

**اثر بخشی طرحواره‌درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی**

فرزانه بیداری<sup>۱\*</sup> و کبری حاج علیزاده<sup>۲</sup>

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه پژوهش، شامل افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که از بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تهران، تعداد ۱۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب شد. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دو ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی در مراحل اول و آخر مداخله استفاده شد. از پرسشنامه شخصیت مرزی نیز برای تشخیص استفاده شد. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل t وابسته تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. بدین صورت که این درمان توانسته تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی مثبت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را افزایش و ناگویی خلقی و تنظیم هیجانی منفی را کاهش دهد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان طرحواره‌درمانی را به عنوان یک روش کارآمد به منظور افزایش تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی و کاهش ناگویی خلقی و تنظیم هیجانی منفی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد داد.

*کلید واژه‌گان: تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، شخصیت مرزی، ناگویی خلقی*

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

Farbidari@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸-۰۶-۳۱

تاریخ ارسال: ۱۳۹۷-۰۱-۱۷

DOI: 10.22051/psy.2019.19858.1626

http://psychstudies.alzahra.ac.ir

## مقدمه

تعداد زیادی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی از انواع اختلالات شخصیت رنج می‌برند. در میان بیماران دارای اختلال شخصیت، اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> دارای فراوانی بالایی بوده و در ۳۰ - ۶۰ درصد موارد به چشم می‌خورد (هال و ریترفورد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در اغلب اوقات در بحران روان‌شناختی به سر برده و نوسانات خلقی در آن‌ها بسیار شایع است. این بیماران در روابط بین فردی بسیار متوقع هستند و در معرض تجربه ناامیدی‌های هیجانی شدید در مواجهه با طرد یا فقدان، حتی در مقابل سرزنش‌ها یا انتقادهای خفیف قرار دارند (وینر، انسینک و نورماندین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ پاریس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸؛ پیرانی، ۱۳۹۶). همچنین، مشکلات مربوط به راهبردهای شناختی هیجان و برقراری ارتباط با دیگران در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مقدمه‌ای برای مشکلات کنترل تکانه است (دیکسون-گوردون، تورنر، روزنتال و چاپمن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). علاوه بر این راهبرد تنظیم هیجان سازه روان‌شناختی مهمی در پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی است (فاولر، مادان، آلن، الدهام<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

علاوه بر این، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، به دلیل متوقع بودن در روابط بین فردی دارای آسیب بوده و از میزان تحمل پریشانی<sup>۷</sup> پایینی برخوردارند (محمدی، خانجانی و رجبی، ۱۳۹۴). علاوه بر این نتایج تحقیقات وردن، لوی، داس، کاتز<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده است که تحمل پریشانی متأثر از راهبردهای تنظیم هیجان است. چرا که بدکارکردی تنظیم هیجانی به کاهش تحمل پریشانی منجر می‌شود. تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی دارد و ابعاد توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در

- 
1. Borderline personality disorder
  2. Hall, Riedford
  3. Weiner, Ensink, Normandin
  4. Paris
  5. Dixon-Gordon, Turner, Rosenthal, Chapman
  6. Fowler, Madan, Allen, Oldham, Frueh
  7. Distress tolerance
  8. Worden, Levy, Das, Katz

عملکرد را شامل می‌شود (تاسیانی-انگ و یومانس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، به دلیل مشکلات وسیع در حوزه عواطف، دچار ناگویی خلقی<sup>۲</sup> نیز هستند (پلاتا، کالسزا، گرزگورفسکی و کاجاراسکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). چنانکه ناگویی خلقی با تحمل پریشانی و تنظیم هیجان نیز در ارتباط بوده و سبب می‌شود تا افراد دارای ناگویی خلقی، تحمل پریشانی پایینی را از خود نشان دهند (دی‌طلا، گیگیا تسیو، رومئو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). این در حالی است که ناگویی خلقی یکی از نشانه‌های نقص در تنظیم هیجانی است (گیلسپی، گاروفالو و ولوتی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). ناگویی خلقی به دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی آن‌ها اطلاق می‌شود (پاپکیرو، فلاسبک، اسچلگل، جاکل و همکاران، ۲۰۱۸). ناگویی خلقی سبب می‌شود افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بازشناسی و توصیف علائم هیجانی شخصی دچار مشکل شده و این امر فرایندهای هیجانی و ارتباطی آن‌ها را محدود می‌کند (اسلوگن، هوابن، کلیس، برنس و ساب<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷).

