

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر دختران نوجوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۰۸

خلاصه

منا مدرسسی*

مقدمه: اختلال شخصیت مرزی که اغلب در دوران نوجوانی ظاهر می‌شود، با تغییرات عصبی، روانی و اجتماعی عمیق مشخص می‌شود؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر دختران نوجوان مبتلا به شخصیت مرزی انجام شد. **روش کار:** روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش آموزان دختر نوجوان ۱۵ تا ۱۸ سال مقطع دبیرستان شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۲ بود که از طریق نمونه‌گیری مرحله‌ای با پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPI) غربالگری و تشخیصی، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل (۲ گروه ۱۵ نفره) قرار داده شدند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی، پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ) و مقیاس تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) بود. جلسات طرحواره درمانی براساس روش طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش (۲۰۰۳) طراحی و تدوین شده است، اجرا شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از تحلیل‌های توصیفی و تحلیل‌های استنباطی پارامتریک مانند آزمون تحلیل واریانس یک راهه ANOVA، آزمون اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم افزار SPSS-24 انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین سه مرحله آزمون مولفه‌های تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر در گروه تجربی وجود داشت ($p < 0/001$)؛ ولی بین سه مرحله آزمون در متغیرهای تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر گروه کنترل تفاوت معنادار نیست ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که طرحواره درمانی گروهی بر تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر دختران نوجوان مبتلا به شخصیت مرزی اثرگذار است. پیشنهاد می‌گردد در جهت بهبود و درمان این دو متغیر از رویکرد طرحواره درمانی استفاده گردد.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی، تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت مرزی

ا کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران (نویسنده مسئول)

Email: monaammo20@gmail.com

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (BPD) یک وضعیت سلامت روانی پیچیده و چالش برانگیز است که با اختلالات فراگیر در احساسات، ادراک از خود و روابط بین فردی مشخص می شود. شیوع آن، که تخمین زده می شود از ۱٪ تا ۳٪ در طول زندگی فرد متغیر باشد، تأثیر قابل توجهی آن را در حوزه نگرانی های سلامت روان نشان می دهد (۱). این اختلال معمولاً در دوران نوجوانی ظاهر می شود، دوره ای که با تغییرات عصبی، روانی و اجتماعی عمیق مشخص می شود. در اوایل بزرگسالی به اوج خود می رسد، اما اغلب پس از آن کاهش تدریجی را نشان می دهد (۲). مشخصه BPD در شبکه پیچیده بی نظمی هیجانی آن نهفته است که نه تنها بر رفاه فردی تأثیر می گذارد بلکه بر نتایج روانی اجتماعی درازمدت نیز تأثیر می گذارد. نوجوانی، یک مرحله حیاتی رشدی که با تغییرات نورویولوژیکی گسترده مشخص می شود، به دوره ای مهم برای درک شروع و استراتژی های مداخله بالقوه برای BPD تبدیل می شود (۳).

در دوران نوجوانی، افراد ادغام پیچیده ای از دگرگونی های زیستی، روانی و اجتماعی را تجربه می کنند که به ماهیت تکاملی شخصیت آنها کمک می کند. این مرحله رشد با افزایش واکنش عاطفی، افزایش تمایل به رفتار ریسک پذیر، و کشف هویت و روابط بین فردی مشخص می شود. این ویژگی ها با ویژگی های اصلی BPD، که شامل بی ثباتی عاطفی، اختلال هویت، و چالش ها در ایجاد و حفظ روابط می شود، نزدیک است (۲). تأثیر BPD در دوران نوجوانی پیامدهای آن را گسترش می دهد و به طور قابل توجهی بر رفاه فردی تأثیر می گذارد و مسیرهای روانی اجتماعی طولانی مدت را ایجاد می کند. درک زیربنای عصبی بیولوژیکی BPD در این مرحله شکل گیری نه تنها برای روشن کردن پیچیدگی اختلال، بلکه برای اطلاع رسانی و تنظیم مداخلات مؤثر نیز ضروری است (۴).

بی نظمی هیجانی یکی از مشخصه های اختلال شخصیت مرزی (BPD) در نظر گرفته می شود (۵-۷)، که با واکنش پذیری شدید نسبت به محرک های منفی، با اختلالات در اجرا

به عنوان تجارب انطباق پذیر و مناسب احساسات مشخص می شود (۸). در سطح عصبی، یکی از ویژگی های کلیدی BPD، بیش فعال شدن آمیگدال در پاسخ به محرک های منفی و خنثی است (۹)، که احتمالاً منعکس کننده اختلال در تنظیم احساسات در بیماران BPD است (۷).

مدل های تنظیم هیجان کنونی، کاهش آمیگدال را به عنوان مکانیزمی برای کنترل احساسات در زمینه های بالینی نشان می دهند (۱۰، ۱۱). عادی سازی فعال سازی آمیگدال و بهبود تنظیم هیجانی در طی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) در بیماران BPD مشاهده شد، که نشان می دهد پاسخ آمیگدال یک شاخص مهم بهبودی BPD است (۱۲، ۱۳).

