

مقاله اصلی

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر احساس ناکامی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۸

خلاصه

مقدمه: با توجه به این که طرحواره درمانی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود علائم روان‌شناختی داشته باشد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر احساس ناکامی و شفقت به خود در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش کار: این مطالعه به روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به شخصیت مرزی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول **Cohen** سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. ابزارهای تحقیق مقیاس خود شفقتی نف (SCS) و پرسشنامه احساس ناکامی گیلبرت و آلن بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری‌های مکرر با استفاده از نرم افزار **SPSS** نسخه ۲۵ انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد که میانگین نمره شفقت به خود در گروه درمان نسبت به گروه کنترل به صورت معناداری افزایش و احساس ناکامی کاهش داشت ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: می‌توان گفت که استفاده از طرحواره درمانی بر بیماران مبتلا به شخصیت مرزی مؤثر است. بر این اساس توصیه می‌شود از درمان طرحواره درمانی بر بهبود در افراد مبتلا به شخصیت مرزی استفاده شود.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی، احساس ناکامی، شفقت به خود، شخصیت مرزی

علی صیادی^۱

صدف آذر مجد^۲

فاطمه مدبر چهاربرج^۳

علیرضا صالحی^۴

پویا سمعیان^{۵*}

محسن خانجمالی^۶

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکز،

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران

جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه

آزاد اسلامی، تبریز، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد خلخال،

دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران

^۵ کارشناسی ارشد، گروه برنامه ریزی درسی، دانشگاه شهید

مدنی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

^۶ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه قم، قم، ایران

Email: pooyasamian1@gmail.com

مقدمه

شخصیت مرزی یکی از مشکلات پیچیده مربوط به حیطه سلامت روان است (۱). نسبت به سایر اختلالات شخصیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تشخیص این اختلال از چالش برانگیزترین اختلالات شخصیت است (۲). این اختلال به عنوان الگوی فراگیر از روابط بین فردی، خودانگاره عواطف و تکانشگری بارز شناخته می‌شود که از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در زمینه‌های متعددی تظاهر می‌یابد (۳). یافته‌های پژوهش دیفرانسیسکو و همکاران نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در میان سه سبک مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده، بیشتر سبک دفاعی رشدنیافته را از خود نشان می‌دهند (۴). هبرت و همکاران (۵) معتقدند که شخصیت مرزی الگویی شبیه به شخصیت‌های ضداجتماعی، خودشیفته، پرخاشگر منفعل، وابسته و نمایشی است. پژوهش سیستماتیک مک کلور و هاوس و دادس (۶) نشان داد که بیشتر بیماران مبتلا به شخصیت مرزی عملکرد ضعیفی در اغلب حوزه‌های کارکرد اجرایی نسبت به گروه کنترل سالم دارند.

شفقت به خود به فرآیند نشان دادن دل‌سوزی نسبت به خود اشاره دارد که متشکل از سه جنبه: مهربانی نسبت به خود به جای قضاوت خود، انسانیت مشترک یا اشتراکات انسانی و هوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی می‌باشد (۷). به نظر می‌رسد توانایی عمومی شفقت به خود با دلبستگی اولیه دوران کودکی و تجارب بین فردی به وقوع پیوسته در اجتماع شکل می‌گیرد (۸) و مداخله خود شفقت‌ورزی می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد را افزایش دهد (۹). هم‌چنین، سازش یافتگی بعد از رویداد طلاق با تحمل پریشانی نیز در ارتباط است که به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف شده است (۱۰). تحمل پریشانی به عنوان توانایی ذهنی یا عینی برای مقاوم ماندن در برابر حالت‌های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف شده است (۱۱). بعضی از افراد تحمل پایینی در برابر پریشانی‌ها دارند. این افراد به این واقعیت واقف هستند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و احساس می‌کنند که دیگران

شرایط بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی نسبت به آن‌ها دارند. در نتیجه این افراد به دلیل ناتوانیشان برای تحمل هیجان‌های منفی احساس سرخوردگی و ضعف می‌کنند (۱۲).

