

اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و طرح‌واره‌درمانی یانگ بر ادراک طرد شدگی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی

زینب ذاکرزاده^۱، محسن گل‌پرور^{۲*}، اصغر آقایی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: نشانه‌های آسیب‌شناختی شخصیتی از زمره مواردی است که نیازمند توجه درمانگران روان‌شناختی است. ویژگی‌های شخصیت مرزی به دلیل شیوع قابل توجه آن از زمره این نشانه‌های شخصیتی نیازمند توجه است. بر همین اساس، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و طرح‌واره‌درمانی بر ادراک طردشدگی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی اجرا شد.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش، سه گروهی دو مرحله‌ای (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بود. به منظور انجام پژوهش از میان ۷۰ فرد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی در شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۶، ۴۵ نفر به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. پرسشنامه ادراک طردشدگی روهنر و همکاران (۱۹۷۸) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. گروه درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و طرح‌واره‌درمانی هر یک به مدت ۱۵ جلسه، تحت درمان قرار گرفته و گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نمود. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید. در تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار اس. پی. اس. اس، نسخه ۲۴ استفاده شد و سطح معناداری نیز حداقل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: نتایج نشان داد که دو درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و طرح‌واره‌درمانی نسبت به گروه کنترل منجر به کاهش ادراک طردشدگی در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون شدند ($p < 0/001$). علاوه بر این، دو درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و گروه طرح‌واره‌درمانی در کاهش ادراک طردشدگی دارای تاثیر یکسانی بودند ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته مطالعه حاضر، درمانگران می‌توانند دو درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و طرح‌واره‌درمانی را برای کمک به کاهش طرد شدگی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی مورد استفاده قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: ادراک طردشدگی، درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور، طرح‌واره‌درمانی.

*Email: drmgolparvar@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است

نشریه علمی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۸، شماره ۱، پیاپی ۳۴
بهار و تابستان ۱۳۹۹
صص: ۱۲۵-۱۳۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical Psychology & Personality

Vol. 18, No. 1, Serial 34

Spring & Summer
2020
pp.: 125-136

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است و نرخ شیوع آن در جامعه عمومی حدود ۱/۶ درصد تخمین زده می‌شود [۱]. توصیف بالینی این اختلال به دلیل موارد بالای هم‌ابتلائی با اختلالات محور یک و محور دو تا اندازه‌ای پیچیده و مبهم است. باین‌وجود مطالعات آسیب‌شناسی، مشخصه بارز مبتلایان به این اختلال را اجتناب از طرد^۲ یا رهاشدگی واقعی یا خیالی، روابط بین فردی بی‌ثبات^۳، آشفته‌گی هویت، رفتارهای خودکشی یا خود آسیب زنی^۴، بی‌ثباتی عاطفی^۵، احساس‌های مزمن پوچی، خشم نامناسب و شدید یا اشکال در کنترل خشم و اندیشه پردازی‌های پارانویایی گذرا یا نشانه‌های شدید تجزیه می‌دانند [۲]. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای اجتناب از طردشدگی واقعی یا خیالی به تلاشی دیوانه‌وار دست می‌زنند. ادراک جدایی یا طرد قریب‌الوقوع یا از دست رفتن ساختار بیرونی، می‌تواند به تغییرات ژرف خودانگاره، عاطفه، شناخت و رفتار منجر شود. این افراد ممکن است دچار بی‌ثباتی عاطفی باشند که از واکنش‌پذیری شدید خلق ناشی می‌شود [۳]. بنابراین اختلال در روابط بین فردی و صمیمانه را می‌توان به فقدان اشیاء درونی شده باثبات که منجر به آرمانی‌سازی و بی‌ارزش سازی دیگران، ترس از رهاشدگی و حساسیت نسبت به طرد در این افراد می‌شود، نسبت داد [۴]. در طرد چهار نوع رفتار: الف) سردی و بی‌احساسی شامل سردی کلامی و سردی فیزیکی، رفتار خصمانه و پرخاشگرانه که دارای دو بعد کلامی و فیزیکی است. ج) بی‌تفاوتی و نادیده گرفتن که شامل در دسترس نبودن فیزیکی و روان‌شناختی و بی‌توجهی به نیازهای کودک است. د) طرد نامتمایز، که فرد فکر می‌کند والدینش واقعاً اهمیت چندانی به او نمی‌دهند و دوستش ندارند، قابل مشاهده است [۵]. طردی که افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی تجربه می‌کنند، سبب طرد ذهنی و در نهایت احساس در حاشیه قرار گرفتن می‌شود [۶]. برای نمونه شواهد پژوهشی در پژوهشی نشان می‌دهد که ادراک طردشدگی^۶ در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی

همواره با پیامدهای عاطفی منفی شامل افسردگی، احساس بی‌ارزشی، تنهایی، کاهش خودپنداره و عزت‌نفس در ارتباط است [۷].

با توجه به مشکلاتی که طردشدگی برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی به وجود می‌آورد، درمانگران تاکنون درمان‌های مختلفی را برای کمک به این افراد استفاده کرده‌اند [۸]. معروف‌ترین این درمان‌ها عبارت‌اند از طرح‌واره درمانی و درمان التقاطی که تلفیقی از طرح‌واره درمانی^۷، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۸، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت^۹ و بازپردازش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم^{۱۰} است [۹]. طرح‌واره درمانی یکی از مداخلات سودمند برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی است. یانگ و همکاران^{۱۱} مدلی را در مورد اختلال شخصیت مرزی ارائه کرده‌اند، که در فهم ذهنیت‌های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در افراد دارای اختلال شخصیت مفید است [۱۰]. در نگاه طرح‌واره محور این فرض مطرح است که برخی از طرح‌واره‌ها که ماهیت ناسازگارانه دارند و در دوران اولیه زندگی در نتیجه تجارب ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل گرفته‌اند، ممکن است هسته مرکزی اختلال‌های شخصیت، آسیب‌های خصیصه‌ای خفیف‌تر و بسیاری از اختلال‌های دیرپای محور یک باشند [۱۱، ۱۲]. بر همین اساس، در طرح‌واره درمانی، بر الگوهای خود-ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌شود. هجده طرح‌واره ناسازگار اولیه معرفی شده در طرح‌واره درمانی و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار که به‌طور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند، اغلب منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین می‌گردند [۱۳]. حمایت‌های پژوهشی چندی در میان افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی از نقش طرح‌واره درمانی برای رفع مشکلات آن‌ها وجود دارد. برانزنده و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که طرح‌واره درمانی می‌تواند بر میزان ترک و رهاشدگی درنوجوانان یا افراد بزرگسال دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی مؤثر باشد [۱۴].