اختلال اضطراب فراگیر (GAD) با وجود این واقعیت که معمولاً با BPD همراه است کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان مثال، مطالعه ای که بر روی یک نمونه فرعی از ۱۶۴ نفر به عنوان بخشی از مطالعه اختلالات شخصیت طولی مشارکتی (CLPS) متمرکز بود، نشان داد که ۲۶٪ (۴۲ نفر) از شرکت کنندگان در ابتدا با BPD و GAD همبود تشخیص داده شدند (۱۴). مطالعه دیگری بر روی شرکت کنندگانی که از بخش روانپزشکی سرپایی یک بیمارستان آموزشی دانشگاهی ارجاع شده بودند، نشان داد که از ۱۶ آزمودنی که مبتلا به BPD تشخیص داده شده بودند، ۵۶٫۳٪ (۹ نفر) GAD همبود داشتند (۱۵). در نهایت، یک مطالعه اپیدمیولوژیک بزرگ در ایالات متحده با هدف بررسی شیوع BPD در یک نمونه جامعه (۱۶) نشان داد که ۱/۸٪ از پاسخ دهندگان نظرسنجی تشخیص BPD را خود گزارش کرده بودند و شایع ترین تشخیص همزمان GAD (۵۶٫۴٪) بود. بنابراین، شیوع همبودی BPD و GAD بین ۱۴ تا ۲۲ درصد تخمین زده می شود (۱۷، ۱۴)، با برخی از مطالعات شیوع GAD در افراد مبتلا به BPD تا ۵۵ درصد گزارش شده است (۱۵).

افرادی که مبتلا به BPD تشخیص داده می شوند، حساسیت بین فردی را تجربه می کنند (۱۸) که همراه با تکانشگری و

تشکیل شد. با استفاده از یک روش نمره گذاری ساده می توان یک نمره وسواسی کلی و چهار نمره فرعی بدست آورد.

اجرای این پرسشنامه بسیار سریع و آسان است. زیرا ۳۰ عبارت تشکیل شده که پاسخ های آن به شکل درست یا نادرست است (هاجسن و رچمن، ۱۹۷۷، رچمن و هاجسن، ۱۹۸۰). این پرسشنامه علاوه بر یک نمره کلی وسواس گرایی، چهار نمره فرعی برای بازمینی، شستن و تمیز کردن، کندی تکرار، تردید - دقت به دست می دهد. متاسفانه این پرسشنامه فقط دو پرسش در ارتباط با افکار (وسواس فکری) دارد. همچنین میزان ناتوانی و شدت مشکلات را که در برابر گستردگی آنها قرار دارد نمی سنجد. با وجود این می تواند بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی را از سایر اشخاص روان رنجور تشخیص دهد. به طور کلی پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادلزلی ابزاری مفید و ساده است که می توان آن را همراه با روش های معمول سنجش به کار گرفت. این پرسشنامه ویژه برای ارزیابی تغییرات در نتیجه اجرای درمان مفید است. این پرسشنامه طوری طراحی شده که یک فرد کاملاً وسواسی دقیقاً به نیمی از سوال ها پاسخ مثبت و به نیم دیگر پاسخ منفی می دهد. دامنه نمره کل مادلزلی بین صفر تا ۳۰ می باشد. پایایی و اعتبار آزمون وسواسی مادلزلی در مطالعات انجام شده بر روی نمونه های بالینی کشورهای مختلف تأیید شده است. به عنوان مثال ساناویو همبستگی بین نمرات کل آزمودنی مادلزلی و آزمون پادوآ ۰/۷۰ بدست آورد. ضریب پایایی محاسبه شده بین آزمون و آزمون مجدد بالا بوده است. در ایران نیز محمدخانی و فرجاد روابی محتوایی این آزمون را تأیید و همچنین پایایی آن ۰/۷۵ گزارش کرده اند (۲۰).

مقیاس تنظیم هیجان

مقیاس تنظیم هیجان توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه شده است و از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) میباشد. پاسخ ها براساس مقیاس لیکرت (۷ درجه ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) است ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این

مشکل در تنظیم احساسات، از جمله خشم، می تواند فرد را مستعد اعمال پرخاشگرانه یا خشونت و سایر توهین ها کند (۱۹). بنابراین محقق درصدد است که به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر دختران نوجوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بپردازد

روش کار

نوع پژوهش، جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با دوره پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش آموزان دختر نوجوان ۱۵ تا ۱۸ سال مقطع دبیرستان شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۲ بود که از طریق نمونه گیری مرحله ای با پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPI) غربالگری و تشخیصی، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل (۲ گروه ۱۵ نفره) قرار داده شدند. ابزارهای اندازه گیری شامل پرسشنامه وسواسی - اجباری مادلزلی، پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ) و مقیاس تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) بود. جلسات طرحواره درمانی براساس روش طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش (۲۰۰۳) طراحی و تدوین شده است، اجرا شد.

پرسشنامه وسواسی - اجباری مادلزلی (MOCL) این

پرسشنامه توسط هاجسون و رچمن (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده، نیمی با کلید درست و نیمی با کلید نادرست است و در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادلزلی، ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ تیمار روان نژند به خوبی تفکیک کرده است. تحلیل محتوای بعدی پاسخ های ۱۰۰ بیمار، چهار جزء عمده را که منعکس کننده چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص کرد. این چهار جزء عبارتند از: واریسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی. البته جزء پنجمی هم بود که می شد آن را نشخوار نامید ولی این جزء تنها روی دو ماده وزن داشت. بنابراین بر اساس تحلیل موارد یادآور شده چهار مقیاس فرعی

مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه ی ۴۸/۰ تا ۶۸/۰ و برای فرونشانی ۴۲/۰ تا ۶۳/۰ به دست آمده است. نسخه ی فارسی پرسشنامه ی تنظیم هیجان گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور و همکاران (۲۱) هنجاریابی شده است. اعتبار این مقیاس براساس روش همسانی درونی با دامنه ی آلفای کرونباخ (۶۰/۰ تا ۸۱/۰) و روایی آن از طریق تحلیل مؤلفه ی اصلی با استفاده از چرخش واریماکس همبستگی بین دو خرده مقیاس (۱۳/۰ = r) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است. پایایی این ابزار در پژوهش محمود علیلو و همکاران (۲۲) به روش آلفای کرونباخ ۷۸/۰ به دست آمد.

