



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 20 November 2022

Accepted: 14 February 2023

Research Article

Doi: 10.22055/jacp.2023.42838.1272

The Effectiveness of Schema Therapy on Impulsivity, Emotion Regulation, and Alexithymia in People with Borderline Disorder

Ali Beheshti Motlagh¹, Zahra Rezaei^{2*}, Mehdi Zohrevand³

1- PhD Student in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

2- MA of Clinical Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

3- MA of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

Citation: Beheshti Motlagh, A., Rezaei, Z., & Zohrevand, M. (2022). The effectiveness of schema therapy on impulsivity, emotion regulation and ataxia in people with borderline disorder. *Clinical Psychology Achievements*, 8(1), 25-38.

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on impulsivity, emotion regulation, and alexithymia in people with borderline disorder. The research was practical in terms of purpose and was semi-experiment with experimental and control groups in the form of a pre-test and post-test design in terms of data collection. The statistical population included all those who referred to counseling centers in Arak City in the fall and winter of 2022, and 30 people selected by convenience sampling method were randomly placed in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The experimental group was subjected to intervention during eight sessions of 90 minutes and answered the questionnaires on Cognitive Regulation of Emotion by Garnevsy, Karaj, and Spinhavon (2001), Impulsivity by Patton et al. (1995), and alexithymia by Bagby, Parker, and Taylor (1994). The data was analyzed using univariate covariance analysis through SPSS-26 software. The results showed that schema therapy reduced impulsivity and improved alexithymia of the experimental group ($p < 0.05$). Schema therapy can be used for the treatment of those who have emotional problems (such as borderline people) and to improve and moderate their negative emotions.

Keywords: schema therapy, impulsivity, emotion regulation, alexithymia, borderline disorder

* **Corresponding Author:** Zahra Rezaei
E-mail: Rezaeizahra13574@gmail.com





اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال مرزی

علی بهشتی مطلق^۱، زهرا رضایی^{۲*}، مهدی زهره‌وند^۳

- ۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
- ۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک، اراک، ایران
- ۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال مرزی بود. طرح پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌های نیمه آزمایشی با گروه‌های آزمایش و کنترل و در قالب طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهر اراک در پاییز و زمستان ۱۴۰۱ بود که تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزاری شدند. گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت انجام مداخله قرار گرفتند و به پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، کراج و سپینهاوون (۲۰۰۱)، تکانشگری پوتن و همکاران (۱۹۹۵) و ناگویی هیجانی بگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) پاسخ دادند. داده‌ها نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد طرحواره درمانی باعث کاهش تکانشگری و بهبود ناگویی هیجانی در افراد شرکت کننده گروه آزمایش شد ($P < 0/05$). می‌توان از طرحواره درمانی در درمان کسانی که مشکلات هیجانی دارند (مانند افراد مرزی) استفاده کرد و باعث بهبود و تعدیل هیجانات منفی در آن‌ها شد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، تکانشگری، تنظیم هیجان، ناگویی هیجانی، اختلال مرزی

مقدمه

گاهی شخصیت بعضی افراد ممکن است دچار اختلالاتی شود که به اصطلاح به آن‌ها اختلالات شخصیت (personality disorders) گفته می‌شود. اختلال شخصیت یک الگوی فراگیر (نافذ)، بادوام و غیرقابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخص با انتظارات فرهنگی فرد تفاوت دارد و به درماندگی یا اختلال منجر می‌شود (Kaplan et al., 2016). از جمله این اختلالات، اختلال شخصیت مرزی (borderline personality disorder) است. اختلال شخصیت مرزی جزء اختلال‌های «خوشه B» است. اختلالات شخصیت «خوشه B» با تکانشگری، خود ویرانگری، هیجان‌های ناپایدار و الگوی مختل دلبستگی تظاهر می‌یابد. این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین‌فردی و هم‌چنین برانگیختگی شدید و متمایز تعریف می‌شود (Barazandeh et al., 2016). طبق مطالعات آسیب‌شناسی مشخصه بارز بیماران مبتلا به این اختلال این است که الگوی پایداری از بی‌ثباتی در قلمروهای مختلف شناخت، عاطفه و روابط بین فردی دارند (Schienle et al., 2015). در اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و غالباً با برون‌ریزی رفتاری شدید در اوایل نوجوانی بروز پیدا می‌کند (موسوی هندی و همکاران، ۱۳۹۷). مشخصه اصلی اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی است (Linehan, 1993) که شامل خلق دیسفوریک (dysphoric) و نوسانات شدید خلقی است و به نوعی الگوی رفتاری ویژه اشاره دارد که در بین افراد اختلال شخصیت مرزی دیده می‌شود. پاسخ‌دهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی، از ویژگی این الگوی رفتاری است (Weiner et al., 2018; Dixon- Gordon et al., 20107). 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 (Paris, 2018). هم‌چنین مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شناسایی، تمیز و یکپارچه کردن هیجانات خود و دیگران مشکل دارند (Kaufman et al., 2021). چنان‌که مطالعات مختلف به نقش مهارت‌های درک و مدیریت هیجان، به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های منفی شخصیت مرزی که رابطه منفی با نشانه‌های این اختلال مثل تکانشگری و احساس پوچی دارد، اشاره کرده‌اند (Richmond et al., 2021; Chapman et al., 2011).

