

## مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۷/۲۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۴

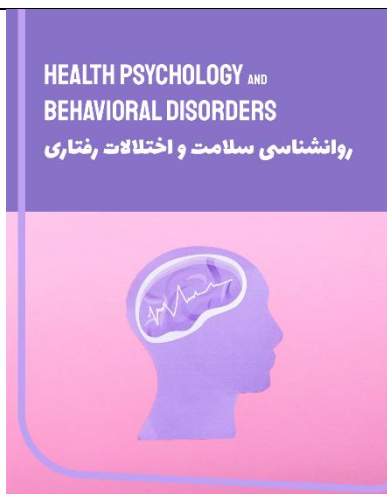
تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

### چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی و ماندگاری اثر طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودشناسی انسجامی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. این مطالعه به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و کنترل) گمارده شدند. دو گروه آزمایشی هر یک ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای نداشت. ابزارها شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت، پرسشنامه شخصیت مرزی و مقیاس خودشناسی انسجامی بود. تحلیل داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج نشان داد اثر زمان و تعامل زمان×گروه بر خودشناسی انسجامی معنادار است ( $P < 0.01$ ). هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار خودشناسی انسجامی شدند، اما میزان بهبود و اندازه اثر در گروه طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیکی بود. نتایج پیگیری سه‌ماهه نیز پایداری اثرات، به‌ویژه در طرحواره‌درمانی، را تأیید کرد. طرحواره‌درمانی نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخشی و ماندگاری بیشتری در بهبود خودشناسی انسجامی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارد و می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای اولویت‌دار برای اهداف هویتی و ساختاری این بیماران پیشنهاد شود.

**کلیدواژه‌گان:** طرحواره‌درمانی؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ خودشناسی انسجامی؛ اختلال شخصیت

مرزی



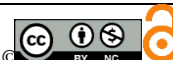
پریسا ذاکرزاده<sup>۱</sup>، طاهر تیزدست<sup>۲\*</sup>، طهمورت آقاجانی  
هشجین<sup>۳</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۲. گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
۳. گروه روانشناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر قدس، ایران

\* ایمیل نویسنده مسئول:

tahertizdast@iau.ac.ir

**شیوه استناددهی:** ذاکرزاده، پریسا، تیزدست، طاهر، و آقاجانی ه. هشجین، طهمورت. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*. ۱-۱۶. (۲)۴



# A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Integrative Self-Knowledge in Patients with Borderline Personality Disorder

Submit Date: 2025-10-13

Revise Date: 2026-01-25

Accept Date: 2026-02-03

Publish Date: 2026-05-22

## Abstract

This study aimed to compare the effectiveness and durability of schema therapy and dialectical behavior therapy in improving integrative self-knowledge among patients with borderline personality disorder. This semi-experimental study employed a pretest–posttest control-group design with a three-month follow-up. The population consisted of patients diagnosed with borderline personality disorder who attended psychiatric and psychological centers in Tehran during 2024–2025. Forty-five participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups (schema therapy, dialectical behavior therapy, and control), each with 15 participants. The two experimental groups received sixteen 60-minute group sessions, while the control group received no intervention. Data were collected using a structured clinical interview for personality disorders, the Borderline Personality Inventory, and the Integrative Self-Knowledge Scale. Repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc tests were applied for data analysis. The results indicated a significant main effect of time and a significant time×group interaction on integrative self-knowledge ( $p<0.01$ ). Both therapeutic approaches produced significant improvements compared with the control group; however, schema therapy yielded significantly greater gains and larger effect sizes than dialectical behavior therapy. Follow-up findings demonstrated that treatment effects, particularly those of schema therapy, were maintained over time. Schema therapy appears to be more effective and durable than dialectical behavior therapy in enhancing integrative self-knowledge in patients with borderline personality disorder and may be considered a preferable intervention when long-term identity integration is a primary treatment goal.

**Keywords:** *Schema Therapy; Dialectical Behavior Therapy; Integrative Self-Knowledge; Borderline Personality Disorder*

HEALTH PSYCHOLOGY  
AND  
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Parisa Zakerzadeh<sup>1</sup>, Taher Tizdast<sup>2\*</sup>,  
Tahmoores Aghajanihashjin<sup>3</sup>

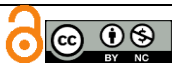
1. Department of Psychology, GO.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran

2. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

3. Department of psychology, SHQ.C., Islamic Azad University, shahr\_e Qods, Iran

\*Corresponding Author's Email:  
tahertizdast@iau.ac.ir

**How to cite:** Zakerzadeh, P., Tizdast, T., & Aghajanihashjin, T. (2026). A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Integrative Self-Knowledge in Patients with Borderline Personality Disorder. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(2), 1-16.