¹ borderline personality disorder

² exclusion

³ unstable interpersonal relationships

⁴ self-injury

⁵ emotional instability

⁶ perception of exclusion

⁷ schema therapy

⁸ dialectical behavior therapy

⁹ Short Term Dynamic Psychotherapy (STDP)

¹⁰ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

¹¹ Young et al

تان و همکاران^۱ در پژوهشی نشان دادند که طرح‌واره درمانی موجب فهم بهتر خود و فهم و مدیریت مناسب‌تر فرایندهای هیجانی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی می‌شود [۱۵]. دیخوت و آرنتز^۲ نیز در پژوهش خود نشان دادند که ترکیب طرح‌واره درمانی فردی و گروهی میزان نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را کاهش می‌دهند [۱۶]. سمپرتوگی و همکاران با مروری جامع بر بنیان‌های تجربی و اثربخشی طرح‌واره درمانی برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، این نوع درمان را به عنوان درمانی اثربخش برای افراد مبتلا به این اختلال برای اصلاح و تغییر روابط بین فردی ذکر نموده‌اند [۱۷]. در کنار طرح‌واره درمانی، رفتار درمانی دیالکتیک که برای اولین بار توسط لینهان^۳ معرفی شد نیز از زمره درمان‌های به نسبت مدرن است که می‌توان از آن برای مقابله با برخی علائم و نشانه‌های افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی استفاده نمود. این درمان ابتدا برای بیماران متمایل به خودکشی و بعد برای بیماران متمایل به خودکشی دچار اختلال شخصیت مرزی به کار رفت [۱۸، ۱۹]. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سه اصل کلیت و روابط متقابل، تضاد یا قطبیت و تغییر مداوم استوار است [۲۰، ۲۱]. برخی شواهد پژوهشی حاکی از مفید بودن رفتار درمانی دیالکتیک در کنار طرح‌واره درمانی برای کمک به افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی است. برای نمونه محمدی زاده و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرح‌واره درمانی در کاهش رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد [۹].

درمان دیگری که تاکنون به صورت مشخص برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی استفاده شده روان درمانی پویایی کوتاه‌مدت است. روان درمانی پویایی کوتاه‌مدت توسط دوانلو طی چهل سال گذشته تدوین و معطوف به رهایی کامل بیمار از اختلال‌های نشانه‌ای و همچنین تغییرات چندبعدی ساختاری منش است. این درمان بر پایه تکنیک بازگشایی ناهشیار در طی یک جلسه مصاحبه منفرد قرار دارد و نشان داده شده بر طیف وسیعی از اختلال‌های نشانه‌ای، اختلال‌های منش و ساختار منش شکننده مؤثر است [۲۲، ۲۳]. در بررسی‌های چندی تاثیر روان درمانی پویایی بر درمان اختلال‌های شخصیت مستند شده است. برای نمونه بررسی سولباکن و عباس^۴ نشان داد که روان پویایی کوتاه مدت می‌تواند با تمرکز بر پدیده انتقال بر کاهش علائم اختلال شخصیت،

بالاخص اختلال شخصیت مرزی تاثیر بگذارد [۲۴]. بررسی رابرتز و همکاران^۵ نیز نشان داده که روان درمانی پویایی برای درمان اختلال شخصیت، بالاخص اختلال شخصیت مرزی بسیار مفید است [۲۵]. بالاخره یکی دیگر از درمان‌هایی که بر کاهش ادراک طردشدگی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر بسزایی دارد، حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم است. حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم نوعی از روان‌درمانی است که برای درمان نشانه‌های مزاحم مانند اضطراب، احساس گناه، عصبانیت، افسردگی، ترس، تنظیم هیجان و احساس طردشدگی حاصل از تجارب آسیب‌زا، استفاده می‌شود. حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم نه تنها در کاهش کوتاه مدت نشانه‌های مزمن که به دنبال تجارب آسیب‌زا به وجود می‌آیند مؤثر است، بلکه فواید درمانی آن تا مدت‌ها ممکن است ادامه پیدا کند. در حال حاضر برآورد می‌شود که حدود نیم میلیون نفر در تمام گروه‌های سنی از این روش برای افزایش آرامش خود در دنیا بهره می‌برند [۲۶]. پژوهش‌های چندی در گذشته اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم را بر کاهش احساس گناه [۲۵] و نشانه‌های بازنمایی‌های عاطفه منفی و به موازات آن بر افسردگی و اضطراب ناشی از حادثه آسیب‌زا نشان داده‌اند [۲۷، ۲۸، ۲۹]. نگاهی به شواهد ارائه شده در پژوهش‌های منتشر شده تاکنون حاکی از تاثیر نسبی هر یک از چهار رویکرد طرح‌واره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان روان پویایی کوتاه‌مدت و بازپردازش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم برای اختلال شخصیت مرزی است.

علی‌رغم اثربخشی نسبی چهار روش درمانی (طرح‌واره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان روان پویایی کوتاه‌مدت و بازپردازش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم)، نکته حائز اهمیت که در میان بسیاری از پژوهشگران و درمانگران درگیر در درمان افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی مطرح است، این است که افراد مبتلا به این اختلال، علاوه بر مشکلاتی در سطح ایگو، در برابر درمان نیز مقاوم هستند و این مقاومت، درمان افراد مبتلا به این اختلال را به درمانی پرچالش برای درمانگران تبدیل می‌کند [۳۰، ۳۱]. این چالش‌انگیز بودن درمان افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی که در مواردی درمانگران را به سوی پوچی درمان سوق می‌دهد، کماکان نیز ادامه دارد و هر روز بیش از قبل درمانگران و پژوهشگران را برای یافتن درمان‌هایی مؤثر و

¹ Tan et al² Dickhaut & Armtz³ Linhan⁴ Solbakken & Abbass⁵ Roberts et al

ندارد و یا بسیار ضعیف است. مداخله حمایتی را می‌توان در طرح‌واره درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک به طور نسبی پی-جویی کرد. یا برای نمونه درمان ساخت مند و روشن در رفتار درمانی دیالکتیک وجود دارد، ولی در دیگر درمان‌های مورد استفاده برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، این ساخت مندی در حد ضعیف‌تری است [۳۴، ۳۳]. بر پایه آن چه بیان گردید، منطق صریح و روشن ترکیب درمان‌های مختلف در دو نکته بسیار مهم نهفته است: (۱) پیچیدگی و در آمیختگی مشکلات عاطفی، شناختی، رفتاری و هیجانی حال و گذشته به طور همزمان در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی (۲) ضرورت استفاده از حداکثر عوامل منجر به موفقیت درمان [۳۵، ۳۴]. با توجه به آن چه بیان شد، در این پژوهش نیز طرح‌واره درمانی یکپارچه محور به طور صریح بر مبنای پوشش دادن همزمان طیف مشکلات حال و گذشته افراد دارای ویژگی شخصیت مرزی و استفاده حداکثری از عوامل مورد نیاز برای موفقیت درمان این افراد از ترکیب چهار رویکرد طرح‌واره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان روان پویشی کوتاه‌مدت و بازپردازش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم تدوین و در کنار طرح‌واره درمانی یانگ مورد استفاده قرار گرفت. اهمیت و ضرورت صریح مطالعه حاضر با توجه به مستندات نظری و پژوهشی ارائه شده، بسترسازی برای درمان هر چه موثرتر و پایدارتر افراد دارای ویژگی شخصیت مرزی از طریق درمان‌های التقاطی و ترکیبی است. مسئله اصلی در پژوهش حاضر این بوده که آیا طرح‌واره درمانی یکپارچه‌نگر و طرح‌واره درمانی یانگ بر ادراک پردشدگی افراد واجد ویژگی‌های شخصیت مرزی تاثیر معناداری دارند؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح سه گروهی شامل درمان یکپارچه نگر طرح‌واره محور و طرح‌واره درمانی و یک گروه کنترل با دو مرحله پیش‌آزمون و پس-آزمون است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش را ۷۰ نفر از افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی در شهر اصفهان در زمستان سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند.

