

## اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با رفتار خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد

مسعود آهوان<sup>۱</sup>، عاطفه قوتی<sup>۲</sup> محمد یعقوبی<sup>۳</sup>

چکیده

**پیش زمینه و هدف:** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با رفتار خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد انجام شد.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش نیمه آزمایشی بوده که در آن از طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. به منظور اجرای پژوهش، پس از هماهنگی های لازم با مرکز مشاوره، ابتدا جلسه ای جهت آشناسازی و جلب مشارکت دختران دانش آموز شامل رفتارهای آسیب به خود برگزار گردید. سپس پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ (SF-YSQ)، افکار خودکشی بک (BSS)، خودآسیب زنی سانسون (SHI) و پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان بر روی آنها اجرا شد و ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. به این ترتیب، طرحواره درمانی در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه گروهی اجرا شد و پس از اتمام جلسات، مجدداً پرسشنامه های یادشده، توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. پردازش داده های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره برای گروه ها انجام گرفت.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که روش آموزش گروهی طرحواره درمانی، بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان تاثیر دارد. **بحث و نتیجه گیری:** آموزش گروهی طرحواره درمانی، به واسطه تأثیرات ناشی از تکنیک های شناختی منجر به بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان شده است که به این اعتبار میانگین نمرات طرحواره های ناسازگار حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، حوزه محدودیت های مختل، حوزه دیگر جهت مندی و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و تنظیم هیجان گروه آزمایش افزایش پیدا کرده است.

**کلید واژه ها:** خودزنی، خودکشی، اختلال شخصیت مرزی، طرحواره ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان، طرحواره درمانی

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی، مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، موسسه آموزشی عالی حکمت رضوی

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فرچان

## مقدمه

بهداشت روانی دانش آموزان در سال های اخیر مورد توجه متخصصان قرار گرفته است (کلیتر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). نوجوانی مرحله ای انتقالی در زندگی محسوب می شود. این دوره با تغییرات روان شناختی و جسمانی و افزایش تمراز بر بدن همراه است. در این دوره، نوع جدیدی از خودمحوری ایجاد می شود و آن ها تصور می کنند ظاهر و رفتارشان مرکز توجه دیگران است (مک آنیف زیدا، و کسیلیکا، ۲۰۰۱).<sup>۲</sup> همچنین در بعضی فرهنگ ها در نتیجه پیغام های منفی اطرافیان، دختران تشویق می شوند که به ظاهر خود توجه کنند (فاوازا، ۱۹۹۸).<sup>۳</sup> نوجوانی<sup>۴</sup> یکی از حساس ترین دوران سنی زندگی هر فرد است، سال های بین ۱۱ تا ۱۵ سال که به طور معمول در مدارس راهنمایی و دبیرستان ها سپری می شود. سال هایی که عموماً در سیستم آموزشی ما با حفظ کردن مفاهیم علمی و درسی و استرس امتحانات سپری می شود. در این سن، دختران در برابر مسائل اجتماعی با توجه به روحیه ذاتیان بسیار آسیب پذیر هستند. آسیب هایی که ممکن است بر اثر فشارهای روحی ناشی از اجتماع و فضای پیرامون آن ها تاثیرات وحشتناکی بر آن ها بگذارد و اطرافیان حتی متوجه آن هم نشوند. تازه ترین هنجار شکنی نوجوانان که به عنوان خودزنی<sup>۵</sup> شبکه های مجازی خیلی زود رسانه ای شد، پدیده ای است که بین نوجوانان با اصطلاح خون بازی رایج است و جامعه از آن به عنوان خودزنی<sup>۶</sup> یاد می کند. راه های خودزنی آدم ها متعدد است. خودزنی که با عنوان آسیب به خود هم شناخته می شود، یک مکانیسم مقابله ای است که توسط شمار زیادی از آدم ها انجام می شود. خودزنی نه تنها شامل با چاقو بریدن های کلیشه ای و مرسوم می شود بلکه از آن هم فراتر می رود و به هر عملی اطلاق می شود که شخص می تواند برای آسیب زدن عمدی به خود از آن استفاده کند. بیشتر راه های آسیب به خود بازوها، دست ها و مچ های افراد را درگیر می کند اما دیگر بخش های بدن مثل ران ها و شکم نیز معمولاً به عنوان جاهایی برای خودزنی گزارش شده اند (تریسی، ۲۰۱۶).<sup>۷</sup> یکی از معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی، خودزنی است که به صورت تکرارشونده با استفاده از اجسام برنده مثل تیغ، در نواحی قابل دسترس بیمار مانند ساعد و بازو رخ می دهد. اطلاعات اخیر نشان می دهد ۸۰ درصد بیماران بستری با تشخیص اختلال شخصیت مرزی سابقه خودزنی دارند.

به دلیل شیوع فراوان چنین رفتارهایی از سال ۱۹۹۰ تاکنون توجه متخصصان بر رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان معطوف شده است. در مقایسه با سایر افراد جامعه، رفتارهای خودآسیبی در دختران شیوع بیشتری دارد (هاوتون و همکاران، ۱۹۹۵).<sup>۸</sup> البته، بسیاری از محققان بر تداوم این رفتارها در سال های بعدی زندگی تأکید کرده (پی ویو و مککولو، ۲۰۰۴)<sup>۹</sup> و اظهار داشته اند که رفتارهای خودآسیبی از سن ۷۵-۶ سالگی مشاهده می شود، اما بیش ترین میزان خودآسیبی در سالین ۱۴-۱۴ (۶۰٪) دیده شده است و میزان این رفتارها به تدریج با افزایش سن کاهش نشان می دهد (مولنکامپ، ۲۰۰۶).<sup>۱۰</sup> رفتارهای خودآسیبی تحت عنوان تخریب عمدی یا تغییر بافت های بدن، بدون قصد آشکار خودکشی تعریف شده است (فاوازا، ۱۹۹۸). رفتارهای خودآسیبی به میزان زیادی در همه ی فرهنگ ها یافت می شود و از شایع ترین مشکلات در میان نوجوانان است (جاکوبسن، گویلد، ۲۰۰۷).<sup>۱۱</sup> نوجوانی به سال هایی اطلاق می شود که کودکی را به بزرگسالی می پیوندد. شروع نوجوانی با تغییرات بدنی همزمان می شود و در نتیجه ردیابی ظاهری آن آسانتر است. در حالیکه پایان آن بر حسب شکل گیری ساختهای عقلی و تغییرات عاطفی و اجتماعی نوسانی تر در نظر گرفته شده است. به همین دلیل برای کسانی که به ضابطه های ظاهری تکیه کرده اند، شروع نوجوانی رازیست شناختی و پایان آن را فرهنگی دانسته اند (کانجر و پیترسن، ۱۹۹۸؛ به نقل از منصور، ۱۳۸۱).