تکانشگری یکی از نشانه‌های اصلی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی است. بیماران مرزی دست کم در دو زمینه که به صورت بالقوه، آسیب‌زننده است، تکانشگری نشان می‌دهند. در واقع آن‌ها ممکن است قمار کنند، بدون ملاحظه پول خرج کنند، زیاد غذا بخورند، سوء مصرف مواد و رابطه جنسی بی پروا و ناگهانی داشته باشند و یا بی احتیاط رانندگی کنند (American Psychiatric Association, 2000). مولر و همکاران (Moeller et al., 2001) تکانشگری را گرایش و آمادگی برای ابراز مولر واکنش‌های سریع و بی برنامه نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی، بدون توجه به عواقب و پیامدهای آن‌ها می‌دانند (محمود علیلو و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس دیدگاه رفتاری، تکانشگری شامل سوده‌های کم ارزش و کوتاه مدت در برابر سوده‌های ارزشمندتر و بلندمدت در نظر گرفته می‌شود (Petry, 2001). سندرم کمبود پاداش مغزی از طریق اعتیاد یا رفتار پاداش جوینده شناخته می‌شود. بر اساس تحقیقات بلوم و کوزلوفسکی (Blum & Kozlowski, 1990)، افراد مبتلا به سندرم کمبود پاداش تمایل دارند شدیدترین انواع احساسات را دنبال کنند؛ این باعث می‌شود که آن‌ها بتوانند به یک احساس مستمر و پایدار از پاداش و لذت دست یابند و با این امر میزان آن افزایش می‌یابد. افزایش دوپامین در مغز آن‌ها باعث بروز انواع اختلالات روانی و پیدایش الگوهای مقاوم و نابهنجار در کسب لذت و پاداش می‌شود.

از طرفی دیگر نیز تنظیم هیجان این افراد ممکن است دچار تغییراتی شود. فرآیند تنظیم هیجان به صورت ساختار وسیعی در نظر گرفته می‌شود که تعدادی از فرآیندهای تنظیمی-خصیصه‌های زیربنایی و اساسی هیجانات مثل واکنش‌پذیری فیزیولوژیایی، اجتماعی، رفتاری، فرایندهای شناختی و نیز تنظیم تجربه هیجانات را در خود جای می‌دهد (Li et al., 2019). در واقع، تنظیم هیجان هم شامل فرایندهای پایین به بالا (ادراکی) مانند ارزیابی و هم شامل فرایندهای بالا به پایین (شناختی) مانند حافظه فعال و کنترل ارادی توجه می‌باشد. بنابراین تنظیم هیجان را می‌توان به عنوان فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی تعریف کرد که افراد را به تنظیم و بیان تجربه هیجان‌ها قادر می‌سازد

(Malesza, 2019). تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی هیجانی و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند، احساسات دیگران را درک نموده و به طرز اثربخشی با آن برخورد کنند، که این امر موفقیت و کارآمدی در حوزه‌های مختلف زندگی را سبب می‌شود (Benfer et al., 2018).

همین‌طور عدم توانمندی در درک هیجان‌ات، مدیریت هیجان‌ات، خودتنظیمی هیجانی و بیان هیجان‌ات سبب می‌شود تا افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، در این زمینه‌ها و به خصوص در ناگویی هیجانی دچار مشکل بشوند (پورمحسنی کلوری و همکاران، ۱۳۹۷؛ بیداری و حاجی‌علیزاده، ۱۳۹۸). ناگویی هیجانی به شناخت محدود از حالات هیجانی خود و دیگران اشاره دارد. افرادی که با این صفت توصیف می‌شوند بین جنبه‌های شناختی و تجربی هیجان با جنبه‌های بیانی، رفتاری و نوروفیزیولوژیک آن یکپارچگی اندکی ایجاد می‌کنند. این ویژگی با هیجان نامنظم و نهایتاً در بعضی موارد با بیماری روانی و فیزیکی ارتباط دارد. این سازه شامل دشواری در تشخیص احساسات (difficulty in identifying feelings)، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار (externally oriented thinking) است. این مشخصه‌ها که سازه ناگویی هیجانی را تشکیل می‌دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ات است (Chalah & Ayache, 2017). به نظر می‌رسد در این حالت فرد نمی‌تواند احساسات خود را ابراز کند، چون از حالت خلقی و هیجانی خود آگاهی ندارد. در نتیجه در فرد تنشی به وجود می‌آید که می‌تواند وی را در برابر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی آسیب‌پذیر نماید (Davyod, 2017; Thorberg et al., 2011). تعدادی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه بررسی ثبات زمانی ناگویی هیجانی این سازه را به‌عنوان یک صفت شخصیتی ثابت (personality trait) یا اولیه که بیانگر نقص در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی است تأیید کرده‌اند (Chalah & Ayache, 2017). در مقابل این رویکرد صفت مدار دسته‌ای از پژوهش‌ها، ثبات زمانی ناگویی هیجانی را مورد تردید قرار داده‌اند و آن را به عنوان یک حالت (state) (و نه یک صفت)، پیامد درماندگی شخصی معرفی کرده‌اند. بعضی از محققان، این نوع ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانی را ناگویی هیجانی ثانویه (State) نامیده‌اند (Kalampi et al., 2000). از نظر سبب‌شناسی نیز برخی نظریه‌پردازان بر این باورند که ناگویی هیجانی پیامد یک ضربه شدید روانی یا تروما (trauma) است، بدین صورت که تروما سبب ایجاد تغییراتی در مغز و شکل‌گیری ناگویی هیجانی می‌شود. ناگویی هیجانی هم‌چنین در برگزیده نارسایی و ناتوانی در جدا کردن احساسات بدنی است که ممکن است منشأ هیجانی داشته یا ناشی از آسیب به تخیلات ذهنی و یا شیوه‌های شناختی بیرونی (external cognitive style) باشد (نصیری و همکاران، ۱۳۸۸)؛ عواملی که می‌تواند در اختلال شخصیت مرزی نیز دخیل باشد.