ب) نمونه آماری: از جامعه آماری معرفی شده ۴۵ نفر (برای هر یک از گروه‌های سه گانه پژوهش ۱۵ نفر) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های سه گانه پژوهش، با توجه به منابع معتبر

بادوام‌تر از گذشته برای این افراد ترعیب نموده است [۲۵، ۳۲، ۳۳، ۳۴]. در یافتن درمان‌های موثر و بادوام برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، درمانگران تاکنون از چند راهبرد، نظیر افزایش طول زمان درمان‌های مورد استفاده فراتر از زمان‌های متعارف (گاهی تا دو سال و بیشتر)، ترکیب درمان‌ها در کنار هم و ایجاد درمان‌های التقاطی و در نهایت پی‌جویی درمان‌های نوین به تناسب و اقتضای پیشرفت‌های علمی استفاده نموده‌اند [۳۳]. به باور بسیاری از درمانگران و پژوهشگران مجرب درگیر با افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، به دلیل درهم آمیختگی مشکلات شناختی، عاطفی، رفتاری و هیجانی و ریشه داشتن این مشکلات در گذشته و حال این افراد، درمان افراد مبتلا به این نوع اختلال، علاوه بر افزایش طول زمان درمان گاه تا چند سال، نیازمند ترکیبی از فنون و راهبردهای درمانی رفتاری، شناختی، عاطفی، فکری، هیجانی همراه با حل نسبی مشکلات تحولی و رشدی است [۳۴]. در مسیر ضرورت مورد اشاره، از چند سال قبل نیز استفاده از انواعی از درمان‌های ترکیبی آغاز و تاکنون ادامه دارد [۳۵، ۳۴]. در صریح‌ترین مورد، از میان درمان‌هایی که تاکنون برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی استفاده شده، طرح‌واره درمانی از نظر رویکرد نظری و درمانی، ترکیبی از رویکردهای شناختی-رفتاری، نظریه دلبستگی، گشتالت درمانی و دیدگاه‌های روان‌پویشی است [۱۵]. موفقیت نسبی طرح‌واره درمانی برای کمک به افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی که تاکنون گزارش شده [۱۵، ۱۶]، درمانگران و پژوهشگران را به ادامه ترکیب و استفاده از درمان‌های مختلف، بیش از پیش ترغیب نموده است. بیتسون و رائو با مروری جامع بر درمان‌های موثر برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، به‌طور صریح و آشکار عناصر موفقیت آمیز بودن درمان‌های افراد درگیر با این اختلال شخصیت را چهارچوب درمانی روشن و ساخت‌مند، تمرکز بر رابطه حمایتی، فعال بودن درمانگر، روابط همدلانه و همکارانه، تمرکز بر عواطف، مداخله جستجوگرانه و فعال، مداخله تغییر محور، حمایت و نظارت درمانگر همراه با جلسات درمان فردی در کنار جلسات درمان گروهی ذکر نموده‌اند [۳۳]. نگاهی عمیق و دقیق به عناصر لازم برای موفقیت درمان افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، همان‌گونه که بیتسون و رائو [۳۳] و زانارینی [۳۴] نیز بیان نموده‌اند، نشان می‌دهد که در عمل در هیچیک از درمان‌های غیرترکیبی و منفرد به طور همزمان نمی‌توانند وجود داشته باشند. برای نمونه درمان‌های مبتنی بر رویکرد روان‌پویشی، بر تفسیر محتویات ناهشیار تمرکز دارند ولی مداخله حمایتی که برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی ضروری است، در این رویکرد وجود

موجود برای دستیابی به توان آماری قابل قبول در مطالعات آزمایشی روان‌شناختی، در نظر گرفته شد. معیارهای ورود شامل:

دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، حداقل داشتن سطح تحصیلات سیکل، سکونت در شهر اصفهان، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی و وجود نشانه‌های شخصیت مرزی بر پایه مصاحبه بالینی نشانه‌های این نوع اختلال شخصیت در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی انجمن روان‌شناسی آمریکا. و معیارهای خروج نیز شامل:

عدم ابتلا به سایر اختلالات روان‌شناسی و روان‌پزشکی (عدم ابتلا به اختلالات شناخته شده شدید روانپزشکی)، شرکت در برنامه‌های روان‌درمانی دیگر و درمان‌های دارویی در خارج از مداخله آموزشی و درمانی در طول اجرای پژوهش، بستری شدن در بیمارستان روانی در طول دوره پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه در درمان و تغییر محل سکونت بودند

اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش به اختیار خود تحت یکی از دو روش درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و یا طرح‌واره‌درمانی در پژوهش مد نظر قرار گرفته است. از ابزارهای زیر در این پژوهش استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه ادراک طرد شدگی: ادراک طرد شدگی در این پژوهش از طریق پرسشنامه طرد بزرگسالی با ۶۰ سوال که توسط روهرنر و همکاران^۱ (۱۹۷۸) ساخت و معرفی شده، سنجش گردید [۳۶]. این پرسشنامه چهار حوزه صمیمیت/محبت، رفتار خصمانه/پرخاشگری، بی‌تفاوتی/نادیده گرفتن و طرد متمایز نشده را مورد سنجش قرار می‌دهد و پس از معکوس سازی برخی سوالات، یک نمره کلی از این پرسشنامه به دست می‌آید [۳۷]. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ تا ۴ (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نوسان نمرات از ۶۰ تا ۲۴۰ است و افزایش نمرات به معنای افزایش ادراک طرد شدگی است. روایی سازه این پرسشنامه از طریق بررسی ساختار عاملی پرسش نامه در تمام مطالعات تایید شده است [۳۸، ۳۹، ۴۰]. همچنین ضریب همسانی درونی نمره کلی

طرد و هم چنین کنترل رفتاری، بالاتر از ۰/۸ گزارش شده و نتایج بازآزمایی نیز نشان دهنده ضریب همبستگی ۰/۹۷ در نمونه امریکایی و در مطالعه دیگر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۵ به دست آمده است [۳۸، ۳۹]. نسخه-ای از این پرسشنامه در ایران توسط سید موسوی و همکاران از نظر شاخص‌های روان‌سنجی مورد بررسی قرار گرفته است [۴۰]. تحلیل عاملی تاییدی انجام شده در ایران روایی سازه عاملی این پرسشنامه را تایید نموده و بین نمرات حاصل از این پرسشنامه و پرسشنامه سازگاری روان‌شناختی به عنوان شواهدی از روایی ملاکی، رابطه معناداری گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در ایران بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ و پایایی بازآزمایی نیز با فاصله ۳ ماه برابر ۰/۷۶ گزارش شده است [۴۰]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ادراک طرد شدگی برابر با ۰/۷۱ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

