

## بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود خودپنداره و کاهش علائم اختلال بیماران معتاد دارای شخصیت مرزی شهر شیراز

فاطمه دلجو

گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

[fatemeh1378deljoo@gmail.com](mailto:fatemeh1378deljoo@gmail.com)

عاطفه صداقت خواه

گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

[dr.atefehsedaghatkhah@gmail.com](mailto:dr.atefehsedaghatkhah@gmail.com)

### چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود خودپنداره و کاهش علائم اختلال بیماران معتاد دارای شخصیت مرزی شهر شیراز بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی (طرح پیشآزمون- پسآزمون با گروه کنترل) بود. نمونه تحقیق شامل ۳۰ نفر از بیماران معتاد دارای اختلال شخصیت مرزی بود که بصورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و از میان نمونه پژوهش بطور تصادفی ۱۵ بیمار معتاد دارای اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار معتاد دارای اختلال شخصیت مرزی در گروه کنترل گماشته شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه طرحواره های ناسازگارانه یانگ (۱۹۹۸)، پرسشنامه پرسشنامه شخصیت مرزی اکسفورد (۲۰۰۱) و پرسشنامه خودپنداره راجرز (۱۹۵۹) بود. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکوا و آنکوا استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد، طرحواره درمانی باعث بهبود خودپنداره و کاهش علائم اختلال بیماران معتاد دارای شخصیت مرزی شهر شیراز گرو هآزمایش در مقایسه با گروه کنترل شدند ( $p < 0.001$ )

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، شخصیت مرزی، خودپنداره، بیماران معتاد

