

Research Article

# The effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder

Authors

Vahid Sabri<sup>1</sup>, Hamid Yaghubi<sup>2\*</sup>, Jafar Hasani<sup>3</sup>, Majid Mahmodalilou<sup>4</sup>

1. PhD students in Clinical Psychology - Faculty of Humanities - Shahed University - Tehran – Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.(Corresponding Author).

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

4. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Abstract

Receive Date:  
09/01/2021

Accept Date:  
19/05/2021

**Introductoin:** The Borderline personality disorder is one of the most common psychiatric disorders. The aim of this study was to compare the effect of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder.

**Method:** The research was a single-subject design in terms of applied purpose and data collection method. Based on the diagnosis of borderline personality disorder by a psychiatrist and structured clinical interview (SCID) by clinical psychologist and inclusion and exclusion criteria, 4 patients were randomly assigned to dialectical behavioral therapy and emotional schema therapy. Each patient was evaluated 11 times (3 times before the treatment, 5 times during the treatment, and 3 times after the treatment) were evaluated by the Emotion Regulation Scale (ERQ), Borderline Personality Scale (STB), and Emotional Schemas Scale (LESS). Data were analyzed by indicators of trend changes, slope, reviewing of charts. Furthermore, to evaluate the clinical significance, the index of recovery percentage and effect size were used.

**Results:** Examination of graphs and data analysis showed that emotional schema therapy has reduced hopelessness and impulsivity more than dialectical behavior therapy and also emotional schema therapy had a greater effect on reappraisal emotion. Both treatments also had the same effect in reducing repression.

**Discussion and Conclusion:** According to the findings, emotional schema therapy can be used as an effective treatment in psychological interventions of patients with a borderline personality disorder.

Keywords

Emotional Schema Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Borderline Personality Disorder.

Corresponding Author's E-mail

m48r52@gmail.com

# تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره درمانی هیجانی در تکانشگری، بد تنظیمی هیجانی و طرح‌واره‌های هیجانی بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی

نویسندگان

وحید صبری<sup>۱</sup>، حمید یعقوبی<sup>۲\*</sup>، جعفر حسینی<sup>۳</sup>، مجید محمودعلیلو<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

چکیده

**مقدمه:** اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است. هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر

رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی بود

**روش:** پژوهش از نظر هدف کاربردی و شیوه گردآوری اطلاعات از نوع طرح‌های تک آزمودنی بود. بر اساس

تشخیص اختلال شخصیت مرزی توسط روان‌پزشک و اجرای مصاحبه ساختار یافته توسط روانشناسی بالینی و

بررسی ملاک‌های ورود و خروج ۴ بیمار انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و

طرح‌واره درمانی هیجانی جایگذاری شدند. هر یک از بیماران ۱۱ مرتبه (۳ مرتبه پیش از آزمون، ۵ مرتبه در طی

آزمون و ۳ مرتبه در پس آزمون) به‌وسیله مقیاس تنظیم هیجان، مقیاس شخصیت مرزی، و مقیاس طرح‌واره‌های

هیجانی ارزیابی شدند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییر روند، بازبینی نمودارها و شیب و برای

بررسی معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

**نتایج:** بررسی نمودارها و تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به رفتاردرمانی

دیالکتیک طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی، ناامیدی و تکانشگری بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی را بیشتر

کاهش داده است و همچنین در ارزیابی مجدد و طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی نیز طرح‌واره درمانی هیجانی تأثیر

بیشتری داشته است. همچنین هر دو درمان در کاهش سرکوبی تأثیر یکسانی داشتند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها می‌توان طرح‌واره درمانی هیجانی را به‌عنوان درمان مؤثر در مداخلات

روان‌شناختی بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی به کار برد.

تاریخ دریافت:

۱۳۹۹/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۰/۰۲/۲۹

کلیدواژه‌ها

طرح‌واره درمانی هیجانی، رفتاردرمانی دیالکتیک، اختلال شخصیت مرزی.

نشانی پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

hyaghubi@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

## مقدمه

اعتبارساز نشأت می‌گیرد. محیط بی‌اعتبار ساز نمی‌تواند مهارت‌های لازم برای تنظیم هیجان‌های شدید را آموزش دهد. بدین ترتیب فردی که از نظر هیجانی آسیب‌پذیر بوده ممکن است به راهبردهای غیرمنطقی تنظیم هیجان مثل بریدن اعضای بدن خود، پرخوری، مصرف مواد و الکل و ... برای گریز از هیجان و یا کاهش آن استفاده کند [۸]. بد تنظیمی هیجان در بیش از نیمی از اختلالات محور یک و در تمام اختلالات شخصیت اتفاق می‌افتد. مثلاً بد تنظیمی هیجان در بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی [۹]، اختلال خوردن [۸]، اختلال اضطراب منتشر، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اختلال هراس، گذر هراسی [۱۰] وجود دارد.

اختلال شخصیت مرزی هزینه‌های درمانی و بهداشتی بالایی را ایجاد می‌کند چون درمان افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی با مشکلات فراوانی روبروست به‌طوری‌که گاهی در روند درمان، درمانگران دچار درماندگی و ناامیدی می‌شوند. بسیاری از درمانگران این اختلال را غیرقابل درمان می‌دانند. این بیماران در رابطه درمانی اغلب بیمارانی سخت و غیرقابل‌پیش‌بینی بوده و سردرگمی زیادی را نشان می‌دهند، به‌طوری‌که گاهی جلسات درمانی را ناگهانی قطع می‌کنند. همچنین افت درمانی در این بیماران بین ۴۳ تا ۶۷ درصد برآورد شده است. حتی روان‌درمانگران ماهر نیز در نگهداشت این بیماران با مشکل روبرو هستند [۱۱]. از سوی دیگر خودکشی‌های مکرر مراجع و رد کمک‌های درمانی و یا درخواست‌های غیرمعقول از درمانگر ممکن است واکنش‌های هیجانی در درمانگر ایجاد کند. به همین دلایل این بیماران اغلب درمانگران را در بن‌بست درمانی قرار می‌دهند [۱۲].

درمان استاندارد و پرکاربرد برای اختلال شخصیت مرزی رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۴</sup> است که لینهان برای بیماران خودکشی‌گر طراحی کرده بود. هدف اصلی رفتاردرمانی دیالکتیک کاهش مدت و فراوانی بستری بیمارستانی در این بیماران بود. این رویکرد درمانی بیشتر بر کسب مهارت‌های رفتاری جدید تأکید دارد در مطالعات مختلف اثربخشی این درمان مورد مطالعه قرار گرفته و حمایت تجربی برای کاهش رفتارهای پرخطر مانند اقدام به خودکشی کسب کرده است. رفتاردرمانی دیالکتیک به‌عنوان یک از درمان‌های شناختی رفتاری بر روی تغییرات رفتاری بیماران تمرکز داشته و با پذیرش، اعتباربخشی و شفقت درمان‌جویان تعدیل شده است [۱۳]. در رفتاردرمانی دیالکتیک جهت‌گیری اولیه درمان تحت کنترل درآوردن رفتارها و هیجان‌های غیرقابل‌کنترل مراجع

اختلال شخصیت مرزی (اختلال شخصیت مرزی) یکی از اختلالات روانی شدید است که با بد تنظیمی هیجان، شناخت، رفتار و روابط بین فردی مشخص می‌شود [۱]. انجمن روان‌پزشکی آمریکا بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی را به‌عنوان الگوی فراگیر، با بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خلق‌وخوی تکانشگرانه و خودانگاره مشخص کرده است [۲]. اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عموم بین ۱ تا ۶ درصد شیوع دارد و ۱۰ درصد مراجعان سرپایی و ۲۰ درصد بیماران بستری را بیماران اختلال شخصیت مرزی تشکیل می‌دهند [۳]. این بیماران تقریباً در تمام ابعاد و حوزه‌های زندگی خود با مشکل روبرو بوده و دارای مشکلاتی در روابط با دیگران، هویت، رفتارهای تکانشی و خلق هستند [۴]. طغیان‌های خشم و دوره‌های بحرانی در این بیماران زیاد است به‌طوری‌که خطر آسیب به خود در این افراد به‌واسطه خودزنی‌های مکرر یا سوءمصرف مواد و الکل بین ۶۹ تا ۷۵ درصد است [۵].

بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی حداقل در دو زمینه خود آسیب‌رسان رفتارهای تکانشگری نشان می‌دهند آن‌ها ممکن است دست به قمار بزنند؛ بدون ملاحظه پول خرج کنند؛ غذای زیادی بخورند؛ سوءمصرف مواد داشته باشند و یا رابطه جنسی بی‌پروا و ناگهانی داشته باشند. مولر<sup>۲</sup> و همکاران [۶] در تعریف تکانشگری آن را گرایش و آمادگی برای ابراز واکنش‌های سریع و بی‌برنامه نسبت به محرک‌های درونی یا بیرونی بدون توجه به عواقب و پیامدهای منفی آن‌ها تعریف کرده است. همان‌طور که در تعریف تکانشگری بدان اشاره شده تکانشگری یک نوع آمادگی که نشانگر یک الگوی رفتاری است نه صرفاً یک عمل ساده در ثانی تکانشگری شامل اعمال سریع و بدون برنامه است یعنی قبل از ارزیابی آگاهانه پیامدهای منفی عمل اتفاق می‌افتد. این ویژگی تکانشگری را از قضاوت آسیب‌دیده یا رفتارهای اجباری متمایز می‌کند تکانشگری در طول دوره پیگیری ۷ ساله بهترین پیش‌بینی کننده سایکوپاتولوژی مرزی بود زانارینی<sup>۳</sup> و همکاران [۷] معتقدند بیماران مبتلابه شخصیت مرزی مرد و زن از لحاظ تکانشگری با یکدیگر تفاوت دارند به این صورت که سوءمصرف مواد در بین بیماران مبتلابه شخصیت مرزی مرد به‌طور معناداری شایع‌تر است، درحالی‌که اختلالات خوردن عمدتاً در بین بیماران مرزی زن قابل مشاهده است. از سوی دیگر لینهان در مفهوم‌سازی خود از اختلال شخصیت مرزی آن را بد تنظیمی هیجان فراگیری می‌دانست که از تعامل آسیب‌پذیری هیجانی و محیط بی

3. Zanarini

4. Dialectic behavioral therapy

1. Borderline personality disorder

2. Moeller

هیجانی<sup>۵</sup> رویکردی نوظهور در زمینه تنظیم هیجانی است که از نظریه‌های فراشناختی تأثیر پذیرفته و با پیوند بین رویکرد شناختی رفتاری و رویکردهای موج سوم سعی بر گسترش رویکردی یکپارچه به درمان مشکلات روان‌شناختی دارد. لیهی و همکاران [۸] مشخص کردند که طرح‌واره‌های هیجانی در برخی بیماری‌ها و فرآیندهای آسیب‌شناسی مختلف نقش میانجی را بازی می‌کنند. برای مثال طرح‌واره‌های هیجانی در تسهیل ذهن آگاهی، پذیرش و اجتناب تجربی و اضطراب نقش دارند.