پس از این که شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند، در هر سه گروه با استفاده از پرسشنامه ادراک طرد شدگی پیش‌آزمون اجرا شد، سپس گروه‌های آزمایش، یعنی درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و طرح‌واره‌درمانی به صورت گروهی و طی ۱۵ جلسه ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای (به تناسب طول جلسات در برخی جلسات ۶۰ دقیقه و در برخی دیگر ۱۲۰ دقیقه بود) به صورت هفته‌ای یک جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه درمانی دریافت ننمود. پس از پایان جلسات درمان، هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه ادراک طرد شدگی مجدد پاسخ دادند. لازم به ذکر است که درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی تهیه و تدوین گردید. ضریب توافق شش داور، با توجه به توصیه در باره استفاده از حداقل پنج داور برای ارزیابی محتوایی و تناسب درمان‌های مورد استفاده در مطالعات روان‌شناختی، در مورد ساختار، تناسب محتوایی بسته درمانی با نیازهای افراد دارای ویژگی-های شخصیت مرزی، کفایت درمانی، کفایت زمانی کل بسته و کفایت زمانی هر جلسه از درمان بین ۰/۹۴ تا ۰/۹۸ در نوسان بود. علاوه بر این طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) تاثیر این بسته درمانی بر متغیر ادراک طرد شدگی بررسی گردید. طرح‌واره درمانی نیز مطابق با بسته درمانی یانگ در این پژوهش اجرا شد [۱۰، ۴۱]. خلاصه محتوای جلسات طرح‌واره درمانی یکپارچه‌نگر و طرح‌واره درمانی در دو جدول

^۱ Rohner et al

۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور

جلسات درمان	شرح جلسه
اول	هدف: تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی و آسیب‌پذیری هویتی فرایند و فنون: تسهیل پیوند باز آفرینی (تکنیک‌های مقدماتی)، مصاحبه روانی (راهبردهای ثبت تاریخچه و طرح کلی درمان)، کاوش در تاریخچه زندگی مراجع (تکنیک‌های مقدماتی)، راهبردهای اعتباربخشی
دوم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری اجتماعی فرایند و فنون: ترسیم خطوط کلی اهداف درمان (تکنیک‌های مقدماتی)، مصاحبه روانی (راهبردهای ثبت تاریخچه و طرح کلی درمان) ارزیابی تشخیصی اولیه
سوم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی فرایند و فنون: ارزیابی تشخیصی اولیه (درمان آزمایشی)
چهارم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری فرایند و فنون: آشنایی با طرح‌واره‌ها و تغییر ذهنیت طرح‌واره‌ها به صورت مقدماتی (تکنیک‌های مقدماتی)
پنجم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری آسیب‌پذیری اجتماعی فرایند و فنون: تعهد زنده ماندن برای یکسال و عدم خودکشی یک ساله (راهبردهای مقدماتی)، تعهد کار کردن روی رفتار های مغل درمان و کیفیت زندگی (راهبردهای مقدماتی)، تعهد دنبال کردن درمان برای یک بازه مشخص (راهبردهای مقدماتی)، تعیین-توافق با محدودیت (تکنیک‌های مقدماتی)، تعیین محدودیت برای رفتار خود تخریب-گری مراجع و کنار آمدن با بحران (تکنیک‌های مقدماتی)، محدودیت‌گزینی برای رفتار پراشگرانه (تکنیک‌های مقدماتی)، محدودیت‌گزینی برای والد تنبیه‌گر (تکنیک‌های مقدماتی)
ششم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری فرایند و فنون: حمایت بحران برای مراجعان دارای مشکلات فقدان به منظور آگاه شدن از احساسات متناسب با فقدان ریشه کن کردن دفاع‌های غیر انطباقی مثل انکار، اجتناب، دفاع‌های وسواسی، قرارگیری فقدان در مسیر مناسب، تسلط بر بحران و انجام عمل سوگ
هفتم	هدف: تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری هویتی فرایند و فنون: مراقبه (راهبردهای آماده سازی)، فعالیت‌های ذهن‌آگاهی (تکنیک‌های شناختی-رفتاری)، فعالیت‌های لذت‌بخش برای مهربانی با خویش (تکنیک‌های رفتاری)، تکنیک‌های اضافی آرام بخش (راهبردهای آماده سازی)
هشتم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری اجتماعی فرایند و فنون: تصویر سازی ذهنی (تکنیک‌های تجربی)، تکنیک دو صندلی (تکنیک‌های تجربی)، تکنیک نامه نوشتن (تکنیک‌های تجربی)
نهم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری اجتماعی فرایند و فنون: تصویر سازی ذهنی (تکنیک‌های تجربی)، تکنیک دو صندلی (تکنیک‌های تجربی)، تکنیک نامه نوشتن (تکنیک‌های تجربی)
دهم	هدف: تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی و آسیب‌پذیری جسمانی فرایند و فنون: تحریک دو سویه مغز به روش دیداری-شنیداری-لمسی (حساسیت زدایی)، تکنیک تصویر سازی-ترکیبی (دقیق شدن در تنش‌های باقی مانده در بدن)، مثلث تعارض، مداخله بحران
یازدهم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی و آسیب‌پذیری اجتماعی فرایند و فنون: آموزش طبیعی بودن احساسات و نیاز (تکنیک‌های شناختی)، آموزش تجربه و بروز دادن احساسات خود بدون تنبیه (تکنیک‌های شناختی)، آموزش عدم خود تنبیهی در صورت هر گونه گناه-خطا (تکنیک‌های شناختی)، آموزش استفاده از تبیین متفاوت و گره گشا برای موقعیت خشم آور (تکنیک‌های شناختی)، باز والدینی صحیح (تکنیک‌های شناختی)، برجسته‌نمایی ویژگی مثبت مراجع (تکنیک‌های شناختی)، رد باور "ویژگی مثبت والد دلیل موجه برای رفتار خود آسیب رسان" (تکنیک‌های شناختی)، آموزش کارت آموزشی (تکنیک‌های شناختی)، آموزش فرم ثبت طرح‌واره (تکنیک‌های شناختی)، اصلاح شناختی (راهبردهای تغییر)، آموزش روانی مفهوم دیالکتیک (راهبردهای دیالکتیک)
دوازدهم و سیزدهم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری فرایند و فنون: واقعیت آزمایی، ایفای نقش (تکنیک رفتاری)، تصویر سازی (تکنیک رفتاری)، گروه خودیاری (تکنیک رفتاری)، تمرین خارج از جلسات به عنوان تکلیف خانگی (تکنیک رفتاری)، آموزش تکنیک جرأت مندی همراه با تدبیر اندیشی (تکنیک رفتاری)، آموزش مهارت حل مساله (راهبردهای تغییر)، آموزش مهارت تحمل پریشانی (راهبردهای تغییر)، آموزش مهارت تنظیم هیجانی (راهبردهای تغییر)، روش‌های وابستگی (راهبردهای تغییر)
چهاردهم	هدف: تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری اجتماعی در کنار آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری و آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی فرایند و فنون: مثلث شخصی، آموزش مهارت و کارآمدی بین فردی (راهبردهای تغییر)، مرور مفهوم دو نیمه سازی و دیالکتیک در ارتباطات (راهبردهای دیالکتیک)
پانزدهم	هدف: تمرکز بر آسیب‌پذیری هویتی در کنار آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری، آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی، آسیب‌پذیری جسمانی و تکنیک‌های فردی-هویتی. فرایند و فنون: آموزش مهارت مدیریت خود (راهبردهای تغییر)، پانسمان موقتی جراحات روانی (بستن)، ارزیابی مجدد (چک روند)، جلسات تیم مشاوره (راهبردهای مدیریت بیمار)، تکنیک زیستی.