به‌منظور بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، روش‌های گوناگونی به‌کار گرفته شده است. طرحواره‌درمانی<sup>۷</sup> یکی از مداخلات درمانی است که کارایی آن در تحقیقات پژوهشگرانی همچون پیرانی (۱۳۹۶)؛ قادری، کلانتری و مهرابی (۱۳۹۵)؛ رنر، دی‌رابیتز، آرتنر، پیترز<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۸)؛ نیمادیک، لامبرث و ریسی<sup>۹</sup> (۲۰۱۷) و پاگ<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۵) نشان داده شده است. چنانکه پیرانی (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار نمرات بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

- 
1. Tusiani-Eng, Yeomans
  2. Alexithymia
  3. Pluta, Kulesza, Grzegorzewski, Kucharska
  4. Di Tella, Ghiggia, Tesio, Romeo
  5. Gillespie, Garofalo, Velotti
  6. Popkirov, Flasbeck, Schlegel, Juckel
  7. Sleuwaegen, Houben, Claes, Berens, Sabbe
  8. Schema Therapy
  9. Renner, DeRubeis, Arntz, Peeters
  10. Nenadic, Lamberth, Reiss
  11. Pugh

شده است. این در حالی است که بهبود تنظیم هیجانی، به شکل معمول بی‌ثباتی هیجانی را کاهش می‌دهد. همچنین رنر و همکاران (۲۰۱۸) تأکید کرده‌اند که طرحواره درمانی می‌تواند آسیب‌های هیجانی را کم کند و در پی آن تنظیم هیجانی را بهبود بخشد. علاوه بر این نیمادیک و همکاران (۲۰۱۷) در نتایج پژوهش خود خاطر نشان کرده‌اند که طرحواره درمانی می‌تواند به شکل معناداری سطح تحمل افراد مبتلا به اختلال شخصیت را تحت تأثیر خود قرار دهد. البته ذکر این نکته ضروری است که این درمان در سال‌های اخیر برای اضطراب، سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به کار گرفته شده است (خاشو، ون‌آلپن، هیجنن-کوهل، کوانس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

در باب ضرورت اجرای پژوهش حاضر باید اشاره کرد که مطابق با یافته‌های پژوهشی پیشین ذکر شده در پژوهش حاضر، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، علاوه بر مشکلات حاصل از این اختلال، دارای ضعف در تنظیم هیجان، تحمل پریشانی پایین و ناگویی خلقی هستند که شکل‌گیری این فرایندها سبب دوچندان شدن مشکلات این افراد می‌شود. بر این اساس ضروری است که با به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب نسبت به تغییر در این متغیرها اقدام شود. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و از سویی با نظر به کارایی طرحواره درمانی در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف (که در پژوهش حاضر به آن‌ها اشاره شد) و نیز اجرا نشدن پژوهشی با موضوع پژوهش حاضر، محققان تصمیم گرفتند تا تأثیر طرحواره درمانی را بر متغیرهای مذکور آزمون کنند. بنابراین، فرضیه پژوهش حاضر بدین صورت است: طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه پژوهش حاضر، شامل تمام افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود که با تشخیص روان‌پزشک دارو مصرف می‌کردند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری

---

1. Khasho, Van Alphen, Heijnen-Kohl, Ouwens

غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. بدین صورت با مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی بیداری، ندای نیکی و روان آگاه (که اعلام همکاری کرده بودند)، فرم‌های شرکت در پژوهش به همراه پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی در بین افراد مبتلا (تشخیص داده شده توسط روان‌پزشک و دارای سابقه مصرف دارو) توزیع شد. دلیل ارائه پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی به این افراد، کسب اطمینان از وجود اختلال شخصیت مرزی در نزد این افراد توسط پژوهشگر بود. درگام بعد، از بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ۱۵ نفر که نمره کم‌تر از ۶۰ در تنظیم هیجانی مثبت، بالاتر از ۴۸ در تنظیم هیجانی منفی، نمره کم‌تر از ۴۵ در پرسشنامه تحمل پریشانی و نمره بالاتر از ۶۰ در پرسشنامه ناگویی خلقی کسب کرده بودند برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص اختلال شخصیت مرزی توسط روان‌پزشک، مصرف دارو، عدم ابتلا به بیماری حاد یا مزمن دیگری غیر از اختلال شخصیت مرزی، داشتن تحصیلات حداقل سیکل و رضایت از شرکت در مطالعه بود. همچنین ملاک‌های خروج نیز شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان در حین مداخله، غیبت بیش از دو جلسه و عدم انجام تکالیف محوله بود. گروه آزمایش مداخله درمانی (طرحواره درمانی) را در طی دو ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروه‌های ۵ نفره دریافت کردند. در پژوهش حاضر از ابزارهای پژوهشی زیر استفاده شده است:

**پرسشنامه شخصیت مرزی<sup>۱</sup>: مقیاسی ۵۳ گویه‌ای است که از سازمان‌بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) ساخته شده است که پاسخدهی به آن به صورت بلی/خیر است. این پرسشنامه شامل مقیاس‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی<sup>۳</sup>، مکانیزم‌های دفاعی اولیه<sup>۴</sup>، واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده<sup>۵</sup> و ترس از صمیمیت<sup>۶</sup> است (زرگرانی و همکاران، ۱۳۹۵). روایی محتوایی با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ - ۰/۸۰ و**

- 
1. Borderline Personality Questionnaire
  2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth revised edition (DSM-IV)
  3. Identity turmoil
  4. Initial defense mechanisms
  5. The reality of the damaged test
  6. Fear of Intimacy

سه نوع اعتبار بازآزمایی، تصنیفی و همسانی درونی در جامعه ایرانی به ترتیب با ضرایب  $0/80$ ،  $0/83$  و  $0/85$  به دست آمد (محمدزاده و رضایی، ۲۰۱۱). پایایی نمره کل این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ،  $0/79$  به دست آمد.

**پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان:** این پرسشنامه را گارنفسکی، لکریست، و ن‌دن کومر، کرایج و تیردز (۲۰۰۲) ابداع کردند. پرسشنامه ۳۶ گویه دارد که هر کدام بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) قرار دارد. هر ۴ گویه یک خرده‌مقیاس را تشکیل می‌دهد و در مجموع ۹ خرده‌مقیاس پذیرش خود<sup>۱</sup>، توجه مجدد مثبت<sup>۲</sup>، توجه مجدد به برنامه‌ریزی<sup>۳</sup>، ارزیابی مجدد مثبت<sup>۴</sup>، اتخاذ دیدگاه<sup>۵</sup>، سرزنش خود<sup>۶</sup>، نشخوار ذهنی<sup>۷</sup>، فاجعه‌آمیزپنداری<sup>۸</sup> و سرزنش دیگران<sup>۹</sup> است. مقیاس‌های این پرسشنامه به دو قسمت عامل‌های تنظیم شناختی مثبت و تنظیم شناختی منفی تقسیم‌بندی می‌شود که می‌بایست در تحلیل‌های آماری این دو عامل به شکل مجزا تحلیل شود. نمرات هر زیرمقیاس در دامنه‌ای از  $4 - 20$  و جمع کل نمرات در دامنه‌ای از  $36 - 180$  قرار می‌گیرد. کسب نمره کم‌تر از ۶۰ در تنظیم هیجانی مثبت و بالاتر از ۴۸ در تنظیم هیجانی منفی نشان‌گر نقص در تنظیم هیجانی است. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای تنظیم هیجانی مثبت و تنظیم هیجانی منفی به ترتیب برابر  $0/91$  و  $0/93$  گزارش دادند. در ایران روایی محتوایی آزمون با استفاده از ضریب توافق مصححان  $0/68$  به دست آمد (یوسفی، ۲۰۰۳). علاوه بر این، میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش علم‌رسانی صومعه و همکاران (۱۳۹۶)  $0/68$  به دست آمد. پایایی دو عامل تنظیم هیجانی مثبت و تنظیم هیجانی منفی در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب  $0/84$  و  $0/86$  به دست آمد.