## مقدمه

اعتیاد بیماری مزمنی است که توام با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری است و منجر به ویرانی شخصیت می شود. میلیون ها انسان از این اختلال رنج می برند که اغلب با دیگر بیماری های روانی بروز و ظهور یافته و هزینه های اقتصادی، اجتماعی گوناگونی را بر جامعه تحمیل می کند (Dallas, 2017). شخص وابسته سوء مصرف مواد پیش از آنکه تعادل جسمانی خود را از دست بدهد تعادل روانی خود را تا رسیدن به دارو از دست می دهد. غالب افراد مبتلا به مصرف مواد به بیماری های شخصیتی دچار می شوند. فرد وابسته به مصرف مواد نسبت به اعضای خانواده خود احساس مسئولیت نمی کند. موقعیت اجتماعی او متزلزل است و به دیگران اعتماد ندارد. برآوردن نیازهای خود را مقدم بر دیگران می داند، روابط اجتماعی آنان بسیار سطحی، تصنعی بوده، بندرت می تواند پیوندهای مستحکم عاطفی، وفاداری، تعهد داشته باشد (ستوده، ۱۳۹۵). باید گفت افراد معتاد دارای شخصیت مرزی دچار معضلات شخصیتی-هیجانی هستند و موقعیت خود را تحت تاثیر مکانیسم دفاعی دو نیم سازی، به شکل صفر و صد می بینند و این رفتار سبب بی ثباتی می گردد. باید اشاره کرد، اختلال شخصیت مرزی، جز دسته دو اختلالات شخصیتی است و ویژگی بارز آن بی ثباتی هیجانی است و نیز این اختلال را این رو اختلال مرزی می نامند که مرز بین سایکوز و نوروز می باشد. مرزی های هیجانی هستند و رفتارهای تکانشی و بدون فکر زیادی دارند (راهداری، ۱۴۰۰). اختلال شخصیت مرزی یکی از پیچیده ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات شخصیت است که با الگوی فراگیر بی ثباتی در تنظیم هیجان، روابط بین فردی، خودانگاره، تکانشگری و ترس شدید از رهاشدگی مشخص می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این اختلال با سطوح بالایی از رنج روان شناختی، رفتارهای تکانشی، آسیب به خود، اقدام به خودکشی و افت قابل توجه در عملکرد اجتماعی و شغلی همراه است. مطالعات نشان می دهند که اختلال شخصیت مرزی نه تنها در جمعیت عمومی، بلکه به ویژه در جمعیت های بالینی شیوع قابل توجهی دارد و به دلیل ماهیت مزمن و پیچیده خود، بار قابل توجهی بر نظام های درمانی و سلامت روان تحمیل می کند (Leichsenring et al, 2023). یکی از ویژگی های محوری در اختلال شخصیت مرزی، اختلال در ساختار «خود» و به ویژه ضعف در خودپنداره است. خودپنداره به مجموعه ای از باورها، ادراک ها و ارزیابی هایی اشاره دارد که فرد نسبت به خود دارد و نقش اساسی در شکل گیری هویت فردی، تنظیم هیجانی و تعاملات اجتماعی ایفا می کند. در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، خودپنداره اغلب ناپایدار، منفی و متناقض است و فرد در داشتن تصویری منسجم و پایدار از خود دچار مشکل می شود. این بی ثباتی در خودپنداره می تواند احساس پوچی، شرم مزمن، بی ارزشی و ناتوانی در تعریف هویت شخصی را در پی داشته باشد و در نهایت به تشدید مشکلات هیجانی و رفتاری منجر شود (Bach & First, 2018). در کنار این مسئله، پژوهش ها نشان می دهند که اختلال شخصیت مرزی به طور گسترده با اختلال مصرف مواد همبودی دارد. همبودی این دو اختلال یکی از چالش های مهم در حوزه درمان و آسیب شناسی روانی به شمار می رود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دلیل تکانشگری بالا، دشواری در تنظیم هیجان و تجربه احساسات شدید منفی، بیشتر در معرض مصرف مواد به عنوان راهبردی برای کاهش تنش روانی قرار دارند. از سوی دیگر، مصرف مواد می تواند بی ثباتی هیجانی، مشکلات بین فردی و اختلال در خودپنداره را تشدید کند و به شکل گیری چرخه ای معیوب از مشکلات روان شناختی منجر شود (Trull et al, 2018; Pennay et al, 2023). در نتیجه، بیماران معتاد مبتلا به ویژگی های اختلال شخصیت مرزی معمولاً با مشکلات شدیدتری در حوزه های هیجانی، شناختی و بین فردی مواجه هستند و پاسخ درمانی پیچیده تری نسبت به سایر بیماران نشان می دهند. در تبیین ریشه های شناختی و هیجانی اختلال شخصیت مرزی، نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه از جایگاه ویژه ای برخوردار است. بر اساس نظریه یانگ، طرحواره های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق و فراگیری از باورها و احساسات درباره خود، دیگران و جهان هستند که در نتیجه برآورده نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی شکل می گیرند و در طول زندگی تداوم می یابند (Young et al, 2003). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی معمولاً دارای طرحواره هایی مانند رهاشدگی، بی اعتمادی، نقص و شرم، محرومیت هیجانی و وابستگی هستند. این طرحواره ها موجب شکل گیری نگرش های منفی نسبت به خود و دیگران می شوند و می توانند به بی ثباتی هیجانی، روابط بین فردی آشفته و رفتارهای تکانشی منجر شوند (Arntz et al, 2021; Bach et al, 2022). بر همین اساس، «طرحواره درمانی» به عنوان یکی از رویکردهای نوین و یکپارچه در درمان اختلالات شخصیت مطرح شده است. این رویکرد که توسط جفری یانگ توسعه یافته است، با ترکیب مفاهیم شناختی-رفتاری، نظریه دلبستگی، رویکردهای روان پویایی و تکنیک های هیجان محور تلاش می کند طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های مقابله ای ناکارآمد را شناسایی و اصلاح کند (Young et al, 2003). در این رویکرد، از تکنیک هایی مانند بازسازی شناختی، تصویرسازی ذهنی، گفت و گوی صندلی ها و رابطه درمانی اصلاحی استفاده می شود تا فرد بتواند الگوهای هیجانی و شناختی ناکارآمد خود را تغییر دهد و نیازهای هیجانی ارضا نشده خود را به شیوه ای سالم تر برآورده سازد. این مداخله رویکردی است که به بررسی نگرش و باورهای گذشته بر ارتباطات کنونی فرد می