جدول ۲. خلاصه جلسات طرح‌واره‌درمانی

جلسات درمان	شرح جلسه
اول	مفهوم پردازی مشکل بیمار شامل اخذ یک مصاحبه تشخیصی کامل و اطلاعات مربوط به مشکلات بیمار و جستجوی رابطه بیمار با والدین، مراقبین و برقراری پیوند باز والدینی با بیمار.
دوم	مفهوم پردازی مشکل بیمار شامل اخذ یک مصاحبه تشخیصی کامل و اطلاعات مربوط به مشکلات بیمار و جستجوی رابطه بیمار با والدین، مراقبین و برقراری پیوند باز والدینی با بیمار.
سوم	ترسیم خطوط کلی اهداف درمان و هدف‌گزینی بر اساس گفته‌های بیمار.
چهارم	ارزیابی چهار عامل زمینه ساز در محیط اولیه دوران کودکی بیمار شامل بدر رفتاری، ناامنی، رها شدگی و محرومیت هیجانی، اطلاعات از نیازها و احساسات و تنبیه‌گری یا طرد

شدن.	
پنجم	بحث پیرامون ریشه های تحولی طرحواره ها و ذهنیت ها؛ معرفی و بررسی تست آنالین طرحواره یانگ با استفاده از ربات تله شخصیتی
ششم	بحث پیرامون ریشه های تحولی طرحواره ها و ذهنیت ها؛ معرفی و بررسی تست آنالین طرحواره یانگ با استفاده از ربات تله شخصیتی
هفتم	آموزش ذهنیت ها به بیمار، عوامل برانگیزاننده آن، شناسایی آن در کودکی، ارزش انطباقی آن در کودکی، مزایا و معایب تجربه هیجانات مرتبط با این ذهنیت
هشتم	درمان ذهنیت کودک رها شده؛ ایجاد محیط حمایت گرایانه، تاکید بر رابطه درمانی، استفاده از تصویر سازی ذهنی و مراقبت از کودک رها شده توسط درمانگر، آموزش نیازهای طبیعی انسان و آموزش جرات مندی با استفاده از ایفای نقش و دادن تکلیف خانگی به بیمار.
نهم	ادامه درمان ذهنیت کودک رها شده؛ ایجاد محیط حمایت گرایانه، تاکید بر رابطه درمانی، استفاده از تصویر سازی ذهنی و مراقبت از کودک رها شده توسط درمانگر، آموزش نیازهای طبیعی انسان و آموزش جرات مندی با استفاده از ایفای نقش و دادن تکلیف خانگی به بیمار.
دهم	درمان ذهنیت محافظ بی تفاوت؛ ایجاد فضایی امن برای بیمار به منظور تجربه کردن احساسات بیمار، نام گذاری ذهنیت محافظ بی تفاوت و شناسایی عوامل برانگیزاننده این ذهنیت، تصویر سازی و محدودیت گزینی برای والد تنبیه گر، ابزار نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
یازدهم	ادامه درمان ذهنیت محافظ بی تفاوت؛ ایجاد فضایی امن برای بیمار به منظور تجربه کردن احساسات بیمار، نام گذاری ذهنیت محافظ بی تفاوت و شناسایی عوامل برانگیزاننده این ذهنیت، تصویر سازی و محدودیت گزینی برای والد تنبیه گر، ابزار نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
دوازدهم	درمان ذهنیت والد تنبیه گر؛ جنگیدن با والد تنبیه گر با استفاده از تصویر سازی ذهنی و شناسایی والد تنبیه گر واقعی، تصویر سازی و محدودیت گزینی برای والد تنبیه گر، ابزار نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
سیزدهم	ادامه درمان ذهنیت والد تنبیه گر؛ جنگیدن با والد تنبیه گر با استفاده از تصویر سازی ذهنی و شناسایی والد تنبیه گر واقعی، تصویر سازی و محدودیت گزینی برای والد تنبیه گر، ابزار نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
چهاردهم و پانزدهم	درمان ذهنیت کودک عصبانی؛ استفاده از تصویر سازی ذهنی و تخلیه خشم بیمار به افراد آسیب رسان، آموزش بیمار درباره ارزش خشم، جایگزینی مهارت های جسارت مندی به جای حالت های پرخاشگرانه، استفاده از تکنیک های جسارت مندی و تدبیر اندیشی برای خشم به وسیله ایفای نقش؛ جمع بندی و تاکید بر جایگزینی ذهنیت بزرگسال بر سایر ذهنیت ها.

شیوه تحلیل داده ها

در تحلیل آماری داده ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس های خطا از طریق آزمون لوین، از تحلیل کوواریانس و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده ها از طریق نرم افزار اس پی اس اس^۱ نسخه ۲۴ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

نتایج

در گروه درمان یکپارچه نگر طرحواره محور، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) مرد و ۱۱ نفر (معادل ۷۳/۳ درصد) زن بودند. در گروه طرحواره درمانی یانگ نیز ۶ نفر مرد (معادل ۴۰ درصد) و ۹ نفر (معادل ۶۰ درصد) زن بودند. در گروه کنترل، ۵ نفر مرد (معادل ۳۳/۳ درصد) و ۱۰ نفر زن (معادل ۶۶/۷ درصد) بودند. آزمون خی دو نشان داد از نظر ترکیب جنسیتی بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه درمان یکپارچه نگر طرحواره محور برابر با $32/29 \pm 5/22$ ، در گروه طرحواره درمانی یانگ برابر با $32/86 \pm 9/93$ و در گروه کنترل برابر با $39/29 \pm 13/37$ بود. تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین میانگین سنی سه گروه با یکدیگر تفاوت معناداری

وجود ندارد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها و نتایج بررسی برابری واریانس های خطا از طریق آزمون لوین در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (نرمال بودن توزیع داده ها) و آزمون لوین برای ادراک طرد شدگی در سه گروه و دو مرحله

گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	آماره	معناداری	آماره	معناداری
آزمون شاپیرو-ویلک				
درمان یکپارچه نگر طرحواره محور	۰/۹۲	۰/۲	۰/۸۱	۰/۰۰۵
طرحواره درمانی یانگ	۰/۹۵	۰/۵۴	۰/۸۲	۰/۰۰۷
کنترل	۰/۸۸	۰/۰۵	۰/۹۱	۰/۱۲
آزمون لوین				
گروه های سه گانه پژوهش	۰/۶۳	۰/۵۳	۰/۹۸	۰/۳۸

چنان که در جدول ۳ مشاهده می شود، در هر سه گروه پژوهش در پیش آزمون نرمال بودن توزیع داده ها رعایت شده است ($p > 0/05$)، ولی در مرحله پس آزمون در ادراک طرد شدگی دو گروه یکپارچه نگر طرحواره محور و طرحواره درمانی دارای توزیع نرمال نبوده اند. در این خصوص با توجه به برابری تعداد گروه ها و نرمال بودن توزیع در پیش آزمون در هر سه گروه و گروه کنترل در مرحله پس آزمون، کماکان می توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود. همچنین بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۳، در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون برابری واریانس های خطا رعایت شده است ($p > 0/05$). در جدول ۴، میانگین و انحراف معیار ادراک طرد شدگی در دو

^۱ Statistical Package for Social Science (SPSS)

مرحله پژوهش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) به تفکیک گروه‌های سه‌گانه پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار ادراک طرد شدگی به تفکیک سه گروه پژوهش و دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (n=۴۵)