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ):

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونک و ویلیامز و لاو (۲۰۰۶) برای افراد بالاتر از ۱۲ سال تهیه شده که دارای ۷ سؤال است طیف پاسخگویی به صورت لیکرت و گزینه ها به صورت هیچوقت چند روز بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ میباشد (۲۳). کسب نمره بالاتر ۱۱ نشانگر وجود اختلال اضطراب فراگیر در فرد است. اسپیتزر و همکاران (۲۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی اعتبار مقیاس را به ترتیب

۰۹۲۰ و ۸۳/۰ گزارش کردند. اعتبار همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه های اضطراب بک و پرسشنامه زمینه یابی سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه های اضطراب بک ۷۲/۰ و زمینه یابی سلامت و ابعاد آن بین ۳۰/۰ برای بعد عملکرد جسمی تا ۷۵/۰ برای بعد سلامت روانی به دست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت صفت اسپیلبرگر ۷۱/۰ برای حالت و ۵۲/۰ برای (صفت و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده ای از چک لیست نشانهای بالینی ۶۳/۰ به دست آمده است (۲۵). از این پرسشنامه جهت تشخیص دانش آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر استفاده شد. اعتبار پرسشنامه حاضر در پژوهش دهنشی و همکاران (۲۶) به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۷۴/۰ محاسبه گردید.

در پژوهش حاضر جلسات طرحواره درمانی براساس روش طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش (۲۰۰۳) ترجمه حمیدپور (۱۳۸۶)، طراحی و تدوین شده است، اجرا شد. که به طور خلاصه در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۱. پروتکل طرح واره درمانی گروهی

جلسات	خلاصه جلسات
۳-۱	هدف این جلسات، سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرح وارها و سبک های مقابله ای و فرمولبندی مشکل طبق رویکرد طرحواره درمانی است.
۸-۴	شناسایی طرحوارهها و به کارگیری تکنیکهای شناختی چالش با طرحوارهها
۱۴-۹	هدف اصلی این جلسات به کارگیری تکنیکهای تجربی (هیجانی) است تا بیماران بتوانند به ریشههای تحولی طرحوارهها در سطح هیجانی پی ببرند؛ زیرا بدون انجام این مراحل، آگوشکنی رفتاری بسیار سخت خواهد بود. به عبارتی می توان اهداف این جلسات را تسهیل پردازش هیجانی قلمداد کرد.
۱۸-۱۵	هدف این جلسات ترغیب بیماران برای رها کردن سبک های مقابله ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله ای کارآمد به منظور ارضاء نیازهای هیجانی اساسی است.

روش آماری

یک راهه ANOVA، آزمون اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی با استفاده از نرم افزار SPSS-24 انجام شد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از تحلیل های توصیفی و تحلیل های استنباطی پارامتریک مانند آزمون تحلیل واریانس

یافته ها

جدول ۲. میانگین سنی شرکت کنندگان گروه‌های تجربی و کنترل

متغیرهای شناختی	جمعیت	دامنه تغییرات	گروه
سن	میانگین		گروه تجربی
			گروه کنترل
انحراف معیار			گروه تجربی
			گروه کنترل

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین سن گروه تجربی و گروه کنترل به ترتیب برابر ۱۶/۹۹، ۱۶/۲۳ می‌باشد. در این بخش، جداول توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای دو گروه پژوهش در سه نوبت ارزیابی نشان داده شده‌اند. متغیر مورد بررسی شامل تنظیم هیجان می‌باشد. جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مولفه های متغیر تنظیم هیجان را به تفکیک دو گروه در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی برای مولفه های تنظیم هیجان در سه نوبت اندازه گیری به تفکیک دو گروه

گروه‌ها	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد		
		نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
کنترل	ارزیابی مجدد سرکوبی	۳۷/۸۶	۳۶/۰۶	۳۴/۳۹	۳/۳۳
تجربی	ارزیابی مجدد سرکوبی	۲۵/۱۴	۲۴/۵	۲۳/۹۴	۱۷/۷۸
کنترل	ارزیابی مجدد سرکوبی	۳۸/۸۶	۲۱/۰۶	۱۶/۳۹	۳/۳۳
تجربی	ارزیابی مجدد سرکوبی	۲۷/۱۴	۱۴/۵	۹/۹۴	۲/۷۸

جدول ۳ اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد را برای متغیر تنظیم هیجان در دوه گروه و سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد. همانطور که در جدول فوق مندرج است، در گروه تجربی هر چه نوبت اندازه گیری بیشتر می‌شود میزان تنظیم هیجان بهتر می‌شود. اما نمرات تغییر زیادی در سه مرحله ارزیابی در گروه کنترل ندارند. برای بررسی تفاوت‌ها باید از روش آماری مناسب براساس شرایط داده‌ها استفاده کرد. جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد را برای متغیر اختلال اضطراب فراگیر را به تفکیک گروه‌ها در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۴- اطلاعات توصیفی برای اختلال اضطراب فراگیر در سه نوبت اندازه گیری به تفکیک دو گروه

گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد		
	نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
تجربی	۵۳/۲۶	۴۶/۶۶	۴۱/۳۲	۵/۷۵
کنترل	۵۲/۶۷	۵۲/۱۱	۵۱/۵۹	۵/۵۴

باتوجه به نتایج تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کواریانس با استفاده نتایج آزمون باکس در هر دو متغیر تنظیم هیجان و اختلال اضطراب رعایت شده است. همچنین شاخص آماره آزمون لون برای متغیرهای تنظیم هیجان و اختلال اضطراب در هر سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0.05$). از این‌رو، می‌توان نتیجه گرفت، پیش‌فرض همسانی واریانس‌های خطا رعایت شده است. یک مفروضه بسیار مهم برای آنکه هر نسبت F در طرح‌هایی با اندازه‌گیری مکرر دارای توزیع مرکزی F باشد، مفروضه تقارن مرکب ماتریس کواریانس است. همگنی واریانس مفروضه‌ای بود که در قسمت قبل بررسی شد و دلالت بر برابری عناصر قطری ماتریس واریانس کواریانس داشت. مفروضه تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری شامل مفهوم گسترده‌تری است. مفروضه تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری نرمال بودن چندمتغیره را بررسی می‌کند. برای بررسی این مفروضه در داده‌های این پژوهش از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد که نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۴ اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد را برای متغیر اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه و در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، هر چه نوبت اندازه‌گیری بیشتر می‌شود میزان اختلال اضطراب فراگیر در سه مرحله ارزیابی در گروه تجربی کاهش می‌یابد؛ اما میانگین اختلال اضطراب فراگیر در گروه کنترل تفاوت زیادی نشان نمی‌دهد. با این حال، برای آزمون معناداری تفاوت‌ها از آمار استنباطی و براساس شرایط داده‌ها از آزمون مناسب استفاده می‌گردد.

از آنجایی که داده‌ها فاصله‌ای بوده و تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه برابر هستند، برای آزمون معنادار بودن تفاوت‌های میانگین‌های دو گروه در سه مرحله ارزیابی، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، پیش-فرض‌های تحلیل واریانس مختلط بررسی شدند.

نتایج نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو ویلک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع متغیرهای تنظیم هیجان و اختلال اضطراب معنادار نیست ($p > 0.05$)، این مسئله نشان می‌دهد توزیع داده‌ها در بین گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری برای متغیرهای تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر نرمال هستند.

جدول ۵. نتایج آزمون ماچلی

متغیرها	W ماچلی	تخمین λ^2	df	p
ارزیابی مجدد	۰/۵۹۱	۱۳/۲۸۶	۲	<۰/۰۰۱
سرکوبی	۰/۵۸۶	۱۳/۱۹۸	۲	<۰/۰۰۱
اختلال اضطراب فراگیر	۰/۴۹۲	۱۴/۱۹۰	۲	<۰/۰۰۱

آماره را جهت اصلاح آماره F و مقدار df محاسبه می‌کند. گرین هاوس-گایزر احتمالاً مناسب‌ترین مقدار برای استفاده است. اما اگر تعداد شرکت کنندگان کم باشد استفاده از این اپسیلن محافظه کارانه است (یعنی استفاده از آن شانس پیدا کردن یک نتیجه معنی‌دار را کم می‌کند). در این صورت اپسیلن هین-فلت مناسب‌تر است. در این پژوهش برای دقت بیشتر از اصلاح درجات آزادی گرین هاوس-گایزر استفاده می‌شود. راه حل دوم روشی است که راه حل چندمتغیره خوانده می‌شود.

طبق نتایج حاصل از جدول ۵ و توضیحات قسمت قبل مفروضه تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری برای داده‌های متغیر عملکرد جنسی و رضایت جنسی برقرار نیست، چرا که سطح معنی‌داری برای آماره ماچلی از ۰/۰۵ کوچکتر است. با توجه به عدم برقراری این مفروضه تفسیر شاخص F به طور ساده امکان‌پذیر نیست. در صورت صادق نبودن آزمون تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری دو رویکرد را می‌توان اتخاذ کرد: اصلاح با استفاده از اپسیلن سه نوع تخمین

شیوه چندمتغیره در مورد داده‌ها فرضیات کمتری دارد. بنابراین زمانی که آزمون تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری معنی‌دار نباشد، رویکرد چندمتغیره مناسب است. چهار آماره مختلف در جدول مربوط گزارش می‌شود که تفاوت چندانی با هم ندارند.

جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی زمان و تعامل گروه و زمان در متغیر مولفه‌های تنظیم هیجان را با اصلاح درجات آزادی با استفاده از آزمون گرین‌هاوس - گایزر نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی ارزیابی مجدد و سرکوبی

متغیر	F	منابع تغییرات	میانگین مجذورات	F	درجات آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
ارزیابی مجدد	۷۱/۴۳۲	اثر زمان	۷۰۰/۰۳۰	۲	۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۱	۱/۰۰
	۶۸/۷۱۳	تعامل زمان*گروه	۸۱۳/۲۱۲	۲	۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۷	۱/۰۰
سرکوبی	۶۹/۴۷۶	اثر زمان	۷۷۱/۰۴۲	۲	۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۶	۱/۰۰
	۸۰/۷۶۵	تعامل زمان*گروه	۸۸۱/۲۷۶	۲	۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۲	۱/۰۰

جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیرهای ارزیابی مجدد و سرکوبی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان و تعامل زمان با گروه معنادار است ($p < 0/001$). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری وجود دارد. همچنین اندازه اثر در متغیرهای ارزیابی مجدد و سرکوبی زمان نشان می‌دهد که به ترتیب ۷۰ و ۷۵ درصد تغییرات متغیرهای ارزیابی مجدد و سرکوبی ناشی از تغییرات

زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه در متغیرهای ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب ۰/۷۱۷ و ۰/۷۳۲ است که نشان می‌دهد ۷۱ و ۷۳ درصد تغییرات واریانس اختلالات جنسی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است. برای بررسی دو به دو تفاوت میانگین متغیر ارزیابی مجدد در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷ نتایج آزمون بونفرونی برای متغیرهای ارزیابی مجدد در دو گروه

گروه	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تجربی	پس‌آزمون (۲۱/۰۶)	۱۷/۸	۱/۱۲۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون (۳۸/۸۶)	۲۰/۴۷	۱/۵۲۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون (۲۱/۰۶)	۴/۶۷	۱/۱۱۱	<۰/۰۰۱
کنترل	پس‌آزمون (۳۶/۰۶)	۱/۸	۰/۲۱۵	۰/۵۱۱
	پیش‌آزمون (۳۷/۸۶)	۳/۴۷	۰/۳۳۳	۰/۳۱۵
	پس‌آزمون (۳۶/۰۶)	۲/۲۱	۰/۲۴۵	۰/۸۰۸

همانطور که در جدول ۷ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه تجربی معنادار است ($p < 0/001$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون

آزمون کاهش یافته است. همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه تجربی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل معنادار

نیست ($p=0/511$). باتوجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون تغییر محسوسی نداشته است ($p=0/808$).
 برای بررسی دو به دوی تفاوت میانگین متغیر سرکوبی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸ نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر سرکوبی در دو گروه

گروه	مرحل مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تجربی	پیش آزمون (۲۷/۱۴)	پس آزمون (۱۴/۵)	۱۲/۶۴	۱/۲۲۳	$<0/001$
		پیگیری (۹/۹۴)	۱۷/۲	۱/۷۴۹	$<0/001$
	پس آزمون (۱۴/۵)	پیگیری (۹/۹۴)	۴/۵۶	۱/۱۳۳	$<0/001$
کنترل	پیش آزمون (۲۵/۱۴)	پس آزمون (۲۴/۵)	۰/۶۴	۰/۲۱۲	۰/۴۸۸
		پیگیری (۲۳/۹۴)	۱/۲	۰/۳۵۵	۰/۲۷۷
	پس آزمون (۲۴/۵)	پیگیری (۲۳/۹۴)	۰/۵۶	۰/۲۴۵	۰/۷۵۳

همانطور که در جدول ۸ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون در گروه تجربی معنادار است ($p<0/001$).
 باتوجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است. همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری گروه تجربی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/001$).
 اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل معنادار نیست ($p=0/488$). باتوجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون تغییر محسوسی نداشته است ($p=0/753$).
 جدول ۹ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی زمان و تعامل گروه و زمان در متغیر اختلال اضطراب فراگیر را با اصلاح درجات آزادی با استفاده از آزمون گرین هاوس - گایزر نشان می‌دهد.

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی اختلال اضطراب فراگیر

منابع تغییرات	میانگین مجذورات	F	درجات آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر زمان	۸۷۶/۱۱۲	۶۸/۶۱۲	۲	$<0/001$	۰/۷۴۲	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۱۳۳۴/۱۲۳	۷۹/۳۴۵	۲	$<0/001$	۰/۷۳۳	۱/۰۰

جدول ۹ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر اختلال اضطراب فراگیر نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان و تعامل زمان با گروه معنادار است ($p<0/001$). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری وجود دارد. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۷۴ درصد تغییرات متغیر اختلال اضطراب فراگیر ناشی از تغییرات

جدول ۹. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه

گروه	مرحل مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تجربی	پیش آزمون (۵۳/۲۶)	پس آزمون (۴۶/۶۶)	۶/۶	۲/۱۸۸	$<0/001$
		پیگیری (۴۱/۳۲)	۱۱/۹۴	۱/۶۷۶	$<0/001$

پس آزمون (۴۶/۶۶)	پیگیری (۴۱/۳۲)	۵/۳۴	۰/۲۳۱	<۰/۰۰۱
کنترل	پس آزمون (۵۲/۱۱)	۰/۵۶	۰/۲۱۷	۰/۸۸۸
پیش آزمون (۵۲/۶۷)	پیگیری (۵۱/۵۹)	۱/۰۸	۰/۳۲۴	۰/۴۱۴
پس آزمون (۵۲/۱۱)	پیگیری (۵۱/۵۹)	۰/۵۲	۰/۲۴۵	<۰/۳۴۳