اکثر کسانی که گرایش به خودکشی دارند، در اصل نمی خواهند بمیرند، آن ها صرفاً می خواهند به درد و رنجشان (واقعی یا خیالی) پایان دهند و به عبارتی، نیازمند کمک هستند. خودکشی مرگی است که آگاهانه و از روی عمد برای نابودسازی خود صورت می گیرد که به اصطلاح خودکشی موفق نامیده می شود. در صورتی که عمل اقدام به خودکشی انجام گیرد، ولی منجر به مرگ نشود، آن را اقدام به خودکشی یا خودکشی ناموفق می نامند که معمولاً توصیف کننده کسانی است که گاهی زمینه را طوری فراهم می سازند که نجات پیدا کنند، هرچند در پاره ای از موارد ممکن است فریادرسی وجود نداشته باشد. اگر آسیب رساندن عمدی به بخشی از بدن خود بدون قصد مردن صورت گیرد، به اصطلاح

<sup>1</sup> Cloutier

<sup>2</sup> Mac Aniffzia & Kiselica

<sup>3</sup> Adolescence

<sup>4</sup> Sel - injury

<sup>5</sup> Tracy

<sup>6</sup> Hawton

<sup>7</sup> Paivio & Mcculloch

<sup>8</sup> Muehlenkamp

<sup>9</sup> Jacobson & Gould

خودزنی نامیده می شود که در جهت بیان هیجانات منفی و دردناکی به کار می رود که از طریق کلمات قابل بیان نیست ( حاجبی و همکاران، ۲۰۱۱).

در شصت و ششمین بهداشت جهانی در ماه مه ۲۰۱۳، اولین برنامه روان درمانی سازمان بهداشت جهانی به تصویب رسید. پیشگیری از خودکشی به عنوان بخشی جدایی ناپذیری از این طرح بود که به موجب آن کاهش میزان خودکشی در کشورها به میزان ۱۰ درصد تا سال ۲۰۲۰ هدف گزاری شد. میانگین سالانه جهانی خودکشی  $11\frac{1}{4}$  در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت ۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان است. با این حال، از آن جا که خودکشی یک مساله حساس است، و حتی در برخی از کشورها غیرقانونی است، به احتمال بسیار زیاد کمتر از حد واقعی گزارش می شود. در کشورهای با درآمد بالا، مردان سه برابر بیشتر نسبت به زنان خودکشی انجام می دهند، اما در کشورهای کم درآمد یا درآمد متوسط، نسبت مرد به زن  $1\frac{1}{5}$  است. در بسیاری از کشورها، بیش ترین میزان خودکشی در جوانان اتفاق می افتد و خودکشی در سطح جهان دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال است (مروت دار، ملکوتی، ۲۰۱۴).

سیستم گزارش ملی مرگ خشونت آمیز، تعداد کودکان و نوجوانانی را که هرسال در اثر خودکشی می میرند، برآورد می کند (پرو و همکاران، ۲۰۱۶). به دست آوردن تعداد دقیق دشوار است، زیرا بسیاری از خودکشی ها به علت های تصادفی نسبت داده می شوند یا قصد قربانیان معلوم نیست. به طور میانگین، هر سال تقریباً ۵۰۰۰ کودک و نوجوان در اثر خودکشی می میرند. در هر ۱۰۰۰۰ کودک و نوجوان، تقریباً  $\frac{1}{2}$  کودک بزرگتر (۱۰ تا ۱۴ ساله) و  $\frac{1}{4}/۵$  نوجوان و جوان (۱۵ تا ۲۴ ساله) اقدام به خودکشی می کنند. این آمارها نشان می دهند که خودکشی دومین علت اصلی مرگ در نوجوانان پس از جراحات تصادفی است (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری، ۲۰۱۶). شیوع خودکشی به سرعت رو به افزایش است. طرف ۱۵ سال گذشته، میزان خودکشی در ایالات متحده ۲۴ درصد افزایش یافته است. بیشترین افزایش در دخترهای ۱۰ تا ۱۴ ساله بوده است. گرچه تعداد مطلق مرگ ها در اثر خودکشی در بین دخترهای خردسال تر نسبتاً پایین مانده است (تقریباً  $1\frac{1}{5}$  مرگ در هر ۱۰۰۰۰ دختر)، اما شیوع خودکشی در دخترهای خردسال تقریباً ۲۰۰ درصد افزایش یافته است (کورتین و همکاران، ۲۰۱۶).

افکار و اقدامات خودکشی در یک پیوستار، از اندیشه پردازی، برنامه ریزی، اقدام، و مرگ وجود دارند (کارسون، ۲۰۱۵). بهترین داده هایی که در رابطه با شیوع افکار و اقدامات خودکشی داریم از زمینه یابی ملی همزمانی اختلالات به دست می آید که اطلاعات از نمونه بیانگر ملی نوجوانان را شامل می شود (ناک و همکاران، ۲۰۱۳). در مجموع،  $12\frac{1}{2}$  درصد نوجوانان، سابقه اندیشه پردازی خودکشی در طول عمر را گزارش داده اند،  $4$  درصد گفته اند که یک برنامه خودکشی را تدوین کرده بودند، و  $\frac{1}{4}$  درصد حداقل یک بار دست به خودکشی زده بودند. درصد نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده اند، اندکی بالاتر از درصد نوجوانانی است که برنامه خودکشی تدوین کرده اند، زیرا برخی از نوجوانان بدون اینکه از پیش برای اقدامات خود برنامه ریزی کرده باشند، اقدام به خودکشی می کنند. این داده ها نشان می دهند که افکار، برنامه ها، و اقدامات خودکشی در بین نوجوانان آمریکایی نسبتاً شایع هستند. در کلاس دبیرستانی متشکل از  $25$  دانش آموز، به طور میانگین  $3$  دانش آموز اندیشه پردازی خودکشی و  $1$  دانش آموز خودکشی برنامه ریزی شده یا اقدام شده داشته است.