ناکامی یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های انسان است که با احساس ناکامی ارتباط متقابل دارد که به مقدار فشار روانی که هر فرد می‌تواند تحمل کند اشاره دارد. در تعریف دیگر، احساس ناکامی را توانایی مهار تنش ناشی از عدم ارضای نیازهای غریزی و توانایی فرد در تحمل ناکامی بدون آنکه سازگاری روانی-زیستی خود را از دست بدهد، تعریف کرده‌اند. لذا تحمل ناکامی قابلیت در انسان است که می‌تواند به او در برابر شکست‌های مکرر کمک کند (۱۳). زمانی که فرد نمیتواند به هدف مطلوب خود برسد دچار ناکامی می‌شود. ناکامی و عوامل دیگری مانند افسردگی، غم و تحریک‌پذیری، به عنوان مهم‌ترین زمینه‌سازهای پرخاشگری و خشم می‌باشد (۱۴). ناکامی حسی می‌باشد که در نتیجه قرار گرفتن بر سر راه رسیدن به هدفی که فرد آن را مفید فرض می‌کند بوجود می‌آید. این هدف می‌تواند ذهنی باشد، یعنی این که شخص حس بزند که در حال رسیدن به هدف مورد علاقه اش است و لذت‌های آن را پیش‌بینی کند و یا امکان دارد در رفتار ظاهری ظاهر شود (۱۵). احساس ناکامی نه تنها در انسان بلکه در حیوانات هم وجود دارد. تحقیقات زیادی در دنیا نشان داده است که احساس ناکامی منجر به تجربه کردن احساسات دیگری چون ناامیدی افسردگی و خودکشی می‌شود؛ به عبارتی ناتوانی در تحمل احساس ناکامی به آشنفگی‌های روانی ناسازگاری و مشکلات در روابط بین اشخاص می‌انجامد (۱۶).

طرح‌واره درمانی (Schema therapy) بر پایه طرح‌واره‌ها بنا شده است که عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته هستند و می‌توانند ادراک و ارزیابی‌های بعدی را هدایت کنند (۱۷). طرح‌واره درمانی توسط Young برای درمان اختلالات شخصیت و سایر مشکلات فردی و بین فردی به وجود آمده و اثربخشی آن تأیید شده است (۱۸). این درمان، عناصری را از مکاتب شناختی-رفتاری، گشتالت درمانی،

فلوکستین و سرتالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری-های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه-داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی احساس ناکامی و شفقت به خود در ۳ مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) و پی‌گیری (۲ ماه بعد از اتمام آموزش) استفاده گردید. نمونه‌گیری در بهمن ۱۴۰۲ انجام و مداخله از فروردین ۱۴۰۳ شروع و تا آخر خرداد ماه ادامه داشت و تا اواخر شهریور ماه دوره پی‌گیری نیز انجام گرفت. شرکت کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند

ابزار سنجش

پرسشنامه شفقت خود:

مقیاس خود شفقتی نف (SCS) یک ابزار خود گزارشی جدید است. یک مقیاس ۲۶ ماده‌ای که ترکیبی از ۶ خرده مقیاس که به وسیله تحلیل عاملی تأیید شد (مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، بیش شناسایی که ساختاری فراگیر از خود شفقتی را تشکیل می‌دهد؛ و خرده مقیاس‌های قضاوت خود، انزوا، بیش شناسایی نمرات معکوس هستند و با استفاده از ۶ خرده مقیاس و جمع کردن آن‌ها نمره خود شفقتی به دست می‌آید (۹). مطالعات اعتبار یابی پایایی درونی (۰٫۹۲)

روان‌تحلیل‌گری، روابط شی، دلبستگی و ساختارگرایی در روان‌کاوی در قالب یک مدل درمانی، تلفیق کرده است. به کارگیری طرح‌واره درمانی باعث افزایش احساس ارزشمندی، باکفایتی، شایستگی، مثبت‌نگری، و اعتماد به نفس می‌شود. امروزه کارآیی طرح‌واره درمانی به ویژه در برنامه‌های درمان گروهی در تحقیقات متعددی نشان داده شده است از جمله اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش افسردگی، رفتارهای خودزنی، بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار و میل به خودکشی (۱۹)، کاهش رفتارهای خودتخریب‌گری و سرزنش خود (۲۰)، کاهش اختلال استرس زنان (۲۱)، افزایش کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و خودانگاره زنان. در راستای این یافته‌ها، مطالعات هم‌چنین تأثیر مثبت طرح‌واره درمانی بر شفقت به خود و احساس پذیرش و دوست داشتن خود در زنان و بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان خانه‌دار را نشان دادند (۲۲).