مدل طرح‌واره هیجانی<sup>۶</sup> مطرح می‌کند که سبک خاص تفکر معطوف به خود و ارزیابی فرد از افکار و احساس‌های خود منجر به ارزیابی و راهبردهای مشکل‌ساز تنظیم هیجان می‌شود و محتوای افکار در مورد هیجان‌ها منجر به تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار می‌گردد. این مدل بیان می‌دارد که تفاسیر از هیجان‌ها موجب عدم تحمل یا ترس از هیجان می‌شود در نتیجه منجر به حسی از بد تنظیمی هیجان، فروپاشی ناشی از هیجان‌ها، و به‌کارگیری راهبردهای مشکل‌ساز از قبیل، نشخوار ذهنی، نگرانی، پرخوری، برون‌ریزی، خشم، مصرف الکل، سرکوبی و خودزنی برای خاتمه دادن به هیجان‌ها می‌شود [۲۴]. تحقیقات صورت گرفته بر روی نقش طرح‌واره‌های هیجانی در آسیب‌شناسی روانی از نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های هیجانی و تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر اختلالات روانی حمایت می‌کند. از جمله لیهی و همکاران [۲۵] نشان دادند که افسردگی با احساس گناه زیاد، انتظار تداوم داشتن هیجان، نشخوار فکری بیشتر و غیرقابل کنترل بودن هیجان‌ها مرتبط است. اضطراب با طرح‌واره‌های احساس گناه زیاد، دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجان، نشخوار زیاد، غیرقابل پذیرش بودن و غیرقابل کنترل بودن هیجان مرتبط است. سیلبرستین و همکاران [۲۶] نشان دادند که طرح‌واره‌های هیجانی منفی با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر و ذهن آگاهی کمتر ارتباط دارد. لیهی و همکاران [۲۵] در یک بررسی بر روی ۴۲۵ بیمار نشان دادند که طرح‌واره‌های غیر انطباقی هیجان و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با افسردگی در ارتباط است. ریسکیند و کلیم [۲۷] نشان دادند که سبک شناختی آسیب‌پذیر نمره بالا را در طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی و ترس از دست دادن کنترل را پیش‌بینی می‌کند. باتماز و همکاران [۲۸] در یک مطالعه بر روی ۱۶۶ بیمار یک‌قطبی، ۱۴۰ بیمار دوقطبی و ۱۵۱ نفر گروه سالم دریافتند که گروه اختلالات خلقی از گروه سالم در ابعاد طرح‌واره‌های

است، سپس برای احساس بهتر و جستجوی لذت برای مراجع کمک می‌شود [۱۴]. در پژوهش لینهان و همکاران [۱۵] بر روی خودکشی افراد شخصیت مرزی مشخص شده که رفتاردرمانی دیالکتیک تلاش برای خودکشی را تا حد زیادی کاهش داده است. همچنین در مطالعه نیکسو، ریزوی و لینهان [۱۶] بر روی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشخص شد که رفتاردرمانی دیالکتیک تلاش‌های خودکشی، افسردگی، خود آسیبی و خودزنی بیماران را کاهش داده است. بیلز و همکاران [۱۷] معتقد است که رفتاردرمانی دیالکتیک به خاطر تأکید فزاینده بر رفتارهای پرخطر در سرتاسر برنامه درمانی و سعی در اصلاح آن‌ها برای کاهش رفتارهای پرخطر مفید است اما در افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی، ناامیدی، پرخاشگری و باورهای مقابله‌ای نتایج امیدوارکننده ندارد. بتمن و فوناگی [۱۸] دریافتند که رفتاردرمانی دیالکتیک دفعات خودزنی را در ابتدای درمان کاهش می‌دهد اما در بلندمدت اثربخشی محدودی برای رفتارهای خودزنی دارد افزون بر این رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش ناامیدی، افسردگی و یا رضایت‌مندی کلی از زندگی مفید واقع نشده است. کلیم، کروگر و کوسفلدر<sup>۱</sup> [۱۹] در یک فرا تحلیل درباره اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه به درمان معمول به‌اندازه اثر متوسطی رسیدند که در زمان مقایسه با یک درمان اختصاصی دیگر این اندازه اثر کوچک‌تر می‌شد. در فرا تحلیل دیگر توسط کریستا<sup>۲</sup> و همکاران [۲۰] بر روی اثربخشی روان‌درمانی‌های خاص برای اختلال شخصیت مرزی نشان‌دهنده اندازه اثر متوسط روان‌درمانی‌ها بود، درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی و روان‌تحلیلی مبتنی بر انتقال به‌اندازه رفتاردرمانی دیالکتیک تأثیرگذار بودند ولی اثرات رفتاردرمانی دیالکتیک در بلندمدت کاهش پیدا می‌کرد. در فرا تحلیل کوگاسنر<sup>۳</sup> و همکاران [۲۱] نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. دیویسون و ترن<sup>۴</sup> [۲۲] معتقد است که شواهد کمی در حمایت از رفتاردرمانی دیالکتیک برای تأثیر بر علائم اختلال شخصیت مرزی مانند بی‌ثباتی روابط بین فردی، پوچی مزمن، بی‌حوصلگی، ناامیدی و اختلال هویت، عملکرد شغلی و رضایت زندگی وجود دارد. دیویسون معتقد است که رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان به روش معمول برای علائم ناامیدی افسردگی اختلال شخصیت مرزی هیچ برتری ندارد.

رفتاردرمانی دیالکتیک یکی از رویکردهای مبتنی بر تنظیم هیجان بود که به‌جز آن درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجانی دیگری نیز مطرح شده است. [۸،۲۳] طرح‌واره درمانی

<sup>۵</sup> Emotional schem therapy

<sup>۶</sup> Emotional schema model

<sup>۱</sup> Kliem, Kröger, Kosfelder

<sup>۲</sup> Cristea

<sup>۳</sup> Kothgassner

<sup>۴</sup> Davidson, Tran

درمانی هیجانی بر این باورها و راهبردهاست و همچنین به دلیل اینکه اکثر مراجعان با شکایت از مشکلات هیجانی وارد جلسات درمانی می‌شوند و هیجان‌ات آن‌ها در دسترس شان قرار دارد و از سوی دیگر با توجه به اینکه رفتاردرمانی دیالکتیک دارای جلسات طولانی‌مدت، نیازمند آموزش مهارت‌ها در جلسات گروهی و جلسات تیم مشاوران و هزینه‌های زیاد و اندازه اثر متوسط در اکثر پژوهش‌ها، در پژوهش حاضر به برای بررسی مقدماتی تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر اصلاح بد تنظیمی هیجان و کاهش علائم شخصیت مرزی پرداخته شده است. پس پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌دهی به این سؤال است که آیا طرح‌واره درمانی هیجانی می‌تواند بهتر از رفتاردرمانی دیالکتیک بد تنظیمی هیجان و علائم اختلال شخصیت مرزی را کاهش دهد؟

## روش

### نوع پژوهش

این مطالعه از منظر هدف کاربردی و بر اساس شیوه گردآوری داده‌ها به صورت طرح‌های تجربی تک آزمودنی است. از این رو در پژوهش حاضر از طرح A B که یکی از پرکاربردترین طرح‌های تک آزمودنی است، استفاده شده است.

### آزمودنی

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی و جامعه هدف بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی که در فاصله فروردین ۹۹ تا شهریور ۹۹ به ۶ مرکز روان‌شناختی و روان‌پزشکی شهرستان خوی مراجعه کرده بودند. از بین این بیماران ۴ بیمار در دامنه سنی ۱۸-۳۵ ساله به طور نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس تشخیص روان‌پزشک و انجام مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس دی اس ام-۵ انجام شد. همچنین معیارهای ورود و خروج توسط روان‌پزشک و روان‌درا مانگر ارزیابی و در طی مصاحبه اولیه مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل ۱- تشخیص اختلال شخصیت مرزی با استفاده از تشخیص روان‌پزشکی و مصاحبه ساختاریافته (SCID-5) ۲- بیماران مرد و زن سرپایی با دامنه سنی ۱۸-۳۵؛ ۳- عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی، ۴- عدم ابتلا به سوءمصرف مواد، ۵- عدم شرکت در مداخله روان‌درمانی در ۲ سال گذشته، ۶- رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان به منظور شرکت در جلسات طرح‌واره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک، حداقل سواد دیپلم و ملاک‌های خروج هم شامل ۱- آشفستگی‌های شدید که ارتباط با بیمار را مقدر سازد، ۲- در صورت نیاز به بستری ارجاع برای دارودرمانی و کنار گذاشته شدن از تحقیق. بعد از گمارش تصادفی بیماران اختلال شخصیت مرزی در دو گروه درمانی، ۲ بیمار تحت درمان طرح‌واره درمانی

هیجانی دیدگاه ساده‌انگارانه به هیجان، بی‌حسی، منطقی سازی، نشخوار فکری، ارزش‌های والا و کمبود کنترل هیجان تفاوت دارند. باتماز و از دل [۲۹] در مطالعه دیگری دریافتند که طرح‌واره‌های هیجانی منفی با افسردگی و عوامل فراشناختی نگرانی در مقیاس ولز مرتبط هستند. سیروتا و همکاران [۳۰] نیز دریافتند که اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی، علائم وسواسی-جبری، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی مدل طرح‌واره‌های هیجانی مرتبط بود. در مطالعاتی بر نقش میانجی‌گیری طرح‌واره‌های هیجانی بین آزار کودکی و ناگویی هیجانی [۳۱] و اضطراب فراگیر [۳۲] تأکید شده است. در مطالعه توسط وستفال و همکاران [۳۳] مشخص شده که بی‌تفاوتی والدین در طی کودکی با میانجی‌گری خود شفقتی و بی‌اعتبار سازی می‌تواند اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی کند. بررسی پیش‌بینی مقیاس شخصیت مرزی در پرسشنامه چند محوری میلون از روی طرح‌واره هیجانی نشان داد که طرح‌واره‌های هیجانی قابل‌درک بودن، نشخوار ذهنی، اعتبار، کرحتی، سرزنش، نگاه ساده‌انگارانه به هیجان، کنترل، ارزش‌ها و منطقی بودن پایین بیشترین نقش پیش‌بینی‌کنندگی را دارند. بنابراین افرادی که نمره بالاتر در مقیاس شخصیت مرزی می‌گیرند بر این باورند که هیجان‌هایشان قابل‌درک نبوده، نشخوار ذهنی دارند، تأیید کمتر می‌گیرند، احساس کرحتی کرده، سایرین را به خاطر احساساتشان سرزنش کرده، به سختی احساسات پیچیده را تحمل کرده و بر این باورند که هیجان‌هایشان قابل‌کنترل نیستند. هیجان‌هایشان در ارتباط با ارزش‌هایشان نبوده و تأکید کمتری بر منطقی دارند. به طوری که در حالت کلی بین طرح‌واره‌های هیجانی منفی با صفات شخصیت مرزی رابطه مثبت و بین طرح‌واره‌های هیجانی مثبت و صفات شخصیت مرزی رابطه منفی وجود دارد [۲۵]. همچنین در پژوهش یعقوبی و همکاران (چاپ نشده) طرح‌واره‌های هیجانی کنترل، سرزنش، قابلیت‌درک، توافق، منطقی بودن افراطی، نشخوار ذهنی، مدت و تأیید، تغییرات نشانه‌های شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کنند. از سوی دیگر مطالعات مختلفی درباره اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر روی اختلالات مختلف صورت گرفته است و کار آیی بالینی این رویکرد جدید درمانی به اثبات رسیده است. طرح‌واره درمانی هیجانی در درمان مودی اختلال وسواسی اجباری مقاوم به درمان [۳۴]، کاهش اضطراب و نگرانی در بیماران مبتلا اختلال اضطراب فراگیر [۳۵] کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلابه افسردگی [۳۶] مؤثر واقع شده است.