اختلال شخصیت طبق تعریف DSM - IV- TR عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری با دوام که بر ملاک های فرهنگی منطبق نیست. نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند، موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارهایش می شود. هرگاه صفات شخصیتی غیرقابل انعطاف و غیر انتطباقی باشد و کارکردهای فرد را مختلط می سازد یا رنج و عذاب درون ذهنی برایش ایجاد کند، تشخیص اختلال شخصیت را می توان مطرح کرد (کاپلان، جلد ۲، ص ۴۰۹، ۴۰۷، ۲۰۰۷). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی<sup>۱۰</sup> در مز روان نزندی و روان پزشکی قرار دارند و مشخصه آنها ناپایداری حالت عاطفی، خلقی، رفتار، روابط آبه ای و خودانگاره آنهاست. این اختلال را به نامهای اسکیزوفرنی موقت<sup>۱۱</sup>، شخصیت انگار<sup>۱۲</sup>، اسکیزوفرنی شبه نوروتیک و اختلال منش سایکوتیک نیز خوانده اند. تاکنون هیچ مطالعه ای نشده که میزان قطعی شیوع این اختلال را نشان دهد. اما به نظر می رسد  $2-1$  درصد از جمعیت وجود داشته باشد و در زنها دو برابر مردها شایع است. شیوع اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مربوط به مصرف الکل و سوء مصرف مواد در بستگان درجه اول افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر از جمعیت عمومی است. ملاک های تشخیص به صورت بی ثباتی در روابط مرزی، خود انگاره<sup>۱۳</sup> و حالت عاطفی و نیز آشکارا تکائشی بودن، به صورت الگویی نافذ و فراگیر از اوایل بزرگسالی شروع شده باشد و در زمینه های مختلف به چشم آید، که علامتش وجود حداقل  $5$  مورد از علائم زیر است: ۱- انجام تلاش‌های مضطربانه توأم با سراسیمگی برای اجتناب از ترک شدن واقعی یا تصویری. شامل

<sup>10</sup> Borderline personality disorder

<sup>11</sup> ambulatory

<sup>12</sup> As – if personality

<sup>13</sup> Self - image

رفتارهایی نظیر خودکشی یا خودزنی نمی شود. ۲- بی ثبات و شدید بودن روابط بین فردی به صورت الگویی که مشخصه اش تناوب میان دوقطب افراطی است. آرمان نهایی و بی ارزش نمایی ۳- اختلال و اشکال در هویت؛ بی ثبات بودن، واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خودش ۴- تکانشی بودن لاقل در دوتا از حوزه هایی که بالقوه به فرد صدمه می زند. مثلا خرج کردن پول، روابط جنسی، سوء مصرف مواد، بی ملاحظه رانندگی کردن، شکمبارگی که شامل رفتارهای خودزنی و خودکشی نمی شود. ۵- رفتار، ژست یا تهدید به خودکشی به صورت مکرر یا رفتارهای خودزنی های مکرر ۶- بی ثباتی در حالت عاطفی به صورت واکنش پذیری آشکار خلق مثل ملال، تحریک پذیری، اضطراب شدید و حمله ای که چند ساعتی طول بکشد ۷- احساس پوچی مزمن ۸- نامتناسب بودن و شدید بودن خشم یا دشواری در تسلط بر خشم مثلا تند خود شدنها پیاپی، نزاع کردن های مکرر و خشمگین بودن دائمی ۹- بروز افکار بدگمانانه (پارانوئید) یا علائم شدید تجزیه ای به صورت گذرا و در موقع فشار روانی و استرس.

به باور یانگ، طرحواره های غیر انطباقی اولیه<sup>۱۴</sup>، ساختارهای شناختی شامل باورهای درباره خود، دیگران و محیط هستند که از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند. این طرحواره ها، اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تعریف و افکار خودکارمندی را فعال می کنند و در نهایت تگر什 ها و پردازش های شناختی نا به هنجار را در پی دارند. (صادقی، ۲۰۰۸). طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که از اخاطرات، هیجان ها، احساس های بدنی و شناخت و اژدها تشکیل شده اند و با جنبه های مخبر تجارب دوران کودکی افراد گره خورده اند و به شیوه ای سازمان یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهای تکرار می شوند. (نظری و همکاران، ۲۰۱۵). طرحواره های ناسازگار اولیه، مفهوم کلیدی طرحواره درمانی است (سمپرتگوی، کارمن، آرنتز و بکر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳)، طرحواره های ناسازگار اولیه به عقاید منفی درباره خود، دیگران و جهان اشاره دارد که ممکن است در طی اولین سال های زندگی بوجود بیاید (ویرجیل زیکلر-هیل، گرین، آرناو، سیسمور و مایرز<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۱). در واقع طرحواره های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت های شناختی فرد را تشکیل می دهند. این طرحواره ها به شخص کمک می کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهنده و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتی و دی<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۴، تیم<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۰).

براساس مدل یانگ، طرحواره های ناسازگار (یا عقاید هسته ای منفی) به چارچوب شناختی ناکارآمد برای مشاهده خود و دیگران اشاره دارد که از ابتدا در پاسخ به رخدادهای ناسازگار کودکی ایجاد می شود و به صورت مداوم در سراسر زندگی فرد گسترش می یابد. یانگ برای ضرورت ابداع طرحواره درمانی دو علت ذکر می کند:

۱- با اینکه رویکردهای شناختی- رفتاری در درمان بسیاری از اختلالات بالینی پیشرفت قابل ملاحظه ای داشتند، اما بسیاری از بیماران به این نوع از درمان ها جواب نمی دادند (سلطان الکتابی، ۱۳۹۳).

۲- رویکردهای شناختی- رفتاری کلاسیک به دلیل عدم موفقیت قابل توجه در درمان برخی اختلالات روانشناسی مزمن و مقاوم مثل اختلالات شخصیت، خودبیمارپنداری، اختلالات خلقی و اضطرابی مزمن جای خود را به تدریج به رویکردهای درمانی جدیدتری داده اند که یکی از این رویکردهای درمانی که برای حل مشکلات مزمن طراحی شد، طرحواره درمانی است

تنظیم هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان دهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می شود (گارنسکی، ون دیر کومار، کریچ، تیرد و همکاران<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۲). این سازه یک مفهوم پیچیده است که طیف گسترده ای از فرایندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار را در بر می گیرد (گارنسکی، کریچ و اسپین هوئن<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۱؛ گروس، ۲۰۰۲) و به توانایی فهم هیجانات، تعديل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد (گروس، ۱۹۹۸). به عبارت دیگر واژه تنظیم هیجان مشتمل بر راهبردهایی است که باعث کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان می شوند (گرمن، ون در لیندن و زرمان آکرمونت، ۲۰۰۶). تنظیم هیجان را می توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن ها را تجربه و ابراز کنند، تاثیر بگذارند (گروس، ۱۹۹۹). مدیریت هیجانات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل از رسانی و تغییر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می تواند فرد را در برابر

<sup>14</sup> Early maladaptive schemas

<sup>15</sup> Sempertegui,G.A.,Karreman,A.,Arntz,A.,Bekker,M.H.J.

<sup>16</sup> Virgil Zeigler-Hill,Green,Arnau,Sisemore,& Myers

<sup>17</sup> Maltby,J.& Day,L

<sup>18</sup> Thimm,J.C.

<sup>19</sup> Garnefski, Van-Der-Kommerm,kraaj,Teerds,Lederstee & Tein

<sup>20</sup> Garnefski,Kraaj & Spinhoven.