پردازد. این مداخله بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. عدم ارضا و ناکامی در برآورده شدن نیازهای بنیادی در دوران کودکی، موجب شکل گیری طرحواره های مختل می شوند. رویکرد طرحواره درمانی بر این باور استوار است که شرایط منحصر به فردی که شخص در کودکی تجربه می کند نقش مهمی در ایجاد باورهایی درباره خویشتن و دیگران ایفا می کند، که در مسیر زندگی تداوم دارند و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می شود. طرحواره ها شامل فرضیاتی است درباره رابطه آن گونه که هستند و معیارهایی درباره این که چگونه باید باشند. پس طرحواره درمانی درصدد شناسایی این طرحواره ها و تلاش در جهت اصلاح و تغییر آن ها و در نتیجه بهبود روابط می باشد (تقی یار، پهلوان زاده و سماوی، ۱۳۹۵). در همین راستا هالسن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲) و رضایی (۱۴۰۰) نشان دادند که طرحواره درمانی، مداخله موثری در بهبود بیماران است. پژوهش های متعددی اثربخشی طرحواره درمانی را در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی نشان داده اند. برای مثال، مطالعات مروری و کارآزمایی های بالینی نشان داده اند که این رویکرد می تواند به کاهش رفتارهای خودآسیب رسان، بهبود تنظیم هیجانی و ارتقای عملکرد بین فردی در بیماران مبتلا به این اختلال منجر شود (Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012; Storebø et al, 2020; Leichsenring et al, 2023). همچنین برخی پژوهش های جدید نشان داده اند که طرحواره درمانی در کاهش تکانشگری، اضطراب و سایر مشکلات مرتبط با اختلال شخصیت مرزی نیز مؤثر است (مظلومی، پوراصغر و شریعت نیا، ۲۰۲۴). با وجود این، بررسی پیشینه پژوهش نشان می دهد که بسیاری از مطالعات انجام شده درباره طرحواره درمانی بیشتر بر کاهش نشانه های بالینی اختلال شخصیت مرزی تمرکز داشته اند و توجه کمتری به متغیرهای بنیادی تر مانند خودپنداره شده است. این در حالی است که خودپنداره یکی از مهم ترین ابعاد آسیب دیده در این اختلال محسوب می شود و می تواند نقش تعیین کننده ای در تداوم مشکلات هیجانی، رفتاری و بین فردی ایفا کند. افزون بر این، مطالعات اندکی به طور خاص به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در جمعیت بیماران معتاد مبتلا به ویژگی های اختلال شخصیت مرزی پرداخته اند، در حالی که همبودی این دو اختلال از نظر بالینی بسیار شایع و درمان آن با چالش های متعددی همراه است. از سوی دیگر، تجربه اعتیاد و پیامدهای اجتماعی و روان شناختی آن مانند انگ اجتماعی، شکست های مکرر در ترک، مشکلات خانوادگی و احساس بی کفایتی می تواند به تضعیف بیشتر خودپنداره در این بیماران منجر شود. در چنین شرایطی، استفاده از رویکردهای درمانی که علاوه بر کاهش علائم بالینی، به اصلاح ساختارهای شناختی و هیجانی عمیق فرد نیز بپردازند، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. طرحواره درمانی با تمرکز بر ریشه های تحولی مشکلات روان شناختی و اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه، می تواند در بازسازی تصویر ذهنی فرد از خود و کاهش شدت علائم اختلال شخصیت مرزی نقش مؤثری ایفا کند. بنابراین، با توجه به شیوع بالای همبودی اختلال شخصیت مرزی و اعتیاد، نقش اساسی خودپنداره در ساختار روان شناختی این بیماران و همچنین کمبود پژوهش های مداخله ای در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی در این جمعیت خاص، انجام پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود خودپنداره و کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی در بیماران معتاد ضروری به نظر می رسد. نتایج این پژوهش می تواند علاوه بر گسترش دانش موجود در حوزه درمان اختلالات شخصیت و اعتیاد، زمینه ارائه مداخلات درمانی مؤثرتر در مراکز درمان اعتیاد و خدمات سلامت روان را فراهم سازد. بنابراین این پژوهش در پی پاسخگویی به این سوال است که: آیا طرحواره درمانی بر بهبود خودپنداره و کاهش علائم اختلال بیماران معتاد دارای شخصیت مرزی شهر شیراز اثربخش است؟

### روش تحقیق

در این پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) استفاده شد. به دلیل این که پژوهش حاضر به دنبال تغییر ایجاد شده ناشی از اجرای اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود خودپنداره و کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی بیماران معتاد دارای اختلال شخصیت مرزی شهر شیراز می باشد، از این طرح استفاده شد. قبل از اجرای مداخله طرحواره درمانی، بیماران انتخاب شده در هر گروه بوسیله پیش آزمون خودپنداره و علائم اختلال شخصیت مرزی مورد اندازه گیری قرار گرفتند. نقش پیش آزمون در این طرح اعمال کنترل و مقایسه خودپنداره و علائم اختلال شخصیت مرزی گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون بود. سپس بعد از جلسات طرحواره درمانی بر روی گروه آزمایش، گروه کنترل پس آزمون خودپنداره و کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی اجرا شد. جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت از کلیه بیماران معتاد دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز در سال ۱۴۰۴ بود. در این

پژوهش حجم نمونه براساس تحقیقات قبلی شامل ۳۰ نفر از بیماران معتاد دارای اختلال شخصیت مرزی بود که بصورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین ترتیب که با مراجعه به کلینیک ترک اعتیاد و براساس معیارهای ورود که شامل گرفتن نمره ملاک از پرسشنامه شخصیت مرزی (STB)، حداقل مدت بیماری شش ماه، بودن در مرحله نگهداری، محل سکونت در زمان اجرای جلسات درمانی، توانایی حضور در جلسات درمانی، حداقل سطح سواد نوشتن، عدم ابتلا به بیماری های شدید عصب شناختی-روانی مانند ماژور دپرشن، صرع، مشکلات بینایی، شنوایی شدید و ملاک خروج شامل نمرات خارج از دامنه، شروع روان درمانی دیگر بصورت همزمان، غیبت در بیش از دو جلسه درمانی در فرآیند درمان می باشد، ۳۰ نفر از بیماران معتاد دارای اختلال شخصیت مرزی بصورت هدفمند انتخاب شدند. سپس از میان نمونه پژوهش، بطور تصادفی ۱۵ بیمار معتاد دارای اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار معتاد دارای اختلال شخصیت مرزی در گروه کنترل گماشته شدند.