با توجه به وجود طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی در بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی [۲۶] تأکید طرح‌واره

حوزه مورد ارزیابی قرار گرفت و بعد از انجام اصلاحات و کسب تأیید لیهی برای انجام این پروتکل و کسب اعتبار محتوایی آن برای برگزاری جلسات آماده شد. طول جلسات درمان ۱۵ جلسه به صورت هفته‌ای یک‌بار به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شده است. خلاصه جلسات در جدول ۱ گزارش شده است. همچنین دو بیمار دیگر نیز تحت رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند. برنامه رفتاردرمانی دیالکتیک بر اساس پژوهش محمدی زاده و همکاران [۳۷] صورت گرفته است خلاصه جلسات آن نیز در جدول ۲ آمده است.

هیجانی بر اساس مدل نظری درمان مبتنی بر طرح‌واره‌های هیجانی لیهی قرار گرفتند. این مدل بر اساس کتاب طرح‌واره درمانی هیجانی لیهی [۲۴] توسط تیم پژوهشی حاضر طراحی و بعد از نظر خواهی و انجام اصلاحات توسط متخصصان حوزه روان‌درمانی برای اولین بار در ارتباط با اختلال شخصیت مرزی به کار رفته است. برای طراحی جلسات روان‌درمانی، برنامه درمانی طرح‌واره درمانی هیجانی برای اختلال اضطراب فراگیر که لیهی در طراحی آن نقش داشته است به عنوان اساس طراحی جلسات درمانی قرار گرفت و بعد از مطالعه طراحی اولیه از برنامه درمان توسط تعدادی از متخصصان این

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی طرح‌واره درمانی هیجانی

| جلسه         | محتوای جلسه   |
|--------------|---|
| جلسه اول     | آموزش روان‌شناختی درباره هیجان و راهبردهای مورد استفاده از آن، آموزش روانی اختلال شخصیت مرزی، اعتباربخشی بر هیجانان بیمار<br>تکلیف: تمایز میان افکار، احساس و رفتار؛ کارکرد هیجان‌ها  |
| جلسه دوم     | آموزش طرح‌واره‌های هیجانی و درک ارتباط آن‌ها با مشکلات فرد<br>تکلیف: شناسایی هیجانان و طرح‌واره‌های هیجانی مشکل‌ساز و ارتباط آن‌ها با راهبردهای تنظیم هیجانی  |
| جلسه سوم     | بررسی خواستگاه‌های طرح‌واره‌های هیجانی و محیط بی اعتبار ساز گذشته و اهمیت کنترل خشم<br>تکلیف: بررسی باورهای غلط هیجانی و مطالعه حقایق پایه درباره هیجان   |
| جلسه چهارم   | ادامه آموزش کنترل خشم، آموزش شناسایی هیجان‌های مختلف، اعتباربخشی و بهنجارسازی هیجان<br>تکلیف: از بیمار درخواست می‌شود تا یک آزمایش رفتاری بپردازد. آن‌ها باید هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند را شناسایی کنند. در واقع این کار یک نوع نظرسنجی درمکرد هیجان‌ها است   |
| جلسه پنجم    | بررسی اعتباربخشی و اعتبار یابی<br>تکلیف: فهرستی از کارهایی که زمان بی اعتبارسازی انجام می‌دهید را نیز بنویسید با این تکلیف برخی سبک‌های دردرساز پاسخگویی به مسائل و مشکلات را شناسایی می‌کند  |
| جلسه ششم     | شناسایی راهبردهای سازگاران و ناسازگاران در برخورد با محیط‌ها بی اعتبارساز<br>تکلیف: ابداع روش‌های سازگاران موقع اعتبارزدایی برای مراجع داده می‌شود  |
| جلسه هفتم    | تداوم شناسایی راهبردهای سازگاران و ناسازگاران در زندگی و ایجاد ارتباط بین تجارب هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجان و طرح‌واره‌های هیجانی<br>تکلیف: در این جلسه ترسیم مدل طرح‌واره هیجانی منحصربه‌فرد توسط بیمار، نقش طرح‌واره‌ها در مشکلات بیمار   |
| جلسه هشتم    | شناسایی هیجانان کمتر توجه شده، بررسی طرح‌واره هیجانی گناه و شرم همراه با بهنجارسازی تجارب هیجانی و کنترل‌پذیری همراه آموزش کامل کنترل خشم<br>تکلیف: بررسی سود و زیان طرح‌واره هیجانی کنترل ناپذیری و تمرین کنترل خشم  |
| جلسه نهم     | بررسی طرح‌واره قابلیت درک شدن و آموزش درباره آن<br>تکلیف: بررسی نقش طرح‌واره قابلیت درک با تجارب اولیه در زندگی، طرح‌واره‌های هیجانی و مشکلات فعلی بیمار  |
| جلسه دهم     | بررسی ریشه طرح‌واره مدت و نقش آن در تداوم مشکلات<br>تکلیف: بررسی شواهد طرح‌واره مدت   |
| جلسه یازدهم  | بررسی طرح‌واره پذیرش و نقش آن در تفکر دوقطبی<br>تکلیف: چالش شناختی با طرح‌واره پذیرش  |
| جلسه دوازدهم | بررسی هیجانان پیچیده در بیمار و آموزش ذهن آگاهی در برخورد با آن‌ها<br>تکلیف: ذهن آگاهی؛ مثال‌هایی از هیجانان پیچیده   |
| جلسه سیزدهم  | شناسایی ارزش‌های والا در فرد و نقش آن‌ها در معنا دهی به تجارب هیجانی زندگی روزمره<br>تکلیف: بیمار می‌تواند فهرستی از ارزش‌های متعالی که آرزوی آن‌ها را در سر دارد تنظیم کند و سپس می‌تواند غم، اضطراب، خشم، یا هیجانان دشوار دیگری را شناسایی و بررسی کند که این هیجان‌ها چگونه ممکن است با آن ارزش‌های متعالی مرتبط باشند و یا مرتبط نباشند. |
| جلسه چهاردهم | یادآوری تجارب هیجانی مختلف و آموزش درباره داشتن تجارب هیجانی مختلف در یک‌زمان<br>تکلیف: فضا سازی برای هیجان   |
| جلسه پانزدهم | بررسی دوباره طرح‌واره‌های هیجانی و آماده‌سازی برای اتمام درمان و پیشگیری از عود مجدد و تأکید بر لزوم انجام تمرینات برای حفظ روند درمان  |

## جدول ۲. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

| جلسه              | توضیح  |
|-------------------|--|
| اول و دوم         | اخذ شرح حال بیمار و فرضیه‌سازی در خصوص الگوهای تکرارشونده بیمار و بررسی فرضیه‌ها به هدف رد یا تأیید فرضیه‌ها<br>تکلیف: برگه آموزش روانی اختلال شخصیت مرزی و شناسایی الگوهای رفتاری   |
| سوم و چهارم       | بررسی خلق بیمار و خلاصه‌سازی تاریخچه قبلی بیمار، مشخص کردن آماج‌های درمانی و رفتاری و انتخاب یک مشکل بیمار و تعیین دلایل آن به صورت تجربی (تحلیل عملکردی)<br>تکلیف: شناسایی اهداف شخصی و چند مورد تحلیل رفتاری   |
| پنجم              | مفهوم‌سازی بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیک و مشخص کردن بد تنظیمی های بیمار در حوزه‌های مختلف<br>تکلیف: مرور مفهوم‌پردازی موردی و شناسایی محیط بی اعتبارساز گذشته  |
| ششم و هفتم        | تحلیل زنجیره‌ای رفتاری که به رفتار مشکل‌آفرین ختم می‌شود با جزئیات دقیق و کامل، آموزش انواع بد تنظیمی<br>تکلیف: توصیف صریح موقعیت‌ها و اقدامات صورت گرفته قبلی   |
| هشتم              | استفاده از راهبردهای تغییر (مسئله گشایی) به همراه راهبردهای اعتباربخشی به هدف کمک به پرورش حل مسئله فعال و کارآمد در بیمار<br>تکلیف: تمرین‌هایی برای افزایش خلق مثبت و شناسایی الگوهای رفتاری تکراری   |
| نهم               | ادامه راهبردهای مسئله گشایی با استفاده از فن تحلیل رفتاری باهدف کسب بینش نسبت به الگوهای رفتاری تکراری و دادن اطلاعات آموزشی درباره اصول رفتارها و هنجارها به بیمار<br>تکلیف: بسته به جلسه نوع تکلیف خانگی از جمله اصلاح شناختی یا مواجهه و ... مشخص می‌گردد.                |
| دهم               | ادامه راهبردهای مسئله گشایی با به کارگیری تحلیل راه‌حل به دنبال روش‌های تغییر و تأکید بر راه‌حلی که بیشترین سود را برای بیمار دارد.<br>تکلیف: تحلیل زنجیره رفتاری کامل و حل مسئله  |
| یازدهم            | مشخص کردن تنش‌های دیالکتیک بیمار و متعادل کردن تنش‌ها از طریق تعادل برقرار کردن بین پذیرش و تغییر<br>تکلیف: مطالعه فرم آموزشی دیالکتیک و شناسایی تنش های های دیالکتیک در زندگی   |
| دوازدهم           | آموزش و سرمشق دهی تفکر دیالکتیکی از طریق چالش‌های شناختی، آموزش روانی مفهوم دیالکتیک و مفهوم دومیه سازی در این بیماران، استفاده از متافورها جهت ایجاد تعادل در تنش‌های دیالکتیک<br>تکلیف: تداوم مطالعه فرم آموزشی دیالکتیک و استفاده از استعاره‌ها                           |
| سیزدهم و چهاردهم  | راهبردهای سبک شناختی شامل استفاده از راهبردهای آسیب‌پذیری متقابل شامل خود آشکارسازی، پاسخ‌دهی گرم و همدلانه و راهبردهای ارتباط گستاخانه شامل گوشه و کنایه، بی‌تفاوتی و بی‌اعتنایی درمانگر به منظور ایجاد تفکر دیالکتیک و آموزش تنظیم هیجانی<br>تکلیف: تمرین‌های تنظیم هیجانی |
| پانزدهم و شانزدهم | استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند تنفس آگاهانه، توجه به هیجان‌ها، مراقبه ذهن خردگرا و نا همجوشی قضاوت<br>تکلیف: تنفس آگاهانه، مراقبه ذهن خردگرا، ذهن آگاهی به هیجان و نا همجوشی قضاوت‌ها  |

## ابزارها

## پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ)

این مقیاس توسط گروس و جان [۳۸] طراحی شده است. این مقیاس از ۱۰ گویه و ۲ خرده مقیاس شکل گرفته است که ۶ گویه آن مربوط به خرده مقیاس ارزیابی مجدد و ۴ گویه آن مربوط به سرکوب است. پاسخ‌دهی برای این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) است. بررسی همسانی درونی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و پایایی باز آزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد از دامنه بین ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی از ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است. برای بررسی اعتبار واگرا و همگرایی خرده مقیاس از مقیاس عواطف استفاده شده است که ضریب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴-) و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵-) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شده است [۳۹] نسخه فارسی

این مقیاس توسط حسنی [۴۰] بر روی ۵۴۰ نفر در دامنه سنی ۱۸-۳۶ سال هنجاریابی شده است. پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه با استفاده از همسانی درونی، پایایی بازاریابی بررسی شده است. ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس سرکوبی ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۸۷ و به طور کلی ۰/۸۹ به دست آمده بود. همچنین پایایی بازمیابی نیز برای خرده مقیاس سرکوبی ۰/۶۸، ارزیابی مجدد ۰/۷۱ و برای کل مقیاس ۰/۶۹ به دست آمده بود. همچنین برای بررسی روایی همبستگی خرده مقیاس ارزیابی مجدد با عاطفه مثبت، عاطفه منفی، افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۸-، ۰/۶۲- و ۰/۴۷- بوده و سرکوبی نیز به ترتیب ۰/۰۶، ۰/۳۶، ۰/۴۲ و ۰/۶۲- بوده است. نتایج پایایی و روایی مطلوب بوده است.

## پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی لیبی (LESS):

این مقیاس برای تعیین باورها و نگرش‌ها نسبت به هیجان در افراد تهیه شده است. مقیاس طرح‌واره هیجانی خود برای سنجش ۱۴ طرح‌واره تدوین شده است که شامل تأیید جویی، قابل درک بودن، احساس گناه و شرم، دیدگاه ساده‌انگارانه درباره هیجان‌ها، ارزش‌های بالاتر، کنترل، تلاش

است که به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. هنگام تطبیق مقیاس با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و اماری اختلالهای روانی نسخه چهارم از متون روانشناسی مرضی ۶ گویه دیگر به آن اضافه شد تا تعریف راهنمای تشخیصی و اماری اختلالهای روانی نسخه چهارم از اختلال شخصیت مرزی را پوشش دهد. بنابراین مقیاس فوق ۲۴ گویه است که گویه های ۱۲۹ تا ۲۴ بدان اضافه شده است. جکسون و کلاریچ [۴۳] ضریب پایایی باز آزمایی را برای این مقیاس ۰/۶۱ و ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند و روایی همزمان این مقیاس با مقیاس روان رنجور خوبی و روان پریش گرابی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است. در تحلیل عاملی نسخه ایرانی این مقیاس ۴ گویه حذف شده و ۲۰ گویه پرسشنامه نهایی را تشکیل داده است. این پرسشنامه سه عامل نامیدی با ۷ سؤال، عامل تکانشگری با ۷ سؤال و عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس با ۶ گویه را در برمی‌گیرد. ضریب همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس‌های نامیدی ۰/۶۴، تکانشگری ۰/۵۸ و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس ۰/۵۷ بود. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه شخصی آیزنگ صورت پذیرفته است نتایج نشان داده که مقیاس شخصیت مرزی با مقیاس روان رنجور خوبی و روان پریش گرابی به ترتیب همبستگی ۰/۶۴ و ۰/۲۹ دارد، در حالی که با مقیاس‌های برونگرابی و دروغ‌پردازی رابطه معنی‌داری ندارد.

#### مصاحبه ساختاریافته SCID-5:

این مصاحبه نیمه ساختاریافته برای تشخیص اختلالات اصلی براساس راهنمای تشخیصی و اماری اختلالهای روانی نسخه پنجم طراحی شده است. تغییرات گسترده در مجموع ملاک‌های راهنمای تشخیصی و اماری اختلالهای روانی نسخه پنجم باعث لزوم تنظیم با الگوریتم مصاحبه ساختاریافته را ایجاد کرد. پیش‌نویس تجدیدنظرها در نیمه اول سال ۲۰۱۳ توسط اعضای گروه کاری راهنمای تشخیصی و اماری اختلالهای روانی نسخه پنجم مورد بررسی قرار گرفت و آزمایش میدانی SCID-5 در اواخر سال ۲۰۱۳ آغاز شد. نسخه نهایی مصاحبه ساختاریافته نسخه پنجم در نوامبر ۲۰۱۴ توسط انتشارات روان پزشکی آمریکا انتشار یافت [۴۴] محمدخانی و همکاران [۴۴] در یک نمونه ۳۰۵ نفری مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی شهر تهران و ۴۰ فرد غیر بیمار ویژگی‌های روان‌سنجی مصاحبه ساختاریافته را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشانگر روایی صوری قابل قبول مصاحبه ساختاریافته بود. روایی همزمان

برای منطقی بودن، طول دوره، توافق، پذیرش هیجانات، نشخوار ذهنی، ابراز هیجانات، سرزنش است. این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (چهار) نمره‌گذاری می‌شود (۲۴). لیهی (۸) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرده است. باتماز و همکاران [۲۹] طرح‌واره‌های هیجانی را به دودسته طرح‌واره مثبت یا انطباقی (خودآگاهی هیجانی، ابراز هیجانی، پذیرش، توافق، ارزش‌های بالا، قابل درک بودن و طرح‌واره منفی یا غیر انطباقی (نشخوار ذهنی، غیرقابل کنترل، سرزنش، تأیید طلبی از دیگران، منطقی سازی بیش‌ازحد، دیدگاه ساده‌انگارانه به هیجان و گناه) تقسیم کرده‌اند

در ایران خانزاده و همکاران [۴۱] ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و یک مقیاس ۳۷ گویه‌ای با درجه‌بندی لیکرت به دست آورده‌اند. پایایی این مقیاس از طریق باز آزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین بین طرح‌واره‌های هیجانی مختلف بیشترین ضریب پایایی با ۰/۷۳ مربوط به خودآگاهی هیجانی و کمترین آن با ۰/۵۹ به طرح‌واره پذیرش احساسات مربوط است. همچنین روایی این پرسشنامه با روایی همگرایی با پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب ارزیابی گردیده است که بیشترین همبستگی بین طرح‌واره‌های هیجانی با افسردگی مربوط به طرح‌واره تأیید طلبی و نشخوار ذهنی با  $r=0/38$  است و کمترین آن‌ها  $r=0/09$  مربوط به طرح‌واره تلاش برای منطقی بودن است. همچنین بیشترین ضریب همبستگی با اضطراب مربوط به طرح‌واره هیجانی والاتر با  $r=0/33$  و کمترین آن‌ها مربوط به احساسات با  $r=0/05$  است.

#### مقیاس شخصیت مرزی (STB):

مقیاس شخصیت مرزی، در آکسفورد و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و اماری اختلالهای روانی نسخه سوم ساخته شده است و در سال ۲۰۰۱ نیز مورد بررسی مجدد قرار گرفته است. این آزمون الگوهای رفتاری بی‌ثبات بین فردی از قبیل دوسوگرایی و مشکلات کنترل هیجانی را شامل شده و ویژگی‌های مرزی را در افراد بهنجار و بر اساس مدل پیوستاری ویژگی‌های روانی می‌سنجد. محمدزاده و همکارانش [۴۲] این مقیاس را با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و اماری اختلالهای روانی نسخه چهارم انطباق داده و خصوصیات روان‌سنجی آن را در جامعه ایرانی بررسی کردند که نتایج مطلوبی به دست آمد. این مقیاس شامل ۱۸ گویه



### شیوه تحلیل داده ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از بازبینی نمودارها، شاخص‌های تغییر روند، شیب، میزان تغییرپذیری کوهن و افزون بر این به‌منظور تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی، اندازه اثر به شرح فرمول‌های زیر استفاده شده است.

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ phase\ Mean) / Treatment\ phase\ Mean] \times 100$$

$$MPR = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times 100$$

$$Cohen's\ d = M1 - M2 / s\ pooled, \text{ Where } s\ pooled = \sqrt{[(\sigma^2_1 + \sigma^2_2) / 2]}$$

$$(effect-size) rYI = d / \sqrt{(d^2 + 4)}$$

در این فرمول‌ها ام پی ای درصد بهبودی، ام پی آر درصد کاهش نمرات و دی کوهن میزان تغییرپذیری را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها به ترتیب بیانگر تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری هستند. روش اصلی تحلیل داده‌ها در طرح‌های تک آزمودنی استفاده از شکل و تحلیل دیداری است. واری انفرادی نتایج تک آزمودنی‌ها موجب می‌شود که تغییرات فراوان در برخی آزمودنی‌ها به‌عنوان تغییرات گروهی تفسیر نگردد و نتایج به شکل واقع‌بینانه‌تری مورد تحلیل واقع شوند. در تحلیل دیداری طراز، روند و تغییرپذیری نقاط داده‌ها در مراحل مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد، در واقع تحلیل دیداری مستلزم بررسی این سه ویژگی در هر مرحله و در بین شرایط مختلف است. فراز، و فرودهای متغیر وابسته در نمودار اساس دآوری در مورد میزان تغییر به شمار می‌آید.

### نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهش حاضر در جدول ۳ ارائه شده است بیماران در دامنه سنی بین ۱۹-۲۵ سال قرار دارند تحصیلات دیپلم تا لیسانس هستند که برای روان‌درمانی تحصیلات مناسب هست. بجز یک مورد قبلاً سابقه مراجعه به روانپزشک و یا روانشناس برای مشکل خود نداشتند.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان

| مراجع | سن | جنسیت | تحصیلات | سابقه قبلی تشخیص | تشخیص             |
|-------|----|-------|---------|------------------|-------------------|
| ۱     | ۲۴ | دختر  | لیسانس  | یک‌بار مصرف قرص  | اختلال شخصیت مرزی |
| ۲     | ۲۱ | دختر  | دانشجو  | عدم سابقه        | اختلال شخصیت مرزی |
| ۳     | ۲۵ | دختر  | لیسانس  | عدم سابقه        | اختلال شخصیت مرزی |
| ۴     | ۱۹ | دختر  | دیپلم   | عدم سابقه        | اختلال شخصیت مرزی |

رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب برای بیمار اول ۰/۸۹ و برای بیمار دوم ۰/۹۴ است. در دوره پیگیری نیز اندازه‌های اثر برای همه بیماران ۰/۹۹ است. میزان درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات تمام بیماران دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی

نیز با استفاده از ضریب کاپا برای اختلالات مختلف بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ به‌دست آمده است. نتایج حاصل از روایی سازه نشان داد که بین دو گروه سالم و غیرسالم در پرسشنامه چند محوری میلون و تمام مؤلفه‌های مقیاس نشانه‌های مختصر به‌غیر از اختلال فوبیا خاص تفاوت معناداری وجود دارد یعنی مصاحبه ساختاریافته به‌درستی دو گروه رو را از یکدیگر تمایز می‌کند.