<sup>21</sup> Germann, Van-Der-Linden,d Acremont,Zermatten.

اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب پذیر سازد (گارنسکی و کریج، ۲۰۰۳)، بناراین می توان گفت، تنظیم هیجان، عامل کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است(گارنسکی و همکاران، ۲۰۰۱؛ گارنسکی و کریج، ۲۰۰۳) که در سازگاری با رویدادهای تنبیه‌گی زای زندگی نقش اساسی ایفا می کند(تامپسون ۲۰۰۲؛ گروس، ۱۹۹۸؛ گروس، ۲۰۰۲). تا جایی که باید گفت بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می گذارد. یکی از متداوی ترین این روش‌ها استفاده از راهبردهای شناختی است (مشهدی، میردورقی و حسنی، ۱۳۹۱).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می کند تا برانگیختگی ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم باشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد (کریج، پریومیوم و گارنسکی<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۲). تنظیم هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت باز ارزیابی شناختی هیجانات باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می شود (جوهن و گروس، ۲۰۰۳). بنابراین، درنتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی منطق و نادرست، فرد راهبرد شناختی خود را برای رو به رو شدن با موقعیت تنبیه‌گی زای بر می گزیند. در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می شود(گارنسکی و کریج، ۲۰۰۶).

باتوجه به اینکه رفتارهای خودآسیب رسان مانند خودکشی و خودزنی را می توان در گروه اختلال شخصیت مرزی قرار داد و همچنین طبق مصاحبه بالینی صورت گرفته و باتوجه به شرایطی که دارند می توان تشخیص اختلال شخصیت مرزی را داد. باتوجه به ارتباط خودزنی با اختلال شخصیت کلاستر B و همچنین تکانشگری بودن این شخصیت، می توان از طرحواره درمانی برای کاهش این رفتارها استفاده کرد و امیدواریم با اجرای این طرح درمانی بتوانیم رفتارهای آسیب به خود را در این افراد کاهش بدھیم تا بتوانیم از تشخیص اختلال شخصیت مرزی در مقاطع دیگر زندگی این افراد خودداری کنیم.

کلمه طرحواره درمانی در حوزه‌های پژوهشی مختلفی به کار برده شده است. طرحواره به طور کلی به عنوان ساختار، قالب یا چهارچوب تعریف می شود. واژه طرحواره در روانشناسی و به طور گسترده تر در حوزه شناختی، تاریخچه ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی طرحواره را به صورت قالبی در نظر می گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این، ادراک از طریق طرحواره واسطه مندی می شود و پاسخ‌های افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می کند. به عبارت دیگر طرح کلی از عناصر برجسته یک واقعه را طرحواره می گویند. ویژگی مهم طرحواره ها از نظر یانگ این است که الگوها یا درونمایه های عمیق و فراگیری هستند، از خاطرات، هیجان‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند و در عین حال به شدت ناکارآمدند. بنابراین رفتارها از طرحواره ها نشات می گیرند ولی بخشی از طرحواره ها محسوب نمی شوند. هدف طرحواره درمانی بهبود در طرحواره هاست. (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

مبنای کار نظریه طرحواره، اصل هماهنگی شناختی است. افراد برانگیخته می شوند تا دیدگاه ثابت خود نسبت به جهان و خودشان را تداوم بخشنده و تمایل دارند موقعیت ها را به گونه ای تفسیر کنند که طرحواره هایشان تایید شود. فریمن<sup>۲۵</sup> و فاسکو<sup>۲۶</sup> (۲۰۰۴) معتقدند که طرحواره ها مفروضه ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را تحت کنترل خود در می آورند و در طول سالهای زندگی فرد تحول یافته اند. طرحواره درمانگران به هنگام تدوین رویکرد مفهومی و درمانی خود، فلسفه‌ی تجربه پذیری<sup>۲۷</sup> و شمول<sup>۲۸</sup> را اتخاذ کرند. آن‌ها به دنبال دست یابی به یک مدل جامع هستند و در راستای گره گشایی از مشکلات درمان، هیچ‌گونه دغدغه خاطری ندارند که رویکرد آن‌ها در قالب شناختی - رفتاری، روان پویایی یا گشتمالت تقسیم بندی شود. هدف عمله طرحواره درمانگران، این است که بیماران به طور معناداری تغییر کنند. چنین نگرشی، در آزادی بیمار و درمانگ راجع به دستور جلسات درمان، نوع مداخلات و چگونگی استفاده از تکنیک‌ها، تاثیر بسزایی دارد. علاوه بر این، هر درمانگری می تواند طرحواره درمانی را با سبک خودش تطبیق دهد و به کار گیرد. با این وجود طرحواره درمانی رویکرد التقاطی نیست که از طریق آزمون و خطا پیش برود، بلکه مبتنی بر یک نظریه منسجم و یکپارچه است. نظریه و راهبردهای درمانی در قالب یک مدل منظم و ساختارمند، به گونه ای دقیق با یکدیگر هماهنگ شده اند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

<sup>22</sup> Thompson

<sup>23</sup> Kraaj,pruyboom & Garnefski

<sup>24</sup> John & Gross

<sup>25</sup> Freeman,A

<sup>26</sup> Fusco,G,M

<sup>27</sup> Openness

<sup>28</sup> Inclusion

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی می‌باشد که در آن طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. به طور کلی در ساختار این گونه طرح‌ها از دو گروه استفاده می‌شود که هر کدام دوبار و از طریق پیش آزمون و پس آزمون مورد مشاهده قرار می‌گیرند (هومن، ۱۳۸۹). پژوهشگر برای تشکیل گروه‌ها افراد را از طریق نمونه گیری تصادفی در دو گروه معادل، یکی به عنوان گروه کنترل و دیگری به عنوان گروه آزمایش تقسیم کرده است. نمودار طرح به قرار زیر است: جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر رده سنی ۱۴-۱۸ سال شهر مشهد که دارای رفتار خودزنی و یا خودکشی و اختلال شخصیت مرزی هستند و نمونه مورد مطالعه شامل دانش آموزان دارای ویژگی فوق که به مرکز مشاوره آموزش و پرورش مشهد مراجعه کردند، می‌باشد. روش نمونه گیری از نوع در دسترس می‌باشد. بدین صورت که دانش آموزانی که در دامنه سنی فوق قرار دارند و به علت انجام رفتارهای یادشده به مرکز مشاوره ناحیه ۵ ارجاع داده شده اند پس از ارزیابی مصاحبه بالینی روشناس مرکز و سپس انجام تست، تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه که هر گروه ۱۵ نفر است، جایگزین می‌شوند.