همانطور که در جدول ۹ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون در گروه تجربی معنادار است ($p < 0/001$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است. همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری گروه تجربی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل معنادار نیست ($p = 0/888$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون تغییر محسوسی نداشته است ($p = 0/343$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر دختران نوجوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که اختلاف معنی داری بین میانگین پیش آزمون و پس آزمون تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر در گروه تجربی وجود داشت. همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری در متغیرهای تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر گروه تجربی تفاوت معناداری وجود دارد. اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر گروه کنترل معنادار نیست. حتی بین میانگین پس آزمون و پیگیری در متغیرهای تنظیم هیجان و اختلال اضطراب فراگیر گروه کنترل نیز تفاوت معنی داری وجود نداشت. این نتایج در ارتباط با اختلال اضطراب فراگیر با یافته های بالجه و همکاران (۲۷)، قادری و همکاران (۲۸) و در ارتباط با تنظیم هیجان با عباسیان و همکاران (۲۹) و دانشمندی و همکاران (۳۰) همسو می باشد. در تبیین نتایج می توان گفت که مسیرها یا فرآیندهای متعددی وجود دارد که از طریق آنها می توان تأثیر **EST** در بهبود تنظیم

هیجان را درک کرد، زیرا طرحواره های هیجانی ناسازگار، بی نظمی هیجان را پیش بینی می کنند (۳۱) و اصلاح طرحواره های هیجانی از طریق **EST** می تواند به این افراد کمک کند تا احساسات خود را به طور مؤثرتری مدیریت کنند. **EST** بر تجربه و ارزیابی احساسات، به جای محتوای فکری، به روشی غیر قضاوتی و آگاهانه برای کاهش پریشانی عاطفی و بهبود مقابله متمرکز است (۳۲-۳۴). **EST** می تواند به افراد کمک کند هم باورهای منفی خود را در مورد احساسات و هم راهبردهای مقابله ای ناکارآمد خود را برای مقابله با احساسات دشوار تشخیص دهند (۳۴).

علاوه بر این، از آنجایی که طرحواره های هیجانی سازگار با انعطاف پذیری روان شناختی مرتبط هستند (۳۵)، اصلاح طرحواره های هیجانی منفی می تواند فرآیندهای انعطاف پذیری روان شناختی مانند پذیرش احساسات منفی و رفتارهای ارزش محور را توسعه دهد. علاوه بر این، از آنجایی که **EST** ادغامی از مدل های فراشناختی شناخت درمانی و رویکردهای مبتنی بر پذیرش مانند **ACT** (۳۳) است، مداخلات هدفمندی را برای گسترش مجموعه رفتاری و تقویت آن ارائه می کند.

راهبردهای تنظیم هیجان در مقابله با هیجان ناخوشایند این توانایی ممکن است به عنوان بخشی از یک مفهوم بزرگتر و جامع تر از هوش هیجانی در نظر گرفته شود (۳۴).

با توجه به ناکارآمدی **EST** بر عدم آگاهی هیجانی، ممکن است ویژگی های روان سنجی این خرده مقیاس دخیل باشد. در حالی که **DERS** یک معیار قوی با سازگاری درونی عالی و اعتبار سازه خوب است (۳۶)، چندین مطالعه روان سنجی نشان داده اند که فقدان خرده مقیاس آگاهی هیجانی با پنج مقیاس دیگر همبستگی پایینی دارد (۳۷، ۳۸). (فقدان آگاهی عاطفی

فردی عمل می کند (۳۹). **ST** مدرن تقریباً منحصرأ با مدل حالت طرحواره کار می کند (۴۰). این یک چارچوب نظری و مدل های حالت خاص برای **AVPD** را به درمانگران ارائه می دهد. این باعث می شود که مشکلات پیچیده بیماران از نظر حالت های طرحواره و استفاده از تکنیک هایی که به طور خاص برای این حالت ها توسعه یافته اند نسبتاً آسان قابل درک باشند (۴۱). بیماران یاد می گیرند که نیازهای عاطفی خود را درک کنند، حالت های ناسازگار را به حداقل برسانند، و حالت های سالم را تقویت کنند، در نتیجه الگوهای ناکارآمدی را که باعث ایجاد مشکلات در زندگی بزرگسالی می شوند، تغییر می دهند (۴۲) و روش های انطباقی برای برآوردن نیازهای خود را یاد می گیرند. **ST** برای **BPD** مؤثر است (۴۳-۴۶). **ST** در مقایسه با درمان معمول (**TAU**) و روان درمانی مبتنی بر شفاف سازی، در بهبود **PD** برتر بود. بیماران ممکن است به **ST** پاسخ دهند زیرا طرحواره ناسازگار اولیه را که تصور می شود اختلال آنها را حفظ می کند، مورد توجه قرار می دهد (۴۸). پیشنهاد می گردد در این راستا تحقیقی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر سایر مشکلات مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی و همچنین در سایر سنین و پسران صورت بگیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از شرکت کنندگان و کسانی که آنها را در انجام این تحقیق یاری کردند و همچنین اساتید محترم و همکاران عزیز، اعلام می دارند.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

ممکن است به بهترین وجه به عنوان تعلق به ساختار نظم هیجانی مرتبه بالاتر مانند پنج بعد دیگر تصور نشود (۳۸).