### شیوه پژوهش

ابتدا با هماهنگی ۶ مرکز روان‌شناختی و روان‌پزشکی مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای حضور در طرح مذکور ارجاع داده شدند. سپس آزمایشگر با بیان هدف پژوهش و کلیات آن به مراجعه‌کننده در صورت رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش مصاحبه ساختاریافته SDID-5 انجام و تشخیص روان‌پزشکی نیز دریافت شد. بعد از برآورده سازی ملاک‌های ورودی و رد معیارهای خروجی مراجعان وارد مرحله درمانی شدند. سپس مراجعان به دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره درمانی هیجانی به‌طور تصادفی جایگذاری شدند و هر دو درمان توسط یک درمانگر صورت گرفت. برای ارزیابی در طی یک هفته ۳ بار مرحله خط پایه اجرا شد. سپس ۵ مرتبه در طی درمان در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۱ و ۱۴ پرسشنامه‌ها توسط ارزیاب مستقل بدون آگاهی از گروه‌درمانی انجام شد و بعد از اتمام درمان ۳ مرتبه پس‌آزمون و پیگیری در یک ماه صورت گرفت. نحوه ورود مراجعان به طرح دو نفر از هر گروه باهم وارد طرح‌واره درمانی هیجانی شده و نفرات دوم بعد از هفته دوم وارد طرح شدند. مداخله به‌صورت انفرادی و هفتگی برای هر کدام از شرکت‌کنندگان اجرا شد. جلسات غیبت درمانگر و شرکت‌کنندگان با هماهنگی قبلی و تعیین جلسه اضافی در طی هفته جبران می‌شد تا فاصله هفتگی جلسات از بین نرود. در طی پیگیری پرسشنامه‌های بدتنظیمی هیجانی (DERS)، طرح‌واره‌های هیجانی (LESS)، مقیاس شخصیت مرزی (STB) توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شدند.

نتایج در جدول ۴ نشان می‌دهد که در بیماران دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی هیجانی اندازه‌های اثر برای سرکوبی هیجانی طی درمان به ترتیب ۰/۹۲ برای بیمار سوم و ۰/۹۴ برای بیمار چهارم و برای بیماران دریافت‌کننده

هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بالا بود. میزان این تغییرات با توجه به نقاط برش مطرح شده توسط کوهن خوب است و این تغییرات پس از جلسات درمان و در دوره پیگیری همچنان تداوم داشته است. همچنین نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در بیماران دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی هیجانی اندازه‌های اثر برای ارزیابی مجدد شناختی هیجان طی درمان به ترتیب ۰/۹۱ برای بیمار سوم و ۰/۸۸ برای بیمار چهارم و برای بیماران دریافت‌کننده رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب برای بیمار اول

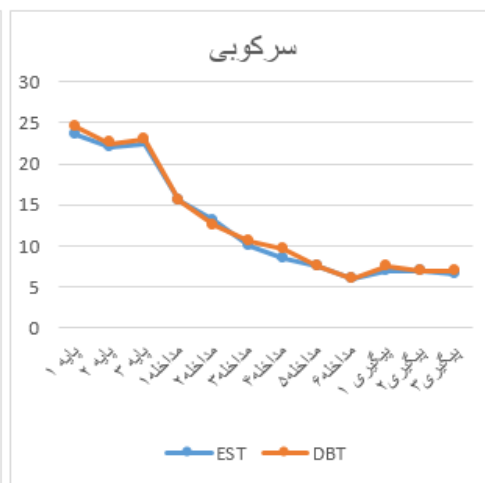
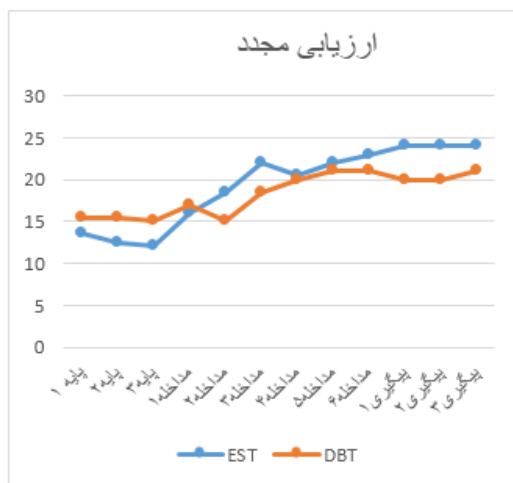
۰/۷۱ و برای بیمار دوم ۰/۷۴ است. در دوره پیگیری نیز اندازه‌های اثر برای بیماران تحت درمان طرح‌واره درمانی هیجانی ۰/۹۹ و برای بیمار اول تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک ۰/۹۵ و بیمار دوم ۰/۹۸ است. میزان درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات تمام بیماران دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بالا بود. میزان این تغییرات با توجه به نقاط برش مطرح شده توسط کوهن خوب است و این تغییرات پس از جلسات درمان و در دوره پیگیری همچنان تداوم داشته است

جدول ۴. شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر در دو مرحله مداخله و پیگیری برای سرکوبی و ارزیابی مجدد

| متغیر                | درمان | بیمار | میانگین مداخله | انحراف استاندارد مداخله | درصد بهبودی مداخله | درصد کاهش نمرات مداخله | اندازه اثر | شاخص کوهن | پیگیری | درصد بهبودی | درصد کاهش نمرات | اندازه اثر | شاخص کوهن |
|----------------------|-------|-------|----------------|-------------------------|--------------------|------------------------|------------|-----------|--------|-------------|-----------------|------------|-----------|
| رفتاردرمانی دیالکتیک | ۱     | ۱۰/۳۳ | ۳/۱۴           | ۱۲۸/۳۳                  | -۵۵/۷۲             | -۰/۸۹                  | ۴/۰۲       | ۷/۶۷      | ۲۰۴/۱۷ | ۶۷/۱۲       | ۰/۹۹            | ۲۲/۰۴      |           |
|                      | ۲     | ۱۰/۱۶ | ۳/۱۸           | ۱۲۹/۶۲                  | -۵۶/۴۵             | -۰/۹۴                  | ۵/۴۴       | ۶/۶۷      | ۲۴۹/۷۷ | ۷۱/۴۱       | ۰/۹۹            | ۱۷/۳۵      |           |
| سرکوبی               | ۱     | ۱۰/۸۳ | ۳/۲۲           | ۱۰۶/۱۸                  | -۵۱/۵۰             | -۰/۹۲                  | ۴/۷۱       | ۷/۶۷      | ۱۹۱/۱۳ | ۶۵/۶۵       | ۰/۹۹            | ۱۴/۸۱      |           |
|                      | ۲     | ۹/۳۳  | ۳/۲۹           | ۱۵۱/۸۹                  | -۵۹/۴۳             | -۰/۹۴                  | ۵/۶۰       | ۶/۳۳      | ۲۶۳/۹۲ | ۷۲/۴۸       | ۰/۹۹            | ۲۰/۸۵      |           |
| رفتاردرمانی دیالکتیک | ۱     | ۱۷/۳۳ | ۲/۴۱           | ۲۴/۴۲                   | ۱۹/۶۳              | -۰/۷۱                  | ۲/۰۲       | ۱۹        | ۳۹/۷۸  | ۳۰          | ۰/۹۵            | ۷/۲۷       |           |
| ارزیابی              | ۲     | ۲۲/۸۳ | ۲/۰۵           | ۲۰/۳۹                   | ۱۶/۹۳              | -۰/۷۴                  | ۲/۲۳       | ۲۱/۶۷     | ۳۲/۷۰  | ۲۴/۶۴       | ۰/۹۸            | ۱۱/۳۷      |           |
| مجدد                 | ۱     | ۲۱/۸۳ | ۲/۹۱           | ۶۵/۳۸                   | ۳۹/۵۳              | -۰/۹۱                  | ۴/۴۹       | ۲۴/۳۳     | ۸۷/۱۵  | ۴۶/۵۷       | ۰/۹۹            | ۲۳/۶۰      |           |
|                      | ۲     | ۲۷/۱۷ | ۲/۲۰           | ۵۵/۴۷                   | ۳۵/۶۸              | -۰/۸۸                  | ۳/۸۲       | ۲۳/۶۷     | ۹۱/۸۹  | ۴۷/۸۷       | ۰/۹۹            | ۱۲/۵۳      |           |

به‌طور مشابه توانستند نمرات سرکوبی هیجانی را کاهش و ارزیابی مجدد را افزایش دهند. شیب نمودار به‌روشنی نشان‌دهنده روند یکسان تأثیرگذاری هر دو نوع درمان هستند.

نمودار ۱ نیز تغییرات میانگین نمرات دو گروه دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک را در سرکوبی هیجانی و ارزیابی مجدد طی مراحل درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌کنید هر دو نوع درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و EST



نمودار ۱. تغییر میانگین نمرات گروه‌ها در سرکوبی و ارزیابی مجدد

درمانی هیجانی در طی مراحل درمانی کمی بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیک است. همچنین کاهش ناامیدی تحت درمان طرح‌واره درمانی هیجانی در یک‌روند ثابت نزولی رخ داده است و در پیگیری نیز حفظ شده است. همچنین با توجه به جدول ۵ بیماران دریافت‌کننده رفتاردرمانی دیالکتیک اندازه اثر برای تکانشگری طی درمان به ترتیب برابر با ۰/۵۲ برای بیمار اول و ۰/۵۱ برای بیمار دوم و برای بیماران دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی هیجانی برای بیمار سوم ۰/۸۰ و برای بیمار چهارم ۰/۸۲ به‌دست‌آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود اندازه اثر بیماران تحت طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به بیماران دیگر تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک بیشتر است. در دوره پیگیری نیز اندازه اثر برای گروه طرح‌واره درمانی هیجانی ۰/۹۳ است و برای رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب برای بیمار اول ۰/۸۶ و برای بیمار دوم ۰/۹۲ به‌دست‌آمده است. همچنین درصد بهبودی مداخله و درصد کاهش نمرات مداخله برای بیماران تحت درمان طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به بیماران دیگر تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک بیشتر است.

