای اجرای این پژوهش، پس از انجام غربالگری چند مرحله‌ای بر اساس نمرات حاصل از پرسشنامه‌ها که پیش‌تر در روش نمونه‌گیری توضیح داده شد که در گام اول نمونه‌ای با حجم ۳۵۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و مقیاس شخصیت مرزی در مورد آن‌ها اجرا شد. در گام دوم، افرادی که نمرات آنان در این آزمون در میانه‌ی خط^۲ برش (به علت ماهیت ابعادی بودن اختلالات شخصیت) قرار داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند اما به علت کافی نبودن نمونه مورد نظر، سایر افراد را با استفاده از پوسترهای تبلیغاتی و با هماهنگی بین دانشگاه‌های دیگر شهر تهران (دانشگاه سوره، دانشگاه آزاد قلعه حسن خان، دانشگاه الزهرا) جذب شدند و سپس مقیاس شخصیت مرزی در مورد آن‌ها نیز اجرا شد. سپس نمونه‌ای انتخاب و مصاحبه بالینی بر مبنای ارزیابی روانپزشکی از هر فرد بطور مجزا بطور متوسط ۴۵ دقیقه انجام شد. در طی مصاحبه به ترتیب اطلاعاتی نظیر مشخصات فردی، مشکل عمده بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، بیماری‌های قبلی که شامل پزشکی و روانپزشکی است، تاریخچه مصرف مواد، تاریخچه خانوادگی (بیماری‌های روانی خانواده، خصوصاً اعضای درجه یک)، تاریخچه

¹ 90-item Young Schema Questionnaire-3 (YSQ-3)

² Schema Model Questioner

³ Lobbstaal

زندگی شخصی بیمار از پیش از تولد تا حال و در نهایت بررسی وضعیت روانی انجام شد. بعد افرادی که صرفاً الگوهای اختلالات شخصیت مرزی را نشان دادند انتخاب شدند. در ادامه توضیحات لازم در خصوص گروه درمانی به اعضای گروه ارائه گشت و از آن‌ها رضایت گرفته شد. سپس شرکت کنندگان در دو گروه درمان و کنترل به صورت تصادفی قرار گرفتند. پس از آن تمام شرکت کنندگان در اولین جلسه، پرسشنامه طرحواره یانگ فرم ۹۰ سؤالی و پرسشنامه مشکلات بین فردی ۳۲ سؤالی را انجام دادند. در ادامه، گروه درمان ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ترکیب طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد را به صورت گروهی طبق پروتکل دریافت کردند. بعد از اجرای مداخله تمامی افراد پرسشنامه‌های مورد نظر را دوباره در قالب پس‌آزمون پر کردند. در طی مراحل درمان ۴ نفر از گروه درمان و ۳ نفر از گروه کنترل، از پژوهش خارج شدند و در گروه درمان ۱۴ نفر و در گروه کنترل نیز ۱۵ نفر باقی ماندند.

مداخله در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی بر اساس پروتکل گروه درمانی ترکیب طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد ساوودرا (۲۰۰۸) انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

این قسمت شامل دو بخش است. در قسمت اول از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه که شامل توزیع سن و جنس است، بررسی صورت گرفت و در راستای مقایسه تفاوت‌های گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون غیرپارامتریک خی‌دو استفاده گشت. در قسمت دوم توصیفی از وضعیت روانی شرکت کنندگان متناسب با پرسشنامه‌های پاسخ داده شده انجام شد و میانگین نمرات و انحراف استانداردهای زیرمقیاس‌های مورد استفاده در نمونه بررسی گشت.

جدول ۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنسیت

متغیر	گروه کنترل		گروه درمان		آزمون خی دو
جنس	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	(Sig) X ²
زن	۱۱	۶۱/۱	۱۲	۶۷/۱	۰/۱۵۷
مرد	۷	۳۸/۹	۶	۳۲/۸	
کل	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰	
متغیر	گروه کنترل		گروه درمان		آزمون خی دو
سن	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	(Sig) X ²
۱۹ تا ۲۴ سال	۹	۵۰	۸	۴۴/۴	۰/۳۱۱
۲۵ تا ۳۰ سال	۴	۲۲/۲	۷	۳۸/۹	
۳۱ تا ۳۵ سال	۵	۲۷/۸	۳	۱۶/۷	
کل	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰	

در راستای مقایسه تفاوت‌های گروه‌های جنسیتی و سن گروه‌های مورد بررسی در متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون خی دو در دو گروه کنترل و درمان استفاده گردید و نتایج آزمون که با توجه به مقدار sig بیشتر از درصد خطای ۰/۰۵ ($P > 0/05$) است، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