اختلال شخصیت مرزی یکی از پیچیده‌ترین و چالش‌برانگیزترین اختلالات حوزه سلامت روان است که با الگوی فراگیر بی‌ثباتی در تنظیم هیجان، روابط بین‌فردی، تصویر از خود و کنترل تکانه شناخته می‌شود. این اختلال معمولاً از اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و ماهیتی نسبتاً پایدار، مزمن و ناتوان‌کننده دارد (American Psychiatric, 2022). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب نوسانات شدید هیجانی، روابط ناپایدار، ترس عمیق از رهاشدگی، رفتارهای تکانشی، خودآسیب‌رسانی و افکار یا اقدام به خودکشی را تجربه می‌کنند که این ویژگی‌ها منجر به پربشانی قابل توجه فردی و اجتماعی می‌شود (Leichsenring et al., 2024; Shah & Zanarini, 2018). شواهد همه‌گیرشناختی نشان می‌دهد که شیوع مادام‌العمر این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۱ تا ۲ درصد است، اما این میزان در محیط‌های درمانی، به‌ویژه مراکز بستری و سرپایی روان‌پزشکی، به‌طور چشمگیری افزایش می‌یابد (Doering, 2019; Meaney et al., 2016). علاوه بر بار روان‌شناختی بالا، اختلال شخصیت مرزی با همایندی گسترده‌ای از اختلالات روان‌پزشکی همراه است؛ از جمله افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات مصرف مواد (Shah & Zanarini, 2018). این همایندی‌ها نه تنها سیر بالینی اختلال را پیچیده‌تر می‌کنند، بلکه پاسخ به درمان و پیش‌آگهی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. افزون بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در معرض خطر بالاتر بیماری‌های جسمانی، از جمله بیماری‌های قلبی‌عروقی و مشکلات مرتبط با استرس مزمن قرار دارند (Doering, 2019). از منظر زیستی-روانی-اجتماعی، این اختلال حاصل تعامل پیچیده‌ای از عوامل ژنتیکی، حساسیت زیستی به هیجان، تجارب دلبستگی ناایمن، تروماهای رشدی و محیط‌های نامعتبرکننده هیجانی است (Bourvis et al., 2017; di Giacomo et al., 2024).

یکی از هسته‌ای‌ترین مشکلات در اختلال شخصیت مرزی، اختلال در ساختار خود و فقدان انسجام هویتی است. بسیاری از بیماران مبتلا به این اختلال، خود را به‌صورت ناپایدار، متناقض و گسسته تجربه می‌کنند و در حفظ یک روایت منسجم از خود در طول زمان و موقعیت‌های مختلف با مشکل مواجه‌اند. این وضعیت اغلب با احساس پوچی، سردرگمی هویتی و بی‌ثباتی در ارزش‌ها و اهداف زندگی همراه است (Leichsenring et al., 2024). در سال‌های اخیر، مفهوم «خودشناسی انسجامی» به‌عنوان یکی از سازه‌های کلیدی برای فهم این گسست هویتی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. خودشناسی انسجامی به تلاش فعال و آگاهانه فرد برای درک، تفسیر و یکپارچه‌سازی تجربیات خود در گذشته، حال و آینده اشاره دارد (Ghorbani et al., 2008). این سازه شامل ابعاد تأملی و تجربی است و نقش مهمی در تنظیم هیجان، خودتنظیمی، مقابله سازگارانه و بهزیستی روان‌شناختی ایفا می‌کند (Abbasi et al., 2020).

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که خودشناسی انسجامی با پیامدهای مثبت روان‌شناختی، از جمله کاهش استرس ادراک‌شده، افزایش ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روانی و بهبود سلامت روان مرتبط است (Abbasi et al., 2020; Hamidi et al., 2022). در مقابل، سطوح پایین خودشناسی انسجامی با مشکلات بین‌فردی، آشفتگی هیجانی و علائم اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی، همبستگی دارد. از این رو، بهبود خودشناسی انسجامی می‌تواند به‌عنوان یکی از اهداف اساسی مداخلات درمانی در این بیماران مطرح شود. با این حال، بسیاری از درمان‌های رایج اختلال شخصیت مرزی عمدتاً بر کاهش علائم رفتاری یا هیجانی تمرکز دارند و کمتر به بازسازی ساختار خود و انسجام هویتی می‌پردازند.

در دهه‌های اخیر، رویکردهای درمانی متعددی برای اختلال شخصیت مرزی توسعه یافته و مورد ارزیابی تجربی قرار گرفته‌اند. مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های روان‌شناختی نسبت به مداخلات دارویی، اثربخشی بیشتری در کاهش علائم هسته‌ای این اختلال دارند (Stoffers-Winterling et al., 2022; Storebø et al., 2020). در میان این درمان‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی به‌عنوان دو رویکرد برجسته و مبتنی بر شواهد بیش از سایر درمان‌ها مورد توجه قرار گرفته‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیکی که توسط لینهان معرفی شد، یکی از نخستین درمان‌های ساختارمند ویژه اختلال شخصیت مرزی است و بر اساس مدل زیستی-اجتماعی تنظیم هیجان بنا شده است

(Linehan, 2015). این درمان با ترکیب پذیرش و تغییر، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی و اثربخشی بین‌فردی را هدف قرار می‌دهد.