روش کار

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی مادران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی روانشناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول Cohen تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری (با سؤال کردن از افراد شرکت کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند

پرسشنامه احساس ناکامی نیز توسط گیلبرت و آلن (۲۴) در سال ۱۹۹۸ بر اساس نظریه جایگاه اجتماعی ساخته شده است. تحقیقات گسترده‌ای بر مبنای این پرسشنامه انجام شده و رابطه آن با ناامیدی، افسردگی، خودکشی و اختلال استرس پس از سانحه به تأیید رسیده است. در بیشتر تحقیقات انجام شده پرسشنامه احساس شکست به همراه پرسشنامه احساس ناکامی استفاده میشود. این پرسشنامه حاوی ۱۶ سوال بوده و دارای دو خرده‌مقیاس به نامهای احساس ناکامی درونی (۰/۸۹) و احساس ناکامی بیرونی (۰/۹۰) است. در ایران ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمودنیها ۰/۹۳ محاسبه شد (۱۳۹۴) در این پژوهش ضریب پایایی ۰/۹۱ بوده است.

جدول ۱، خلاصه محتوای هر جلسه و زمان‌بندی جلسه‌های درمانی را نشان می‌دهد.

پایایی خرده‌مقیاس‌های مهربانی به خود (۰/۷۸)، قضاوت خود (۰/۷۷)، اشتراک انسانی (۰/۸۰)، انزوا، ذهن آگاهی (۰/۷۵)، بیش‌شناسایی (۰/۸۱) و پایایی آزمون باز آزمون (۰/۹۳)، مهربانی به خود (۰/۸۸)، قضاوت خود (۰/۸۸)، اشتراک انسانی (۰/۸۰)، انزوا (۰/۸۵)، ذهن آگاهی (۰/۸۵)، بیش‌شناسایی (۰/۸۸) مقیاس، همبستگی معنی‌داری مثبت بالینی با اعتماد به نفس: ۰/۵۵ (نف، ۰/۲۰۳) و (a، ۰/۲۰۳) و (نف، ۰/۵۴) و (b، ۰/۲۰۳) و ارتباط اجتماعی (۰/۴۱) و رضایت از زندگی (۰/۴۵) و همبستگی معنی‌دار منفی با افسردگی (۰/۵۱-)، اضطراب (۰/۶۵-)، انتقاد از خود (۰/۶۵-) و کمال‌گرایی عصبی (۰/۶۷-) نشان داد (۲۳).

پرسشنامه احساس ناکامی :

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسه	هدف	محتوی	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
جلسه ۱ و ۲	آزمودنی‌ها به ماهیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی و ساز و کار آنها پی ببرند.	جلسات اول و دوم به اجرای مرحله سنجش و آموزش طرح‌واره درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرح‌واره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها گذشت.	-	-
جلسه ۳ و ۴	آزمودنی‌ها با به کارگیری تکنیک‌های شناختی یاد بگیرند در مقابل طرح‌واره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرح‌واره را زیر سؤال ببرند.	معرفی، آموزش و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرح‌واره‌ها مانند آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرح‌واره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرح‌واره بود.	یادگیری تکنیک‌های شناختی طرح‌واره درمانی	تمرین تکنیک آموخته شده در جلسه
جلسه ۵ و ۶	مک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی	تکنیک‌های هیجانی (تجربی) آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی بپردازند: معرفی و انجام تکنیک‌های گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه و تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی.	استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ناراحتی‌های دوران کودکی را یادداشت ناراحتی خود نسبت به حوادث دوران کودکی.	با کمک تصویرسازی ناراحتی‌های دوران کودکی را یادداشت نمایند.
جلسه ۷ و ۸	آموزش شیوه‌های بهنجار سبک‌های ۸ و مقابله‌ای	آموزش و اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد، مثل تغییر رفتار، انگیزه‌آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آمده کردن افراد برای ختم جلسات گذشت.	یادگیری شیوه‌های مقابله‌ای بهنجار و پرهیز از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار	تمرین آموخته‌ها در زندگی روزمره

روش آماری

منظور بررسی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از آزمون دقیق فیشر و پیش فرض نرمال بودن، از آزمون Kolmogorov-Smirnov، برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly و برای بررسی

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به

همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $33/92 \pm 4/49$ و $44/07 \pm 4/49$ سال بود ($P=0/669$). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد

که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P>0/05$). در راستای بررسی و توصیف داده‌های به دست آمده از نمونه‌های مورد مطالعه، آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در جداول ۲ گزارش گردیده است.