اگر اختلال مرزی با مداخلات روانشناختی درمان نشود، فرد ممکن است در معرض خطر بسیاری از مشکلات روانپزشکی قرار می‌گیرد (Difede et al., 2019). هم‌چنین این اختلال منجر به هزینه‌های زیادی برای جامعه می‌شود (Bourassa et al., 2020). در نتیجه روان‌درمانی برای این افراد بسیار مهم است. یکی از این درمان‌ها می‌تواند طرحواره درمانی (Schema therapy) باشد (Barazandeh et al., 2016; Koppers et al., 2013; Maarschalkerweerd et al., 2021). حسینیانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ لاجوردی و همکاران، ۱۳۹۷). به‌طورکلی، طرحواره‌های معرفی شده توسط یانگ با توجه به پنج نیاز عاطفی اساسی که برآورده نشده‌اند به پنج حوزه تقسیم می‌شوند: قطع و طرد، محدودیت‌های مختل، جهت‌گیری دیگر، هشدار بیش از حد خودگردان، اختلال در عملکرد، و عدم بازداری تقسیم می‌شود (Young et al., 2003). هر چند آرنز و همکاران (Arntz et al., 2021) در مطالعه‌ای دو نیاز دیگر (نیاز به خود انسنجام‌دهی و نیاز به انصاف و عدالت) را به‌عنوان دو نیاز دیگر پیشنهاد دادند. این نیازها و بر آسیب‌ها و تجربیات دوران کودکی تأکید دارد (Renner et al., 2016). هنگامی که این طرحواره‌ها شروع به کار می‌کنند، بر ادراک، واقعیت و پردازش روانی فرد تأثیر می‌گذارند (Cormier et al., 2010). طرحواره‌ها مجموعه‌ای از الگوهای اساسی هستند که بر افکار و رفتارهای فرد تسلط دارند. طرحواره‌ها با توجه به تجربیات فرد در زندگی شکل می‌گیرند و دگرگون می‌شوند. محتوای طرحواره‌ها شامل تجربیات مهم زندگی یک فرد است. دگرگونی طرحواره‌ها متأثر از فرهنگ، خانواده، مذهب، عوامل جنسیتی، سن و ویژگی‌های شخصی است. در واقع این طرحواره‌ها در یک سری شرایط خاص فعال می‌شوند و باعث سوگیری در

ارزیابی افراد از رویدادها می‌شود و این ارزیابی گاهی باعث سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف شده و برداشت‌های غیرواقعی می‌شود (یوسفی، ۱۳۸۹). هم‌چنین این رویکرد یک روش درمانی یکپارچه و جامع است که شامل عناصر مختلف درمانی از جمله درمان رفتاری، دلبستگی، شناختی، گشتالت و روان‌پویایی است (ارجمند، ۱۳۹۹) و برای بسیاری از مشکلاتی که افراد در زندگی روزمره خود با آن‌ها دست به‌گریبان هستند، راه حل می‌آفریند (Khasho et al., 2019). در نتیجه هدف نهایی این درمان ایجاد آگاهی روان‌شناختی، کنترل و بهبود آگاهانه بر طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است. (Mandler, 2017). در زمینه اثربخشی نیز بر اساس پژوهش‌های انجام شده، اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه (آقایی و همکاران، ۱۴۰۰؛ مکوند حسنیو همکاران، ۱۳۹۳؛ Harris & Curtin, 2002)، کم شدن نشانه‌های مرضی (Muncey, 2007)، کاهش اضطراب، افسردگی، خشم و غمگینی (Donzel et al., 2021; Hoffort et al., 2001)، افزایش خودپنداره (زه‌ره‌وند و همکاران، ۱۳۹۹؛ ضرغام حاجبی و همکاران، ۱۳۹۷؛ Null et al., 2018)، بهبود تنظیم هیجان (عباسی و همکاران، ۱۳۹۹؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ بیداری و حاجی‌علیزاده، ۱۳۹۸؛ Renner et al., 2018)، کاهش تکانشگری (عرفان و همکاران، ۱۳۹۸؛ حاجی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹؛ Donzel et al., 2021)، افزایش تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی (خساره و همکاران، ۱۴۰۱) و اجتناب شناختی (احمدزاده سامانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ Nenadic et al., 2017) تأثیرگذار است.