- 
1. Cognitive emotion Setting regulation Questionnaire
  2. Self acceptance
  3. Positive reconsideration
  4. Refocus on planning
  5. Positive revaluation
  6. Adopt a viewpoint
  7. Blame yourself
  8. Mental rumination
  9. Catastrophic
  10. Blame others

**مقیاس تحمل پریشانی هیجانی<sup>۱</sup>:** ای مقیاس را سیمونز و گاهر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) تهیه کرده‌اند و ۱۵ گویه و ۴ خرده‌مقیاس تحمل پریشانی هیجانی<sup>۳</sup>، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی<sup>۴</sup>، ارزیابی ذهنی پریشانی<sup>۵</sup> و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی<sup>۶</sup> را شامل می‌شود. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند که بر این اساس دامنه نمرات این مقیاس بین ۱۵ - ۷۵ است. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالا است. علاوه بر این کسب نمره پایین تر از ۴۵ در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی پایین فرد است. ضرایب آلفا برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ - ۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ برآورد شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) نیز مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ - ۰/۸۴ و برای نمره کل مقیاس ۰/۸۵ برآورد شده است.

**مقیاس ناگویی خلقی<sup>۷</sup>:** مقیاس ۲۰ گویه‌ای که بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) ساخته‌اند و ناگویی خلقی را در سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات<sup>۸</sup>، دشواری در توصیف احساسات<sup>۹</sup> و تفکر معطوف به بیرون<sup>۱۰</sup> می‌سنجد. طیف پاسخ‌دهی به سؤالات طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ برای کاملاً مخالف تا ۵ به معنای کاملاً موافق است که بر اساس آن دامنه نمرات این مقیاس بین ۲۰ - ۱۰۰ است. ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی ۰/۸۵ و برای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است. شاهقلیان، مرادی و کافی (۱۳۸۶) روایی محتوایی مقیاس حاضر را با استفاده از ضریب کاپا ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. علاوه بر این

- 
1. Distress tolerance scale
  2. Simons and Gaher
  3. emotion distress tolerance
  4. Absorbing by negative emotions
  5. Mental distress assessment
  6. Set efforts to reduce distress
  7. Alexithymia scale
  8. Difficulty in identifying feelings
  9. Difficulty in describing emotions
  10. Thinking out

میزان پایایی این مقیاس در پژوهش تیلکی، طاهر، مجرد و جعفری‌ثانی (۱۳۹۷) برای کل مقیاس ۰/۷۲ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۹ - ۰/۷۴ به دست آمد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس بین ۰/۷۱ - ۰/۷۵ و برای نمره کل ۰/۷۴ به دست آمد.

### پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: با این پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بررسی شد.

برای اجرای پژوهش با مراجعه به مراکز مشاوره و انتخاب حجم نمونه، بر روی گروه آزمایش مداخله طرحواره‌درمانی مطابق با جدول یک انجام شد. صلاحیت مداخله‌کننده به منظور اجرای طرحواره‌درمانی را دکتر حمیدی تأیید کرده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱؛ به نقل از قادر و همکاران، ۱۳۹۵)

شماره جلسه	هدف	محتوی	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
جلسه اول و دوم	پی بردن آزمودنی‌ها به ماهیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی و سازوکار آن‌ها	آموزش طرحواره‌درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی، توضیح مدل طرحواره‌درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها.	-	-
جلسه سوم و چهارم	آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی جهت کسب توانایی استدلال.	آموزش و به کارگیری تکنیک‌های شناختی جهت چالش با طرحواره‌ها، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره،	یادگیری تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی	تمرین تکنیک‌های آموخته شده در جلسه
جلسه پنجم و ششم	کمک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرحواره‌ها در سطح هیجانی	تکنیک‌های هیجانی معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند.	استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی	یادداشت ناراحتی‌های دوران کودکی
جلسه هفتم و هشتم	آموزش شیوه‌های بهنجار رفتاری	آموزش تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن الگوهای رفتاری ناسازگار.	یادگیری شیوه‌های رفتاری بهنجار	تمرین آموخته‌ها در زندگی روزمره



برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. از آزمون شاپیرو-ویلک به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از آزمون t برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که از افراد حاضر در پژوهش ۹ نفر (۶۰ درصد) زن و ۶ نفر (۴۰ درصد) مرد بودند. افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ - ۴۵ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۳۰ - ۳۳ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۴ درصد).

نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیان‌کننده آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار بوده است ( $p > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و ناگویی خلقی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رعایت شده است ( $p > 0/05$ ).