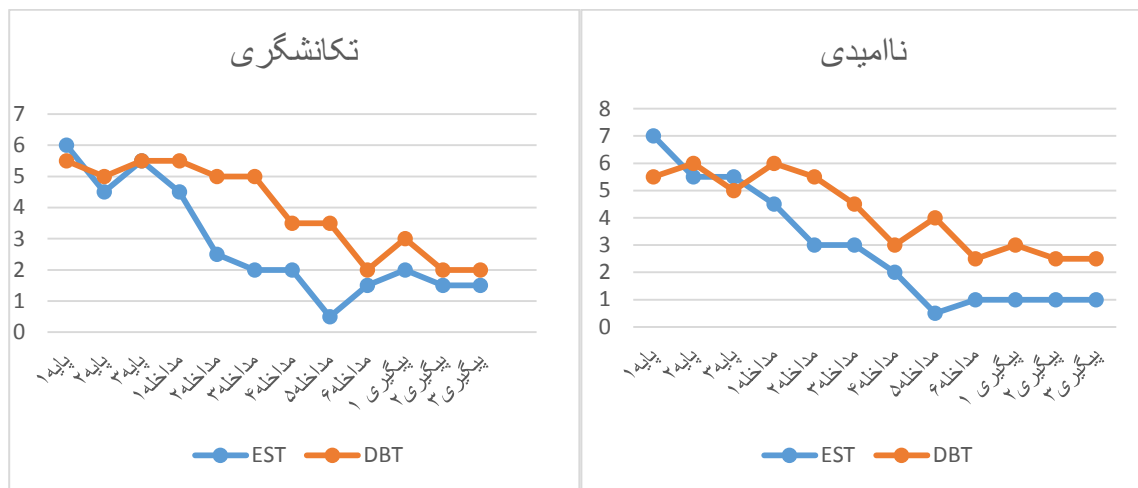
جدول ۵- شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر در دو مرحله مداخله و پیگیری برای ناامیدی و تکانشگری

| متغیر                | درمان | بیمار | میانگین مداخله | انحراف استاندارد مداخله | درصد بهبودی مداخله | درصد کاهش نمرات مداخله | اندازه اثر | شاخص کوهن | پیگیری | درصد بهبودی | درصد کاهش نمرات | اندازه اثر | شاخص کوهن |
|----------------------|-------|-------|----------------|-------------------------|--------------------|------------------------|------------|-----------|--------|-------------|-----------------|------------|-----------|
| رفتاردرمانی دیالکتیک | ۱     | ۴/۱۷  | ۱/۰۷           | ۲۷/۱۰                   | ۲۱/۲۰              | ۰/۵۷                   | ۱/۴۱       | ۲/۶۷      | ۴۹/۵۳  | ۹۸/۸۷       | ۰/۹۴            | ۵/۶۲       |           |
| رفتاردرمانی دیالکتیک | ۲     | ۴/۳۳  | ۱/۴۹           | ۳۷/۸۷                   | ۲۳/۶۳              | ۰/۵۲                   | ۱/۲۱       | ۲/۶۷      | ۵۲/۹۱  | ۱۱۲/۳۶      | ۰/۹۵            | ۶/۳۸       |           |
| ناامیدی              | EST   | ۱     | ۲/۱۷           | ۱/۸۱                    | ۵۶/۶۰              | ۱۳۰/۰۴                 | ٪ ۷۸       | ۲/۵۵      | ۰/۶۷   | ۸۶/۶۰       | ۰/۹۶            | ۶/۴۶       |           |
| رفتاردرمانی دیالکتیک | ۲     | ۲/۵   | ۱/۳۸           | ۵۸/۳۳                   | ۱۴۰                | ۰/۸۴                   | ۳/۰۷       | ۱/۳۳      | ۹۴/۵۰  | ۴۲۶/۳۱      | ۰/۹۶            | ۶/۹۷       |           |
| رفتاردرمانی دیالکتیک | ۱     | ۳/۸۳  | ۱/۰۷           | ۳۰/۵۱                   | ۲۳/۴۰              | ۰/۵۲                   | ۱/۲۳       | ۲/۶۷      | ۴۶/۶۰  | ۱۰۰         | ۰/۸۶            | ۳/۴۸       |           |
| تکانشگری             | ۲     | ۴/۳۳  | ۱/۴۹           | ۳۰/۹۵                   | ۲۳/۶۳              | ۰/۵۱                   | ۱/۲۰       | ۲/۳۳      | ۶۴/۷۲  | ۱۸۳/۵۰      | ۰/۹۲            | ۵/۴۷       |           |
| EST                  | ۱     | ۲     | ۱/۳۰           | ۶۰                      | ۱۵۰                | ۰/۸۰                   | ۲/۷۵       | ۱/۳۳      | ۷۳/۴۰  | ۲۷۵/۹۰      | ۰/۹۳            | ۵/۴۸       |           |
| EST                  | ۲     | ۲/۳۳  | ۱/۵۳           | ۱۴۳/۳۴                  | ۵۸/۹۱              | ۰/۸۲                   | ۲/۹۵       | ۲         | ۶۴/۷۲  | ۱۸۳/۵۰      | ۰/۹۳            | ۱/۴۸       |           |

طی مراحل درمانی کمی بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیک است. همچنین کاهش تکانشگری تحت درمان طرح‌واره درمانی هیجانی در یک‌روند ثابت نزولی رخ داده است و در پیگیری نیز حفظ شده است.

با توجه به جدول ۵ بیماران دریافت‌کننده رفتاردرمانی دیالکتیک اندازه اثر برای ناامیدی طی درمان به ترتیب برابر با ۰/۵۷ برای بیمار اول و ۰/۵۲ برای بیمار دوم و برای بیماران دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی هیجانی برای بیمار سوم ۰/۷۸ و برای بیمار چهارم ۰/۸۴ به‌دست‌آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود اندازه اثر بیماران تحت طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به بیماران دیگر بیشتر است. در دوره پیگیری نیز اندازه اثر برای گروه طرح‌واره درمانی هیجانی ۰/۹۶ است و برای رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب برای بیمار اول ۰/۹۴ و برای بیمار دوم ۰/۹۵ به‌دست‌آمده است. همچنین درصد بهبودی مداخله برای بیمار اول ۲۰/۲۱ درصد، برای بیمار دوم ۲۳/۶۳، برای بیمار سوم ۵۶/۶۰ و برای بیمار چهارم ۵۸/۳۳ است و درصد کاهش نمرات مداخله برای بیماران تحت درمان طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به بیماران دیگر بیشتر است. نمودار ۲ نشان‌دهنده مقایسه طرح‌واره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک در ناامیدی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات ناامیدی دریافت‌کننده هر دو درمان در طی مراحل کاهش داشته است اما این کاهش در طرح‌واره

نمودار ۲ نشان‌دهنده مقایسه طرح‌واره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک را در تکانشگری نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات تکانشگری دریافت‌کننده هر دو درمان در طی مراحل درمانی کاهش داشته است اما این کاهش در طرح‌واره درمانی هیجانی در



نمودار ۲. تغییر میانگین نمرات گروه‌ها در تکانشگری و ناامیدی

درمانی هیجانی در طی مراحل درمانی کمی بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیک است. همچنین افزایش طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی تحت درمان طرح‌واره درمانی هیجانی در یک‌روند ثابت صعودی رخ داده است و در پیگیری نیز حفظ‌شده است

همچنین با توجه به جدول ۶ بیماران دریافت‌کننده رفتاردرمانی دیالکتیک اندازه اثر برای طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی طی درمان به ترتیب برابر با ۰/۶۶ برای بیمار اول و ۰/۶۷ برای بیمار دوم و برای بیماران دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی هیجانی برای بیمار سوم ۰/۸۵ و برای بیمار چهارم ۰/۸۹ به‌دست‌آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود اندازه اثر بیماران تحت طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به بیماران دیگر تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک بیشتر است. در دوره پیگیری نیز اندازه اثر برای گروه طرح‌واره درمانی هیجانی ۰/۹۹ است و برای رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب برای بیمار ۰/۸۵ و برای بیمار دوم ۰/۹۳ به‌دست‌آمده است. همچنین درصد بهبودی مداخله و درصد کاهش نمرات مداخله برای بیماران تحت درمان طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به بیماران دیگر تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک بیشتر است.

با توجه به جدول ۶ بیماران دریافت‌کننده رفتاردرمانی دیالکتیک اندازه اثر برای طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی طی درمان به ترتیب برابر با ۰/۷۰ برای بیمار اول و ۰/۴۹ برای بیمار دوم و برای بیماران دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی هیجانی برای بیمار سوم ۰/۸۹ و برای بیمار چهارم ۰/۹۰ به‌دست‌آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود اندازه اثر بیماران تحت طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به بیماران دیگر بیشتر است. در دوره پیگیری نیز اندازه اثر برای گروه طرح‌واره درمانی هیجانی ۰/۹۹ است و برای رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب برای بیمار اول ۰/۵۷ و برای بیمار دوم ۰/۶۰ به‌دست‌آمده است. همچنین درصد بهبودی مداخله برای بیمار اول ۱۵/۴۰ درصد، برای بیمار دوم ۲۲/۴۲، برای بیمار سوم ۸۸/۲۵ و برای بیمار چهارم ۹۰/۸۸ است و درصد کاهش نمرات مداخله برای بیماران تحت درمان طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به بیماران دیگر بیشتر است. نمودار ۳ نشان‌دهنده مقایسه طرح‌واره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک را در طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی دریافت‌کننده هر دو درمان در طی مراحل درمانی افزایش داشته است اما این افزایش در طرح‌واره

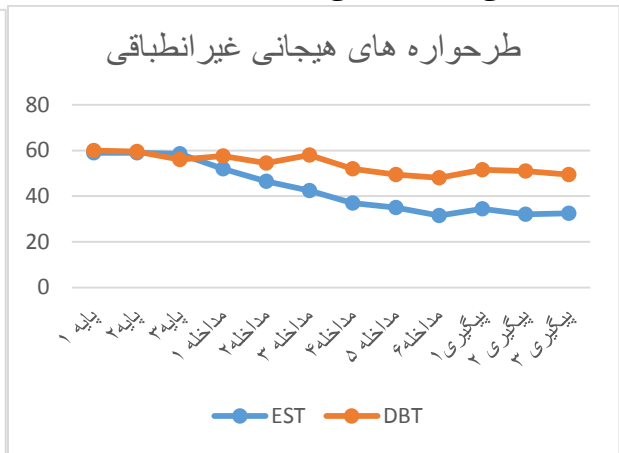
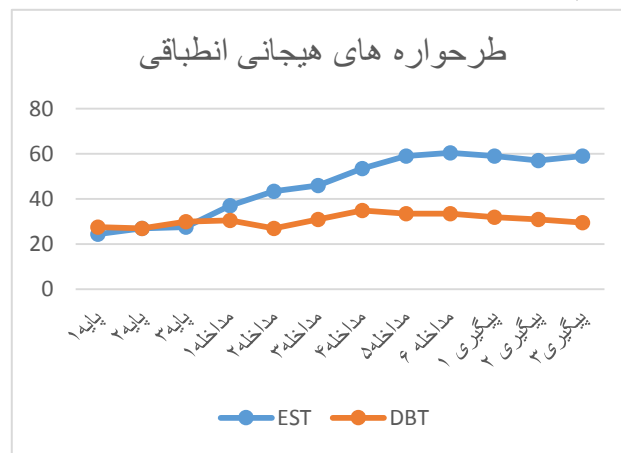
جدول ۶- شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر در دو مرحله مداخله و پیگیری برای طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی و غیر انطباقی