جدول ۲-۴ یافته‌های توصیفی خرده مقیاس‌های چندمحوری بالینی میلیون

پیش آزمون		پس آزمون		متغیرها
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۶۷/۱۶	۸/۸۹	۴۸/۱۱	۷/۵۳	افسردگی
۵۲/۳۳	۵/۹۳	۴۹/۸۶	۶/۸۸	اسکیزوتید
۴۰/۸۸	۱۲/۷۴	۳۸/۱۵	۹/۰۲	وابسته
۶۶/۶۶	۸/۴۰	۵۰/۲۱	۵/۳۱	نمایشی
۶۳/۱۱	۶/۲۴	۵۷/۳۰	۵/۰۱	خودشیفته
۳۹/۳۳	۱۰/۴۱	۳۵/۲۰	۸/۳۷	ضد اجتماعی
۳۹/۷۲	۷/۱۲	۳۶/۱۶	۶/۶۱	آزارگر
۶۷/۲۲	۸/۴۱	۶۱/۱۹	۶/۳۵	منفی‌گرا
۶۳/۲۷	۶/۷۸	۴۴/۳۱	۴/۲۰	مرزی
۶۹/۷۲	۹/۰۶	۶۴/۳۵	۸/۳۰	افسردگی اساسی
۶۹/۲۷	۱۰/۹۱	۶۲/۱۲	۸/۴۱	افسردگی خویی
۳۴/۲۷	۳/۵۹	۳۰/۱۲	۲/۸۵	جسمانی
۶۳/۲۲	۱۱/۸۳	۳۹/۳۱	۷/۲۰	دوقطبی مانیا
۶۱/۱۱	۶/۴۷	۵۸/۹۱	۴/۳۱	پارانوئید
۴۹/۴۴	۸/۳۷	۴۶/۳۹	۶/۱۰	اختلال استرس
۵۵/۵۵	۱۸/۳۷	۵۰/۳۲	۱۶/۳۳	اسکیزوتایپی
۴۹/۷۳	۱۸/۲۰	۴۵/۱۹	۱۷/۵۴	اختلال تفکر
۵۷/۲۷	۱۵/۸۱	۵۰/۳۱	۱۱/۰۱	وابستگی به مواد
۶۰/۳۸	۹/۹۷	۵۶/۴۷	۸/۰۱	روایی
۵۶/۵۰	۱۰/۷۱	۵۲/۳۸	۹/۲۵	جامعه‌پسندی
۶۲/۲۷	۸/۴۱	۵۸/۴۵	۶/۳۲	جلوه‌دهی
۵۸/۵۵	۱۶/۲۱	۵۲/۲۷	۱۳/۲۰	اختلال هذیانی

مطابق جدول بالا میزان میانگین انواع افسردگی، خودشیفته، مرزی، نمایشی، منفی‌گرا، دوقطبی مانیا، پارانوئید و جلوه‌دهی به نسبت بالاست اما میانگین آنها همه پایین‌تر از تشخیص این اختلالات است مطابق با شاخص تفسیر میلیون که با نرم‌افزار سنجیده شد و صرفاً نشانگر وجود ویژگی‌هایی از اختلالات است که حد نصاب را برای تشخیص فراهم نمی‌آورد اما این توزیع نکات مهمی را یادآور می‌کند و آن همپوشانی تربیت‌های بین اختلالات مختلف است مانند جامعه هدف ما که افراد با ویژگی‌های مرزی بود که در افراد مرزی متناسب با ذهنیت غالبشان نشانه‌هایی از اختلالات نمایشی، منفی‌گرایی، افسرده، پارانوئید، دوقطبی و خودشیفته نشان می‌دهند. همانطور که مشاهده شد میانگین اختلالات مختلف بعد از درمان کاهش یافت و رو به بهبود بود.