بنابراین با توجه به مسائل گفته شده پژوهش حاضر در پی بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال مرزی بود.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌های نیمه آزمایشی با گروه‌های آزمایش و کنترل و در قالب طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهر اراک در پاییز و زمستان ۱۴۰۱ بود که تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزاری شدند. گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت انجام مداخله قرار گرفتند. به منظور هم‌تاسازی بهتر، گروه‌ها هیچ گونه تعاملی با یکدیگر نداشتند. معیارهای ورود هم‌چنین شامل عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی حاد یا مزمن دیگری، تشخیص اختلال استرس پس از سانحه توسط متخصص، عدم مصرف داروهای که می‌تواند مداخله را مختل کند و داشتن حداقل مدرک دیپلم دبیرستان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و عدم حضور بیش از دو جلسه در شرکت کنندگان گروه آزمایش بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (Garnefski et al., 2001) تدوین شد که شامل ۳۶ گویه است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد (گرانفسکی و گراج، ۲۰۰۶). نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت و به صورت زیر است: هرگز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵). این پرسش‌نامه دارای مولفه‌های تمرکز مثبت مجرد/ برنامه ریزی (گویه‌های ۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳)، ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع‌تر (گویه‌های ۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۱۵)، سرزنش خود (گویه‌های ۱-۲-۴)، سرزنش دیگران (گویه‌های ۳۴-۳۵-۳۶)، نشخوار فکری (گویه‌های ۳-۹-۱۰-۱۱-۱۲)، فاجعه آمیز کردن (گویه‌های ۲۹-۳۰-۳۱-۳۲) و پذیرش (گویه‌های ۵-۶-۷-۸) است. ضریب آلفا خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه به وسیله گرانفسکی کرایچ و سپینهاوون (۲۰۰۱) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. نسخه فارسی این پرسش‌نامه در ایران مورد اعتبار یابی قرار گرفته است. جهت

بررسی اعتبار همگرا و واگرایی این فرم عیسی‌زادگان و همکاران (۱۳۹۰) در ایران از مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس که شامل ۲۱ پرسش مدرج چهار نمره‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد استفاده کرده‌اند.

پرسش‌نامه تکانشگری (Impulsivity Questionnaire): این ابزار، یک پرسش‌نامه خودگزارشی و توسط پاتون و همکاران (Patton et al., 1995) تدوین شده است و شامل ۳۰ آیت می‌باشد. نمره‌گذاری در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای انجام می‌شود و سه عامل ۱ - بی‌برنامگی (به صورت جهت یابی لحظه‌ای یا نبود آینده‌نگری) ۲ - تکانشگری شناختی گرفتن تصمیم‌های شناختی ۳ - تکانشگری حرکتی (عمل کردن بدون فکر) را ارزیابی می‌کند (Patton et al., 1995). نمرات از ۳۰ تا ۱۲۰ متغیر هستند (Whiteside & Lynam, 2001). نمرات بالاتر، نمایانگر تکانشگری بیشتر و بالعکس نمرات پایین‌تر نمایانگر تکانشگری کمتر می‌باشند. همسانی درونی این ابزار توسط سازندگان آن، روی جمعیت‌های معتادین به مواد مخدر، دانشجویان، زندانیان و بیماران روانپزشکی در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ محاسبه شده است (Diemen et al., 2007). این پرسش‌نامه دارای همبستگی مثبت و معنادار با پرسش‌نامه تکانشگری آیزنک می‌باشد (Patton et al., 1995). در ایران ضرایب پایایی این ابزار توسط اختیاری، رضوان فرد و مکری (۲۰۰۸)، در دامنه ۰/۴۷ تا ۰/۸۴ محاسبه شده است. هم‌چنین روایی عبارات پرسش‌نامه در قالب مقایسه گروه‌های شناخته شده، روایی همزمان و همخوانی داخلی بین مقیاس‌ها تأیید شد. در پژوهش عسکری (۱۳۹۳) از روایی محتوا به منظور تعیین روایی پرسش‌نامه استفاده شده است و میزان آن مطلوب گزارش شد.

پرسش‌نامه ناگویی هیجانی (Alexitimia Questionnaire): برای اندازه‌گیری ناگویی هیجانی از نسخه فارسی پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو استفاده شد که توسط بگی، پارکر و تیلور (Bagby et al., 1994) ساخته شده و یک پرسش‌نامه خودسنجی است که دارای ۲۰ سؤال و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر معطوف به بیرون (۸ ماده) است. نحوه نمره‌گذاری به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) است. جمع نمره‌های این سه خرده‌مقیاس به‌عنوان نمره کلی ناگویی هیجانی محسوب می‌شود. دامنه نمرات این پرسش‌نامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده ناگویی هیجانی بیشتر است. بشارت (۱۳۸۶) نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو را تهیه و ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی هیجان‌ها، دشواری در توصیف هیجان‌ها و جهت‌گیری بیرونی در تفکر را به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس نیز در نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای ناگویی هیجانی کل و خرده‌مقیاس‌های آن تأیید شده است (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۲). سؤالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸، ۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارند. هر چه افراد نمراتشان در این خرده‌مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان‌دهنده شدت بیشتر ناگویی هیجانی است (Bagby & Taylor, 1997). قربانی و همکاران (۲۰۰۲) آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴ برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر معطوف به بیرون ۰/۷۶ به دست آورده‌اند. (محمد، ۱۳۸۰؛ به نقل از شاهقلیان و همکاران، ۱۳۸۶) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دونیمه‌کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و برای تفکر معطوف به بیرون به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۶ و ۰/۷۸ و برای نمره کل ناگویی هیجانی ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه شرکت داشتند که از این تعداد در گروه آزمایش تعداد ۶ نفر مرد و ۹ نفر زن و در گروه کنترل ۷ نفر مرد و ۸ نفر زن بودند. از نظر سطح درآمد نیز، در گروه آزمایش، تعداد ۲ نفر دارای درآمدی تا ۲ میلیون تومان، ۷ نفر ۳ تا ۶ میلیون تومان و ۶ نفر بیش از ۶ میلیون تومان درآمد