شواهد حاصل از کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده و مرورهای نظام‌مند نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان، افکار خودکشی و بستری‌های مکرر مؤثر است (Storebø et al., 2020). با این حال، برخی مطالعات نشان داده‌اند که تأثیر این درمان بر ساختارهای عمیق‌تر شخصیت و هویت ممکن است محدود باشد و در برخی بیماران، بهبودها پس از پایان درمان کاهش یابد (Euler et al., 2025; Hall et al., 2025). افزون بر این، پاسخ به رفتاردرمانی دیالکتیکی در میان بیماران ناهمگون است و همه بیماران از این رویکرد به یک میزان سود نمی‌برند (Weiner et al., 2025). این یافته‌ها ضرورت بررسی رویکردهای جایگزین یا مکمل را برجسته می‌سازد.

طرحواره‌درمانی، که توسط یانگ توسعه داده شد، یک رویکرد یکپارچه شناختی-هیجانی است که ریشه در نظریه‌های دلبستگی، روابط شیء و روان‌پویشی دارد (Young et al., 2003). این درمان به‌طور خاص برای اختلالات شخصیت و مشکلات مزمن طراحی شده و فرض می‌کند که ریشه بسیاری از مشکلات روان‌شناختی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه نهفته است؛ طرحواره‌هایی که در نتیجه ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی شکل می‌گیرند (Jacob & Arntz, 2013). در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، شواهد نشان می‌دهد که شدت و فراوانی طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌طور معناداری بالاتر از جمعیت عمومی است (Sempértegui et al., 2013; Tan et al., 2018).

طرحواره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح این طرحواره‌ها و نیز کار با «حالت‌های طرحواره‌ای»، به دنبال ایجاد یک خود بالغ سالم و منسجم در بیمار است. این رویکرد از تکنیک‌های تجربی عمیق، مانند تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی صندلی‌ها و والدگری حدومرزدار استفاده می‌کند که امکان بازپردازش هیجانی تجربیات رشدی آسیب‌زا را فراهم می‌سازد (Behary et al., 2023). شواهد تجربی حاصل از کارآزمایی‌های بالینی نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی در بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی، کاهش طرحواره‌های ناسازگار و ارتقای کیفیت زندگی اثربخش است (Arntz, Jacob, Lee, & et al., 2022; Arntz, Jacob, Lee, Brand-de Wilde, et al., 2022). افزون بر این، برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که این درمان از نظر اقتصادی نیز مقرون‌به‌صرفه است و می‌تواند هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مراقبت‌های سلامت را کاهش دهد (Meuldijk et al., 2017).

در سال‌های اخیر، مطالعات مقایسه‌ای بین رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده‌اند. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هر دو درمان در کاهش علائم اصلی اختلال شخصیت مرزی مؤثرند، اما طرحواره‌درمانی ممکن است در ایجاد تغییرات عمیق‌تر و پایدارتر در ساختار شخصیت برتری داشته باشد (Alimour et al., 2024; Assmann et al., 2024). با این حال، بیشتر این مطالعات بر پیامدهایی مانند شدت علائم، خودآسیب‌رسانی یا کیفیت زندگی تمرکز داشته‌اند و سازه‌هایی مانند خودشناسی انسجامی کمتر به‌طور مستقیم مورد بررسی قرار گرفته‌اند. این در حالی است که خودشناسی انسجامی می‌تواند به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های کلیدی تغییر در درمان اختلال شخصیت مرزی مطرح باشد.

از سوی دیگر، ادبیات مربوط به انتخاب درمان مناسب برای بیماران مختلف بر اهمیت رویکردهای شخصی‌سازی‌شده در روان‌درمانی تأکید دارد (Cohen & DeRubeis, 2018; Huibers et al., 2020). شناسایی اینکه کدام درمان برای کدام بیمار و برای کدام پیامد خاص مؤثرتر است، یکی از چالش‌های اساسی حوزه درمان اختلالات شخصیت محسوب می‌شود. در این چارچوب، بررسی تطبیقی اثربخشی درمان‌ها بر سازه‌های بنیادی مانند خودشناسی انسجامی می‌تواند به تصمیم‌گیری بالینی آگاهانه‌تر و بهینه‌سازی مداخلات درمانی کمک کند. افزون بر این، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که عوامل شناختی و تحریف‌های شناختی در اختلال شخصیت مرزی نقش مهمی دارند و درمان‌هایی که این لایه‌های عمیق‌تر را هدف قرار می‌دهند، ممکن است پیامدهای پایدارتری ایجاد کنند (Del Pozo et al., 2018; Folsom et al., 2016).

با وجود رشد قابل توجه پژوهش‌ها در حوزه درمان اختلال شخصیت مرزی، هنوز خلأهای مهمی در ادبیات وجود دارد. به‌ویژه، تعداد مطالعاتی که به‌طور مستقیم و نظام‌مند اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی را بر خودشناسی انسجامی مقایسه کرده باشند، محدود است. همچنین، یافته‌های موجود درباره ماندگاری اثر این درمان‌ها بر سازه‌های هویتی ناهمگون و گاه متناقض‌اند (Sadeghian-Lemraski et al., 2024; Wibbelink & Arntz, 2022). از این رو، انجام پژوهش‌هایی که به‌طور خاص بر این متغیر تمرکز کنند، می‌تواند به غنای نظری و کاربردی این حوزه بیفزاید و مسیر پژوهش‌های آینده را روشن‌تر سازد.