جدول ۳-۴ یافته‌های توصیفی خرده مقیاس‌های طرحواره یانگ

پیش آزمون		پس آزمون		متغیرها
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۲۳/۳۳	۶/۳۸	۱۲/۶۱	۳/۹۴	محرومیت هیجانی
۲۴/۶۶	۱/۶۴	۱۹/۲۲	۶/۸۷	رهاشدگی
۲۲/۱۱	۲/۱۶	۱۷/۲۲	۶/۳۰	بی اعتمادی
۲۲/۳۳	۲/۸۲	۱۳/۴۴	۴/۸۴	انزوای اجتماعی
۲۰/۱۱	۱/۵۶	۱۳/۷۷	۵/۱۰	نقص
۲۷/۹۴	۱/۵۸	۲۱/۶۶	۷/۷۶	شکست
۲۸/۰۵	۱/۸۹	۱۷/۸۸	۸/۵۶	وابستگی
۲۷/۸۳	۱/۶۵	۱۵/۳۳	۷/۷۷	آسیب پذیری به بیماری
۱۵/۸۸	۰/۸۳	۱۷/۱۱	۸/۶۷	گرفتار
۱۵/۳۳	۱/۲۸	۱۸/۹۴	۷/۴۵	اطاعت
۲۸/۱۶	۱/۲۴	۱۴/۰۵	۴/۰۷	ایثارگری
۲۸/۲۲	۱/۶۹	۱۵/۵۵	۶/۹۴	بازداری هیجانی
۲۸/۰۵	۱/۶۶	۱۹/۵۰	۹/۳۴	معیارهای سخت گیرانه
۲۸	۱/۷۸	۱۸/۴۴	۷/۹۵	استحقاق
۲۷/۶۷	۱/۱۳	۲۰/۰۵	۸/۳۴	خویشتن داری
۲۸/۱۹	۱/۵۵	۱۴/۳۳	۷/۵۲	پذیرش جویی
۲۹/۷۰	۱/۱۲	۱۵/۷۷	۶/۳۶	منفی گرایی
۲۷/۶۵	۱/۴۴	۱۶/۰۵	۷/۳۰	تنبیه

مطابق جدول مشاهده شده از نحوه توزیع طرحواره‌های ناسازگار در گروه میزان طرحواره‌های رهاشدگی، محرومیت هیجانی، شکست، وابستگی، آسیب-پذیری به بیماری، ایثارگری، بازداری هیجانی، خویشتن‌داری ناکافی، پذیرش‌جویی و جلب توجه، منفی‌گرایی و تنبیه تقریباً بطور برابری نسبت به سایر طرحواره‌ها در وضعیت بالایی قرار دارند و جالب آنکه میزان زیادی طرحواره نسبتاً در میانگینی مساوی و بالا نسبت به سایر طرحواره‌ها قرار دارند که نشانگر آن است که اکثر افراد با اختلال و ویژگی‌های شخصیت مرزی تعداد طرحواره‌های ناسازگار بالایی نسبت به افراد دیگر در قسمت بهنجار و نابهنجار دارند. همانطور که مشاهده شد میزان میانگین این طرحواره‌ها بعد از درمان کاهش پیدا کرده است.

جدول ۴-۴ یافته‌های توصیفی خرده مقیاس‌های ذهنیت‌های طرحواره‌ای

پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	پیگیری
ذهنیت کودک آسیب پذیر	۴۹/۷۷	۴/۵۳	۲۵/۵۵	۳/۸۹	۲۴/۵۵
ذهنیت کودک عصبانی	۵۶/۳۳	۳/۰۷	۲۸/۳۸	۵/۶۵	۱۳/۳۸
ذهنیت کودک غضبناک	۵/۳۸	۲/۰۶	۲۵/۵۰۰	۵/۵۴	۲۲/۵۰
ذهنیت کودک تکانشی	۳۳/۶۶	۱/۸۷	۱۶/۷۲	۳/۵۷	۱۲/۷۲
کودک بی انضباط	۵۶/۸۳	۳/۵۵	۲۸/۳۸	۵/۱۸	۲۴/۳۸
ذهنیت کودک شاد	۲۲/۲۲	۵/۵۰	۲۸/۲۲	۵/۵۰	۵۶/۶۶
ذهنیت تسلیم شده مطیع	۵۶/۹۴	۲/۷۹	۲۵/۶۱	۴/۵۶	۱۲/۷۲
ذهنیت محافظ بی تفاوت	۵۵/۴۴	۳/۹۸	۲۳/۶۱	۴/۸۵	۲۴/۳۸
ذهنیت خودآرام بخش بی تفاوت	۴۸/۳۳	۷/۱۲	۲۰/۸۳	۴/۵۱	۲۲/۲۲
ذهنیت خود بزرگ منش	۵۴/۷۷	۳/۲۹	۵۰/۶۵	۴/۳۴	۲۵/۶۱
ذهنیت زورگو و تهاجمی	۵۴/۳۸	۳/۹۱	۱۸/۶۱	۳/۱۰	۲۳/۶۱
ذهنیت والد تنبیه گر	۵۱/۶۱	۲/۱۱	۲۴/۹۴	۶/۷۷	۲۰/۸۳
ذهنیت والد پرتوقع	۵۷/۵۵	۲/۲۲	۵۴/۷۷	۶/۲۸	۲۸/۶۱
ذهنیت بزرگسال سالم	۱۸/۶	۳/۱۶	۲۷/۱۶	۶/۲۹	۵۷/۴۴

میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های متغیرهای (ذهنیت‌های طرحواره‌ای، طرحواره یانگ و میلون) در جدول زیر به تفکیک نمرات در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مشخص شده است. همانطور که مشاهده می‌شود میانگین ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، عصبانی، بی‌انضباط، ذهنیت تسلیم شده مطیع، خود بزرگمنش، زورگو-تهاجمی و والد پرتوقع در این نمونه نسبتاً بالاست و در سویی دیگر ذهنیت بزرگسال سالم و کودک شاد در سطحی پایین قرار دارد. این نحوه توزیع می‌تواند بیانگر آن باشد هر چه فردی در ذهنیت ناسالم قرار گرفته باشد احتمال شاد بودن و رفتارهای سالم و بهنجار کم می‌شود. مطابق جدول بالا میانگین اکثر ذهنیت‌های ناسالم بعد از درمان کاهش پیدا کرد و بیش‌تر آنها بعد از دوره پیگیری کاهش یافتند و ذهنیت‌های سالم به موازات آن افزایش پیدا کردند.

یافته‌های استنباطی

جهت بررسی فرضیه‌ها و بررسی معناداری تفاوت‌ها بین دو گروه از تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکوا (MANCOVA) استفاده گردیده است. پیش از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره به منظور بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین و برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون‌های کلموگراف-اسمیرنف و شاپیرو-ویلکز استفاده شد. این نتایج نشان می‌دهد که در تمام متغیرها، سطح معنی داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین واریانس‌ها برابر هستند و فرض نرمال بودن توزیع برقرار است.

جدول ۴-۵. نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها در مرحله پس آزمون

مرحله	متغیر	F	درجه آزادی	سطح معنی داری
پس آزمون	مرزی (STB)	۰/۲۶	۱	۰/۶۱۳
	میلون	۰/۸۸۰	۱	۰/۳۵۴

متغیر	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	آماره	درجه آزادی	سطح معنا داری
(STB) مرزی	۰/۲۱۳	۱۸	۰/۰۹۵	۰/۸۵۱	۱۸	۰/۰۷۲
میلون	۰/۱۷۶	۱۸	۰/۳۲۵	۰/۸۶۴	۱۸	۰/۰۵۹

جدول ۶. نتایج آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنف و شاپیرو-ویلکز برای نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته

کواریانس چند متغیره با کنترل پیش آزمون مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای پژوهش	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا (میزان تاثیر)	توان آماری
طرحواره یانگ	پس آزمون	۱۷۵/۶۲	۱	۱۷۵/۶۲	۵۳/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰۰
ذهنیت طرحواره	پس آزمون	۱۰۱۶/۱۷	۱	۱۰۱۶/۱۷	۹۲/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰۰
الگوها مرزی	پس آزمون	۳۹۳۳/۵۹	۱	۳۹۳۳/۵۹	۱۳۶/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰۰

فرضیه اول: ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود طرحواره‌های دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی مؤثر است. بین میانگین‌های تعدیل شده طرحواره‌های اولیه شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون ($F=53/44$) تفاوت معنادار وجود دارد، ($p<0/0001$) بنابراین فرضیه اول تایید می‌شود. بدین ترتیب ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود طرحواره‌های دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی در گروه آزمایش تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۶۳ درصد بود.

فرضیه دوم: ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی تأثیر دارد. بین میانگین‌های تعدیل شده ذهنیت‌های طرحواره‌ای شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون ($F=92/47$) تفاوت معنادار وجود دارد، ($p<0/0001$) بنابراین فرضیه دوم تایید می‌شود. بدین ترتیب ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود ذهنیت‌های دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی در گروه آزمایش تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۷۴ درصد بود.

فرضیه سوم: ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش الگوهای شخصیت مرزی در دانشجویان تأثیر دارد. بین میانگین‌های تعدیل شده الگوهای شخصیت مرزی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون ($F=136/96$) تفاوت معنا دارد، ($P<0/0001$) بنابراین فرضیه چهارم تأیید می‌شود. در نتیجه ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد در پس‌آزمون و در گروه آزمایش تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۸۱ درصد بود.