داشتند در گروه کنترل نیز تعداد ۲ نفر دارای درآمدی تا ۴ میلیون تومان، ۹ نفر ۳ تا ۶ میلیون تومان و ۴ نفر بیش از ۶ میلیون تومان درآمد داشتند. همینطور میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۲/۸۵ سال و با انحراف استاندارد ۴/۰۳ و در گروه کنترل ۳۱/۰۵ سال و با انحراف استاندارد ۳/۹۱ بود. در ادامه به بررسی شاخص‌های توصیفی متغیر مورد بررسی اشاره خواهد شد.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیر مورد بررسی

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	۱۱۰/۶۶	۱۳/۱۴	۱۱۱/۲۴
	کنترل	۱۱۳/۵۳	۱۳/۵۰	۱۱۴/۰۹
ناگویی هیجانی	آزمایش	۶۱/۸۶	۵/۹۰	۴۵/۰۰
	کنترل	۵۸/۲۰	۵/۹۱	۵۸/۸۶
تکانشگری	آزمایش	۷۳/۶۰	۱۴/۰۴	۵۴/۷۳
	کنترل	۷۵/۷۳	۱۴/۳۱	۷۵/۵۳

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان داده شده است. جهت بررسی نتایج متغیرهای تنظیم شناختی هیجان، ناگویی هیجانی و تکانشگری و برای حذف اثرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون اشاره خواهد شد.

آزمون‌های مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون و همسانی واریانس‌ها نیز انجام شده است. بر اساس نتایج این آزمون‌ها، شیب خط رگرسیون برای هر دو شرایط آزمایشی در هر یک از متغیرهای مورد بررسی در سطح $p < 0/05$ یکسان بود. در بررسی مفروضه‌ها و پیش شرط‌های مانکوا مشخص گردید که بین کوواریانس ماتریس‌های دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد ($\text{Box's } M = 4/931$ و $p = 0/629$). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین متغیرهای وابسته وجود ندارد ($\text{Approx. Chi-Square} = 1/13$ و $p = 0/140$). همچنین نتایج آزمون کالاموگروف-اسمیروف نشان داد که توزیع نمرات در متغیرهای هیجان، ناگویی هیجانی و تکانشگری نرمال می‌باشد ($p > 0/05$). آزمون لوین نیز برای همگونی واریانس‌های خطا نشان داد که همگنی واریانس‌ها در پیش‌آزمون ($F = 0/001$; $p = 0/970$)، تنظیم شناختی هیجان، پیش‌آزمون ($F = 0/127$; $p = 0/724$) و پس‌آزمون ($F = 0/457$; $p = 0/449$)، ناگویی هیجانی و هم‌چنین در پیش‌آزمون ($F = 0/037$; $p = 0/849$) و پس‌آزمون ($F = 0/04$; $p = 0/457$)، تکانشگری در سطح $0/05$ رعایت شده ولی در پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان ($F = 5/218$; $p = 0/030$) رعایت نشده است. بدین ترتیب، نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه گروه‌های مورد بررسی در متغیرهای مورد نظر در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیرهای تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی

آماره	ارزش	F	df	سطح معنی‌داری	مجدور این‌تای تفکیکی	توان
لامبدای ویلکز	0/113	59/931	3	0/001	0/887	1/000
T-هاتلینگ	7/817	59/931	3	0/001	0/887	1/000

جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی معنی‌دار است. بنابراین پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار بود. بدین ترتیب، نتایج تحلیل

کوواریانس مربوط به مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه دو گروه در متغیرهای تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی

متغیر	مجموع مجدورها	درجه آزادی	میانگین مجدورها	نسبت F	سطح معنی‌داری	ضریب سهمی اتا	توان آماری
تکانشگری	۲۶۱۰/۸۳۵	۱	۲۶۱۰/۸۳۵	۹۹/۸۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۰	۱/۰۰۰
تنظیم هیجان	۴۵/۱۴۱	۱	۴۵/۱۴۱	۰/۶۹۳	۰/۴۱۳	۰/۰۲۷	۰/۱۲۶
ناگویی هیجانی	۱۷۵۲/۰۷۸	۱	۱۷۵۲/۰۷۸	۷۴/۹۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۰	۱/۰۰۰