متغیر	مرحله	درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور		طرح‌واره درمانی یانگ		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک طرد شدگی	پیش‌آزمون	۱۶۸/۱۳	۳۷/۵۸	۱۸۴/۶۰	۴۲/۰۶	۱۵۲/۸۷	۳۷/۱۸
	پس‌آزمون	۱۳۵/۸۷	۲۷/۲۳	۱۴۲/۸	۳۸/۱۱	۱۵۳/۶۰	۳۶/۵۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در ادراک طرد شدگی، گروه درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و گروه طرح‌واره درمانی یانگ در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش قابل توجهی را نشان می‌دهند. در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس برای ادراک طرد شدگی ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون برای ادراک طرد شدگی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۸۴۴۳/۸۶	۱	۱۸۴۴۳/۸۶	۲۴/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹
عضویت گروهی	۶۶۵۳/۲۲	۲	۳۳۲۹/۱۱	۴/۴۱	۰/۰۱۸	۰/۱۸	۰/۷۳
خطا	۳۰۹۱۹/۸۷	۴۱	۷۵۴/۱۴	-	-	-	-

چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از کنترل پیش‌آزمون بین سه گروه پژوهش ($p < ۰/۰۵$; $F = ۴/۴۱$; $df = ۲$) تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه جفتی گروه‌های سه‌گانه پژوهش در مرحله پس‌آزمون در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در ادراک طرد شدگی در سه گروه پژوهش

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده	خطای استاندارد	معناداری
گروه درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور	گروه طرح‌واره درمانی یانگ	۱/۹۱	۱۰/۱۹	۱
گروه درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور	گروه گواه (کنترل)	-۲۵/۹۴	۱۰/۱۶	۰/۰۴۴
گروه طرح‌واره درمانی یانگ	گروه گواه (کنترل)	-۲۷/۸۵	۱۰/۶۰	۰/۰۳۶

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، بین ادراک طرد شدگی در مرحله پس‌آزمون بین گروه درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و گروه طرح‌واره درمانی یانگ با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$)، ولی بین دو گروه درمانی با یکدیگر تفاوت معنادار نیست ($p > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور بر ادراک طرد شدگی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که دو درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور و طرح‌واره درمانی در مقایسه با گروه کنترل در کاهش ادراک طرد شدگی دارای اثربخشی هستند. همچنین اثربخشی دو درمان مورد استفاده بر کاهش ادراک طرد شدگی با یکدیگر برابر بود. جستجوها برای دسترسی به پژوهشی که طی آن طرح‌واره درمانی یکپارچه‌نگر محور (متشکل از چهار رویکرد طرح‌واره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان روان پویایی کوتاه‌مدت و بازپردازش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم) در کنار طرح‌واره درمانی یانگ در تاثیر بر ادراک طرد شدگی بر روی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفته باشد، به نتیجه‌ای منتهی نشد. با این وجود در برخی مطالعات علاوه بر طرح‌واره درمانی، ترکیب این درمان با یکی از اشکال رفتار درمانی دیالکتیک و یا روان درمانی پویایی کوتاه مدت مورد استفاده قرار گرفته که تا اندازه‌ای می‌توان یافته‌های پژوهش حاضر را با آن‌ها مورد مقایسه قرار داد. برانزده و همکاران تاثیر طرح‌واره درمانی را بر کاهش احساس ترک و رهاشدگی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی [۱۴]، تان و همکاران در پژوهش خود تاثیر طرح‌واره درمانی را بر ارتقاء فهم بهتر خود و فهم و مدیریت مناسب‌تر فرایندهای هیجانی [۱۵]، دیخوت و آرنتر تاثیر ترکیب طرح‌واره درمانی فردی و گروهی را بر نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [۱۶] و سمپرتوگی و همکاران اثربخشی طرح‌واره درمانی را بر اصلاح و تغییر روابط بین فردی [۱۷] در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی نشان دادند. تاثیر طرح‌واره درمانی یکپارچه‌نگر محور و طرح‌واره درمانی یانگ بر کاهش احساس طرد شدگی در مطالعه حاضر

به طور نسبی با یافته‌های پژوهشی مورد اشاره همسویی نشان می‌دهد.

در تبیین یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص تاثیر طرح‌واره درمانی بر ادراک طرد شدگی می‌توان این چنین بیان نمود که از نقطه نظر رویکرد طرح‌واره درمانی، مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی لازم است با استفاده از فنون درمانی خودابرازی در روابط بین فردی، مانند نوشتن نامه به افراد مهم زندگی خویش که در دوران کودکی و نوجوانی به آنان آسیب رسانده‌اند، به مسیر شناخت هیجان‌ها و احساسات خود و بیان حقوق خود وارد شوند. از طرف دیگر طرح‌واره درمانی با بهره بردن از رابطه درمانی و استفاده از فنون بازآفرینی نقش‌های والدینی و واقعیت آزمایشی همدلانه قادر است با متوازن نمودن طرح‌واره‌ها به ویژه طرح‌واره محرومیت هیجانی بر ادراک طرد شدگی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی مؤثر باشد. از طرف دیگر از آنجاکه افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی به نشانه‌های طرد شدن حساس هستند، طرح‌واره درمانی با بهره بردن از فنون شناختی، به‌ویژه تعریف مجدد از شواهد تأیید کننده طرح‌واره‌های خود در کنار برخورد غیرقضاوتی (به معنای این که افراد نه به مشاهدات خود چیزی بیفزایند و نه از آن کم کنند)، این امکان و زمینه را برای افراد واجد ویژگی‌های شخصیت مرزی فراهم می‌کند تا محرک‌های پیرامونی که منجر به فعال شدن طرح‌واره طرد و رهاشدگی می‌شوند را بازتعریف نموده و از این طریق از احساس طردشدگی آن‌ها کاسته شود. از طرف دیگر چون بازتفسیر نقش‌های والدینی یکی از راهبردهای اساسی در طرح‌واره درمانی در مرحله تغییر است [۱۲]، یکی دیگر از دلایل احتمالی که می‌توان برای تاثیر طرح‌واره درمانی برای کاهش احساس طرد شدگی در افراد واجد ویژگی‌های شخصیتی مرزی مطرح نمود این است که در سیر طرح‌واره درمانی و رهایی نسبی از طرح‌واره‌های ناسازگار، سطح احساس امنیت درونی افزایش می‌یابد و به دنبال آن از احساس طرد شدگی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی کاسته می‌شود. این یافته با آن چه در مطالعات قبلی مورد تاکید قرار گرفته همسویی دارد [۱۴، ۱۵، ۱۶].