#### پرسشنامه شخصیت مرزی

این پرسشنامه توسط اکسفورد در سال ۲۰۰۱ تهیه شد و دارای ۱۸ ماده است که شخصیت مرزی افراد را مورد ارزیابی و سنجش قرار می دهد و شیوه نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ است (راهداری، ۱۴۰۰). راهداری در سال ۱۴۰۰ پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی با اضطراب ۰/۴۹ در سطح ۰/۰۰۱ گزارش کرد که نشان از پایایی و روایی مناسب پرسشنامه داشت. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

#### پرسشنامه خودپنداره

پرسشنامه خودپنداره راجرز یکی از ابزارهای پرکاربرد برای سنجش خودپنداره در پژوهش های روان شناسی است که توسط کارل راجرز طراحی شده است. این پرسشنامه به منظور سنجش ادراک و نگرش فرد نسبت به خود واقعی و خود ایده آل تدوین شده و به طور گسترده در مطالعات مربوط به شخصیت، سلامت روان و مشاوره مورد استفاده قرار می گیرد. این ابزار شامل ۲۵ گویه خودگزارشی است که ابعاد مختلف نگرش فرد نسبت به خود، میزان رضایت از خود، احساس ارزشمندی و ارزیابی کلی از خویش را مورد بررسی قرار می دهد (راجرز، ۱۹۵۹). در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می شود هر یک از عبارات را بر اساس میزان انطباق با ویژگی های شخصیتی خود ارزیابی کند. پاسخ ها در این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه ای تنظیم شده اند که از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» امتداد دارد. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده خودپنداره مثبت تر و نمرات پایین تر بیانگر خودپنداره منفی تر است. برخی از گویه های این پرسشنامه به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمره کل پرسشنامه از مجموع نمرات گویه ها به دست می آید و میزان فاصله بین خود واقعی و خود ایده آل نشان دهنده سطح سازگاری روان شناختی فرد محسوب می شود. پژوهش های مختلف نشان داده اند که پرسشنامه خودپنداره راجرز از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعات مختلف بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ گزارش شده است که نشان دهنده همسانی درونی مناسب آن می باشد. همچنین نتایج پژوهش ها بیانگر آن است که این پرسشنامه با شاخص های سلامت روان، عزت نفس و سازگاری روان شناختی همبستگی معناداری دارد (راجرز، ۱۹۵۹). در ایران نیز این پرسشنامه در پژوهش های متعدد مورد استفاده قرار گرفته و نتایج حاصل از مطالعات نشان داده است که این ابزار از پایایی قابل قبول و روایی مناسب برای سنجش خودپنداره در جامعه ایرانی برخوردار است. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

در این تحقیق مداخله طرحواره درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای براساس طرحواره درمانی یانگ، کلوکو و ویشار (۲۰۱۲) ترجمه حمیدپور و اندوز (۱۴۰۰) بر روی گروه آزمایش صورت خواهد پذیرفت. خلاصه جلسات به شکل زیر است:

جلسه اول: برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، تعهد گرفتن و شناخت مشکل

جلسه دوم: آموزش طرحواره و سبک مقابله، شناسایی طرحواره های ناسازگارانه اولیه و برقراری ارتباط بین مشکلات و طرحواره ها

جلسه سوم: راهبردهای شناختی، معایب پاسخ مقابله ای و برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، استفاده از بازی مدافع شیطان و آموزش تدوین و ساخت کارهای آموزشی

جلسه چهارم: تکنیک شناختی، راهبردهای شناختی، ارائه منطق تکنیک های شناختی و استعاره جنگ، استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه

جلسه پنجم: راهبردهای تجربی، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته و زمان حال، انجام گفتگوی خیالی

جلسه ششم: الگوشکنی رفتاری: ارائه منطق تکنیک های رفتاری، بیان هدف تکنیک رفتاری و تعیین فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر. اولویت بندی رفتارهای برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل سازترین و افزایش انگیزه برای تغییر رفتار

جلسه هفتم: تکنیک رفتاری: افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی  
جلسه هشتم: جمع بندی جلسات، ارائه راهکارهای نهایی، بررسی، نتیجه گیری و اجرای پس آزمون  
داده های پژوهش با روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیری) به کمک نرم افزار **spss 21** تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته ها