به منظور اجرای پژوهش حاضر، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئول فنی و مدیر مرکز مشاوره آموزش و پرورش مشهد انجام شد و رضایت ایشان برای اجرای طرح پژوهشی جلب گردید. سپس طی جلسه‌ای هدف از اجرای طرح با مسئولین مرکز مطرح شد و چگونگی اجرای آن سرح داده شد و سپس از افرادی که ویژگی‌های ورود به پژوهش را داشتند و به مرکز مشاوره ارجاع داده شده بودند، مصاحبه بالینی گرفته شد. از افراد آزمون‌های فرم کوتاه طرحواره یانگ، افکار خودکشی بک و خودآسیب زنی سانسون و تنظیم هیجان گراس و جان گرفته شد و ۳۰ نفر انتخاب کردیم. سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به گروه آزمایش ۱۰ جلسه طرحواره درمانی به شیوه گروهی و هر جلسه ۹۰ دقیقه و هفتۀ ای یکباره ارائه گردید. لازم به ذکر است که افراد گروه کنترل در طی این مدت در لیست انتظار قرار خواهند گرفت؛ پس از پایان ۱۰ جلسه طرحواره درمانی گروهی، آزمودنی‌های هردو گروه در مرحله پس آزمون مجدداً تحت بررسی پرسشنامه‌ها و مصاحبه بالینی قرار خواهند گرفت.

ابزارهای مورد استفاده به شرح زیر بودند:

### فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF)

هر پنج سوال این پرسشنامه مربوط به یک طرحواره و سوال‌ها بر روی طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً غلط تا کاملاً درست) تنظیم شده است. اگر فرد در ۲ جمله نمره ۵ یا ۶ بگیرد، به احتمال زیاد آن طرحواره در ذهنش نقش بسته است. با پر کردن این پرسشنامه توسط آزمودنی‌های بیشترین طرحواره‌های ناسازگار اولیه شناسایی و با کمک تکنیک‌های این رویکرد در راستای تغییر و اصلاح آن اقدام خواهد شد. اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روانسنجی این طرحواره‌ها را اسمیت، جونز، یانگ و تلچ (۱۹۹۵)، به نقل از یانگ و همکاران (۱۳۹۱) انجام دادند. ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۰ به دست آمد. این پرسشنامه را آهی (۱۳۸۵)، به نقل از یوسف نژاد، شیروانی، پیوسته گر، (۱۳۹۰) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را بر حسب آلفای کرونباخ در گروه زنان ۰/۹۷ و در گروه مردان ۰/۹۸ گزارش کرده است.

بعد از انتخاب نمونه و تقسیم تصادفی آن‌ها، گروه آزمایش، طرحواره درمانی را به صورت گروهی، در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفتۀ ای بک جلسه دریافت می‌کنند. خلاصه ای از طرح درمان جلسات مشاوره گروهی در زیر آمده است.

جدول (۱) - خلاصه طرح جلسات طرحواره درمانی بصورت گروهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجuan در قالب طرحواره درمانی صورت‌گیری شد.
جلسه دوم	Shawahed عینی تایید کننده یا رد کننده طرحواره براساس Shawahed زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.

تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابله ای آموزش داده شد.	جلسه سوم
مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضانشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد.	جلسه چهارم
برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.	جلسه پنجم
تکنیک های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویایی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد.	جلسه ششم
رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد.	جلسه هفتم
تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد.	جلسه هشتم
مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.	جلسه نهم
مطلوب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین شد.	جلسه دهم

#### پرسشنامه افکار خودکشی بک<sup>۲۹</sup>

پرسشنامه ای خودسنجی است که دارای ۲۲ مولفه بوده و در ویراست زبان انگلیسی این آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ۰/۸۵ به ترتیب برای بیماران بستری و سرپایی گزارش شده است و این حاکی از همسانی درونی بالای این مقیاس است. ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته در یک گروه ۶۰ نفره بیمار بزرگسال بستری ۰/۵۴ گزارش شده است. پایین بودن میزان این ضریب حاکی از کاهش قابل ملاحظه افکار خودکشی در این نمونه به دلیل درمان انجام شده است.

#### پرسشنامه خود آسیب زنی SHI

نسخه اولیه این پرسشنامه یک ابزار ۴۱ آیتمی است که انواع رفتارهای خودتخریبی را مورد بررسی قرار می دهد. شیوه درجه بندی نمرات به صورت بله و خیر بوده و به پاسخ های بله نمره یک داده می شود و نمره کل نیز از جمع این نمرات حاصل می شود. مطالعات نشان داده اند که این پرسشنامه از اعتبار افتراقی و سازه خوبی برخوردار است. در مطالعه حاضر از نسخه تجدید نظر شده این پرسشنامه که دارای ۲۲ گویه است استفاده شد که این نسخه نیز به زبان های مختلف ترجمه شده و ویژگی های روانسنجی آن مورد تایید قرار گرفته است. در مطالعه حاضر، این ابزار ابتدا توسط دو روانشناس دارای درجه دکتری به فارسی ترجمه شده و سپس توسط یک روانشناس بالینی دیگر به انگلیسی بازترجمه شد و برخی اصلاحات در آن ایجاد شد. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در این مطالعه ۰/۷۶ به دست آمد.

#### پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان

این مقیاس از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرو نشانی (۴ گویه) است. پاسخ ها بر روی مقیاس لیکرت هفت درجه ای از کاملا مخالفم (۱) تا کاملا موافقم (۷) قرار دارند. این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجرایی شده است که اعتبار مقیاس براساس همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۰، تا ۰/۸۰) و روای این پرسشنامه از طریق تحلیل مولفه های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس همبستگی بین دو خرده مقیاس و روای ملکی مطلوب گزارش شده است (قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه مهارت های ارتباطی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی قابل قبول این آزمون است.

#### یافته ها

در مرحله پس آزمون، میانگین نمرات کلی تنظیم هیجان در گروه آزمایش کاهش یافت و بعد از کنترل اثر نمرات پیش آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین نمرات کلی تنظیم هیجان تفاوت معناداری مشاهده شد ( $R < 0.05$ ). به این صورت که اندازه اثر آموزش طرحواره درمانی بر افزایش تنظیم هیجان بود (جدول ۲).