بحث و نتیجه گیری

ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود طرحواره های دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی مؤثر است.

نتایج نشان داد که پروتکل درمان ترکیبی، طرحواره های ناسازگار دانشجویان با الگوهای اختلال شخصیت مرزی را کاهش می دهد و فرضیه دوم این پژوهش تأیید می شود. اندازه اثر در این آزمون ۶۳ درصد بود یعنی به این میزان درمان در تعدیل طرحواره های ناسازگار تأثیر داشته است. اثرگذاری آن در طول سه ماه بعد از مداخله درمانی، به قوت خویش باقی ماند و سطح معناداری ($P < 0/0001$) بود که نشان از اختلاف بین دو گروه آزمایش و گواه است. تاکنون در هیچ تحقیق پژوهشی به بررسی اثربخشی این درمان بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه پرداخته نشده است و لذا شواهد دیگری برای تأیید این یافته وجود ندارد. با این حال پژوهش های قابل توجهی در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره ها صورت گرفته است و جالب تر آن که بیشتر این پژوهش ها بر روی افراد با اختلال شخصیت مرزی بوده است. این پژوهش ها مانند فارل و همکاران (۲۰۰۹)، فاسبیندر^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، تن^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، منتگمری-گراهان^۳ (۲۰۱۵) و پژوهش های دیگر در این حیطه نشان از اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره های ناسازگار می دهد [۲۸-۳۱]. هرچند در این پژوهش به بررسی اثربخشی ترکیب این درمان با پذیرش و تعهد پرداخته شده است. به نظر می رسد با توجه به فلسفه این دو درمان می توان از طریق تغییر رابطه با افکار، احساسات و نشانگرهای فیزیولوژیکی ناشی از طرحواره و رفتار کردن بر اساس ارزش های شخصی، تجارب تازه و مفید در روابط افراد ایجاد کرد. این تجارب به نوبه خود مرور خاطرات منفی قدیمی در روابط را زیر سؤال می برد و خود جایگزین آنها می شود. در نتیجه موجب کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه می شود. در جریان درمان این گروه افراد شرکت کننده خاطرات کودکی خود را در جلسات اولیه به هنگام توضیح طرحواره ها بیان می کردند و حتی گاهی در هنگام تعریف به گونه ای هیجان زده می شدند که شروع به گریه یا ابراز خشم می کردند در این هنگام افراد گروه و درمانگر با همدلی سعی در تغییر در خاطرات اولیه منفی آنها می کردند و شرکت کنندگان بدون آنکه آگاه باشند به درمانگر در ایجاد بازوالدینی مجدد کمک می کردند و با این همدلی ها از میزان بار هیجانی و فیزسولوژیکی خاطرات قدیمی کاسته می شد و زمانی که با هدایت درمانگر جلسات بعدی نحوه تأثیرگذاری آن خاطرات اولیه در زندگی و روابط آنها بررسی می شد، افراد سعی می کردند با استفاده از ذهن آگاهی و پذیرش گذشته خود و مسئولیتشان در زمان حال شرایط خود را بپذیرند و سعی کنند به هنگام فعال شدن طرحواره ها اول خوب تماشا کنند و سپس رفتارهای جایگزین را با بارش های فکری گروه و درمانگر کم کم در ارتباطات فعلی خود جایگزین کنند و در این هنگام در واقع مهارت های تغییرالگوی رفتاری طرحواره درمانی در کنار راهبردهای پذیرش، ذهن آگاهی و بودن در مسیر ارزش ها قرار می گرفت و تغییرات با سرعت و کیفیت قابل ملاحظه ای نسبت به طرحواره درمانی با درمان پذیرش و تعهد به صورت جدا پیش می رفت. در آخر طرحواره ها درست است بطور کامل از بین نرفتند همانگونه که در طرحواره درمانی نیز بطور کلی از بین نمی روند اما کاهش معنادار و قابل ملاحظه ای داشتند که نشانگر قابلیت این درمان کم هزینه (زمان و هزینه جلسات) است.

ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر ذهنیت های طرحواره ای دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی تأثیر دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که ترکیب گروه درمانی طرحواره ای و پذیرش و تعهد، می تواند بر ذهنیت های طرحواره ای دانشجویان با الگوهای شخصیت مرزی اثر بگذارد و باعث افزایش ذهنیت بزرگسال سالم و کودک شاد شود. در این پژوهش میزان اثر درمان ۷۴ درصد بود و تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و گواه ($p < 0/0001$) مشاهده شد. همسو با این یافته فقط می توان به تحقیق کونیسکو و لانگو (۲۰۱۳)، اشاره کرد که در آن طرحواره های بیماران که فعال می شد، فارغ از هر نوع اختلالی از این درمان ترکیبی استفاده گشت و در نهایت مشاهده شد که میزان ذهنیت بزرگسال در آن بیماران افزایش یافته بود. در پژوهش حاضر نیز میزان بزرگسال سالم و کودک شاد افزایش یافت و بیشتر ذهنیت های ناسالم مانند کودک آسیب پذیر و کودک عصبانی و ... کاهش پیدا کرد. این نتیجه چندان هم دور از ذهن نیست با استناد به قابلیت های جداگانه دو درمان زیرا با تغییر رفتار و افزایش انعطاف پذیری و زندگی کردن در لحظه، خاطرات قدیمی کم اهمیت تر و تجربیات

¹ Fassbinder

² Tan

³ Montgomery-Graham

جدید ایجاد می‌شود و باعث می‌شود فرد مناسب با واقعیت رفتار کند و لحاظات خوبی را برای خود بسازد و کودک شاد او فعال شود و به لذت واقعی زندگی دست یابد. در درمان این گروه با توجه به نتایج حاصل از پرسشنامه یانگ و طرز بیان مشکلات افراد و راهکارهای اجتنابی که به کار گرفته بودند، ذهنیت‌های کودک‌آسیب‌پذیر، ناشاد و تکانشگر به طرز قابل ملاحظه‌ای بالا بود که نشان از ناتوانی آنها برای کنارآمدن با گذشته خود و احساس تنهایی در جهانی که هر آن ممکن است آسیب ببینند بنابراین باید از خود دفاع کنند اما چون راهنمای درستی نداشته‌اند دست به دامن راهبردهای اجتنابی شدند و آنقدر آن را تکرار کرده‌اند که بخشی از آنها شده بود و به صورت یک ذهنیت درآمده بود. در جریان درمان شرکت‌کنندگان با مطلع شدن از طرحواره‌های خود و اثری که بر تفسیرهای آنها از موقعیت‌های کنونی زندگی گذاشته و سبک‌های مقابله‌ای خود که برای کنارآمدن با آنها استفاده کرده‌اند، متوجه حالات غالب خود شدند و برای این حالات خود اسم‌هایی را گذاشتند اما نه بر اساس ذهنیت‌ها بر اساس آنچه خود دوست داشتند متناسب با افکار تکراری ذهنشان مانند رادیو مصیبت که برای ذهنیت کودک‌آسیب‌پذیر استفاده شد. این مرحله از درمان از راهبردهای گسلش برای نام‌گذاری حالات روانی شرکت‌کنندگان توسط خودشان استفاده شد و باعث کنارآمدن و شناخت بهتر از خودشان گشت و خلاقیتشان در نحوه چگونه دیدن مشکلات و روند آن افزایش پیدا کرد و این آگاهی به مرور کمک کرد که در زمان حال باشند و مدام اتفاقات گذشته خود را وارد تجربیات جدید خود نکنند و خلاقانه‌تر با مشکلات کنار بیایند و آنها را حل کنند و با پذیرش خویش و ترسیم اهداف در مسیر ارزش‌ها راهکاری را با کمک گروه و درمانگر اتخاذ کنند و جور دیگر تجربه کردن رایاموزند و از پيله ذهنیت‌های ناسالم خارج شوند و با رفتارهای مناسب مانند یک بزرگسال سالم رفتار کنند و بعد از تجربیات موفقیت‌آمیز دید آنها نسبت به زندگی و روابط تغییر کرد و ذهنیت‌های ناسالم کم‌رنگ شد و ذهنیت کودک شاد به علت ایجاد روابط رضایت‌بخش افزایش پیدا کرد.

ترکیب گروه درمانی طرحواره و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش الگوهای شخصیت مرزی در دانشجویان تأثیر دارد.