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و ناگویی خلقی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش

گروه‌ها	متغیرها	پیش‌آزمون		شاپیرو ویلک		پس‌آزمون		نرمالیتی
		انحراف معیار	میانگین	P value	انحراف معیار	میانگین	P value	
گروه آزمایش	تحمل پریشانی	۵/۰۳	۳۳/۰۶	۰/۱۹	۴۰/۴۶	۵/۸۷	۰/۲۸	
	تنظیم هیجانی مثبت	۷/۰۵	۵۸/۵۳	۰/۵۵	۶۸/۱۳	۸/۷۴	۰/۴۰	
	تنظیم هیجانی منفی	۷/۵۰	۴۷/۸۰	۰/۴۷	۳۹/۹۳	۵/۲۵	۰/۲۱	
	ناگویی خلقی	۷/۱۲	۵۵/۲۰	۰/۲۹	۴۴/۵۴	۵/۳۱	۰/۳۳	

با توجه به نتایج جدول ۳، ارائه متغیر مستقل (طرحواره‌درمانی) توانسته به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (تحمل پریشانی، تنظیم هیجان مثبت و منفی و ناگویی خلقی) در مرحله پس‌آزمون منجر شود. بنابراین، می‌توان گفت نمرات متغیرهای تحمل پریشانی، تنظیم هیجان مثبت و منفی و ناگویی خلقی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دچار تغییر

معنادار شده است. بدین صورت که بر اثر طرحواره‌درمانی میانگین مؤلفه تحمل پریشانی و تنظیم هیجان مثبت در گروه آزمایش افزایش معنادار و مؤلفه تنظیم هیجان منفی و ناگویی خلقی دچار کاهش معنادار شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل آزمون t وابسته اثر طرحواره‌درمانی بر تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و ناگویی خلقی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	تفاوت‌های مراحل			مقدار t	درجه آزادی	مقدار معناداری
			خطای انحراف میانگین	حد بالا و پایین با ۹۵ درصد اطمینان				
				حد پایین	حد بالا			
تحمل پریشانی	-۷/۴۰	۲/۵۵	۰/۶۶	-۸/۸۱	-۵/۹۸	-۱۱/۲۰	۱۴	۰/۰۰۰۱
تنظیم هیجان مثبت	-۹/۶۰	۳/۸۸	۱	-۱۱/۷۵	-۷/۴۴	-۹/۵۶	۱۴	۰/۰۰۰۱
تنظیم هیجان منفی	-۷/۸۶	۳/۶۰	۰/۹۳	-۵/۸۷	۹/۸۶	۸/۴۵	۱۴	۰/۰۰۰۱
ناگویی خلقی	۱۰/۶۶	۳/۷۵	۰/۹۶	۸/۵۸	۱۲/۷۴	۱۱	۱۴	۰/۰۰۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر بیان‌کننده این بود که طرحواره‌درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران دارای شخصیت مرزی مؤثر بوده است. بر این اساس یافته اول پژوهش بیان‌کننده آن بود که طرحواره‌درمانی می‌تواند بر راهبردهای شناختی هیجان بیماران دارای شخصیت مرزی تأثیر معنادار داشته باشد. این یافته با نتایج پژوهش پیرانی (۱۳۹۶) و رنر و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین یافته حاضر باید اشاره کرد که مطابق با نظر رنر و همکاران (۲۰۱۸) طرحواره‌درمانی می‌تواند با به‌کارگیری شناخت‌درمانی، مشکلات بین‌فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال می‌کند. بر همین اساس پاگ (۲۰۱۵) نشان داده است که طرح‌واره‌درمانی با جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه برای برخورد با مشکلات زندگی می‌تواند به بهبود راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجانات منجر شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر بیان‌کننده آن بود که طرحواره‌درمانی بر تحمل پریشانی

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. بدین صورت که این درمان توانسته تحمل پریشانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را افزایش دهد. این یافته با نتایج پژوهش قادری و همکاران (۱۳۹۵)؛ نیمادیک و همکاران (۲۰۱۷) و پاگ (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین اثر طرحواره‌درمانی بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باید گفت که طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (قادری و همکاران، ۱۳۹۵) فرصتی را فراهم می‌کند تا بیمار دست از ارزیابی منفی و اجتناب کشیده و به‌جای آن از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند به بهبود ظرفیت روانی و قدرت حل مسأله افراد منجر شده و این فرایند سبب بهبود تحمل پریشانی آن‌ها می‌شود.