با توجه به اهمیت اختلال شخصیت مرزی، نقش محوری خودشناسی انسجامی در ساختار روان‌شناختی این بیماران، و ضرورت مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر شواهد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

## روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی می‌باشد. طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بود که در آن دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. هم‌چنین آزمودنی‌ها بعد از انتخاب به صورت غیرتصادفی هدفمند در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انتصاب شدند و هر دو گروه یک بار قبل از اجرای طرح، بر روی آنان پیش‌آزمون اجرا و بعد از درمان به گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا گردید و سه ماه بعد نیز جلسه تازه‌ای برای پیگیری و پر کردن مجدد پرسشنامه‌ها، برای هر مراجع در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افرادی بود که با تشخیص یا نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی طی سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ به مراکز روان‌پزشکی، خدمات روان‌شناسی و درمانگاه‌های شهر تهران مراجعه کرده بودند. با توجه به محدودیت‌های عملی اجرای مداخله و گستردگی طرح، حجم نمونه ۴۵ نفر تعیین شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان ابتدا از طریق نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انجام گرفت. برای شناسایی افراد اولیه، در مجموع ۲۰۰ پرسشنامه در مراکز مورد اشاره بین افرادی که تمایل به شرکت داشتند توزیع شد. از میان آن‌ها، افرادی انتخاب شدند که همزمان معیارهای تشخیصی لازم و حداقل نمره مورد نیاز بر اساس نقطه برش پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI؛ لیشنرنیک، ۱۹۹۹) را کسب کرده بودند. سپس ۴۵ نفر از این افراد پس از تأیید روانشناس انتخاب و وارد پژوهش شدند. شرکت‌کنندگان واجد شرایط، پس از دریافت توضیحات پژوهش، فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. پس از آن، آزمودنی‌هایی که شرایط لازم را داشتند، به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به روش گمارش تصادفی در سه گروه؛ آزمایش ۱، شامل ۱۵ نفر (رفتاردرمانی دیالکتیکی)، آزمایش ۲، شامل ۱۵ نفر (طرحواره‌درمانی) و گروه کنترل، شامل ۱۵ نفر (بدون مداخله) جایدهی شدند. در گروه آزمایش اول، پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی اجرا گردید و گروه آزمایش دوم مداخله طرحواره‌درمانی را دریافت کردند. اعضای گروه کنترل در طول دوره‌ی زمانی پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. اجرای برنامه‌های درمانی در دو گروه آزمایشی توسط درمانگری صورت گرفت که در مقطع دکتری تخصصی روان‌شناسی مشغول به تحصیل بود. بر پایه‌ی دیدگاه متخصصان روش تحقیق، در طرح‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی، حجم نمونه‌ای در حدود ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت لازم را برای تحلیل داده‌ها فراهم می‌کند (دلور، ۱۴۰۱). معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس DSM-5-TR در ارزیابی توسط روان‌پزشک و در مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت و داشتن نمره برش لازم برای شدت اختلال شخصیت مرزی بر اساس پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI) لیشنرنیک (۱۹۹۹)، دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، عدم دریافت درمان روانشناختی در گذشته با هدف درمان اختلال شخصیت مرزی، رضایتمندی شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات سیکل، کسب حداقل نمره لازم از مقیاس‌های پژوهش حاضر براساس نقطه برش پرسشنامه‌های پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل: خارج از دامنه سنی و تحصیلات، داشتن بیماری‌های عصب‌شناختی، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روان‌پریشی اولیه، دریافت کردن درمان‌های دیگر و غیبت در جلسات درمانی بیش از دو جلسه، می‌باشد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت: این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که فرست و همکاران برای تشخیص اختلالات شخصیت در DSM-5 تدوین کرده‌اند. SCIP-5-PD ۱۰ اختلال شخصیت مندرج در DSM-5 و سایر اختلالات را تحت پوشش قرار می‌دهد. یکی از ویژگی‌های SCIP-5-PD این است که پرسشنامه خودسنجی شخصیت را به عنوان ابزار غربالگری در خود دارد. این پرسشنامه دارای ۱۰۶ پرسش است و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود. میزان تحصیلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن حداقل هشت کلاس است. آزماینده با توجه به پرسش‌هایی که بیمار به آن‌ها پاسخ مثبت می‌دهد مصاحبه را جهت می‌دهد. در مورد پایایی یا اعتبار-SCID-PD 5-اطلاعاتی در دسترس نیست؛ با این حال تعدادی از مطالعات پایایی پیشینه آن، یعنی SCID-II را بررسی کرده بودند. لوبستال و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) ضریب کاپا SCID-II را از ۰/۶۹ برای اختلال شخصیت پارانوئید تا ۰/۹۵ برای اختلال شخصیت مرزی (با کاپای کلی ۰/۷۸) گزارش کردند. شریفی و همکاران (۲۰۰۶) پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را گزارش کرده‌اند.

**پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI) لیشرنیگ (۱۹۹۹):** این پرسشنامه توسط لیشرنیگ در سال ۱۹۹۹ و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۵۱ سوال می‌باشد که بر اساس مفهوم کرنبرگ (۱۹۶۷) از سازمان بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. این مقیاس شامل عامل‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب دیده و ترس از صمیمیت می‌باشد و به صورت بلی و خیر جواب داده شده است. در سوال ۱۳ گزینه الف نمره ۱ و گزینه ب نمره ۰ تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه اگر نمره فرد در ۲۰ سوال (۲۰ سوال نقطه برش) بالاتر از ۱۰ باشد، به احتمال بالایی فرد دارای شخصیت مرزی است. اگر مجموع نمرات این ۲۰ سوال کوچکتر از ۱۰ باشد فرد به احتمال بسیار اندکی دارای شخصیت مرزی خواهد بود. لیشرنیگ (۱۹۹۹) در پژوهش خود نشان دادند همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این آزمون در حد رضایت بخشی قرار دارد. به شکلی که آلفای کرونباخ مولفه‌های این آزمون در دامنه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ بوده است. همچنین میزان همبستگی بازآزمایی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ به دست آمده است. در پژوهش محمدزاده و رضایی (۱۳۹۰) روایی و پایایی این مورد پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته شده است. روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دو نیمه سازی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمده است.

**پرسشنامه خودشناسی انسجامی (ISK، قربانی و همکاران، ۲۰۰۸):** مقیاس خودشناسی انسجامی شامل ۱۲ ماده است که پاسخ دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (الف=عمدتا نادرست (۰)، ب=عمدتا درست (۴)) به آن پاسخ دهند. عبارات (۹، ۶، ۳) خودآگاهی تاملی، عبارات (۱، ۵، ۷، ۸) خودآگاهی تجربی و باقی عبارات (۱۲، ۱۱، ۱۰، ۲، ۴) نیز یکپارچه کردن تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده‌ای مطلوب را می‌سنجند. بالاترین نمره کل در این آزمون ۴۸ است و است و نمره کل بالاتر به معنای خودشناسی انسجامی بالاتر است. پایایی این مقیاس در یک گروه ۲۳۰ نفری از دانشجویان دانشگاه تهران به قرار زیر بود: ضریب آلفای کرونباخ برای خودشناسی تجزیه‌ای ۰/۹۰ و برای خودشناسی تأملی ۰/۸۴ همبستگی میان دو وجه برابر بود با ۰/۷۴ (I=۰/۷۴ (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). پایایی بازآزمایی این مقیاس پس از ۷ تا ۸ هفته فاصله زمانی با یک نمونه ۴۴ نفری به صورت زیر بود: پایایی برای خودشناسی تجزیه‌ای ۰/۷۶ و برای خودشناسی تأملی ۰/۶۸ (قربانی و همکاران، ۲۰۰۸) در مطالعه خود بر روی سه نمونه ایرانی و سه نمونه آمریکایی، آلفای کرونباخ مقیاس را به ترتیب در نمونه اول ایرانی ۰/۸۱ و به ترتیب در نمونه اول آمریکایی ۰/۷۸، نمونه دوم آمریکایی ۰/۷۸ و نمونه سوم آمریکایی ۰/۷۴ گزارش دادند. اعتبار همگرا، ملاک، افتراقی و افزایشی مقیاس نیز در این مطالعه مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعه قربانی و همکاران (۲۰۱۰) نیز آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۹ گزارش شده است. پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT): این مداخله گروهی بر اساس کتاب «رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی» (دیوید اچ. بارلو) طی ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه) اجرا می‌شود. در جلسه اول، درمانگر و مراجع/گروه بر مبنای آگاهی متقابل برای