| متغیر                | درمان | بیمار | میانگین مداخله | انحراف استاندارد مداخله | درصد بهبودی مداخله | درصد کاهش نمرات مداخله | اندازه اثر | شاخص کوهن | پیگیری | درصد بهبودی | درصد کاهش نمرات | اندازه اثر | شاخص کوهن |
|----------------------|-------|-------|----------------|-------------------------|--------------------|------------------------|------------|-----------|--------|-------------|-----------------|------------|-----------|
| رفتاردرمانی دیالکتیک | ۱     | ۳۵    | ۲/۲۰           | ۱۳/۳۴                   | ۱۵/۴۰              | ۰/۷۰                   | ۱/۹۷       | ۳۳/۶۷     | ۱۱/۱۲  | ۱۰/۰۸       | ۰/۵۷            | ۱/۳۸       |           |
|                      | ۲     | ۲۸/۵۰ | ۲/۶۷           | ۱۸/۳۱                   | ۲۲/۴۲              | ۰/۴۹                   | ۱/۱۴       | ۲۸        | ۷/۶۹   | ۷/۱۴        | ۰/۶۰            | ۱/۵۳       |           |
| انطباقی              | ۳     | ۵۰/۸۳ | ۸/۶۱           | ۴۶/۸۸                   | ۸۸/۲۵              | ۰/۸۹                   | ۳/۸۶       | ۵۹        | ۱۱۸/۵۱ | ۵۴/۲۳       | ۰/۹۹            | ۲۷/۳۵      |           |

|       |      |       |        |       |      |      |       |       |        |       |   |                         |                |
|-------|------|-------|--------|-------|------|------|-------|-------|--------|-------|---|-------------------------|----------------|
| ۲۵/۸۰ | ۰/۹۹ | ۵۵/۴۸ | ۱۲۴/۶۵ | ۵۷/۶۷ | ۳/۹۱ | ۰/۹۰ | ۴۷/۶۱ | ۹۰/۸۸ | ۸/۷/۳۴ | ۴۹    | ۴ |                         |                |
| ۳/۴۹  | ۰/۸۵ | ۱۲/۰۲ | ۱۰/۷۳  | ۵۲/۶۷ | ۱/۷۵ | ۰/۶۶ | ۱۰/۶۳ | ۹/۶۱  | ۴/۱۴   | ۵۳/۳۳ | ۱ | رفتاردرمانی<br>دیالکتیک |                |
| ۵/۴۵  | ۰/۹۳ | ۱۹/۱۷ | ۱۵/۸۱  | ۴۸/۶۷ | ۱/۷۸ | ۰/۶۷ | ۹/۰۸  | ۸/۳۲  | ۳/۴۳   | ۵۳/۱۷ | ۲ |                         | غیر<br>انطباقی |
| ۲۹/۱۵ | ۰/۹۹ | ۸۰/۴۲ | ۴۴/۵۷  | ۳۲/۳۳ | ۳/۱۵ | ۰/۸۵ | ۳۸/۳۲ | ۲۷/۷۰ | ۶/۹۴   | ۴۲/۱۷ | ۳ | EST                     |                |
| ۱۵/۹۴ | ۰/۹۹ | ۷۶/۲۱ | ۴۳/۲۵  | ۳۳/۶۷ | ۳/۷۹ | ۰/۸۹ | ۵۰/۸۵ | ۳۳/۷۱ | ۷/۱۸   | ۳۹/۳۳ | ۴ |                         |                |

کاهش در طرح‌واره درمانی هیجانی در طی مراحل درمانی کمی بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیک است. همچنین کاهش طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی تحت درمان طرح‌واره درمانی هیجانی در یک‌روند ثابت نزولی رخ داده است و در پیگیری نیز حفظ شده است.

نمودار ۳ نشان‌دهنده مقایسه طرح‌واره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک را در طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی دریافت‌کننده هر دو درمان در طی مراحل درمانی کاهش داشته است اما این



نمودار ۳. تغییرات میانگین طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی در شرکت‌کنندگان

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی مقدماتی تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر روی بد تنظیمی هیجان و علائم اختلال شخصیت مرزی بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌های پژوهش نشان دادند که هم طرح‌واره درمانی هیجانی و هم رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم شخصیت مرزی، سرکوب هیجانی و افزایش ارزیابی مجدد شناختی هیجان بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی مؤثر است و این تأثیر در دوره پیگیری یک‌ماهه در سه مرحله اندازه‌گیری حفظ شده است. تنها کاهش ناامیدی و تکانشگری از علائم اختلال شخصیت مرزی در بیماران تحت طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به گروه تحت درمان رفتاردرمانی دیالکتیک بیشتر است. به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک با یافته‌های پژوهشگرانی چون سولر و همکاران [۴۵] سولر و همکاران [۴۶]، ریتچل و همکاران [۴۷] جیریلی و همکاران [۴۸] و بارنیکوت و همکاران [۴۹] همسو است. رفتاردرمانی دیالکتیک با کاربرد مهارت‌های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی،

تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی در بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی زمینه را برای تغییر این افراد فراهم کرده است. افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی تجربه مشکل در تنظیم هیجان‌ها، روابط بین فردی، ناامیدی و تکانشگری را دارند. بیشتر این بیماران برای کاهش هیجان‌های منفی و کنترل بد تنظیمی هیجانی دست به رفتارهای خودکشی گرایانه می‌زنند. رفتارهای تکانشگرانه در این بیماران نشانه‌ای از ناتوانی در حل مسئله سازگارانه و نبود رفتارهای جایگزین در آن شرایط است [۲۹]. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره درمانی هیجانی به آموزش مهارت‌های رفتاری جدید و جایگزین کردن آن‌ها با رفتارهای ناسازگار برای کاهش تکانشگری می‌پردازند. رفتارهای تکانشی مانند رانندگی بی‌پروا، روابط بین فردی ویرانگر مثل آزار جنسی، بهره‌کشی عاطفی و ... رفتارهای پرخطر جنسی، سوءمصرف مواد، افسردگی و مشکلات بین فردی با بد تنظیمی هیجانی در این بیماران همراه است. درمانگر در رفتاردرمانی دیالکتیک آسیب‌زا بودن این نوع رفتارهای

درک هیجانی به‌واسطه افزایش طرح‌واره هیجانی تأیید یا اعتباربخشی هیجانی صورت پذیرفته است. طرح‌واره درمانی هیجانی با شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی و خواستگاه آن‌ها سعی بر اصلاح و تعدیل این طرح‌واره‌ها دارد و آن‌ها را نقشی اساسی در آسیب‌شناسی روانی قلمداد می‌کنند. در هر یک از جلسات درمانی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی و غیر انطباقی پرداخته می‌شود. برای این کار از روش‌هایی مثل، آموزش هیجان‌ها، افتراق‌گذاری بین هیجان‌ها و نام‌گذاری آن‌ها، اعتباربخشی به هیجان، هدف قرار دادن باورهای غلط هیجانی مورد هدف قرار داده و درنهایت پیوند هیجان‌ها با ارزش‌های والا و یک زندگی با معنا در کنار هیجان‌ها سعی در اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی دارد.

مطالعات نشان داده است که در تنظیم هیجان هر دو الگوی بالا به پایین (نزولی) و پایین به بالا (صعودی) نقش دارند. باین‌وجود بر اساس مدل طرح‌واره درمانی هیجانی، هیجان ممکن است موضوع شناخت قرار گیرند و مورد هدف شناخت‌ها باشند. آموزش روان‌شناختی درباره هیجان‌ها، پذیرش، تحمل احساسات آمیخته، ذهن آگاهی، بهنجارسازی تجارب هیجانی، پیوند با ارزش‌های والا تر باعث افزایش تحمل و تاب‌آوری و تنظیم هیجان‌های مختلف و کارآمدی فردی می‌شود. لذا با استفاده از طرح‌واره درمانی هیجانی می‌توان با فعال‌سازی کنترل بالا به پایین (صعودی) تجارب هیجانی باعث کاهش تکانشگری و خشم در بیماران مبتلابه اختلال شخصیت مرزی شد. در این رویکرد درمانی بیمار درباره مدیریت و تنظیم هیجان‌ها آموزش دیده تا در مواجهه با تجارب هیجانی مختلف مثل خشم، غم، ترس، ناامیدی و .... راهبردهای آموخته‌شده در جلسات درمانی را به کار بگیرد [۲۵]

طبق یافته‌های دیگر پژوهش، طرح‌واره درمانی هیجانی باعث کاهش طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی و افزایش طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی شده است و این نتیجه همسو با نتایج پژوهش‌های مشابهی است که طرح‌واره‌های هیجانی را با افسردگی، اضطراب، نگرانی و تکانشگری در ارتباط دانسته و طرح‌واره درمانی هیجانی را در بهبود این طرح‌واره‌ها مؤثر دانسته‌اند [۲۴، ۳۲، ۴۱] یافته‌ها نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی هیجانی باعث کاهش طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی می‌شود [۵۱]. می‌توان گفت که طرح‌واره‌ها بازنمایی از خود، دیگران و جهان هستند که باعث سوگیری در تفسیر ما از رویدادهای مختلف می‌شوند [۵۲]. هر فردی طیف وسیعی از هیجان‌ها را تجربه می‌کند، ابتدا فرد متوجه هیجان خود شده، سپس براساس طرح‌واره هیجانی غیر انطباقی

تکانشی را بازگو می‌کند. درواقع رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأکید بر یادگیری رفتار، به بیماران آموزش می‌دهد که به‌کارگیری مهارت‌های جدید یاد گرفته‌شده و تعمیم آن‌ها باعث جلوگیری از چرخه معیوب رفتاری شده و تجارب آزاردهنده هیجانی را کاهش می‌دهد.

با نگاهی به یافته‌ها می‌توان دریافت که طرح‌واره درمانی هیجانی ناامیدی، تکانشگری و سرکوب هیجانی را کاهش و ارزیابی مجدد شناختی را افزایش داده است. داده‌های اندکی درباره اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در اختیار است و پژوهش حاضر یک مطالعه مقدماتی در زمینه تأثیر این درمان بر روی اختلال شخصیت مرزی محسوب می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های صورت گرفته بر روی اختلالات دیگر مثل اضطراب فراگیر [۳۵]، افسردگی [۳۶] اضطراب اجتماعی [۵۰] همسو است. طرح‌واره درمانی هیجانی باورها، تفسیرها و راهبردهای تنظیم هیجانی به‌طور کلی سازه طرح‌واره هیجانی را در آسیب‌شناسی روانی دارای نقش اساسی قلمداد می‌کند و به‌طور مستقیم آن‌ها را مورد آماج درمانی قرار داده است. طرح‌واره درمانی هیجانی به بیمار آموزش می‌دهد تا طرح‌واره‌های هیجانی را نمایانگر باورهای فراتجربی، نظرگاه‌ها، پاسخ‌ها و تمایلات رفتاری عادت‌ها در هنگام بروز هیجان‌ها هستند را ارزیابی کرده و از این طریق رابطه سازگارانه‌ای با هیجان‌های خود برقرار نماید (۱۵). بنابراین پرداختن به طرح‌واره‌های هیجانی در روند درمان می‌تواند به بیمار در فرآیند بهبودی و کاهش بد تنظیمی هیجانی کمک نماید. طرح‌واره درمانی هیجانی با شناسایی راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد اجتناب هیجانی مثل سرکوبی و نشخوار و استفاده از تکنیک‌هایی مانند اعتباربخشی، پذیرش، ابراز، ذهن آگاهی و تحمل احساسات آمیخته به رهایی از اجتناب هیجانی کمک می‌کند. اعتباربخشی به‌عنوان محور اصلی در طرح‌واره درمانی هیجانی است. افرادی که معتقدند هیجان‌ها آن‌ها مورد اعتباربخشی و تأیید قرار گرفته به احتمال کمتری دیگران را سرزنش کرده، کمتر معتقدند که هیجان‌ها به مدت طولانی و نامعلومی ادامه خواهد داشت و هیجان‌اتشان را بیشتر قابل‌درک تفسیر خواهند کرد. در نتیجه اعتباربخشی و تأیید می‌توانند موجب بهبودی و اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی دیگر نیز بشود [۲۴] مثلاً آموزش مهارت‌های اعتباربخشی هیجانی در رویکرد طرح‌واره درمانی هیجانی به افراد امکان می‌دهد تا در شرایط دشوار هیجانی از راهبردهای سازگارانه استفاده نمایند. اعتباربخشی هیجانی از طریق تسهیل پردازش شناختی هیجان به یافتن منطقی برای هیجان‌ها و تقویت این باور که هیجان‌ها وی قابل‌درک هستند کمک می‌کند [۸]. بنابراین اصلاح طرح‌واره