در نهایت یافته این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی برناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. بدین صورت که این درمان توانسته ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را کاهش دهد. نتایج پژوهش حاضر با یافته خاشو و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت رویکرد طرحواره‌محور به دلیل کار کردن بر درون مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیمارانی که دید منفی نسبت به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجانات خود دارند، در اصلاح باورها و افکار آن‌ها مفید است. بر همین اساس در بعد عاطفی و بیان عواطف، طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی باور شناختی را به چالش می‌کشد که به باور هیجانی گره خورده است، تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را بشناسد که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است. این آگاهی سبب می‌شود تا بیماران دارای شخصیت مرزی با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند به شکلی بهتر، عواطف خود را مدیریت کرده و در بیان آن نیز توانمندتر می‌شوند.

در یک جمع‌بندی باید اشاره کرد که طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران دارای شخصیت مرزی تأثیر داشته است. بدین صورت که طرحواره درمانی توانسته به بهبود راهبردهای شناختی هیجان مثبت و تحمل پریشانی بیماران دارای شخصیت مرزی و کاهش راهبردهای شناختی هیجان منفی و ناگویی خلقی این

بیماران منجر شود. چنانکه در تبیین این یافته‌ها اشاره شده که طرحواره‌درمانی با به‌کارگیری شناخت‌درمانی و جان‌شین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه برای مواجهه با مشکلات زندگی، مشکلات بین‌فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال می‌کند. همچنین این درمان شرایطی را مهیا می‌کند تا بیمار از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کند. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مسئله همراه بوده و این فرایند سبب بهبود تحمل پریشانی آن‌ها می‌شود. در نهایت باید بیان کرد که طرحواره‌درمانی با به‌کارگیری راهبردهای تجربی آگاهانه، زنجیره بین باور شناختی و باور هیجانی را گسسته از این طریق سبب می‌شود فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را شناسایی کند. این آگاهی سبب می‌شود تا بیماران دارای شخصیت مرزی با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند به شکلی بهتر، عواطف خود را مدیریت کرده و در بیان آن نیز توانمندتر شده و ناگویی خلقی در نزد آن‌ها کاهش یابد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همچون محدودیت جامعه آماری (بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی)، محدودیت در نمونه‌گیری تصادفی (نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه)، محدودیت جغرافیایی (شهر تهران) و عدم برگزاری مرحله پیگیری (به دلیل محدودیت زمانی) مواجه بود. بر این مبنا توصیه می‌شود پژوهش حاضر با جامعه آماری و محدوده جغرافیایی دیگر و نیز با شیوه نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری انجام شود تا روایی بیرونی پژوهش ارتقاء یابد. در بخش پیشنهاد کاربردی، با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که دلالت بر تأثیر طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشت، می‌توان چنین نتیجه گرفت که می‌توان از طرحواره‌درمانی برای تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بهره برد.

### تشکر و قدردانی

در پایان از مسئولان مراکز مشاوره بیداری، ندای نیکی و روان‌آگاه و تمامی افراد شرکت‌کننده که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

## منابع

- پیرانی، ذبیح‌الله (۱۳۹۶). اثر بخشی طرحواره‌درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اراک. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۷(۱): ۷۷-۸۸.
- تیلکی، مهدیس، طاهر، محبوبه، مجرد، آرزو و جعفری‌ثانی، بهنام (۱۳۹۷). اثر بخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن، *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۳): ۱۶۵-۱۴۷.
- زرگرانی، نیکو، مشهدی، علی و طیبی، زهرا (۱۳۹۵). مقایسه تأثیر آموزش گروهی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر الگوی گروس با راهبردهای ارزیابی مجدد و فرونشانی بر نشانگان اختلال شخصیت مرزی و اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. *مجله پژوهنده*، ۲۱(۱): ۲۹-۲۱.
- شاهقلیان، مهناز، مرادی، علیرضا و کافی، سید موسی (۱۳۸۶). رابطه‌الکسی تایمیا با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳): ۲۴۸-۲۳۸.
- شمس، جمال، عزیز، علیرضا و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل‌آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار، *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳(۱): ۱۸-۱۱.
- علمردانی صومعه، سجاد، نریمانی، محمد، میکائیلی، نیلوفر و بشرپور، سجاد (۱۳۹۶). مقایسه عدم‌بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و عادی، *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۲): ۹۶-۷۷.
- قادری، فرزاد، کلانتری، مهرداد و مهربانی، حسینعلی (۱۳۹۵). اثر بخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۴): ۲۸-۱.
- گیلس، دیوید (۱۳۹۱). *روش تحقیق پیشرفته در روان‌شناسی*. ترجمه هادی بهرامی احسان، غلامرضا صرامی‌فروشان، روحیه بازرگان، مهران فرهادی، سعیده بزازیان، مسلم پرتو. تهران: آوای نور.
- محمدزاده، علی و رضایی، اکبر (۱۳۹۰). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در جامعه ایرانی، *مجله علوم رفتاری*، ۱۷(۳): ۲۷۸-۲۶۹.