جدول (۲): میانگین آماری نمرات کلی تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)

<sup>29</sup> Beck Scale for Suicide Ideation

خطای استاندارد	میانگین	تعداد	متغیر	گروه
۰,۴۰	۳,۰۴	۱۵	تنظیم هیجان	آزمایش
۰,۷۶	۱,۰۷	۱۵	تنظیم هیجان	کنترل

و در بعد طرحواره های ناسازگار اولیه، براساس جدول ۳، می توان مشاهده کرد که طرحواره درمانی موجب بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بعد بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی و بازداری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. ( $R < 0.05$ )

جدول (۳): میانگین آماری نمرات کلی حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه در دو گروه آزمایش و کنترل (هرگروه ۱۵ نفر)

خطای استاندارد	میانگین	تعداد	متغیر	گروه
۰,۵۱	۱,۸۶	۱۵	بریدگی و طرد	آزمایش
۰,۷۰	۰,۹۳	۱۵	خودگردانی و عملکرد مختل	
۰,۷۳	۰,۶۰	۱۵	محدودیت مختل	
۰,۴۸	۰,۳۳	۱۵	دیگر جهت مندی	
۰,۶۱	۰,۶۶	۱۵	گوش به زنگی و بازداری	
۰,۷۲	۲,۳۳	۱۵	بریدگی و طرد	کنترل
۱,۱۱	۱,۱۶	۱۵	خودگردانی و عملکرد مختل	
۰,۷۵	۱,۰۰	۱۵	محدودیت مختل	
۰,۵۰	۰,۶۰	۱۵	دیگر جهت مندی	
۰,۹۲	۱,۰۰	۱۵	گوش به زنگی و بازداری	

باتوجه به نتایج جدول می توان مشاهده کرد که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل میانگین کمتری را در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل کسب کرده اند و این مساله نشان دهنده اثربخشی طرحواره درمانی می باشد. تحقیقات نشان داد که طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره های رهاشدگی / بی ثباتی، بی اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته / گرفتار موثر بوده است و مقایسه میانگین های گروه آزمایش و کنترل در میانگین و خطای استاندارد این طرحواره ها، موثر بودن طرحواره درمانی را تائید می کند.

جدول (۴): تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون طرحواره درمانی بر بهبود زیر مجموعه طرحواره های ناسازگار اولیه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
رهایشگی / بی ثباتی	۹,۱۳	۱	۹,۱۳	۴,۸	۰,۰۰۰
بی اعتمادی / بدرفتاری	۴,۳۱	۱	۴,۳۱	۵,۵۵	۰,۰۰۲
محرومیت هیجانی	۰,۸۳	۱	۰,۸۳	۱,۱۵	۰,۰۰۳
نقص / شرم	۱,۲۰	۱	۱,۲۰	۲,۳۱	۰,۰۰۴
انزواج اجتماعی /	۰,۵۳	۱	۰,۵۳	۲,۲۸	۰,۱۲۰

					بیگانگی
۰,۰۲	۲,۲۲	۲,۸۹	۱	۲,۸۹	وابستگی / بی کفایتی
۰,۰۰	۴,۲۳	۳,۲	۱	۳,۲	آسیب پذیری نسبت به ضرر
۰,۰۰	۲,۳۴	۲,۲۳	۱	۲,۲۳	خود تحول نیافته / گرفتار
۰,۱۲	۳,۳۴	۱,۴۷	۱	۱,۴۷	شکست
۰,۰۰۲	۲,۱۲	۴,۱۲	۱	۴,۱۲	استحقاق / بزرگ منشی
۰,۰۰	۲,۰۱	۲,۴۳	۱	۲,۴۳	خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی
۰,۱۳	۱,۲۳	۱,۱۲	۱	۱,۱۲	اطاعت
۰,۱۴	۱,۸۷	۱,۱۳	۱	۱,۱۳	ایثار
۰,۰۰	۳,۴۴	۴,۲۲	۱	۴,۲۳	پذیرش جویی / جلب توجه
۰,۰۰	۲,۲۳	۵,۳۴	۱	۵,۳۴	منفی گرایی / بدبیتی
۰,۰۰	۲,۴۵	۵,۱۲	۱	۵,۱۲	بازداری هیجانی
۰,۰۰۲	۲,۲۸	۴,۲۲	۱	۴,۲۳	معیارهای سرسختانه
۰,۰۰۳	۱,۹۸	۳,۵۴	۱	۳,۵۴	عیب جویی افراطی
۰,۰۰	۴,۴۵	۲,۳۴	۱	۲,۳۴	تنبیه

### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان بر رفتار خودکشی و خودزنی دختران نوجوان دارای اختلال شخصیت مرزی بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد بوده است. نتایج نشان داد که این نوع درمان منجر به افزایش معنadar تنظیم هیجان و بهبود طرحواره های ناسازگار در افراد گروه آزمایش شده است. با مرور پیشینه پژوهش، تحقیقی که به اثر بخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه رفتار این افراد باشد یافت نشد، لذا در تبیین نتایج سعی شد تا به نزدیک ترین تحقیقات مرتبط با پژوهش حاضر اشاره شود. نتایج به دست آمده از فرضیه مذکور با نتایج تحقیقات دیگر مطابقت و همخوانی دارد. با توجه به ارتباط خودزنی و خودکشی با اختلال شخصیت کلاستر B و همچنین تکانشگری بودن این شخصیت ها، طرحواره درمانی درمان رایج و مناسبی برای این دسته از افراد است (همسو با نتایج آخوندیکی و همکاران، ۱۳۹۲). اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط بین فردی، خود ویرانگر عواطف است، مشخصه اصلی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بی ثباتی هیجانی است (لینهان، ۱۹۹۳)؛ این مطلب همسو با نتایج این پژوهش است که بی ثباتی هیجانی و مشکل در تنظیم هیجان در افراد خودکش و خودزن دیده می شود. افراد درگیر با خودزنی و خودکشی هم مانند این افراد به نظر می رسد تقریباً همیشه اوقات در یک حالت بحران به سر می بردند، نوسانات خلقی در آن ها بسیار شایع است. ماهیت دردناک زندگی این بیماران در رفتارهای خود - ویرانگر تکراری آنان منعکس می شود؛ از جمله افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ممکن است به خودزنی و آسیب رساندن به خود اقدام کنند و از این طریق بتوانند کمک دیگران را جلب کنند. رفتار و افکار خودکشی گرای نوجوان، احساسات منفی و ناامیدی واژدست دادن کنترل خود است. احساس گناه شدید، احساس تنهایی و بی کسی و بی پناهی، فقدان حمایت از نوجوان، ناتوانی در کنترل فشارهای وارد، ناتوانی در کنترل احساسات و رشد نیافتگی و عدم آمادگی برای مقابله با مشکلات پیش روی نوجوان مهمترین دلایلی است که ممکن است اورابه فکر یا عمل خود کشی و ادارمی سازد.