بر اساس آنچه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس برای پیش‌آزمون‌های دو گروه نشان می‌دهد که F محاسبه شده برای متغیرهای تکانشگری و ناگویی هیجانی معنادار بوده که بیانگر اثر پیش‌آزمون است. با این حال، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، طرحواره درمانی بر نمرات پس‌آزمون دو گروه در متغیرهای تکانشگری و ناگویی هیجانی معنی‌دار و دو گروه در پس‌آزمون متفاوت هستند. به طوری که با توجه به جدول میانگین‌ها (جدول ۱) گروه آزمایش در پس‌آزمون نمرات کمتری در میزان تکانشگری و ناگویی هیجانی کسب کرده بودند و این بدین معناست که طرحواره درمانی باعث کاهش میزان تکانشگری و ناگویی هیجانی در افرادی شده بود که تحت این مداخله قرار گرفته بودند ($p < 0.05$). هم‌چنین در متغیر تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال مرزی بود. نتیجه این پژوهش نشان داد مداخله طرحواره درمانی توانست بر تکانشگری و ناگویی هیجانی در این افراد تأثیر مطلوبی بگذارد ولی باعث تغییر معنی‌داری در تنظیم شناختی هیجانی این افراد نشد. به عبارتی دیگر در این پژوهش، طرحواره درمانی نتوانست بر بهبودی و افزایش توانایی تنظیم شناختی هیجان تأثیر معنی‌داری بگذارد که این نتیجه با نتایج تحقیقات عباسی و همکاران (۱۳۹۹)، محمدی و همکاران (۱۳۹۸) و رنر و همکاران (Renner et al., 2018) ناهمسو است. از جمله عدم دلایل ناهمسو بودن این نتیجه با نتایج پژوهش‌های پیشین می‌توان به وجود مولفه‌های مختلف مثبت و منفی در این متغیر اشاره کرد که جمع‌بندی نمرات آن‌ها به عنوان نمره کل باعث عدم معنی‌داری آن شد. بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت وقتی که این طرحواره‌ها شروع به فعالیت می‌کنند، بر ادراک، واقعیت و پردازش روانشناختی فرد اثر می‌گذارد (Cormier et al., 2010). در واقع طرحواره‌ها، یکسری الگوهای بنیادی هستند که افکار و رفتارهای فرد را تحت سیطره خود در می‌آورند. طرحواره‌ها و بر اثر تجارب فرد در زندگی شکل گرفته و تحول می‌یابند. هم‌چنین طرحواره‌ها موجب سوگیری در ارزیابی افراد از اتفاقات و رویدادها می‌شوند و این ارزیابی گاهی باعث سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف شده، اهداف و برداشت‌های غیرواقع بینانه مشخص می‌شوند (یوسفی، ۱۳۹۰). طرحواره درمانی می‌تواند با به کارگیری شناخت درمانی، موجب کاهش مشکلات بین فردی و بی‌ثباتی عاطفی شود و از این طریق تنظیم هیجان را در فرد آشکار سازد. در واقع، طرحواره درمانی برای مقابله با مشکلات زندگی، با جان‌نشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه، به افزایش راهکارهای مدیریت و تنظیم هیجان‌ات در فرد منجر شود. در این درمان، با تکیه بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در گذشته و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و نیز شرح نحوه اثر آن‌ها در روبرویی و پردازش رویدادهای زندگی، به جای راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، به مراجع کننده فرصتی را می‌بخشد که از ارزیابی اجتنابی و منفی خود کنار کشیده و راهبردهای مطلوب‌تری را جایگزین کند. زیرا این راهبردهای سازگارانه به بهبود ظرفیت روانی افراد، تنظیم هیجان‌ات و قدرت حل مسأله افراد منجر شده و ادراک و پذیرش بیماری را سبب می‌شود.

هم‌چنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش ناگویی هیجانی در شرکت‌کنندگان شد که این نتیجه با تحقیقات مکوند حسنی و همکاران (۱۳۹۳)، احمدزاده سامانی و همکاران (۱۴۰۰)، و نیمادیک و همکاران (Nenadic et al., 2017) هم‌راستا است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره درمانی با به کارگیری شناخت درمانی و جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه برای برخورد با مشکلات و چالش‌های زندگی، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش می‌دهد و از این طریق تنظیم هیجانی شناختی را در فرد فعال می‌سازد (Renner et al., 2018). بهبود تنظیم شناختی نیز می‌تواند اجتناب شناختی را که نتیجه خطای پردازش شناختی است کاهش دهد. هم‌چنین این درمان شرایطی را مهیا می‌سازد تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کنند. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مسئله همراه است و این فرایند سبب بهبود پردازش شناختی و کاهش اجتناب شناختی می‌شود.

هم‌چنین بر اساس نتایج به‌دست آمده طرحواره درمانی توانست باعث کاهش تکانشگری در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شود که این نتیجه با تحقیقات زهره‌وند و همکاران (۱۳۹۹)، زرغام حاجبی و همکاران (۱۳۹۷) و نول و همکاران (Null et al., 2018) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که در تجربیات محیطی خود آسیب‌های تروماتیک و متعددی داشته‌اند، دچار علائم افسردگی و اضطراب‌شده و با سبک‌های رفتاری ناکارآمد و اغلب منفعل در روابط حضور پیدا می‌کنند که نتیجه آن تکرار آسیب‌هاست. در این‌بین طرحواره درمانی با بهبود در مهارت‌های حل مسأله، کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش در نمرات طرحواره‌ها و تغییر در رفتارهای ناکارآمد اثربخش بوده است (Nordahl et al., 2005). این تغییرات با بهبود خودپنداره مثبت افراد در ارتباط است. پرداختن به همدلی و تمرین‌های گروهی، مطرح کردن احساسات، آسیب‌ها و تکانه‌ها در گروه، چالش و نقد گروه نسبت به طرحواره‌ها و سپس حمایت همراه با پذیرش از اعضای گروه در جلسات طرحواره گروهی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مداخلات در بهبود طرحواره‌ها، افزایش امید، احساس امنیت، حمایت، و نیز بدست آوردن احساس کنترل و در نتیجه کاهش تکانه در افراد دارای اختلال پس از سانحه تأثیرگذار است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بود جامعه و نمونه و محدود بودن گستره جغرافیایی مورد بررسی اشاره کرد که در نتیجه تعمیم باید با احتیاط صورت گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گستره جغرافیایی دیگر و جوامع دیگر صورت گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که مداخلات دیگری را جهت میزان اثربخشی و مقایسه با مداخله صورت گرفته، انجام شود. بنا بر نتایج به‌دست‌آمده نیز می‌توان پیشنهاد داد که از مداخله فوق در درمان اختلالات روان‌شناختی افراد (به خصوص افراد دارای اختلال مرزی) استفاده شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که در جهت درمان تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در مراجع‌کنندگان از طرحواره درمانی استفاده شود.