##### یافته ها توصیفی

نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار خودپنداره در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۴۰/۵۱ و ۶/۳۲ و در مرحله پس آزمون ۸۵/۶۳ و ۵/۷۱ به دست آمد. همچنین در گروه کنترل میانگین و انحراف معیار خودپنداره در مرحله پیش آزمون ۹۵/۵۰ و ۱۱/۶ و در مرحله پس آزمون ۷۰/۵۱ و ۲۸/۶ گزارش شد. در مورد علائم اختلال شخصیت مرزی نیز نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار این متغیر در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۲۵/۷۸ و ۸۴/۷ و در مرحله پس آزمون ۳۰/۶۱ و ۹۲/۶ به دست آمد. همچنین در گروه کنترل میانگین و انحراف معیار علائم اختلال شخصیت مرزی در مرحله پیش آزمون ۸۰/۷۷ و ۶۵/۷ و در مرحله پس آزمون ۹۵/۷۶ و ۴۸/۷ گزارش شد.

بررسی این نتایج نشان می دهد که در مرحله پیش آزمون میانگین نمرات دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه نسبتاً نزدیک به یکدیگر بوده است. با این حال در مرحله پس آزمون میانگین نمرات خودپنداره در گروه آزمایش افزایش یافته و در مقابل میانگین نمرات علائم اختلال شخصیت مرزی در این گروه کاهش نشان می دهد، در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل توجهی در میانگین نمرات این متغیرها مشاهده نمی شود.

##### یافته های استنباطی

##### نرمال بودن داده ها

این بخش از تحقیق شامل بررسی فرضیه هایی است که هر فرضیه همراه با نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن در این بخش ارائه می گردد. قبل از تحلیل داده های مربوط به فرضیه ها، برای اطمینان از این که داده های این پژوهش مفروضه های زیربنایی تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره را برآورد می کنند به بررسی آن ها پرداخته شد. بدین منظور مفروضه همگنی واریانس ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون باکس و آزمون شاپیرو جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جداول ارائه شده است. همچنین برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس ها متغیرهای تحقیق از آزمون لوین استفاده شده است.

جدول ۱- نتایج آزمون باکس

Boxes M	F	df1	Df2	سطح معنی داری
۱۳/۲۷	۱/۹۵	۳۶	۲۶۳۸/۰۴	۰/۰۶

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می شود به دلیل این که مقدار ( $F=1/95$ ) در سطح ( $0/06$ ) معنادار نمی باشد، بنابراین ماتریس های کواریانس مشاهده شده بین گروه ها با هم برابر می باشند.

جدول ۲- نتایج آزمون شاپیرو در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه ها	کلموگروف - اسمیرنوف	
		آماره	معنی داری

۰/۱۷	۰/۹۱	آزمایش	خودپنداره
۰/۹۸	۰/۹۸	کنترل	
۰/۴۲	۰/۹۴	آزمایش	اختلال شخصیت مرزی
۰/۶۹	۰/۹۶	کنترل	
۰/۴۴	۰/۸۷	کنترل	

همان گونه که در جدول (۲) مشاهده می گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای اختلال شخصیت مرزی و خودپنداره تأیید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در گروه آزمایش و گروه کنترل تأیید شد.

جدول (۳) - نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های نمره های متغیرهای تحقیق

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
خودپنداره	۱/۹۴	۱	۲۸	۰/۱۹
اختلال شخصیت مرزی	۱/۱۰	۱	۲۸	۰/۳۰

همان گونه که در جدول (۳) مشاهده می شود، آزمون لوین در متغیرهای اختلال شخصیت مرزی و خودپنداره معنادار نمی باشند. بنابراین واریانس گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای اختلال شخصیت مرزی و خودپنداره معنادار نیست. در نتیجه فرض همگنی واریانس ها تأیید شد. فرض صفر برای تساوی واریانس های نمره ها در متغیرهای تحقیق تأیید گردید. یعنی پیش فرض تساوی واریانس نمره ها در گروه آزمایش و گروه کنترل تأیید شدند.

جدول (۴) - نتایج تحلیل کواریانس چنده متغیره بر روی میانگین نمرات پس آزمون اختلال شخصیت مرزی و خودپنداره گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	F	p	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۸	۸	۱۳	۸۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۱	۸	۱۳	۸۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
آزمون اثر هتلینگ	۵۴/۵۵	۸	۱۳	۸۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۵۴/۵۵	۸	۱۳	۸۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱

همان طوری که در جدول (۴) مشخص است، ماتریس کواریانس همگنی متغیرهای با توجه به آزمون لامبدای ویلکز ( $F=۸۸/۶۴$  و  $P<۰/۰۰۱$ ) برقرار است.

### آزمون فرضیه ها

۱- طرحواره درمانی بر بهبود خودپنداره معتاد دارای شخصیت مرزی شهر شیراز موثر است.