جدول ۲. برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد مطالعه

متغیرها	مؤلفه‌ها	آزمایشی (n=۱۵) تعداد (درصد)	کنترل (n=۱۵) تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱
	زن	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۰/۵۲۲
	کارشناسی	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۲۰)	۱ (۶/۶۶)	۰/۵۶۹
	متاهل	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳۴)	

آزمون دقیق فیشر، $P<0/05$ اختلاف معنی‌دار

سبک زندگی، قدرت ایگو با افزایش میانگین نمره روبه‌رو بوده است که نشان از تأثیر مداخله طرحواره‌درمانی بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است.

مطابق جدول ۳، شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ارائه گردیده. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پی‌گیری بهبود یافته است. این بهبودی در متغیرهای

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی در بیماران روانی تی

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پی‌گیری انحراف معیار ± میانگین	حداقل	حداکثر
شفقت به خود	آزمایش	$3/67 \pm 44/56$	$3/70 \pm 75/40$	$3/70 \pm 75/40$	۱۹	۳۲
	کنترل	$2/16 \pm 45/80$	$3/38 \pm 46/48$	$3/19 \pm 46/12$	۱۵	۳۰
احساس ناکامی	آزمایش	$3/67 \pm 44/56$	$3/70 \pm 75/40$	$3/70 \pm 75/40$	۷۸	۹۷
	کنترل	$2/16 \pm 45/80$	$3/38 \pm 46/48$	$3/19 \pm 46/12$	۸۴	۱۰۳

($P>0/05$). نتایج آزمون Levene بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و فرض همگنی واریانس‌های دو گروه محقق گردید. فرض کرویت Mauchly نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای هر مؤلفه شفقت به خود ($P=0/358$ ، $\chi^2=3/56$)، احساس ناکامی ($P=0/055$ ، $\chi^2=16/05$) برقرار بود. لذا از آزمون Sphericity assumed استفاده شد. برای ارزیابی برابری

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های شفقت به خود و احساس ناکامی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که مقادیر توزیع داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد نرمال است

است ($P < 0/001$) که نشان دهنده تأثیر مداخله بر افزایش میانگین نمرات متغیرهای شفقت به خود و احساس ناکامی در مراحل پس از آزمون و پی گیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین گروهی، درون گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیر شفقت به خود ۷۷ درصد است که به این معنا است که ۷۷ درصد از تغییرات نمره شفقت به خود از طریق اثرات بین گروهی، درون گروهی و تعاملی قابل تبیین است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین گروهی، درون گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیرهای شفقت به خود به ترتیب ۷۱ درصد است که به این معنا است که ۷۱ درصد از تغییرات نمرات شفقت به خود از طریق اثرات بین گروهی، درون گروهی و تعاملی قابل تبیین است.

ماتریس های کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شد، طبق نتایج برای متغیرهای شفقت به خود ($Box's M = 3/051$)، $F = 1/572$ ، $P = 0/514$ ، و احساس ناکامی ($Box's M = 4/179$)، $F = 3/260$ ، $P = 0/508$ برقرار بود. نتایج آزمون بین گروهی حاکی از آن بود که تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین شفقت به خود ($P = 0/008$) و احساس ناکامی ($P = 0/024$) معنی دار است. نتایج آزمون درون گروهی (دوره) حاکی از آن است که تفاوت میان میانگین شفقت به خود ($P < 0/001$) و احساس ناکامی ($P < 0/001$) معنادار است. به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد شفقت به خود و احساس ناکامی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۶۷، ۷۸ درصد بوده و معنی دار است.