تشکر و قدردانی: در پایان از مؤسسه روان درمانی روان سبز که ما را در نگارش این پژوهش یاری رساند، کمال تشکر را داریم.

منابع مالی: پژوهش حاضر توسط نویسندگان تامین مالی شده است.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- احمدزاده سامانی، سودابه، دهقانی، اکرم، کلانتری، مهرداد، و رضایی دهنوی، صدیقه. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۲(۲)، ۶۵-۵۶.
- ارجمند، حوریه. (۱۳۹۹). ماهیت طرحواره درمانی و انواع طرحواره درمانی. *اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم اجتماعی و علوم انسانی*، آمستردام، هلند.

- آقایی، احمد، کهرابئی، فرهاد، و علی، فرنام. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار به صورت گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار زوجین. *سلامت اجتماعی*، ۸(۳)، ۳۷۵-۳۸۵.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمالگرایی چند بعدی تهران. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۹(۱۰)، ۶۷-۴۹.
- بیداری، فرزانه و حاجی‌علیزاده، کبری. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۲)، ۱۸۰-۱۶۵.
- پورمحسنی کلوری، فرشته، حضرتی ساقصلو، شیوا، و معاش اصل، سمیه. (۱۳۹۷). مقایسه ناگویی هیجانی و سیستم‌های مغزی- رفتاری در افراد با و بدون خصوصیات شخصیت مرزی، خودشیفته. *دانشور پزشکی*، ۲۵(۱۳۴)، ۷۰-۶۱.
- حاتمی، جواد، خورشیدی، محمد مهدی، بهرامی احسان، هادی، رحیمی، سید علی سینا، و حاتمی، امیر جلال. (۱۳۹۲). نقش سطوح پردازش و همخوانی خلقی در بازشناسی واژه‌های هیجانی در افراد دارای ناگویی خلقی. *روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۲)، ۸۳-۶۹.
- حاجی‌پور، حسن، بیاضی، و محمد حسن، نجات، حمید. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف‌کننده مواد. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۰(۱)، ۵۵-۳۹.
- خساره، حمیده، پولادی ریشه‌ری، علی، و محمدی، سید یونس. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دختر شهر کرمان. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۷(۶۸)، ۱۲۲-۱۱۵.
- زهره‌وند، مهدی، صباحی، پرویز، و رفیعی‌نیا، پروین. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی کودک و نوجوان بر خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل در کودکان بی سرپرست و بد سرپرست. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان*.
- شاهقلیان، مهناز، مرادی، علیرضا، و کافی، موسی. (۱۳۸۶). رابطه آلکسیتیمیا با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۴۸-۲۳۸.
- ضرغام حاجبی، مجید، میرباقری، محبوبه و پاک‌نژاد، ثمین. (۱۳۹۷). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش خودپنداره مثبت زنان خیابانی. *پژوهشنامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، ۹(۱)، ۱۳۴-۱۲۳.
- عباسی، فروغ، مردای منش، فردین، نادری، فرح، و بختیارپور، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آسم. *نشریه دانشکده پزشکی*، ۶۳(۲)، ۲۴۵۴-۲۴۴۶.
- عرفان، عارفه، قزلباش، سیما، کاظمیان، مهناز، و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تکانشگری و علائم خلقی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۳)، ۳۹۹-۳۸۸.
- عسکری، فاطمه. (۱۳۹۳). مقایسه مهارت‌های مقابله‌ای، تکانشگری و اختلالات رفتاری در سه گروه نوجوانان بی‌سرپرست، بد سرپرست و عادی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران*.
- عیسی زادگان، علی، جناآبادی، حسین، و سعادت‌مند، سعید. (۱۳۹۰). رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، خلاقیت هیجانی، عملکرد تحصیلی با بهداشت روانی در دانشجویان. *مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۷(۱۲)، ۹۲-۷۱.

محمدی، حانیه، سپهری شاملو، زهره، و اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۵۱)، ۲۷-۳۶.

مکوند حسنی، شاهرخ، رضایی، علی محمد، و عزالدین، منا. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست. *روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲)، ۱۲-۱.

موسوی هندری، طلیعه، محمودعلیلو، مجید، و مدنی، یاسر. (۱۳۹۷). روابط ساختاری کودک آزاری و بد تنظیمی هیجانی با نشانه‌های شخصیت مرزی. *روان‌شناسی*، ۲۲(۲)، ۲۰۱-۱۸۸.

نصیری، بیل اله، لطیفیان، مرتضی، و ریف، کارولین. (۱۳۸۸). آلکسیتیمیا و ارتباط آن با شاخص‌های توانش هیجانی و شکایت از دردهای جسمی در کودکان و نوجوانان. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۵(۳)، ۲۴۸-۲۵۷.

یانگ، جفری، کلوسکو، ژانت، و ویشار، مارجوری. (۱۳۹۹). *طرحواره درمانی*. چاپ هشتم. ترجمه حسن حمید پور، زهرا اندوز. تهران: نشر ارجمند.

یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوون بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴)، ۳۷۳-۳۵۶.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021). Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 1-14.

Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. In G. J. Taylor, R. M. Bagby, & J. D. A. Parker (Eds.), *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness* (pp. 26-45). Cambridge: University Press

Bagby, R. M., Parker, J. D., & 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.

Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*, 94, 130-139.

Benfer, N., Bardeen, J. R., & Clauss, K. (2018). Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy: Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 108-114.

Blum, K. E. N. E. T. H., & Kozlowski, G. P. (1990). Ethanol and neuromodulator interactions: a cascade model of reward. *Alcohol and Behavior*, 131-149.

Bourassa, K. J., Smolenski, D. J., Edwards-Stewart, A., Campbell, S. B., Reger, G. M., & Norr, A. M. (2020). The impact of prolonged exposure therapy on social support and PTSD symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 260, 410-417.

Chalah, M. A., & Ayache, S. S. (2017). Alexithymia in multiple sclerosis: A systematic review of literature. *Neuropsychologia*, 104, 31-47.

Chapman, A.L., Dixon, K. L., & Walters, K. N. (2011). *Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder*. *Journal of Ration Emotive Cognitive Behavior Therapy*, 29, 35-52.

- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Wallburg, V., & Callahan, S. (2010). Influence between early maladaptive schemas and depression. *L'encephale*, 37(4), 293-298.
- Diemen, L. V., Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(2), 153-156.
- Difede, J., Rothbaum, B. O., Rizzo, A. A., Wyka, K., Spielman, L., Jovanovic, T., ... & Lee, F. (2019). Enhanced exposure therapy for combat-related Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): study protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical trials*, 87, 105857.
- Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., & De Los Reyes, A. (2015). Emotion regulation in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion. *Personality and Individual Differences*, 86, 271-276.
- Ekhtiari, H., Rezvafard, M., & Mokri, A. (2008). Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(3), 247-257.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire—Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). De relatie tussen cognitieve copingstrategieën en symptomen van depressie, angst en suicidaliteit. Relationship between cognitive coping strategies and symptoms of depression, anxiety and suicidality. *Gedrag En Gezondheid*, 29(3), 148-158.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37(5), 297-308.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416.
- Hoffart, A., Versland, S., & Sexton, H. (2002). Self-understanding, empathy, guided discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy of personality problems: A process–outcome study. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 199-219.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 303-308.
- Kaplan, C., Tarlow, N., Stewart, J. G., Aguirre, B., Galen, G., & Auerbach, R. P. (2016). Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 86-94.
- Kaufman, E. A., Graves, J. L., Wallace, M. L., Lazarus, S. A., Stepp, S. D., & Pedersen, S. L. (2021). Associations between physiological and self-reported indices of emotion dysregulation across varying levels of alcohol use among individuals with and without borderline personality disorder. *Biological Psychology*, 160, 108044.
- Khasho, D. A., Van Alphen, S. P. J., 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, 100330.
- Koppers, D., Van, H. L., Peen, J., & Dekker, J. J. (2023). Exploring the effect of group schema therapy and comorbidity on the treatment course of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(1), 80-85.
- Li, D., Li, D., Wu, N., & Wang, Z. (2019). Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*, 101, 113-122.

- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Maarschalkerweerd, F. A. T., Engelmoer, I. M., Simon, S., & Arntz, A. (2021). Addressing the punitive parent mode in schema therapy for borderline personality disorder: Short-term effects of the empty chair technique as compared to cognitive challenging. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 73, 1016-1020.
- Mahmood Aliloo, M., Hashemi Nosratabad, T., & Karimpour Vazifekhorani, A. (2018). The role of impulsivity, sensitivity to reward and anhedonia in distinction people with symptoms of borderline personality disorder from ordinary people. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(2), 136-147.
- Malesza, M. (2019). Stress and delay discounting: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 144, 56-60.
- Mandler, J. M. (2016). *Stories, scripts, and scenes: Aspects of schema theory*. Psychology Press.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Mostafa, M. S., Sedaghat, M., Makvand Hoseini, S., & Seyyed Alinaghi, S. A. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy on Self-Concept and Social Health among People Living with HIV (PLWH). *MEJDS*, 12, 116-116
- Muncey, C. (2007). Schema focused therapy appears effective for bpd treatment. *Monitor on Psychology*, 38(3), 37-45.
- Nenadic, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group Schema Therapy for Personality Disorders: A Pilot Study for Implementation in Acute Psychiatric In-Patient Settings. *Psychiatry Research*, 253, 9-12
- Null, N., Mirbagheri, M., & Null, N. (2018). The effectiveness of schema therapy-based group counseling in increasing the positive self-concept in the street women. *Women Studies*, 9(23), 123-134.
- Paris, J. (2018). Differential diagnosis of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 575-582.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63(1), 29-38.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & 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.
- Richmond, J. R., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2021). The roles of emotion regulation difficulties and impulsivity in the associations between borderline personality disorder symptoms and frequency of nonprescription sedative use and prescription sedative/opioid misuse. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 62-70.
- Schienze, A., Wabnegger, A., Schöngassner, F., & Leutgeb, V. (2015). Effects of personal space intrusion in affective contexts: an fMRI investigation with women suffering from borderline personality disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(10), 1424-1428.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26, 187-193.

- Van Donzel, L., Ouwens, M. A., Van Alphen, S. P. J., Bouwmeester, S., & Videler, A. C. (2021). The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults—integrating positive schemas. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 21, 100715.
- Weiner, A. S., Ensink, K., & Normandin, L. (2018). Psychotherapy for borderline personality disorder in adolescents. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 729-746.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (2003). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*, (rev. ed). Sarasota, FL: Professional Resources Press