محمدی، رضا، خانجانی، سجاد و رجیبی، مسلم (۱۳۹۴). ارتباط تحمل آشفتگی و شفقت به خود با علائم شخصیت مرزی در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی مراجعه کننده به یک بیمارستان نظامی، *مجله طب انتظامی*، ۴ (۳): ۱۹۱-۲۰۰.

یوسفی، فریده (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان، *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۶ (۴): ۸۷۱-۸۹۲.

- Almardani Someeh, S., Narimani, M., Micaeli, N. and Basharpour, S. (2017). The comparison of intolerance of uncertainty, emotion regulation in obsessive-compulsive disorder patients and normal individuals, *Journal of Psychological Studies*, 11(2): 77-96. (Text in Persian).
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. and Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1): 23-32.
- Choi-Kain, L.W. and Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165 (9):1127-35.
- Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R. and Castelli, L.(2017). Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *Journal of Affective Disorders*, 208: 87-93.
- Dixon-Gordon, K.L., Turner, B.J., Rosenthal, M.Z. and Chapman, A.L.(2017). Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder: An Experimental Investigation of the Effects of Instructed Acceptance and Suppression *Behavior Therapy*, 48(6): 750-764.
- Fowler, J.C., Madan A., Allen J., Oldham J.G.M. and Frueh, B.C.(2019). Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: Diagnostic accuracy of the difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. *Journal of Affective Disorders*, 245: 856-860. doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.079
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. and Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems, Comparison between a clinical and non clinical sample. *European Journal of Personality*, 16(1): 403-420.
- Ghaderi, F., Kalantari, M. and Mehrabi, H.A. (2016). The Effectiveness of Group Schema Therapy on Modulating Early Maladaptive Schemas and Reducing Symptoms of Social Anxiety Disorder, *Clinical Psychology Studies*, 6(24): 1-28. (Text in Persian).
- Giles, D. (2012). *Advanced Research in Psychology*. Translated by Hadi Bahrami Ehsan, Gholamreza Sarami Froushan, Rouhieh Bazargan, Mehran Farhadi, Saeedeh Bezazian, Moslem Parto. Tehran: Avai Noor. (Published in Original Language, 2008). (Text in Persian).
- Gillespie, S.M., Garofalo, C. and Velotti, P.(2018). Emotion regulation, mindfulness, and alexithymia: Specific or general impairments in sexual, violent, and homicide offenders? *Journal of Criminal Justice*, 58: 56-66. doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.07.006.

- Hall, M.A., Riedford, K.M. (2017). Borderline Personality Disorder: Diagnosis and Common Co morbidities. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13 (9): 455-456.
- Khasho, DA., Van Alphen, S.P.G., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C.(2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14: 321-330. doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100330.
- Mohammadi, R., Khanjani, S. and Rajabi, M. (2015). Relation of Distress Tolerance and Self-compassion with Symptoms of Borderline Personality in People with Borderline Personality Disorder Referred to one of the Military Hospitals. *Journal of Police Medicine*, 4(3) :191-200. (Text in Persian).
- Mohammadzadeh, A. and Rezaei, A. (2011). Validation of Borderline Personality Questionnaire in Iranian Society, *Journal of Behavioral Sciences*, 17 (3): 269-278. (Text in Persian).
- Nenadic, I., Lamberth, S. and Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric inpatient settings. *Psychiatry Research*, 253: 9-12. doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.093
- Paris, J.(2018). Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4): 575-582.
- Pirani, Z. (2017). The Effectiveness of Schema Therapy on Sensory Abandonment and Emotional Instability in Persons with Borderline Personality Disorder in Arak. *Clinical Psychology Research & Counseling*, 7 (1): 77-88. (Text in Persian).
- Pluta, A., Kulesza, M., Grzegorzewski, C.v. and Kucharska, K.(2018). Assessing advanced theory of mind and alexithymia in patients suffering from enduring borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 261: 436-441. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.003
- Popkirov, S., Flasbeck, V., Schlegel, U., Juckel, G. and Brune, M.(2018). Alexithymia in borderline personality disorder is not associated with deficits in automatic visual processing of negative emotional stimuli. *Psychiatry Research*, 263: 121-124. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.009
- Preston, J. d. (2006). *Integrative treatment for borderline personality disorder-effective, symptom-focused techniques, simplified for private practice*. USA: New Harbinger Publications, Inc.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39: 30-41. doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J. and Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58: 97-105. doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002
- Shahgholian, M., Moradi, A. and Kafi, S.M. (2007). The Relationship between Alexithymia with Emotional Expression Styles and General Health in Students, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13 (3): 238-248. (Text in Persian).
- Shams, J., Azizi, A. and Mirzaei, A. (2010). Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation With Students Smoking Dependence . *Hakim Health System Research*, 13(1) :11-18. (Text in Persian).