همچنین، نتایج جدول ۴ نشان می دهد که اثر تعاملی گروه و زمان بر متغیرهای، شفقت به خود و احساس ناکامی معنی دار

جدول ۴. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر شفقت به خود و احساس ناکامی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
شفقت به خود	گروه	۲۰۵/۵۸۹	۱	۲۰۵/۵۸۹	۴/۶۸۸	۰/۰۳۳	۰/۲۷
	دوره	۹۶/۵۷۲	۲	۴۸/۲۸۶	۲۴/۴۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷
	گروه*دوره	۱۲۰/۰۰۱	۲	۶۰/۰۰۰	۳۰/۸۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱
احساس ناکامی	گروه	۹۸/۸۲۲	۱	۹۸/۸۲۲	۱۵/۷۰۳	۰/۰۲۴	۰/۲۰۴
	دوره	۹۲/۸۲۲	۲	۴۶/۴۱۱	۳۶/۹۹۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸۵
	گروه*دوره	۱۳۲/۰۲۲	۲	۶۶/۰۱۱	۱۸/۲۰۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵۳

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر شفقت به خود و احساس ناکامی در افراد مبتلا به شخصیت مرزی انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی به بهبودی شفقت به خود و احساس ناکامی افراد مبتلا به شخصیت مرزی شده است. این یافته با نتایج قمری و همکاران (۱۷)، فدردی (۲۰) و لیون روث (۱۶) همسو است.

طرحواره درمانی یکی از رویکردهای نوین روان درمانی است که بر اساس اصول شناختی و رفتاری، بر تغییر الگوهای نادرست ذهنی تمرکز دارد. این روش درمانی به ویژه در درمان اختلالات

شخصیت، از جمله اختلال شخصیت مرزی، اثربخشی زیادی نشان داده است. در سال های اخیر، پژوهشگران به این موضوع علاقه مند شده اند که آیا طرحواره درمانی می تواند بر جنبه های روانی مختلفی چون شفقت به خود و احساس ناکامی نیز تأثیر بگذارد یا خیر. اختلال شخصیت مرزی به دلیل ناپایداری در هیجانها و روابط بین فردی، و همچنین وجود رفتارهای خودتخریبی، یکی از پیچیده ترین اختلالات روانی است. این افراد اغلب از احساس ناکامی شدید رنج می برند و در پذیرش و محبت به خود دچار مشکل هستند. هدف از این بحث، بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر شفقت به خود و کاهش احساس

ناکامی در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی است. طرحواره‌ها به الگوهای نادرست و ناکارآمد فکری اشاره دارند که فرد در طول زندگی خود بر اساس تجربیات اولیه، به ویژه در دوران کودکی، ایجاد کرده است. این الگوها می‌توانند بر رفتار و افکار فرد در بزرگسالی تأثیر منفی بگذارند و باعث ایجاد مشکلات روانی شوند. برای مثال، فردی که در کودکی تجربه‌ی ناکامی‌های مکرر و یا روابط ناکارآمد با والدین داشته، ممکن است در بزرگسالی دچار اختلالات شخصیت شود (۲۵). برای افرادی که مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند، شفقت به خود اغلب مفهومی ناشناخته و دشوار است. این افراد به دلیل ناپایداری هیجانی و ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها، تمایل به خودسرزنی و خودتخریبی دارند. به همین دلیل، افزایش شفقت به خود در این بیماران می‌تواند به عنوان یک هدف درمانی مهم در نظر گرفته شود. طرحواره درمانی با تغییر الگوهای نادرست ذهنی و افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و احساساتش، می‌تواند به بیماران کمک کند تا شفقت به خود را تجربه کنند. احساس ناکامی یکی از احساسات رایج در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی است. این افراد اغلب احساس می‌کنند که دیگران آنها را درک نمی‌کنند، نیازهایشان برآورده نمی‌شود و در زندگی به اهداف خود نمی‌رسند. این احساسات ناکامی معمولاً منجر به رفتارهای خودتخریبی، روابط ناپایدار، و نوسانات شدید هیجانی می‌شود (۱۹). طرحواره درمانی با تمرکز بر شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناکارآمد، به بیماران کمک می‌کند تا به جای احساس ناکامی، روش‌های سازنده‌تری برای مواجهه با چالش‌ها پیدا کنند. این روش درمانی به بیماران آموزش می‌دهد که چگونه با استفاده از مهارت‌های جدید، احساسات خود را مدیریت کنند و در مواجهه با مشکلات، به جای سرزنش خود یا دیگران، با واقعیت‌های زندگی به شکلی سالم‌تر کنار بیایند (۱۵).