جدول (۵) - نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمرات پس آزمون خودپنداره اولیه گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
خودپنداره	گروه	۲۹۷/۰۸	۱	۲۹۷/۰۸	۶۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱

همان طوری که در جدول (۵) مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین بیماران معتاد دارای گروه آزمایش و کنترل از لحاظ خودپنداره ( $F=64/08$  و  $p<0/001$ )، تفاوت معنی داری وجود دارد. میزان تأثیر یا تفاوت برای خودپنداره برابر با  $0/69$  می باشد. به عبارت دیگر  $69\%$  درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون خودپنداره اولیه بیماران معتاد مربوط به تأثیر طرحواره درمانی می باشد. به عبارت دیگر، طرحواره درمانی با توجه به میانگین خودپنداره اولیه بیماران معتاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل در مرحله پس آزمون موجب کاهش خودپنداره اولیه بیماران معتاد گروه آزمایش شده است.

۲- طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی موثر است.

جدول (۶) - نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمرات پس آزمون اختلال شخصیت مرزی گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اختلال شخصیت مرزی	گروه	۱۳۱۰۱/۳۹	۱	۱۳۱۰۱/۳۹	۱۲۲/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

همان طوری که در جدول (۶) مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین بیماران معتاد گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شخصیت مرزی ( $F=122/38$  و  $p<0/001$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد. میزان تأثیر یا تفاوت برای شخصیت مرزی برابر با  $0/76$  می باشد. به عبارت دیگر  $76\%$  درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون شخصیت مرزی بیماران معتاد دارای شخصیت مرزی مربوط به تأثیر طرحواره درمانی می باشد. به عبارت دیگر، طرحواره درمانی با توجه به میانگین شخصیت مرزی بیماران معتاد دارای شخصیت مرزی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل در مرحله پس آزمون موجب افزایش شخصیت مرزی بیماران معتاد دارای شخصیت مرزی گروه آزمایش شده است.

### بحث و نتیجه گیری

اختلال شخصیت مرزی یکی از پیچیده ترین اختلالات شخصیت است که با الگوی فراگیر بی ثباتی در هیجان ها، روابط بین فردی، تکانشگری و آشفتگی در هویت و خودپنداره مشخص می شود. افراد مبتلا به این اختلال اغلب تجربه ای ناپایدار و منفی از خود دارند و در تعریف هویت شخصی خود با مشکلات جدی مواجه هستند. احساس مزمن پوچی، شرم، بی ارزشی و ناپایداری در تصویر ذهنی از خویش از جمله ویژگی های

برجسته این اختلال محسوب می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این وضعیت زمانی پیچیده تر می شود که اختلال شخصیت مرزی با اختلال مصرف مواد همراه گردد؛ زیرا در بسیاری از موارد مصرف مواد به عنوان راهبردی برای کاهش تنش های هیجانی و فرار از احساسات دردناک مورد استفاده قرار می گیرد. پژوهش ها نشان داده اند که میزان همبندی اختلال شخصیت مرزی با اختلالات مصرف مواد نسبتاً بالا است و این همبندی موجب تشدید مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری در این بیماران می شود (ترول و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از مفاهیم بنیادی در تبیین مشکلات شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، مفهوم طرحواره های ناسازگار اولیه است. بر اساس نظریه یانگ، طرحواره های ناسازگار اولیه الگوهای پایدار و عمیقی از خاطرات، هیجان ها، شناخت ها و احساسات بدنی هستند که در دوران کودکی و نوجوانی شکل می گیرند و در طول زندگی تداوم می یابند (یانگ، کلوکو و ویشار، ۲۰۰۳). این طرحواره ها زمانی شکل می گیرند که نیازهای هیجانی اساسی کودک مانند دل بستگی ایمن، پذیرش، حمایت، خودمختاری و ابراز هیجانات به طور مناسب ارضا نشوند. در چنین شرایطی فرد به تدریج باورهای منفی و ناکارآمدی درباره خود و دیگران شکل می دهد که می توانند در بزرگسالی زمینه ساز مشکلات روان شناختی مختلف شوند. مطالعات مختلف نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با افراد عادی سطوح بالاتری از طرحواره های ناسازگار اولیه مانند رهاشدگی، بی اعتمادی، نقص و شرم، محرومیت هیجانی و آسیب پذیری را تجربه می کنند (آرنتز و ون گندرن، ۲۰۰۹). این طرحواره ها به طور مستقیم بر نحوه ادراک فرد از خویشتن تأثیر می گذارند و موجب شکل گیری خودپنداره ای منفی و ناپایدار می شوند. برای مثال، فردی که دارای طرحواره نقص و شرم است، ممکن است خود را فردی بی ارزش، ناکارآمد و دوست نداشتنی بداند و این باورها به مرور زمان در ساختار شناختی او تثبیت شوند. چنین نگرش منفی نسبت به خود می تواند زمینه ساز احساسات شدید شرم، اضطراب و افسردگی شود و در نهایت به رفتارهای تکانشی یا ناسازگار منجر گردد. در این میان، طرحواره درمانی به عنوان یکی از رویکردهای درمانی مؤثر در درمان اختلالات شخصیت، به ویژه اختلال شخصیت مرزی، مطرح شده است. طرحواره درمانی که توسط جفری یانگ ارائه شده است، رویکردی تلفیقی است که عناصر درمان شناختی - رفتاری، نظریه دل بستگی، درمان های هیجان محور و رویکردهای روان پویشی را با یکدیگر ترکیب می کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). هدف اصلی این رویکرد شناسایی و اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های مقابله ای ناکارآمد است تا فرد بتواند الگوهای شناختی و هیجانی سالم تری را در زندگی خود شکل دهد. پژوهش های تجربی نیز اثربخشی طرحواره درمانی را در درمان اختلال شخصیت مرزی تأیید کرده اند. برای مثال، نتایج مطالعه آرنتز و همکاران نشان داد که طرحواره درمانی در مقایسه با برخی درمان های سنتی می تواند به طور معناداری موجب کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی و بهبود کارکرد روان شناختی بیماران شود (آرنتز و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین یافته های پژوهش لایشرینگ و همکاران (۲۰۲۳) نشان می دهد که مداخلات مبتنی بر طرحواره درمانی از طریق اصلاح باورهای هسته ای ناسازگار و بهبود تنظیم هیجان می توانند تغییرات پایدار و عمیقی در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت ایجاد کنند.