- Sleuwaegen, E., Houben, M., Claes, L., Berens, A. and Sabbe, B.(2017). The relationship between non-suicidal self-injury and alexithymia in borderline personality disorder: “Actions instead of words”. *Comprehensive Psychiatry*, 77: 80-88. 10.1016/j.comppsy.2017.06.006
- Tilaki, M., Taher, M., Mojarad, A. and Jafari Sani, B. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Training on Psychological Flexibility and Alexithymia in Women with Chronic Pain, *Journal of Psychological Studies*, 14 (3): 147-165. (Text in Persian).
- Tusiani-Eng, P. and Yeomans, K.(2018). Borderline Personality Disorder: Barriers to Borderline Personality Disorder Treatment and Opportunities for Advocacy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4): 695-709.
- Weiner, A.S., Ensink, K. and Normandin, L.(2018). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4): 729-746.
- Worden, B., Levy, H.C., Das, A., Katz, B.W., Stevens, M. and Tolin, D.F.(2019). Perceived emotion regulation and emotional distress tolerance in patients with hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22: 100441. doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100441
- Yousefi, F.(2007). The Relationship of Cognitive Emotion Regulation Strategies with depression and Anxiety in Students of Special Middle Schools for Talented Students in Shiraz. *Journal of Exceptional Children* , 6(4): 871-892. (Text in Persian).
- Zargarani, N., Mashhadi, A. and Tabibi, Z. (2016). Comparing the effectiveness of emotion regulation group training based on process model of gross on use of reappraisal and suppression strategies among adolescent girls with symptom of BPD and ADHD, *Pajoohande*, 21(1): 21-29. (Text in Persian).



---

**Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Strategies of  
Emotion, Distress Bearing and Alexithymia in the Patients  
Suffering from Borderline Personality Disorder**

---

Farzaneh Bidari\*<sup>1</sup> and Kobra Haji Alizadeh<sup>2</sup>

**Abstract**

The present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of schema therapy on cognitive emotion strategies, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. The research method was quasi-experimental with pretest, posttest design. The population of the present study included the people with borderline personality disorder referring to consultation centers in Tehran, during 2017. Non-random purposive sampling method and random replacement were used in a way that 15 people were voluntary selected. The experimental group received Training intervention program during two months, in eight ninety-minute sessions. The questionnaires of emotion cognitive regulation strategies, distress bearing, alexithymia were completed twice, pre and post stages. A borderline personality questionnaire was used for diagnosis. The data were analyzed through dependent t test method. The results showed that schema therapy were effective of emotion regulation, distress bearing and alexithymia in the patients with borderline personality disorder in a way that this therapy could increase distress bearing and positive emotion regulation, also, decrease alexithymia and negative emotion regulation. According to these findings, schema therapy can be suggested as an efficient method to increase distress bearing and emotion regulation, decrease alexithymia and negative emotion regulation of the patients with borderline personality disorder.

**Key words:** *Alexithymia, borderline personality, distress bearing, emotion regulation*

---

1. Corresponding Author: Ph.D. in General Psychology, Azad University, Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran. Farbidari@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Unit, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

Submit Date: 2018-04-06

Accept Date: 2019-09-22

DOI: 10.22051/psy.2019.19858.1626

<http://psychstudies.alzahra.ac.ir>