یکی از مداخلات سودمند، طرحواره درمانی است که توسط یانگ (۲۰۰۳) مطرح شده است. اگرچه در ابتدا هدف اصلی طرحواره درمانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت بودند، اما به تدریج تکنیکهای این مدل درمانی برای بسیاری از مشاهدات دیگر نیز به کار گرفته شد. در زمینه اثربخشی و کارآیی این تکنیکها، پژوهش‌هایی نیز صورت گرفته است. (یانگ، ۲۰۰۷). وی مدلی را در مورد رفتارهای این افراد ارائه کرده است که به ویژه در فهم ذهنیت‌های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است. یانگ (۱۹۹۹) این فرض را مطرح ساخت که برخی از طرحواره‌ها، به ویژه طرح واره‌هایی که در دوران اولیه زندگی در نتیجه تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته مرکزی رفتارهای خودزنی و خودکشی، مشکل‌های خصیصه ای خفیف‌تر و بسیاری از اختلال‌های دیرپایی محور یک را تشکیل دهند و یا حتی منجر به ایجاد اختلال‌های شخصیت در سنین بالای ۱۸ سال شوند. وی این زیرمجموعه از طرح واره‌ها را طرح واره‌های ناسازگار اولیه نام گذاری کرد (حمیدپور، ۲۰۰۰).

این رویکرد درمانی برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تاکید می‌کنند، بر الگوهای خودویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. یانگ ۱۸ طرح واره ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار را که به طور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند. در نتیجه، منجر به تداخل در توانایی فرد در اراضی نیازهای بنیادین خود می‌گردد را معرفی کرده است. آرنتز و همکاران (۲۰۰۵)<sup>۳۰</sup> در زمینه درمان تجربی ذهنیت طرحواره در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پژوهشی انجام داده اند که نتایج آنها نیز بیانگر موثر بودن این روش درمان در این گروه از بیماران بوده است. هاوک (۲۰۱۱)<sup>۳۱</sup> معتقد است طرحواره درمانی می‌تواند به طور موقوفیت آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت موثر واقع شود. همچنین هاوک و پرونچر (۲۰۱۱)<sup>۳۲</sup> نشان دادند که طرح واره درمانی گروهی به نظر می‌رسد در بهبودی و کاهش نشانه‌ها سریع تر از طرح واره درمانی فردی است. مهدوی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف تعیین فراوانی خودزنی و رابطه آن با اختلال شخصیت در سریازان؛ فراوانی خودزنی در افراد بیمار را ۶۳,۳٪ در افراد سالم (گروه شاهد) ۶,۷٪ گزارش کردند. در بین سریازان گروه بیمار با سابقه خودزنی، ۷۸,۹٪ صفات یا اختلال شخصیت کلاستر B داشتند که نشان دهنده ارتباط معنی دار بین آن دو بود. در مطالعه‌ای که فارسی و همکارانش (۲۰۱۲) بر روی ۳۰۱ نفر از سریازان ارتشد در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۶ انجام دادند، به بررسی ارتباط بین افسردگی با سابقه خودزنی و همکارانش (۱۳۸۵)، نشان داد که رفتارهای خودزنی تکرار شونده مانند افراد پژوهش ما ارتباط تنگاتنگی با اختلال شخصیت مرزی دارند و در مطالعه‌ای که توسط کلونوسکی<sup>۳۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳) بر روی ۱۹۸۶ نفر از سریازان تازه استخدام نیروی هوایی آمریکا انجام شد و (۶۲٪ مرد بودند) افراد دارای سابقه و بدون سابقه خودزنی از نظر شخصیت روانشناسی موردن مقایسه گرفتند. در حدود ۴٪ از شرکت کنندگان سابقه خودزنی گزارش کردند که این افراد در مقایسه با شرکت کنندگان بدون سابقه خودزنی دارای علائم اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت اسکیزوتاپیال، اختلال شخصیت وابسته و اختلال شخصیت اجتنابی (دوری گزین) بودند و علایم اضطراب و افسردگی را بیشتر از خودشان دارند. این مطالعه بیان کرد، افرادی که مبادرت به خودزنی می‌کنند، بیشتر از سایرین دارای اختلال شخصیت هستند.

حسینی و همکارانش (۲۰۰۸) مطالعه‌ای بر روی ۱۵۰ نفر از کارکنان بیمار بستری و مراجعین سرپایی نظامی که خودزنی کرده و به یک بیمارستان روان پژوهشی نظامی مراجعه کرده بودند، انجام دادند. آن‌ها دریافتند که بیشتر بیماران خودزن، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۰٪/۷۴) و سپس اختلال شخصیت ضداجتماعی (۰٪/۸) بودند. همچنین بیشتر بیماران خودزن دارای علائم خودزنی قبلی (۰٪/۸۵,۱) بودند. آنها نتیجه گیری کردند بیشتر این بیماران که دارای سابقه خودزنی بودند، از نظر احتمال انجام خودزنی قابل پیش‌بینی هستند و پیشنهاد دادند که آموزش کادر نظامی در پادگان‌ها در راستای برخورد و تشخیص بیماری و بالا بردن سطح آگاهی فرماندهان و همچنین از میان برداشتن مواضع قانونی و حقوقی که سد راه درمان این بیماران است، راهکاری مناسب جهت تشخیص زودتر این اختلال و بروز کمتر و خفیف‌تر آن است. کورن بلام<sup>۳۴</sup> و همکارانش در مطالعه طولی نوجوانان تورنتو ملک‌های DSM را جهت سنجش و ارزیابی ۷۲ شرکت کننده از یک نمونه مبتنی بر جامعه در ۱۳,۱۶ و ۱۸ سالگی به کار برده اند. محققان مذکور در این مطالعه پی برداشت که اختلال‌های شخصیتی در نوجوانان با سطوح بالایی از نابسامانی و آشفتگی روانی رابطه دارد (به نقل از محسن گلپور، ۱۳۸۰). برنشتاین<sup>۳۵</sup> و همکاران او از یک نمونه بزرگ برای نشان دادن این