نتایج نشان داد این درمان ترکیبی موجب کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در دانشجویان با این الگوی شخصیتی می‌شود. میزان تأثیر این درمان بر کاهش الگوهای شخصیت مرزی ۸۱ درصد بود. این پژوهش اولین مطالعه‌ای است که به بررسی اثربخشی ترکیب طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد بر الگوهای شخصیت مرزی می‌پردازد و لذا در حال حاضر پژوهشی وجود ندارد که علاوه بر این پژوهش بتوان به آن استناد کرد. افراد با اختلال شخصیت مرزی و با الگوهای آن اغلب طرحواره‌های متعددی را از خود نشان می‌دهند و طرحواره درمانی از اول برای اختلالات منشی پایه‌گذاری شده است و بیشتر پژوهش‌ها به علت آمار این اختلال بر افراد مرزی انجام شده‌اند و از سوی دیگر بیماران مرزی به علت عدم اعتبار بخشی محیط اولیه خود و نقض افکار، احساسات و رفتار آنها از سمت آن به خصوص خانواده یاد گرفته‌اند که نسبت به خود اعتماد نداشته باشند و مدام به دنبال تأیید از سمت محیط اطراف خود باشند و به این ترتیب ناگویی هیجانی در آنها به وجود آمده است علت آن این است که انتظار پاسخ مناسب از محیط را ندارند. این روند باعث بیگانه شدن فرد با خود می‌گردد و نمی‌تواند خودش را به صورت یک خود یکپارچه ببیند و به حالات خود آگاه باشد تا بتواند مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرد او خود را بازتاب رفتار دیگران می‌داند زیرا چیزی از خود ندارد و ارزشی را نیافته خویشتن را تهی می‌بیند بنابراین احتمالاً با توجه به پیشینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این درمان بر افراد با اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است اما چون همدلی اولیه و بررسی گذشته در این درمان چندان جایگاهی ندارد از میزان اثرگذاری و بلافاصله بعد از درمان می‌کاهد و در دوره‌های چند ماهه در کسانی که توانسته‌اند درمان را به پایان برسانند دیده می‌شود. این درمان ترکیبی احتمالاً به علت پوشش نقاط مختلف نشانگان بیماران یا افراد با الگوهای مرزی توانسته است در مدت زمان اندک به شایستگی اثرگذار باشد. در جریان درمان افراد در پژوهش حاضر، آن‌ها توانستند ابتدا با شناخت طرحواره‌های خود و علت شکل‌گیری آن با مرور خاطرات کودکی و اثری که در زندگی آن‌ها گذاشته با خود همدلی کنند و به درک بالایی از خود و افراد زندگی خود برسند و بعد آن طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای را در روابط حال خود جست و جو کردند و بعد از ناامیدی از ادامه اثرگذاری رفتارهای خود که آن‌ها را به اهدافشان برساند شروع به پذیرش واقعیت و مسئولیتشان در روابط کردند و با مراقبه سعی در اعتبار دادن به احساسات و افکار خود کردند و با فنون گسلش و خود به عنوان زمینه آن افکار و احساسات را پذیرفتند اما خود را با آن‌ها یکی ندیدند تا قدرت بودن در زمان حال و رفتار بر اساس ارزش‌ها را با رسیدن به اهداف مشخص شده برسند. این گونه زندگی کردن چون به آن‌ها معنای کامل بودن را داد، در روابط مختلف خود آن را امتحان کردند و کم‌کم این الگوها کاهش پیدا کرد.

سپاسگذاری

در پایان جا دارد از خداوند متعال که توفیق انجام این پژوهش را به تیم تحقیقی ما اعطا فرمودند تشکر کنم امیدوارم نتایج حاصل از آن بتواند خدمت کوچکی به جامعه بشری باشد. در ضمن از تمام کسانی که ما را در انجام این درمان یاری کرده‌اند از جمله دانشگاه تهران، دانشگاه الزهراء(س)، دانشگاه قلعه حسن خان، دانشگاه علوم پزشکی و سراسری زنجان و تمام دانشجویانی که به ما اعتماد کردند و همراه ما بودند تشکر ویژه می‌کنم.