<sup>1</sup> Lobbestael

همکاری تصمیم می‌گیرند، مصاحبه تشخیصی جامع اخذ می‌شود، تاریخچه مشکل و تحلیل رفتاری رفتارهای اولویت‌دار تدوین می‌گردد، انتظارات متقابل و چارچوب درمان توافق می‌شود، نحوه تکمیل کارت یادداشت‌های روزانه بین جلسات آموزش داده شده و پرسشنامه‌های پیش‌آزمون تکمیل می‌گردد. جلسه دوم به ارائه مدل دیالکتیکی و زیستی-اجتماعی BPD، معرفی DBT به‌عنوان درمان حمایتی شناختی-رفتاری مهارت‌محور، تأکید بر آموزش‌های رفتاری، تشریح راهبردهای ایجاد تعهد/سازگاری/اعتباربخشی و اخذ تعهد برای پرهیز از رفتارهای خودآسیب‌رسان اختصاص دارد. در جلسه سوم ضمن پیش‌کارت روزانه و مدیریت بحران، مداخله رسمی آغاز می‌شود و با راهبردهای دیالکتیکی برای عبور از تفکر دوگانه «یا این-یا آن» به «هر دو» (مانند ورود به پارادوکس، استعاره، گسترش دادن، فعال‌سازی ذهن عاقل، بازمعناگذاری نکات منفی و تکنیک «درست کردن لیمو از لیموناد») کار می‌شود. جلسات چهارم و پنجم بر راهبردهای مرکزی پذیرش و اعتباربخشی (گوش دادن و مشاهده، انعکاس صحیح، بیان ناگفته‌ها، اعتباربخشی بر اساس یادگیری‌های قبلی یا ناکارآمدی زیستی، و اعتباربخشی زمینه حاضر/کارکرد هنجاری) متمرکز است. جلسات ششم و هفتم به راهبردهای تغییر و مسئله‌گشایی می‌پردازد که شامل پذیرش مسئله منتخب با تحلیل رفتاری، بصیرت نسبت به الگوهای تکراری و آموزش اصول رفتار است و سپس با تحلیل راه‌حل‌ها، آشنا کردن بیمار با فرایندهای درمانی و تقویت تعهد، تغییر پیگیری می‌شود. در جلسات هشتم و نهم، راهبردهای سبک‌شناختی برای ایجاد تعادل بین دو سبک ارتباطی اجرا می‌شود: سبک ارتباط متقابل (همدلی، خودافشاگری و درگیری گرم) برای کاهش فاصله قدرت، و سبک کلامی متهورانه برای برهم‌زدن تعادل ناکارآمد و ایجاد دیدگاه متفاوت. جلسات دهم و یازدهم بر آموزش مهارت‌ها از مسیر کسب/تقویت/تعمیم تمرکز دارد، شامل مدیریت تقویت (شکل‌دهی، خاموشی، پیامدهای دردناک با رعایت اصول تناسب، احتیاط و قدرت اثر) و آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی (مشاهده تجربه بدون قضاوت، تمرکز بر لحظه اکنون از طریق حواس پنج‌گانه). جلسات دوازدهم و سیزدهم به مهارت‌های تحمل ناراحتی و پذیرش واقعیت برای عبور از بحران بدون وخیم‌سازی، و نیز مهارت‌های تنظیم هیجان (نامگذاری هیجان، ذهن‌آگاهی هیجانی، شناسایی موانع تغییر، افزایش رویدادهای مثبت و رفتار مخالف هیجان) اختصاص دارد. جلسات چهاردهم و پانزدهم بر اثربخشی بین‌فردی (تقاضا کردن/نه گفتن، تصمیم‌گیری هدف‌محور در موقعیت تعارض، راهبردهای حفظ رابطه و احترام به خود) تمرکز می‌کند و در جلسه شانزدهم جمع‌بندی، مرور دستاوردها و خاتمه درمان انجام می‌شود. پروتکل طرحواره‌درمانی (ST): این مداخله گروهی بر اساس کتاب «طرحواره‌درمانی برای اختلال شخصیت مرزی» (آرنود آرنتز و همکاران) طی ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه) اجرا می‌شود. در جلسات اول و دوم، مصاحبه تشخیصی جامع برای سنجش سطح کارکرد و علائم BPD انجام می‌گیرد، قوانین کلی درمان و چارچوب کار مطرح می‌شود، اطلاعات مشکلات و شکایات بیمار جمع‌آوری و فهرست‌بندی می‌گردد، موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان شناسایی و با احساسات بیمار همدلی می‌شود، شیوه مواجهه بیمار با مشکلات و سودمندی آن بررسی می‌گردد، رابطه درمانی امن و حمایتی با «بازوالدینی حدودم‌زدار» شکل می‌گیرد، موارد منع‌شده/محدودیت‌ها مرور و پرسشنامه‌های پیش‌آزمون اخذ می‌شود. در جلسات سوم و چهارم، پیوند بین تجارب رشدی و مشکلات کنونی از طریق کاوش رابطه با والدین/مراقبین و وقایع گذشته بررسی می‌شود، آموزش ذهنیت‌ها (schema modes) و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها انجام می‌گیرد، تاریخچه فردی ترسیم و منطق درمان بر مبنای مدل BPD و ذهنیت‌ها تشریح می‌شود، و ارتباط مشکلات کنونی با طرحواره‌ها و نحوه هم‌زمانی احساس-فکر-رفتار در هر ذهنیت توضیح داده می‌شود. در جلسات پنجم و ششم، مدل مرزی برای تبیین نوسانات خلقی و بی‌کنترلی رفتاری آموزش داده می‌شود، مدیریت بحران در صورت وجود بحران ارائه می‌گردد، مداخله روی ذهنیت‌های طرحواره‌ای آغاز می‌شود، ذهنیت‌ها نام‌گذاری و اهداف‌گذاری می‌شوند و شیوه کار درمان توضیح داده می‌شود. در جلسات هفتم و هشتم، درمان «ذهنیت محافظ بی‌تفاوت» با جلب اعتماد، ایجاد فضای امن برای تجربه/بیان احساسات، تحلیل شکل‌گیری این ذهنیت در کودکی، استفاده از تکنیک صندلی خالی، بررسی کارکرد و مزایا/معایب ذهنیت محافظ، تکلیف‌خانی برای اشتراک‌گذاری هیجان‌ها خارج از جلسه و بررسی موانع دنبال می‌شود. در جلسات نهم و دهم، درمان «ذهنیت کودک رهاشده» از طریق رابطه تسلی‌گر و حمایت‌محور، جست‌وجوی راه‌های سالم ارضای نیازها، آموزش همدلی با کودک رهاشده، بازسازی تصویر ذهنی و ایفای نقش تاریخی برای عادی‌سازی دریافت کمک، آموزش معیارهای بهنجاری، تمرین آرام‌سازی/مراقبه و بررسی موانع انجام می‌شود.