<sup>30</sup> Arntz

<sup>31</sup> Hawke

<sup>32</sup> Provencher

<sup>33</sup> Klonsky

<sup>34</sup> korenblum

<sup>35</sup> Bernsteine

نکته که نوجوانان مبتلا به اختلال های شخصیت، آشفتگی اجتماعی، مشکلات تحصیلی، تماس و برخورد با پلیس و مشکلات کاری بیشتری دارند، استفاده کرده، نتایج مشابه نتایج کورن بلام و همکاران او به دست آورده‌ند. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر، تحقیق درباره اختلال های شخصیتی نوجوانان با استفاده از نمونه‌های بالینی افزایش یافته است. البته بسیاری از این مطالعات به طور وسیع بر اختلال شخصیت مرزی متصرکز بوده اند و یا اختلال های شخصیت را به طور ثانوی نسبت به اختلال های دیگر بررسی کرده اند؛ نتایج آنها نشان می‌دهد که اختلال های شخصیت در نوجوانی با سطوح بالایی از افسردگی، خشم، تجزیه شدگی، تحریف های شناختی، خودکشی کامل یا قصد خودکشی، پاسخ ضعیف به درمان، صفات شخصیتی مانند هیجان خواهی، پرخاشگری، روان رنجور خوبی، اعتماد به نفس پایین و نالمیدی همراه است. مطالعات یاد شده همچنین نشان داده که اختلال های شخصیتی در نوجوانی از نظر وقوع و از نظر رخداد طبق الگوی خانوادگی، با رخداد و الگوهای خانوادگی در بزرگسالان مشابه است. پژوهشگرانی که به این نتایج دست یافته اند بر پایه همین یافته‌ها معتقدند که می‌توان اختلال شخصیت را در نوجوانی تشخیص داد و در عین حال بر اعتبار تشخیصی ملاک‌ها نیز تکیه کرد. به طور کلی یافته‌های فوق تائید می‌کند که خودزنی و خودکشی با اختلال شخصیت کلاستر B رابطه دارد و با توجه به تکانشگری بودن این شخصیت‌ها (که نشان دهنده مشکلات عملکردی و عدم حل مسائل این افراد است) می‌توان با طرحواره درمانی آسیب‌های ناشی از آن جلوگیری کرد. طرحواره درمانی به صورت گروهی بر کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی در دانش آموزان دختر بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد موثر است.

### تشکر و قدردانی

نویسنده‌گان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم آموزش و پرورش و همچنین دانش آموزان گروه نمونه، به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش، کمال قدردانی و سپاسگزاری را داشته باشند.

### References:

- Atalay H, Atalay F, Karahan D, Caliskan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive-compulsive disorder: a cross-sectional study. International Journal of Psychiatry in Clinical Practise, 2008, 12(4), 268–279
- Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. Hospital & community psychiatry. 1993;44(2):134–140
- Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of selfinjurers. Acta psychiatrica Scandinavica. 1995;91(1):6-57
- Johnson J, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldman J, Skodol A et al. Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. American journal of psychology. 2000;157:1406 – 1412.
- Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. The American journal of psychiatry. 2003;160(8):1501-1508
- Pattison E, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. The American journal of psychiatry. 1983;140(7):867-872.

Shaffer D, Jacobson C. Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. (NSSI) as a DSM–V disorder. [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2009. [Undated; 2013 June 5]. Available from: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Weston S,siever L.Biological of personality disorders. J.The epidemiology of personality disorders : an update . j of personality disorder.1993. N 15. 441 – 462.

Panaghi L, Ahmadabadi Z, Peiravi H, Abolmasoomi F. Suicide trend in university students during, 2003 to 2008. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2010; 16(2):8798. [Persian]

Ahi Gh,Standardization of the Yang Short Form Incompatible Schema Questionnaire, M.Sc. Thesis, Allameh Tabatabai University, Tehran,2006. [Persian]

Ahi Gh, Normative Finder of the Young Schema Questionnaire Short Form, Investigating Factor Structure among Students of Tehran Universities in the academic Year 2004-2005, Masters Thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University,2005. [Persian]

Azad H, Psychopathology, Tehran: Ba'ath Publishing Institute.2000. [Persian]

Avokhkismi F,Mahdavi F,Ebrahimi M. Determining the Relationship between Self-Suffering and Personality Disorder in Soldiers, Ibn Sina Journal of Research Learn to pronounce, Department of Health and Human Services of Naja / Year 14, No. 4, Winter 2013, Machine Gun 45. [Persian]

Bermas H, The Effectiveness of Schema Therapy on the Level of Resilience of Women at Divorce Divorce in Tehran, MA Thesis,2016. [Persian]

Jahangiri M,Salehi M, Ashayeri H,Pashasharifi H.The Effectiveness of Schema Therapy on Adjustment of Early Maladaptive Schemas in Patients With Resistance to Algebraic Obsessive-Compulsive Disorder; Journal of Psychology and Psychiatry Cognition Second Year, No. 2, p27-13.2014. [Persian]

Hamzezade F,A Comparative Study of the Factors Related to Borderline Personality Disorder and Based on Yang Schema at Dr. Lavasan Psychiatry Center in 2011, MSc Thesis,2011. [Persian]

Hasani j,Miraghae A.The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Suicide Ideation, Contemporary Psychology, 7 (1) .61-72.2012. [Persian]

Semnani y,Saghatoleslam T,Shahpoori H.Suicidal and obsessive-compulsive behaviors in patients with borderline personality disorder, Journal of Forensic Medicine, Volume 12, Number 1, Spring 85, 25 – 29.2003. [Persian]

Golparvar M,Prevalence and Diversity of Personality Disorder Symptoms in Isfahan High School Male Students in Isfahan Education Research Council, 80-79,2001. [Persian]

# THE EFFECTIVENESS OF GROUP SCHEMA THERAPY ON IMPROVING EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND EMOTION REGULATION IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER INDIVIDUALS WITH SUICIDAL AND SUICIDAL BEHAVIORS OF ADOLESCENT GIRLS BETWEEN 14 AND 18 YEARS OF MASHHAD

*Masood Ahvan<sup>36</sup>,Atefeh ghovati<sup>37</sup>mohamad yaghobi<sup>38</sup>*

## Abstract

**Background & Aims:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of Schema Therapy group training on improving early maladaptive schemas and emotion regulation in people with borderline personality disorder with suicidal and suicidal behavior of adolescent girls between 14-18 years.

**Materials & Methods:** The present study is a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group. In order to conduct the research, after coordinating with the counseling center, a meeting was held to identify and engage student girls, including self-harm behaviors. Then, the Young Schema Short Form Questionnaire (YSQ -SF), Beck Suicide Thought Questionnaire (BSS), Samson Self-Injury Questionnaire (SHI), and Grass and John Emotion Regulation Questionnaire were administered to them, and 30 female students who completed the study conditions. They were selected and randomly divided into control and experimental groups. Thus, Schema Therapy was conducted in 10 sessions of 90 minutes per group and after the sessions, the questionnaires were again completed by the experimental and control groups. Multivariate analysis was performed for groups.

**Results:** The results showed that Schema therapy group training had an effect on early maladaptive schemas and emotion regulation.

**Conclusion:** Group Schema Therapy training, due to the effects of cognitive techniques, has led to the improvement of early maladaptive schemas and emotion regulation. The other is the increased orientation and area of the ear to excessive buzz and inhibition and emotion regulation of the experimental group.

**Key Words:**Self-harm, Suicide, Borderline Personality Disorder, Early Maladaptive Schema, Emotion Regulation, Schema Therapy

<sup>36</sup> PhD student, Family Counseling, Islamic Azad University, Bojnourd Branch  
(Corresponding Author)

<sup>37</sup> M.Sc. Student, Public Psychology, Hekmat Razavi Higher Education Institute

<sup>38</sup> M.Sc, Family Counseling, Islamic Azad University, Quchan Branch