با توجه به ماهیت این رویکرد درمانی، انتظار می رود که طرحواره درمانی نقش مهمی در بهبود خودپنداره افراد داشته باشد. زیرا یکی از محورهای اصلی این درمان، تغییر باورهای منفی درباره خود و ایجاد تجربه های هیجانی اصلاحی است. در فرایند درمان، فرد یاد می گیرد طرحواره های ناسازگار خود را شناسایی کرده و ارتباط آن ها را با تجربیات اولیه زندگی درک کند. سپس با استفاده از تکنیک هایی مانند بازسازی شناختی، تصویرسازی ذهنی، گفت و گوی صندلی ها و رابطه درمانی اصلاحی، این باورهای ناسازگار به تدریج اصلاح می شوند. تجربه رابطه درمانی مبتنی بر پذیرش، همدلی و حمایت نیز می تواند احساس ارزشمندی و پذیرش را در فرد تقویت کند. این فرایندها در مجموع می توانند به شکل گیری تصویر مثبت تر و منسجم تری از خویشتن منجر شوند.

از سوی دیگر، طرحواره درمانی می تواند در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی نیز نقش مهمی ایفا کند. بسیاری از نشانه های این اختلال مانند بی ثباتی هیجانی، تکانشگری، روابط بین فردی آشفته و احساس مزمن پوچی، ریشه در فعال شدن طرحواره های ناسازگار و حالت های طرحواره ای دارند. در مدل طرحواره درمانی، حالت های طرحواره ای به حالت های هیجانی و شناختی گذرای اشاره دارند که در پاسخ به فعال شدن طرحواره ها ایجاد می شوند. در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، حالت هایی مانند کودک آسیب پذیر، کودک خشمگین یا محافظ اجتنابی به طور مکرر فعال می شوند و رفتارهای ناسازگار را ایجاد می کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). طرحواره درمانی با کمک به فرد برای شناسایی این حالت ها و تقویت «بزرگسال سالم» تلاش می کند کنترل بیشتری بر واکنش های هیجانی و رفتاری ایجاد کند. در مورد بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد نیز این مسئله اهمیت ویژه ای دارد. بسیاری از این افراد از مصرف مواد به عنوان راهبردی برای تنظیم هیجان یا فرار از احساسات منفی استفاده می کنند. هنگامی که طرحواره های ناسازگار اصلاح شوند و فرد مهارت های مؤثرتری برای مدیریت هیجان ها و روابط بین فردی کسب کند، نیاز به استفاده از مواد به عنوان راهبرد مقابله ای کاهش می یابد. پژوهش ها نشان داده اند که طرحواره های ناسازگار اولیه با گرایش به مصرف

مواد و تداوم اعتیاد رابطه معناداری دارند و اصلاح این طرحواره ها می تواند در فرایند درمان اعتیاد نقش مهمی ایفا کند (بالجیس و همکاران، ۲۰۱۷).

#### منابع

آرنتز، آرنود و ون گندرن، هانی، طرحواره درمانی برای اختلال شخصیت مرزی، ترجمه حمیدرضا اسدی، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۸.  
انجمن روان پزشکی آمریکا، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5-TR)، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: انتشارات روان، ۱۴۰۱.