در جلسات یازدهم و دوازدهم، درمان «ذهنیت کودک عصبانی/تکانشی» با ایجاد رابطه ایمن، تعیین حدودمرز توسط درمانگر، امکان ابراز خشم در چارچوب امن، آموزش جرأت‌مندی، بازسازی خاطرات خشم‌برانگیز، چالش افکار غیرمنطقی درباره احساس/ابراز خشم و تمرین بیان ناراحتی‌های خفیف و خشم و بررسی موانع پیش می‌رود. در جلسات سیزدهم و چهاردهم، درمان «ذهنیت والد تنبیه‌گر» با محافظت از بیمار در برابر پیامدهای این ذهنیت، تضمین دسترس‌پذیری در بحران، ایفای نقش تاریخی و بازسازی تصویر ذهنی برای مقابله با والد تنبیه‌گر، برخورد قاطع درمانگر، ارائه نمونه‌های قانع‌کننده درباره کاستی‌های والد عیب‌جو، استفاده از نمودار دایره‌ای برای دیدن واقعه در متن کل، روش «دادگاه» برای سنجش مسئولیت/رفع اتهام، آموزش راه‌های رهایی از ذهنیت تنبیه‌گر و بررسی موانع انجام می‌شود. در نهایت، جلسات پانزدهم و شانزدهم بر تقویت «بزرگسال سالم» متمرکز است؛ به‌گونه‌ای که رابطه والد-کودک به تدریج به رابطه دو بزرگسال برای خودگردانی مراجع تبدیل می‌شود، طرحواره‌های سالم جایگزین مقابله‌های قدیمی می‌گردد، افکار مولد هیجان‌های منفی یا رفتار تکانشی بازبینی و صحت‌سنجی می‌شود، شدت هیجان‌ها با معیار رفتار سالم واری می‌گردد، بر اهمیت تکالیف پایانی تأکید می‌شود، الگو شکنی رفتاری برای پیشگیری از بازگشت طرحواره‌ها صورت می‌گیرد و با «رویاری هم‌دلانه»، مزایا/معایب تغییرات اخیر مرور و رفتارهای جدید با تکنیک صندلی خالی/دو صندلی تمرین می‌شود.

تحلیل داده‌های جمع آوری شده، در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. از آماره‌های توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی (میانگین)، شاخص‌های پراکندگی (انحراف معیار)، شاخص‌های توزیع (کجی و کشیدگی) و در بخش آمار استنباطی نیز از تحلیل کواریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری  $\alpha = 0/05$  با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

## یافته‌ها

دامنه سنی شرکت کنندگان سه گروه بین ۱۸ تا ۳۰ سال بود. مقایسه فراوانی توزیع سنی شرکت کنندگان بر اساس آزمون ناپارامتریک خی دو نشان می‌دهد تفاوت آماری معنی‌داری بین سطوح سنی شرکت کنندگان در سه گروه وجود ندارد ( $p=0/642$ ;  $\chi^2(df4)=2/360$ ). سطوح تحصیلی شرکت کنندگان سه گروه از دوره متوسطه دوم (زیردیپلم) تا کارشناسی ارشد متغیر بود. مقایسه فراوانی سطوح تحصیلی شرکت کنندگان بر اساس آزمون ناپارامتریک خی دو نشان می‌دهد تفاوت آماری معنی‌داری بین میزان تحصیلات شرکت کنندگان در سه گروه وجود ندارد ( $p=0/681$ ;  $\chi^2(df8)=2/489$ ). ۶۰ درصد از شرکت کنندگان گروه طرحواره درمانی زن و ۴۰ درصد مرد؛ ۵۳ درصد از شرکت کنندگان گروه رفتار درمانی دیالکتیکی زن و ۴۷ درصد مرد و در گروه کنترل ۴۷ درصد زن و ۵۳ درصد مرد بوده‌اند. نتیجه آزمون خی دو تفاوت آماری معنی‌داری را از لحاظ جنسیت شرکت کنندگان در سه گروه نشان نمی‌دهد ( $p=0/923$ ;  $\chi^2(df2)=0/536$ ).

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی خودشناسی انسجمی در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه گروه

زمان	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
گروه‌ها/شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
طرحواره درمانی	۲۰/۴۷	۳/۶۴	۲۹/۷۳	۵/۶۵	۳۰/۸۷	۴/۷۰
رفتار درمانی دیالکتیکی	۱۸/۲۷	۴/۴۷	۲۴/۸۰	۳/۰۵	۲۶/۸۷	۲/۹۵
کنترل	۱۸/۸۰	۴/۱۱	۲۱/۳۳	۳/۴۱	۲۲/۴۷	۵/۵۱