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر شفقت به خود می‌توان چنین گفت پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که طرحواره درمانی می‌تواند بر افزایش شفقت به خود در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی تأثیر مثبت داشته باشد. این روش درمانی با شناسایی

طرحواره‌های ناکارآمدی که باعث کاهش شفقت به خود می‌شوند، به بیماران کمک می‌کند تا با خود با مهربانی و پذیرش بیشتری برخورد کنند. برای مثال، فردی که طرحواره‌ی "نقص و شرم" دارد، معمولاً به خود به عنوان فردی نالایق و ناکامل نگاه می‌کند و در مواجهه با اشتباهات خود، به شدت خود را سرزنش می‌کند. طرحواره درمانی با تغییر این باورهای نادرست، به بیمار کمک می‌کند تا به جای سرزنش خود، از خود حمایت کرده و در مواجهه با اشتباهات، با خود به مهربانی برخورد کند (۲۶). طرحواره‌های ناکارآمد اولیه می‌توانند مانع از توسعه‌ی شفقت به خود شوند. به عنوان مثال، افرادی که طرحواره‌ی نقص و شرم دارند، معمولاً در مواجهه با اشتباهات خود به شدت خود را سرزنش می‌کنند و توانایی مهربانی با خود را ندارند. در چنین شرایطی، طرحواره درمانی به فرد کمک می‌کند تا این الگوهای فکری منفی را شناسایی کند و به جای تمرکز بر نقص‌ها و کاستی‌های خود، به روش‌های جدیدی از نگاه به خود دست یابد.

طرحواره درمانی به بیماران آموزش می‌دهد که چگونه می‌توانند الگوهای نادرست ذهنی‌شان را که باعث کاهش شفقت به خود می‌شود، تغییر دهند. برای مثال، فردی که همواره احساس می‌کند هیچ‌گاه به اندازه کافی خوب نیست، ممکن است با تمرین‌های مختلف طرحواره درمانی به این درک برسد که این باورها ناشی از تجربیات منفی گذشته است و ربطی به واقعیت فعلی او ندارد. همچنین این روش درمانی به فرد کمک می‌کند تا با به کارگیری ذهن آگاهی، به احساسات و افکار خود با دیدی غیرانتقادی و پذیرنده نگاه کند (۱۰).

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس ناکامی می‌توان گفت طرحواره درمانی همچنین می‌تواند بر کاهش احساس ناکامی در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی تأثیرگذار باشد. با شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناکارآمدی که باعث ایجاد احساس ناکامی می‌شوند، بیماران می‌توانند راه‌های جدیدی برای مواجهه با چالش‌ها و ناکامی‌های زندگی پیدا کنند. برای مثال، فردی که طرحواره‌ی "محروریت هیجانی" دارد، معمولاً احساس می‌کند که دیگران نمی‌توانند نیازهای هیجانی او را

الگوهای فکری و رفتاری خود را دشوار بدانند. علاوه بر این، میزان اثربخشی طرحواره درمانی ممکن است در بین افراد متفاوت باشد. برخی از بیماران به دلیل شدت اختلال و میزان پیچیدگی طرحواره‌هایشان، ممکن است نیاز به زمان بیشتری برای بهبود داشته باشند. همچنین، عوامل محیطی و اجتماعی نیز می‌توانند بر میزان موفقیت درمان تأثیرگذار باشند. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش پرسشنامه‌های خودگزارشی هستند که خود دارای معایبی هستند.

نتیجه‌گیری

طرحواره درمانی با تمرکز بر تغییر الگوهای ناکارآمد ذهنی، به عنوان یک روش مؤثر برای بهبود شفقت به خود و کاهش احساس ناکامی در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی شناخته شده است. این روش درمانی با شناسایی طرحواره‌های ناکارآمدی که باعث کاهش شفقت به خود و افزایش احساس ناکامی می‌شوند، به بیماران کمک می‌کند تا الگوهای فکری و رفتاری خود را تغییر داده و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. با این حال، نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه وجود دارد تا اثربخشی دقیق‌تر این روش درمانی مشخص شود و راهکارهای بهتری برای مواجهه با چالش‌های موجود در فرآیند درمان ارائه گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از آزمودنی‌های گرامی که در این پژوهش شرکت کردند و نیز از زحمات تمام کسانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش کمک نمودند، تشکر و سپاس‌گزاری می‌کنند.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