در کنار تاثیر طرح‌واره درمانی یانگ بر کاهش ادراک طردشدگی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره محور مرکب از طرح‌واره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان روان پویایی کوتاه‌مدت و بازپردازش حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم، بر کاهش ادراک طردشدگی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی دارای تاثیر معناداری است. علاوه بر تبیین‌های مطرح برای تاثیر طرح‌واره درمانی بر کاهش ادراک طرد شدگی، به دلیل

استفاده از فنون رفتار درمانی دیالکتیک در کنار فنون طرح‌واره درمانی در بسته طرح‌واره درمانی یکپارچه محور در مطالعه حاضر، در خصوص تأثیر فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش ادراک طردشدگی می‌توان چنین بیان کرد که چون رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تغییر و اصلاح رفتاردرمانی شناختی متمرکز است و در افرادی استفاده می‌شود که با هیجانات خارج از کنترل و همچنین مسائل خلقی و هیجانی نظیر خشم، بی‌ثباتی عاطفی، تحریک‌شدگی و طردشدگی دست‌وپنجه نرم می‌کنند [۱۸، ۱۹، ۲۰]، دارای این توان و ظرفیت هست تا در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی این شناخت و باور را تقویت کند که رفتارهای مختل‌کننده، رفتارهایی اکتسابی هستند که می‌توان با ایجاد ظرفیت و مهارت رفتاری جدید و خلاقانه به مقابله با آن‌ها پرداخت [۱۸]. از چنین منطقی فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق تعدیل کارکردهای بین فردی می‌توانند بر کاهش احساس طردشدگی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی تأثیر بگذارند. از طرفی دیگر از آنجاکه رفتاردرمانی دیالکتیکی ذهن آگاهی را نیز در فرایند درمان مورد استفاده قرار می‌دهد، می‌تواند با افزایش تمرکز فرد و آموزش زندگی در لحظه حال و اتخاذ رویکردی غیر قضاوتی، در کنار آموزش تنظیم هیجانی در کاهش طردشدگی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی مؤثر باشد. در کنار طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک، دو رویکرد مورد استفاده دیگر در درمان یکپارچه نگر طرح‌واره محور، یکی روان درمانی پویایی کوتاه‌مدت با تمرکز بر روابط گذشته بیمار که باعث شناخت و همچنین بینش فرد نسبت به روابط و همچنین گذشته خویش می‌گردد [۲۲، ۲۳، ۲۴] و فنون مربوط به حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم نیز از طریق قطع ارتباط خاطرات با یکدیگر [۲۶، ۲۷، ۲۸]، بستر را برای کاهش اثر خاطرات روابط آسیب‌زای گذشته فراهم نموده و از این طریق از نقش‌آفرینی این روابط و خاطرات بر احساس طردشدگی جلوگیری می‌کنند. همین امر می‌تواند زمینه ساز کاهش ادراک طرد شدگی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی شود. نکته نهایی که در تبیین نتایج لازم است به آن توجه کافی شود، برابری اثرات دو رویکرد طرح‌واره درمانی یکپارچه محور و طرح‌واره درمانی یانگ بر ادراک طردشدگی است. علی‌رغم این که این انتظار وجود دارد تا درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره محور نسبت به طرح‌واره درمانی یانگ، به دلیل این که در آن از فنون و عوامل درمانی چهار رویکرد درمانی استفاده می‌شود و این استفاده بستر ساز تامین هر چه بیشتر عواملی خواهد بود که برای درمان موفقیت آمیز افراد واجد ویژگی‌های شخصیتی مرزی ضروری است [۳۳، ۳۴]، اثرات نسبی بیشتری را نشان بدهد، ولی این

ادراک طرد شدگی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی مشکلاتی را در سطح فردی و در سطح خانوادگی و اجتماعی برای این افراد ایجاد می‌کند، به روان‌شناسان و مشاورانی که با افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی در میان مراجعان خود مواجه می‌شوند و در بررسی‌های انجام شده متوجه بالا بودن ادراک طرد شدگی آن‌ها می‌شوند، پیشنهاد می‌کنیم تا به تناسب مهارت و توان خود از یکی از دو درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره محور و یا طرح‌واره درمانی یانگ برای مراجعان خود در مسیر کاهش ادراک طرد شدگی آن‌ها استفاده کنند. این امر می‌تواند موجبات ارتقاء سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی را فراهم کند.

تشکر و قدردانی

نتایج این مطالعه بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) و دارای کد اخلاق برابر با IR.IAU.KHUISF. REC.1397.025 می‌باشد. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر که با شرکت خود در این مطالعه امکان اجرای آن را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Savage M, Lenzenweger MF. (2018). The impact of social exclusion on "reading the mind in the eyes" performance in relation to borderline personality disorder features. *Journal of personality disorders*, 32(1): pp.109-130.
- 2- Brüne M. (2016). Borderline personality disorder: Why 'fast and furious'? *Evolution, Medicine, and Public Health*, 4(1): pp. 52-66.
- 3- Weinbrecht A, Niedeggen M, Roepke S, Renneberg B. (2018). Feeling excluded no matter what? Bias in the processing of social participation in borderline personality disorder. *NeuroImage: Clinical*, 19: pp.343-350.
- ۴- رجبی، اطهر؛ کاظمیان، سمیه و اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۴). پیش‌بینی ادراک طرد شدگی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در سالمندان فعال و غیرفعال. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲(۲)، صص ۵۰-۷۱.
- 5- Rohner RP, Khaleque A. (2010). Testing central postulates of parental acceptance- rejection theory (PARTheory): A meta- analysis of cross- cultural studies. *Journal of Family Theory & Review*, 2(1): pp.73-87.

پیش‌بینی در مطالعه حاضر تایید نشد. تبیین برابری یا عدم برابری اثرات دو درمان مورد استفاده در مطالعه حاضر تا تکرار پژوهش در آینده لازم است به تعویق افتد. اما یکی از مهمترین نکاتی که لازم است در این خصوص به آن توجه شود، طول زمان درمان است. مطابق با پژوهش‌های انجام شده [۳۳، ۳۴]، یکی از عوامل بسیار مهم در موفقیت و ثبات نتایج درمان، طول دوره درمان تا دو سال و بیشتر برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی است. در مطالعاتی از نوع مطالعه حاضر، طول دو درمان با هم برابر بوده، به اضافه این‌که محوریت درمان در طرح‌واره درمانی یکپارچه محور نیز بر طرح‌واره درمانی بوده و از فنون درمان‌های دیگر در حد نیاز در جلساتی استفاده شده است. برای قطعیت در باره اثربخشی طرح‌واره درمانی یکپارچه محور در کنار طرح‌واره درمانی یانگ، لازم است طول درمان مطابق با توصیه‌های مطرح حداقل تا دو سال ادامه یابد تا به طور دقیق تفاوت‌ها و شباهت‌های احتمالی اثرات درمانی به طور بارزتری نمود یابند.

در پایان نیز لازم است تا قبل از نتیجه‌گیری پایانی به محدودیت‌های پژوهش توجه لازم و کافی بشود. محدودیت اول پژوهش حاضر گروه نمونه افراد واجد ویژگی‌های شخصیت مرزی که در پژوهش شرکت داشته‌اند بوده است. با توجه به نمونه مورد مطالعه تعمیم نتایج به دیگر اختلال‌های شخصیتی با محدودیت مواجه است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، بالاخص درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره محور، برای دیگر اختلال‌های شخصیت شاخه B که با اختلال شخصیت مرزی در یک دسته قرار می‌گیرند مورد استفاده قرار گیرد تا تاثیرات درمانی این رویکرد برای دیگر اختلال‌های شخصیت روشن شود. به دلیل محدود بودن تعداد افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی و استفاده از نمونه گیری هدفمند، امکان انتخاب تصادفی اولیه و استفاده از طرح آزمایشی کامل در مطالعه حاضر میسر نگردید. در این مورد نیز پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی با گسترش گستره جغرافیایی مطالعه از انتخاب تصادفی و طرح آزمایشی کامل استفاده شود. بالاخره این‌که در مطالعه حاضر، پیگیری پایداری اثرات درمان‌های به کار برده شده، به دلیل محدودیت زمانی، استفاده نشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده پایداری اثرات درمان یکپارچه نگر طرح‌واره محور و طرح‌واره درمانی یانگ بر ادراک طرد شدگی و متغیرهای همپوش دیگر با افزودن مرحله پیگیری نیز مورد بررسی قرار گیرد.