بالجیس، مصطفی، احمدی، سارا و رحیمی، ناصر، رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با گرایش به مصرف مواد در افراد وابسته به مواد، *مجله مطالعات/اعتیاد*، دوره دوازدهم، شماره سوم، ۱۳۹۶، ۳۲-۴۵.

تقی یار، زهرا؛ پهلوان زاده، فرشاد و سماوی، سید عبدالوهاب. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متاهل. زن و مطالعات خانواده. ۹ (۳۴): ۱-۱۶.

راهداری، علی. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و طرحواره هیجانی بیماران دچار شخصیت مرزی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

رضایی، علی. (۱۴۰۰). تاثیر طرحواره درمانی بر سلامت روان و تنظیم هیجانی در زنان با شکست عاطفی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی مشهد.

ستوده هدایت الله. (۱۳۹۵). آسیب شناسی اجتماعی. تهران: آوای نو.

مظلومی، محمدرضا، پوراصغر، محمد و شریعت نیا، سمیه، اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش تکانشگری و مشکلات هیجانی در افراد دارای ویژگی های اختلال شخصیت مرزی، *مجله روان شناسی بالینی*، دوره شانزدهم، شماره دوم، ۱۴۰۳، ۷۰-۸۵.

یانگ، جفری ای، کلووسکو، ژانت اس و ویشار، مارجوری ای، طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان، ترجمه حمیدرضا اسدی، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۹.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arntz, Arnoud. And van Genderen, Hannie. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Arntz, Arnoud. And Jacob, Gitta. (2013). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Arntz, Arnoud., van Genderen, Hannie., and Jacob, Gitta. (2021). Schema therapy for personality disorders: Evidence and future directions. *Current Opinion in Psychology*. 37 (2021). 26-31.

Bach, Bo. And First, Michael B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 31 (1). 1-6.

Bach, Bo., and Simonsen, Erik. (2022). The ICD-11 personality disorder model: Clinical utility and implications for treatment. *Personality and Mental Health*. 16 (3). 222-235.

Ball, Samuel A., and Cecero, John J. (2017). Addictions and maladaptive schemas: Implications for treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 77 (2017). 60-68.

Halsen, K., Ramier, S., & Nifar, F. (2022). The effect of schema therapy on the maladaptive schemas and distress tolerance. *Journal of Academics*. 31, 1: 27-39.

Leichsenring, Falk., Heim, Eva., Leweke, Frank., and Spitzer, Carsten. (2023). Psychotherapy for personality disorders: Current developments and evidence. *The Lancet Psychiatry*. 10 (5). 356-368.

Masley, Scott A., Gillanders, David T., Simpson, Steven G., and Taylor, Margaret A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*. 41 (3). 185-202.

Pennay, Amy., Cameron, Joanne., and McNally, S. (2023). Personality disorders and substance use disorders: Comorbidity and treatment considerations. *Addictive Behaviors Reports*. 17 (2023). 100456.

Stoffers, Jutta M., Lieb, Klaus., and Völm, Birgit A. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020 (5). CD012955.



هجدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی

گرجستان - اسفند ۱۴۰۴ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

17 March 2026 - TBILISI GEORGIA

<http://icpse.ir>  
[info@icpse.ir](mailto:info@icpse.ir)

Trull, Timothy J., and Sher, Kenneth J. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*. 61 (2018). 29–42.  
Young, Jeffrey E., Klosko, Janet S., and Weishaar, Marjorie E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

## Investigating the Effectiveness of Schema Therapy on Improving Self-Concept and Reducing Disorder Symptoms in Addicted Patients with Borderline Personality Disorder in Shiraz

**Fatemeh Deljoo**

Department of Psychology, Shi. C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran

[fatemeh1378deljoo@gmail.com](mailto:fatemeh1378deljoo@gmail.com)

**Atefeh Sedaghatkhah**

Department of Psychology, Shi. C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran

[dr.atefhsedaghatkhah@gmail.com](mailto:dr.atefhsedaghatkhah@gmail.com)

### Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy on improving self-concept and reducing disorder symptoms in addicted patients with borderline personality disorder in Shiraz. The research method was quasi-experimental using a pretest-posttest design with a control group. The sample consisted of 30 addicted patients diagnosed with borderline personality disorder who were selected through purposive sampling. The participants were randomly assigned to an experimental group (15 patients) and a control group (15 patients). The research instruments included the Young Schema Questionnaire (1998), the Oxford Borderline Personality Questionnaire (2001), and Rogers' Self-Concept Questionnaire (1959). Data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and Analysis of Covariance (ANCOVA). The results indicated that schema therapy significantly improved self-concept and reduced the symptoms of borderline personality disorder among addicted patients in the experimental group compared with the control group ( $p < 0.001$ ).

**Keywords:** Schema Therapy, Borderline Personality Disorder, Self-Concept, Addicted Patients