مراجع

- [1] Forster, C., Berthollier, N. and Rawlinson, D (2014). A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *J Psychol Psychother.* 4(133): 2161-0487.
- [2] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, fifth edition (DSM 5). New school library, Washington. DC London. England.
- [۳] انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی. ترجمه نیکخو، م.ر.، آوادیس یانس، ه. انتشارات سخن. تهران.
- [4] Alilou, M & Sharifi, M. A. (2011). *Dialectic behavior therapy for borderline personality disorder*. Tehran: Tehran University.
- [5] Holmes, J., Neighbor, R., Tarrier N., Hmshelwood, R. D. and Bolsover, N (2002). All you need is cognitive behavior therapy? *British medical journal.* 3249: 288-295.
- [6] Ferraz, L., Vázquez, M., Navarro, J. B., Gelabert, E., Martín-Santos, R. and Subirà, S (2009). Dimensional assessment of personality and impulsiveness in borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences.* 46(2): 140-146
- [7] Millon, T. and Grossman, S (2007). *Moderating severe personality disorders: A personalized psychotherapy approach*. John Wiley & Sons Inc.
- [8] Peyvastegar, M (2018). *Borderline Personality and Alexithymia among Female College Students with Interpersonal Problems*. *Shefaye Khatam.* 6 (2):51-59.
- [9] Webb, D. J. and McMurran, M (2008). Emotional intelligence, alexithymia, and borderline personality disorder traits in young adults. *J Pers Soc Psychol.* 2(4): 265-73
- [10] Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C. and Unckel, C (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research & therapy.* 42(3): 487-999.
- [11] Davison, D., Newl, J., Kring, A. and Johnson, S (2007). *Abnormal psychology*. New York: Wiley.
- [12] Clarke S, Thomas P, James K. Cognitive analytic therapy for personality disorder: Randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2013; 202:129-34.
- [13] Farrell, J. M., Shaw, I. A. and Webber, M. A (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 40(2):317-28.
- [14] Young, J. E (1999). *Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.).
- [۱۵] منیرپور، ن. غلامی زارچ، م. و تمدن فرد، م (۱۳۸۹). نقش پدر و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی. سومین کنگره انجمن روانشناسی ایران. ۱۳۸۹. کرج.
- [16] Arntz, A., Klokman, J. & Siesweda, S. (2005). An experimental test of the Schema mode model of borderline Personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experiem ental Psychiatry*, 36, 226-239.
- [17] Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- [18] Bach, P., Gaudiano, B. A., Pankey, J., Herbert, J. D. and Hayes, S. C (2005). Acceptance, (ACT) to the chronically mentally ill. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 94-116). Burlington, MA: Elsevier.
- [19] Hayes, S. C (2007). The state of the ACT evidence. Address presented at the ACT Summer Institute III, Houston, TX.
- [20] Lev, A (2011). *A new group therapy protocol combining acceptance and commitment therapy (ACT) and schema therapy in the treatment of interpersonal disorders: A randomized controlled trial*. PsyD dissertation, Wright Institute, Berkeley, CA.
- [21] Cousineau et Thanh-Lan Ngô Santé mentale au Québec (2013). *Thérapie des schémas – ACT – Pleine co* Quinlan, E., Daene, F. and Crowe, T (2018). Pilot of an Acceptance and Commitment Therapy and Schema group intervention for Mental Health Carer's Interpersonal Problems. *Journal of contextual behavioral science.* S2212-1447 (18):30018-8.
- [22] McKay, M., Lev, A. and Skeen, M (2012). *Acceptance and Commitment Therapy for Interpersonal Problems: Using Mindfulness, Acceptance, and Schema Awareness to Change Interpersonal Behaviors*. Oakland, CA: New Harbinger Publication.

[23] Quinlan, E., Daene, F. and Crowe, T (2018). Pilot of an Acceptance and Commitment Therapy and Schema group intervention for Mental Health Carer's Interpersonal Problems. *Journal of contextual behavioral science*. S2212-1447 (18):30018-8.

[۲۴] شریفی، ع.ا (۱۳۸۱). هنجاریابی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۳ در شهر اصفهان، رساله کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه اصفهان.

[۲۵] محمدزاده، ع.، گودرزی، م.ع.، تقوی س.م.ر. و ملازاده، ج (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۷(۲۷): ۷۵-۸۹.

[۲۶] غیاثی، م.، مولوی، ح.، نشاطدوست، ح.ط. و صلواتی، م (۱۳۸۷). هنجاریابی، پایایی و روایی پرسشنامه ی طرحواره ی یانگ نسخه ی سوم فرم کوتاه در دو گروه افراد بهنجار و دارای اختلال روانی در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی، دانشکده ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.

[27] Lobbestael, J., Arntz, A. and Sieswerda, A (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and anti-social personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 36: 240– 253.

[28] Farrell, J. M., Shaw, I. A. and Webber, M. A (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 40(2):317-28.

[29] Fassbinder, E., Schuetze, M., Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., Shaw, I., Farrell, J., Arntz, A. and Schweiger, U (2016). Feasibility of Group Schema Therapy for Outpatients with Severe Borderline Personality Disorder in Germany: A Pilot Study with Three Year Follow-Up. *Journal Frontiers in Psychology*. 7:1851.

[30] Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbek, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E. and Arntz, A (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patient's perceptions. *PLOS ONE*, 13(11): e0206039.

[31] Montgomery-Grah Mentalization as a common factam, S (2015). DBT and Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: or. *Journal of contemporary psychotherapy*. 46(1): 53-60.