- Library; 2009.
- Leible TL, Snell Jr WE. Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and individual differences*. 2004;37(2):393-404.
  - گلشنی، فاطمه؛ مظاهر، محمدعلی، برجعلی، احمد، احدی، حسن. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی. تحقیقات روان‌شناختی. ۱: ۱۳۸۹۸۲-۲۵.
  - Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder: American Psychiatric Pub; 2001.
  - Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*. 2001;158(11):1783-93.
  - Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Journal of psychiatric research*. 2011.8,823 : (6) 45-58
  - Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide: Guilford press; 2011.
  - صبری، وحید؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر؛ ارفعی، اصغر. مقایسه نظم جویی هیجانی افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی و افراد بهنجار در بیمارستان روان‌پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۳. مجله پزشکی قانونی. ۲۱؛ ۱۳۹۴. ۳۱۰-۳۰۳. (۴)۷۶.
  - D'Avanzato C, Joormann J, Siemer M, Gotlib IH. Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*. 2013;37(5):968-80.
  - Maneta E, Cohen S, Schulz MS, Waldinger R. Two to tango: A dyadic analysis of links between borderline personality traits and intimate partner violence. *Journal of personality disorders*. 2013;27(2):233-43.
  - Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(12):971-4.
  - Feigenbaum J. Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*. 2007;16(1):51-68.
  - Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents: Guilford Press; 2006.

خود هیجان را به‌عنوان یک مشکل در نظر گرفته که فرد باور دارد که هیجان‌های او قابل‌درک نیستند، از اضطراب و خشم خود خجالت می‌کشد، معتقد که هیجان‌های وی خارج از کنترل هستند و تا مدت‌ها تداوم خواهند داشت، دیگران را برای احساس سرزنش می‌کند و بر یک هیجان به‌طور ثابت پافشاری می‌کند، فرد این طیف هیجان‌ها را طبیعی قلمداد نکرده و متوجه نیست که افراد زیادی احساساتی شبیه آن‌ها دارند [۵۳] بر اساس الگوی ساختاری تأیید شده رابطه طرح‌واره هیجانی با تشدید هیجان‌ها مختلف می‌توان گفت اصلاح عوامل زیر بنایی یعنی طرح‌واره‌های هیجانی می‌تواند در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی مانند تکانشگری، ناامیدی و سرکوبی مؤثر باشد [۵۳] منطق اساسی در طرح‌واره درمانی هیجانی شناسایی باورهای ددرساز هیجانی و استفاده از تکنیک‌های درمانی برای اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی منفی است. به‌طور مثال طرح‌واره درمانی هیجانی باورهای منفی درباره هیجان‌ها مثل دائمی بودن هیجان و از دست دادن کنترل، در نتیجه تجربه‌های هیجانی را شناسایی می‌کند و با استفاده از فنون شناخت درمانی آن‌ها را آزمون و به چالش می‌کشد.

#### محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهشی

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز است. محدودیت‌هایی مانند حجم نمونه کم با توجه به طرح پژوهش مورد استفاده، تک جنسیتی بودن نمونه و دوره پیگیری کوتاه‌مدت که تعیین پذیرایی نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند؛ پیشنهاد می‌شود که در طرح‌های آتی از کار آزمایی‌های آزمایشی با گروه کنترل به شکل RCT استفاده‌شده و پیگیری بلندمدت را در نظر داشته باشند. همچنین پروتکل درمانی طراحی‌شده یک پروتکل درمانی مقدماتی بوده که نیازمند بررسی در نمونه‌های مختلف دارد چون طرح‌واره درمانی هیجانی درمانی فراتشخیصی، کوتاه‌مدت و مقرون‌به‌صرفه به لحاظ اقتصادی است.

#### سپاسگزاری

بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان و همچنین ارزیاب مستقل این پژوهش سرکار خانم آرزو قاسم خانلو کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و جناب آقای دکتر احمد خدابنده متخصص اعصاب و روان که همکاری گسترده‌ای برای اجرای این پژوهش داشتند سپاسگزاری می‌کنم.

#### منابع

- Kring AM, Davison GC, Neale JM, Johnson SL. *Abnormal psychology*: John Wiley & Sons Inc; 2007.
- Arntz A, Van Genderen H, Drost J. Schema therapy for borderline personality disorder: Wiley Online

26. Silberstein LR, Tirch D, Leahy RL, McGinn L. Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012;5(4):406-19.
27. Riskind JH, Kleiman EM. Looming cognitive style, emotion schemas, and fears of loss of emotional control: Two studies. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012;5(4):392-405.
28. Turkcapar MH, Batmaz S, Kaymak SU, Kocbiyik S. Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. 2014.
29. Batmaz S, Özdel K. Psychometric properties of the Turkish version of the Leahy Emotional Schema Scale-II. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16.
30. Sirota N, Moskovchenko D, Yaltonsky V, Kochetkov Y, Yaltonskaya A. Psychodiagnostics of emotional schemas: the results of transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of Russian Version of Leahy Emotional Schema Scale II (LESS II\_RUS).. 2013;77:76.
31. Edwards ER, Micek A, Mottarella K, Wupperman P. Emotion ideology mediates effects of risk factors on alexithymia development. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2017;35(3):254-77.
۳۲. فرخزادیان علی اصغر، رضایی، فاطمه، صادقی، مسعود. نقش میانجی طرح‌واره‌های هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰۲۰؛۱۷(۲):۸۹-۱۰۱.
33. Westphal M, Leahy RL, Pala AN, Wupperman P. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Research*. 2016;242:186-91.
34. Leahy RL. Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;14(3):297-302.
35. Khaleghi M, Leahy RL, Akbari E, Mohammadkhani S, Hasani J, Tayyebi A. Emotional schema therapy for generalized anxiety disorder: a single-subject design. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2017;10(4):269-82.
۳۶. رضایی، مهدی؛ غضنفری، فیروزه؛ رضایی، فاطمه؛ اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی؛ مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۳۹۵؛ ۲۴ (۱): ۴۱-۵۴
37. Mohamadizadeh L, Makvandi B, Pasha R, BakhtiarPour S, Hafezi F. Comparison of the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT)
15. Linehan MM, Bohus M, Lynch TR. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. *Handbook of emotion regulation*. 2007;1:581-605.
16. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(9):832-9.
17. Bales D, van Beek N, Smits M, Willemsen S, Busschbach JJ, Verheul R, et al. Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders*. 2012;26(4):568-82.
18. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2004;46(12):872-3.
19. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010;78(6):936.
20. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*. 2017;74(4):319-28.
21. Kothgassner OD, Robinson K, Goreis A, Ougrin D, Plener PL. Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2020;7:1-16.
22. Davidson KM, Tran CF. Impact of treatment intensity on suicidal behavior and depression in borderline personality disorder: a critical review. *Journal of Personality Disorders*. 2014;28(2):181-97.
23. Tirch DD, Leahy RL, Silberstein LR, Melwani PS. Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012;5(4):380-91.
24. Leahy RL. *Emotional schema therapy*: Guilford Publications; 2015.
25. Leahy RL, Tirch DD, Melwani PS. Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012;5(4):362-79.



46. Soler J, Elices M, Pascual JC, Martín-Blanco A, Feliu-Soler A, Carmona C, et al. Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2016;3(1):1.
47. Ritschel LA, Cheavens JS, Nelson J. Dialectical behavior therapy in an intensive outpatient program with a mixed-diagnostic sample. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;68(3):221-35.
۴۸. جبرئیلی، شهلا؛ باباپور، جلیل؛ محمود علیلو، مجید. تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر علائم اختلال شخصیت مرزی. *مجله روانشناسی بالینی* ۱۳۹۳(۱۱):۱۲۱-۱۳۷.
49. Barnicot K, Gonzalez R, McCabe R, Priebe S. Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016;52:147-56.
- 50- Morvaridi M, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on decrease of anxiety sensitivity in woman with social anxiety disorder. *Journal Of Neyshabur University Of Medical Sciences*. 2019;7(1):26-35.
۵۱. عابدی شرق نجمه، آهوان، مسعود، دوستیان، یونس، اعظمی، یوسف، حسینی سپیده. اثربخشی درمان طرح‌واره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرح‌واره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. *مطالعات روانشناسی بالینی*. ۱۳۹۶؛ ۲۶، ۷، ۱۴۹-۱۶۳.
۵۲. رسولی، علی. نقش سیستم‌های مغزی - رفتاری، طرح‌واره‌های هیجانی و نارساکنش‌وری اجرایی در پیش‌بینی باورهای وسواسی دانشجویان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۷. ۱۶(۱). ۱۹۹-۲۱۰.
53. Izadi F, Ashrafi E, Fathi Ashtiani A. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reduction of the Negative Emotional Schemas, Alexithymia and Signs of Patients with somatic Symptoms. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2019;17(2):232-43.
- and Schema Therapy (ST) on Impulsive Behavior in Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2018;27(106):44-53.
38. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(2):348-359
39. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. 2010.10(3). 86-99
40. Hasani J. Persian Version of the Emotion Regulation Questionnaire: Factor Structure, Reliability and Validity. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2016;10(3):108-13.
۴۱. خانزاده، مصطفی؛ ادیسی، فروغ؛ محمدخانی، شهرام؛ سعیدیان، محسن. بررسی ساختار عاملی و مشخصات روانسنجی مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. *مطالعات روانشناسی بالینی* ۱۳۹۲؛ ۹۱، ۳-۱۱۹.
۴۲. محمد زاده علی، گودرزی، محمدعلی؛ تقوی محمدرضا، ملازاده، جواد. بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۲۰۰۵؛ ۷(۲۸):۷۵-۸۹.
43. Jackson M, Claridge G. Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*. 1991;30(4):311-23.
۴۴. فرست، وبر؛ کارگ، رل؛ اسپیتزر، راسل. مصاحبه ساختاریافته بالینی برای ارزیابی اختلال‌های DSM-5: SCID-5-RV. *کنسرخه پژوهشی*. محمدخانی پروانه، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۲۰۱۵.
45. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(6):1221-4.