ST فرض می کند که تجارب بد و ناامیدی از نیازهای اساسی دوران کودکی، در تعامل با عوامل بیولوژیکی و فرهنگی، منجر به ایجاد طرحواره های ناسازگار و در نتیجه حالت های عاطفی، شناختی و رفتاری می شود که حالت های طرحواره نامیده می شوند. بیماران مبتلا به **PD**، با الگوهای سفت و سخت تفکر و مشکلات در دسترسی، تشخیص، و بیان شناخت ها و احساسات مشخص می شوند. در پاسخ به تجربیات بد زندگی، آنها یاد گرفتند که احساسات و سایر تجربیات درونی را سرکوب کنند و از آنها اجتناب کنند. این تمایل می تواند بر تمایل و توانایی شرکت در روش های **CBT** و تکالیف، مانند قرار گرفتن در معرض محرک های ترسناک و گزارش افکار و احساسات تأثیر منفی بگذارد. مشکلات آن ها در ارتباط با دیگران بر شکل گیری یک رابطه مشارکتی با درمانگر تأثیر منفی می گذارد (فاسیندر و آرتنز، ۲۰۲۱؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) کاستی ها در برقراری روابط بین فردی و احساس شدید بی کفایتی به عنوان ویژگی های اصلی **AVPD** دیده می شوند. (۲۰۱۶).

برای پرداختن به مسائل فوق، یانگ و همکاران. (۲۰۰۳) ایده ها و تکنیک های یکپارچه جهت گیری های نظری مختلف (مانند **CBT**، نظریه دلبستگی، درمان های روان پویایی و تجربی). در **ST** تاکید بیشتری بر کاوش در منشاء مشکلات در دوران کودکی و نوجوانی، رابطه بیمار- درمانگر، و سبک های مقابله ناسازگار است (۳۹). علاوه بر تکنیک های شناختی و رفتارمحور، **ST** به طور گسترده از تکنیک های تجربی برای پردازش خاطرات آسیب دیدگی و نیازهای برآورده نشده دوران کودکی استفاده می کند (۴۰) که ممکن است زمینه ساز احساس بی کفایتی باشد. رابطه درمانی به عنوان فرزندپروری محدود تصور می شود و به عنوان پادزهری برای تجارب نامطلوب بین

References

1. Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2021 Oct 23;398(10310):1528-40.
2. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, de La Rivière SG. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent health, medicine*

- and therapeutics. 2018 Nov 23:199-210.
3. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014 Oct 1;134(4):782-93.
 4. Bogaerts A, Claes L, Raymaekers K, Buelens T, Bastiaens T, Luyckx K. Trajectories of adaptive and disturbed identity dimensions in adolescence: Developmental associations with self-esteem, resilience, symptoms of depression, and borderline personality disorder features. *Frontiers in Psychiatry*. 2023 Apr 24;14:1125812.
 5. Glenn CR, Klonsky ED. Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2009 Feb;23(1):20-8.
 6. Sanislow CA, Grilo CM, Morey LC, Bender DS, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Stout RL, Zanarini MC, McGlashan TH. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Feb 1;159(2):284-90.
 7. Schmahl C, Herpertz SC, Bertsch K, Ende G, Flor H, Kirsch P, Lis S, Meyer-Lindenberg A, Rietschel M, Schneider M, Spanagel R. Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2014 Dec;1:1-7.
 8. Carpenter RW, Trull TJ. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*. 2013 Jan;15:1-8.
 9. Schulze L, Schulze A, Renneberg B, Schmahl C, Niedtfeld I. Neural correlates of affective disturbances: a comparative meta-analysis of negative affect processing in borderline personality disorder, major depressive disorder, and posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2019 Mar 1;4(3):220-32.
 10. Brühl AB, Scherpiet S, Sulzer J, Stämpfli P, Seifritz E, Herwig U. Real-time neurofeedback using functional MRI could improve down-regulation of amygdala activity during emotional stimulation: a proof-of-concept study. *Brain topography*. 2014 Jan;27:138-48.
 11. Etkin A, Büchel C, Gross JJ. The neural bases of emotion regulation. *Nature reviews neuroscience*. 2015 Nov;16(11):693-700.
 12. Goodman M, Carpenter D, Tang CY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, Mascitelli KA, Blair NJ, New AS, Triebwasser J, Siever LJ. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*. 2014 Oct 1;57:108-16.
 13. Schmitt R, Winter D, Niedtfeld I, Herpertz SC, Schmahl C. Effects of psychotherapy on neuronal correlates of reappraisal in female patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2016 Nov 1;1(6):548-57.
 14. Keuroghlian AS, Gunderson JG, Pagano ME, Markowitz JC, Ansell EB, Shea MT, Morey LC, Sanislow C, Grilo CM, Stout RL, Zanarini MC. Interactions of borderline personality disorder and anxiety disorders over 10 years. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015 Nov 25;76(11):9240.
 15. Perry NS, Chaplo SD, Baucom KJ. The impact of cumulative minority stress on cognitive behavioral treatment with gender minority individuals: Case study and clinical recommendations. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2017 Nov 1;24(4):472-83.
 16. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of personality disorders*. 1990 Sep;4(3):257-72.
 17. Harned MS, Valenstein HR. Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *F1000Prime Reports*. 2013 May 1;5:15.

18. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of personality disorders*. 2008 Feb;22(1):22-41.
19. Dahlenburg SC, Bartsch DR, Gilson KJ. Global prevalence of borderline personality disorder and self-reported symptoms of adults in prison: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2024 Nov 1;97:102032.
20. Asli Azad M, Manshaee GR, Ghamarani A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and intolerance of uncertainty of the students with obsessive-compulsive disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2020 Jan 21;9(36):33-53.
21. Ghasempour A, Ilbeigi R, Hasanzadeh S. Psychometric properties of the Gross and John's Emotion Regulation Questionnaire in an Iranian sample. In 6th Conference on Students' Mental Health, Gilan, Iran 2012 May (pp. 16-17).
22. Mahmoud Alilou M, Khanjani Z, Bayat A. Prediction of anxiety-related emotional disorders in adolescences based on emotion regulation, coping strategies and symptoms borderline personality disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2017 Feb 19;7(25):107-28.
23. Reisi Dastgerdi MD, Arefi M. Effectiveness of Cognitive Therapy based on Douglas model on inefficient attitudes and worry in students with Generalized Anxiety Disorder. *Empowering Exceptional Children*. 2019 Sep 23;10(3):85-95.
24. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006 May 22;166(10):1092-7.
25. Naeinian MR, Shaeiri MR, Sharif M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*. 2011 Apr 21;9(1):41-50.
26. Dehnashi Latan T, Sattari M. Effectiveness of Positive Psychotherapy on inefficient attitudes of female students with Generalized Anxiety Disorder. *Empowering Exceptional Children*. 2020 Oct 22;11(3):63-75.
27. Baljé A, Greeven A, van Giezen A, Korrelboom K, Arntz A, Spinhoven P. Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016 Dec;17:1-3.
28. Ghaderi F. The effectiveness of group schema therapy on cognitive emotion regulation strategies in students with social anxiety disorder symptoms. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2015 Aug 1;9(2):139-46.
29. Abbasian Hadadan M. The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress and Emotional Regulation in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*. 2024 May 29;3(1):160-74.
30. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Wilson LA, Forooshani S. Emotional schema therapy improves emotion regulation in individuals with a history of child abuse and neglect. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019 Mar 15;12:5-15.
31. Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Differences*. 2016 Jan 1;88:94-8.
32. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford press; 2011 Oct 1.
33. Leahy RL. Emotional schema therapy. *И ПСИХОТЕРАПИЯ*. 2016 Jul 19;46.
34. Leahy RL. Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. 2011 Feb 2:109-31.
35. Silberstein LR, Tirch D, Leahy RL, McGinn L. Mindfulness, psychological flexibility and

- emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012 Dec;5(4):406-19.
36. Fowler JC, Charak R, Elhai JD, Allen JG, Frueh BC, Oldham JM. Construct validity and factor structure of the difficulties in emotion regulation scale among adults with severe mental illness. *Journal of psychiatric research*. 2014 Nov 1;58:175-80.
 37. Cho, Y., & Hong, S. (2013). The new factor structure of the Korean version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (K-DERS) incorporating method factor. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 46(3), 192–201
 38. Bardeen JR, Fergus TA, Orcutt HK. An examination of the latent structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2012 Sep;34(3):382-92.
 39. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner's guide* Guilford Press. New York, NY. 2003;8.
 40. Fassbinder, Eva, and Arnoud Arntz. "Schema therapy." (2021).
 41. Arntz A. Schema therapy for cluster C personality disorders. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. 2012 Feb 23:397-414.
 42. Farrell JM, Shaw IA, Shaw I. *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. John Wiley & Sons; 2012 Apr 30.
 43. Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, Lavender A, Lockwood G, Malogiannis IA, Ruths FA, Schweiger U. Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2022 Apr 1;79(4):287-99.
 44. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2009 Jun 1;40(2):317-28.
 45. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*. 2006 Jun 1;63(6):649-58.
 46. Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA. A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive behaviour therapy*. 2012 Sep 1;41(3):185-202.
 47. Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American journal of psychiatry*. 2014 Mar;171(3):305-22.
 48. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022 Sep;61(3):579-97.

Original Article

The effectiveness of group schema therapy on emotion regulation and generalized anxiety disorder in adolescent girls with borderline personality disorder

Received: 07/06/2023 - Accepted: 30/07/2023

Mona Modaresi^{1*}

¹ Master's degree, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran (Corresponding Author)

Email:
monaammo20@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of investigating Borderline personality disorder, which often appears during adolescence, is characterized by profound neurological, psychological, and social changes; therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of group schema therapy on emotion regulation and generalized anxiety disorder in adolescent girls with borderline personality.

Methods: The research method was a semi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study was all adolescent female students aged 15 to 18 years old in high school in Shahrood city in 1402, who were selected through stage sampling with the Borderline Personality Disorder (BPI) screening and diagnostic questionnaire and randomly assigned to two experimental and control groups (2 groups of 15 people). The measurement tools included the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory, the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GADQ), and the Gross and John Emotion Regulation Scale (2003). Schema therapy sessions were implemented based on the schema therapy method designed and developed by Young et al. (2003). Data analysis was performed using descriptive and parametric inferential analyses such as one-way ANOVA, repeated measures test, and Bonferroni post hoc test using SPSS-24 software.

Results: The results showed that there was a significant difference between the three stages of the test of emotion regulation and generalized anxiety disorder components in the experimental group ($p < 0.001$); however, there was no significant difference between the three stages of the test in the variables of emotion regulation and generalized anxiety disorder in the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results of the study, it can be said that group schema therapy is effective on emotion regulation and generalized anxiety disorder in adolescent girls with borderline personality. It is suggested that the schema therapy approach be used to improve and treat these two variables.

Keywords: Schema Therapy, Emotion Regulation And Generalized Anxiety Disorder, Borderline Personality Disorder