در مجموع برپایه یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص تاثیر معنادار درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره محور و طرح‌واره درمانی یانگ بر کاهش ادراک طردشدگی و با توجه به این‌که

- 16- Dickhaut V, Arntz A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2): pp.242-251.
- 17- Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MH. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 3: pp.426-47.
- ۱۸- آقابوسفی، علیرضا؛ اورکی، محمد؛ قربانی، طاهره و مهدیه، ملیحه (۱۳۹۵). تعیین میزان رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش تمایز یافتگی خویشتن در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سومصرف مواد. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۶(۲۳)، صص ۸۰-۶۱.
- 19- Coyle TN, Shaver JA, Linehan MM. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2): pp.116.
- 20- DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. (2018). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1): pp.60-72.
- ۲۱- یوسفوند، مهدی؛ قدم‌پور، عزت‌اله؛ میردریگوند، فضل‌اله؛ حسینی، حسین و فرخ‌زادیان، علی‌اصغر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان DBT (رفتار درمانی دیالکتیک) بر نیازهای خودتعیین‌گری (SDN) و معنای تحصیل (MOE) دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی. روانشناسی بالینی و شخصیت-دانشور رفتار سابق، ۱۶ (۲)، صص ۸۷-۹۸.
- 22- Stevenson J, Haliburn J, Halovic S, Korner A, McLean L. (2018). Mobilizing self through short-term dynamic interpersonal psychotherapy: a preliminary report. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32(4): pp.351-367.
- 23- Buller S. (2018). Understanding Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A guide for clinicians. *Psychodynamic Practice*, 24(1): pp.1-9
- 24- Solbakken OA, Abbass A. (2014). Implementation of an intensive short-term dynamic treatment program for patients with treatment-resistant disorders in residential care. *BMC Psychiatry*, 14: 12.
- 25- Roberts BW, Luo J, Briley DA, Chow PI, Su R, Hill PL. (2017). A systematic review of personality trait changes through intervention. *Psychological Bulletin*, 143(2): 117-141.
- 6- Ernst M, Mohr HM, Schött M, Rickmeyer C, Fischmann T, Leuzinger-Bohleber M, Grabhorn R. (2018). The effects of social exclusion on response inhibition in borderline personality disorder and major depression. *Psychiatry research*, 262: pp.333-339.
- 7- Little H, Tickle A, das Nair R. (2018). Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3): pp.278-301.
- 8- Oud M, Arntz A, Hermens ML, Verhoef R, Kendall T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10): pp.949-961.
- ۹- محمدی زاده، لادن؛ مکوندی، بهنام؛ پاشا، رضا؛ بختیارپور، سعید و حافظی، فریبا (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرح‌واره درمانی بر کاهش میزان رفتار تکانشی در آشفتگی شخصیت مرزی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۵۸(۱۰۶)، صص ۵۳-۴۴.
- ۱۰- یانگ، ج (۱۳۹۱). شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت رویکرد طرح‌واره‌محور، ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور، تهران، انتشارات ارجمند.
- 11- Young JE. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- 12- Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. (2018). Corrigendum to "A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial" [(J. Behav. Ther. Exp. Psychiatr.) 40 (2) (June 2009) 317-328]. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 60: pp.111.
- ۱۳- سجادی، نسیم؛ گل‌محمدیان، محسن و حجت‌خواه، محسن. (۱۳۹۶). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر انگیزش تحصیلی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۱)، صص ۳۵-۴۲.
- 14- Barazandeh H, Kissane DW, Saedi N, Gordon M. (2018). Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiatry research*, 261: pp.1-6.
- 15- Tan YM, Lee CW, Averbek LE, Brand-de Wilde O, Farrell J, Fassbinder E, et al. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLoS One*, 13(11): e0206039.

- 37- Rohner RP. (2006). Youths' perceptions of corporal punishment, parental acceptance, and psychological adjustment in a Turkish metropolis. *Cross-Cultural Research*, 40(3): pp.250-267.
- 38- Varan A. (2010). Relation between perceived parental acceptance and intimate partner acceptance in Turkey: Does history repeat itself? *Ethos*, 33(3): pp.414-426.
- 39- Rohner RP. (2008). Parental acceptance-rejection theory studies of intimate adult relationships. *Cross-Cultural Research*, 42(1): pp.5-12.
- ۴۰- سیدموسوی، پریرا سادات؛ قنبری، سعید و مظاهری، محمدعلی (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌های پذیرش و طرد والدین و شریک صمیمی در دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۱(۴)، صص ۳۳۷-۳۲۷.
- ۴۱- محمودیان دستنایی، طاهره؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ امیری، شعله و منشی، غلامرضا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر باورهای اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتها و پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی. *روانشناسی بالینی و شخصیت-دانشور رفتار سابق*، ۱۶(۱)، صص ۴۸-۳۳.
- ۲۶- مرادی، مسعود؛ صدری دمیرچی، اسماعیل و محمدی، نسیم (۱۳۹۶). اثربخشی روش درمان حساسیت زدایی به واسطه حرکات چشم و بازپردازش بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب امتحان دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۳)، صص ۱۱۰-۱۲۹.
- 27- Konuk E, Yurtsever A, Tükel F, Konuk EK, Çetinkaya M, Zat Z, Shapiro ED. (2018). An eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) group intervention for Syrian refugees with post-traumatic stress symptoms: Results of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9: pp.493.
- 28- Landin-Romero R, Moreno-Alcazar A, Pagani M, Amann BL. (2018). How does eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on suggested mechanisms of action. *Frontiers in Psychology*, 9: pp.1395.
- ۲۹- صادقی، خیرالله؛ ارجمندنی، علی اکبر و نامجو، سارا (۱۳۹۴). تاثیر روش حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر بازنمایی‌های عاطفی منفی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *نشریه روان‌پرستاری*، ۳(۳)، صص ۲۹-۴۰.
- ۳۰- روشن چلسی، رسول؛ عینی، ساناز و دل آرا، امیرصالح (۱۳۹۷). پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت خوشه B بر پایه مدل پنج عاملی جایگزین زاگرم-کلمن و قدرت ایگو. *روانشناسی بالینی و شخصیت-دانشور رفتار سابق*، ۱۶(۲)، صص ۱۵-۷.
- 31- Perry JC, Bond M, Békés V. (2017). The rate of improvement in long-term dynamic psychotherapy for borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7): pp.517-524.
- 32- Sahin Z, Vinnars B, Gorman BS, Wilczek A, Åsberg M, Barber JP. (2018). Clinical severity as a moderator of outcome in psychodynamic and dialectical behavior therapies for borderline personality disorder. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 9(5): p.437.
- 33- Beatson J, Rao S. (2014). Psychotherapy for borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 22(6): pp. 529-532.
- 34- Zanarini M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120(5): pp. 373-377.
- 35- Menchaca A, Perez O, Peralta A. (2007). Intermittent-continuous eclectic therapy: A group approach for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(4): pp. 281-284.
- 36- Rohner RP, Khaleque A. (2005). Handbook for the study of parental acceptance and rejection. Rohner Research. 4th Edition.