برآورده کنند و همیشه در روابط خود احساس ناکامی دارد. طرحواره درمانی با تغییر این الگوهای فکری نادرست، به بیمار کمک می‌کند تا واقع‌بینانه‌تر به روابط خود نگاه کند و انتظارات واقع‌گرایانه‌تری از دیگران داشته باشد. در این زمینه، طرحواره درمانی می‌تواند به فرد کمک کند تا به جای اینکه ناکامی‌ها را به عنوان حقیقتی غیرقابل تغییر بپذیرد، به شناسایی و تحلیل این طرحواره‌های نادرست بپردازد و از طریق تمرین و آگاهی، الگوهای جدیدی برای مواجهه با چالش‌های زندگی ایجاد کند. برای مثال، فردی که احساس می‌کند همواره در روابطش ناکام است، با تغییر طرحواره‌ی محرومیت هیجانی می‌تواند به این درک برسد که ناکامی‌های گذشته الزاماً نشان‌دهنده‌ی شکست در روابط آینده نیست و می‌تواند با ابزارهای جدید به مدیریت بهتر روابطش بپردازد (۲۷).

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورین با فراگیری رویکرد طرحواره درمانی در مواجهه با بیماران مرزی از رویکرد طرحواره درمانی استفاده کنند. هم‌چنین، مداخلات روان‌درمانی دیگر در این جامعه سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود بقیه متخصصین و محققین طرحواره درمانی با متغیرهای دیگر در جامعه‌های دیگر آزمایش کنند.

محدودیت‌ها

اگرچه طرحواره درمانی به عنوان یک روش مؤثر برای درمان بیماران مبتلا به شخصیت مرزی شناخته شده است، اما چالش‌هایی نیز در این مسیر وجود دارد. یکی از این چالش‌ها، زمان‌بر بودن فرآیند درمان است. طرحواره درمانی به دلیل تمرکز بر تغییر الگوهای عمیق فکری و رفتاری، معمولاً به زمان بیشتری نسبت به روش‌های درمانی دیگر نیاز دارد. همچنین، برخی از بیماران ممکن است در ابتدا مقاومت نشان دهند و تغییر

References

- 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.

5. Temes CM, Zanarini MC. The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*. 2018 Dec 1;41(4):685-94.
6. Poggi A, Richetin J, Preti E. Trust and rejection sensitivity in personality disorders. *Current psychiatry reports*. 2019 Aug;21(8):1-9.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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 .
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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
19. 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 Psychology*

*Original Article***The Effectiveness of Schema Therapy on Feelings of Frustration and Self-Compassion in Patients with Borderline Personality Disorder**

Received: 21/04/2024 - Accepted: 29/08/2024

Abstract

Introduction: Considering that schema therapy can play an effective role in improving psychological symptoms; Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of schema-therapy on feelings of failure and self-compassion in people with borderline personality disorder.

Methods: The research method is quasi-experimental with random This study was a semi-experimental method with a pre-test, post-test and two-month follow-up plan with a control group. The target population was all patients with borderline personality who referred to the specialized psychological clinic in Tehran in 1403. The size of the examined sample was determined by referring to Cohen's table, 95% confidence level, 0.30 effect size and 0.83 statistical power for each group of 12 people. However, since there was a possibility of some samples falling and also in order to generalize the results, the sample size was determined to be 15 people in each group. Research tools were Neff's self-compassion scale (SCS) and Gilbert and Allen's feelings of failure questionnaire. In order to analyze the data in this research, Two-way analysis of variance with repeated measure was performed using SPSS version 25 software.

Results: The results showed that the average score of self-compassion in the treatment group significantly increased compared to the control group and the feeling of failure decreased ($P < 0.01$).

Conclusion: It can be said that the use of schema therapy is effective on patients with borderline personality. Based on this, it is recommended to use schema therapy for improvement in people with borderline personality.

Keywords: Schema Therapy, Feeling Of Failure, Self-Compassion, Borderline Personality

Ali Sayadi¹Sadaf Azarmajd²Fatemeh Modaber Chaharborj³Alireza Salehi⁴Pouya Samian^{5*}Mohsen Khanjmal⁶

¹Master's Degree, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

²Master's student, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³Master's Degree, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

⁴Master's student, Department of Psychology, Khalkhal Branch, Islamic Azad University, Khalkhal, Iran.

⁵Master's Degree, Department of Curriculum Planning, Shahid Madani University of Tabriz, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

⁶Master's Degree, Department of Psychology, University of Qom, Qom, Iran.

Email:

pooyasamian1@gmail.com