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین خودشناسی انسجمی در آزمودنی‌های گروه آزمایشی طرحواره درمانی برابر با ۲۰/۴۷، ۲۹/۷۳، ۳۰/۸۷؛ در گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیکی برابر با ۱۸/۲۷، ۲۴/۸۰، ۲۶/۸۷ و گروه کنترل برابر با ۱۸/۸۰، ۲۱/۳۳ و ۲۲/۴۷ می‌باشد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (اثرات درون گروهی و بین گروهی روش‌های درمانی روی خودشناسی

## انسجمی)

منابع تغییر	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	نسبت f	سطح معنی داری	مجدور سهمی اتا
اثرات درون گروهی						
زمان	۱۴۴۷/۷۸	۲	۷۲۳/۹۰	۳۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۶
زمان*گروه	۲۳۳/۱۱	۴	۵۹/۷۸	۳/۰۳	۰/۰۲۲	۰/۱۲۴
خطا	۱۶۵۵/۷۸	۸۴	۱۹/۷۱			
اثرات بین گروهی						
گروه	۸۶۴/۵۸	۲	۴۳۲/۲۹	۲۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
خطا	۷۶۵/۱۶	۴۲	۱۸/۲۲			

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، معنی دار بودن مقدار f مربوط به عامل زمان نشان دهنده این است که نمرات خودشناسی انسجمی گروه‌های آزمایشی از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری بطور معنی داری تغییر (افزایش) یافته است ( $p < 0.01$ ;  $f = 36/72$ ) که حاکی از اثربخشی روش‌های درمانی بر افزایش میزان خودشناسی انسجمی افراد می‌باشد. مجدور سهمی اتا نشان می‌دهد ۴۶/۶ درصد از تغییر (افزایش) در میزان خودشناسی انسجمی از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری ناشی از تاثیر روش‌های درمانی می‌باشد. معنادار بودن مقدار f حاصل از تعامل میان زمان و عامل گروه حاکی از آن است که در مراحل پس آزمون و پیگیری، میانگین خودشناسی انسجمی گروه‌های آزمایشی به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل می‌باشد ( $p < 0.05$ ;  $f = 3/03$ ). همچنین، معنی دار بودن عامل گروه نشان می‌دهد بین سه گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت آماری معنی داری از نظر میزان خودشناسی انسجمی وجود دارد ( $p < 0.01$ ;  $f = 23/73$  و  $f = 2$ ). بنابراین، فرضیه پژوهش تایید می‌شود. مجدور سهمی اتا نشان می‌دهد ۵۳/۱ درصد از تفاوت در میزان خودشناسی انسجمی ناشی از تاثیر عامل گروه می‌باشد. جهت تعیین اینکه آیا بین دو گروه آزمایشی از لحاظ میزان اثربخشی بر خودشناسی انسجمی تفاوت وجود دارد، نتایج آزمون تعقیبی شفه گزارش شده است.

## جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها بر اساس مراحل آزمون

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪
					کران پایین
					کران بالا
	پیش آزمون	-۶/۱۱	۰/۹۸۱	۰/۰۰۱	-۸/۵۶
	پیش آزمون	-۷/۵۶	۰/۹۹۳	۰/۰۰۱	-۱۰/۰۳
	پس آزمون	-۱/۴۴	۱/۸۲۴	۰/۲۶۱	-۳/۵۰

مطابق جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها بر اساس مراحل آزمون در متغیر خودشناسی انسجمی نشان می‌دهد بین دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ( $MD = -6/11$ ;  $P < 0.01$ )، پیش آزمون و پیگیری ( $MD = -7/56$ ;  $P < 0.01$ )، تفاوت معنادار وجود دارد. اما بین دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ) که حاکی از پایداری نتایج یا تغییرات ایجاد شده از پس آزمون به مرحله پیگیری می‌باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودشناسی انسجمی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج تحلیل‌های استنباطی نشان داد که هر دو مداخله درمانی نسبت به گروه کنترل موجب افزایش معنادار خودشناسی انسجمی

شدند، اما میزان بهبود و ماندگاری اثر در گروه طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری بیشتر از گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی بود. افزون بر این، نتایج مرحله پیگیری سه‌ماهه حاکی از پایداری تغییرات در هر دو درمان بود، با این تفاوت که در طرحواره‌درمانی، سطح خودشناسی انسجامی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی در سطح بالاتری حفظ شد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اگرچه هر دو رویکرد می‌توانند در بهبود کارکردهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشند، اما طرحواره‌درمانی در هدف‌گیری سازه‌های عمیق‌تر مرتبط با ساختار خود، کارآمدتر عمل می‌کند.

در تبیین اثربخشی هر دو درمان، می‌توان به ماهیت چندبعدی اختلال شخصیت مرزی اشاره کرد. این اختلال با بی‌ثباتی هیجانی، روابط بین‌فردی آشفته و تصویر ناپایدار از خود شناخته می‌شود (American Psychiatric, 2022; Leichenring et al., 2024). رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز بر تنظیم هیجان، کاهش رفتارهای تکانشی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، توانسته است به‌طور مؤثری نشانه‌های حاد و رفتاری این اختلال را کاهش دهد (Linehan, 2015; Storebø et al., 2020). یافته‌های پژوهش حاضر که نشان‌دهنده افزایش معنادار خودشناسی انسجامی در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی است، با نتایج مطالعات پیشین همسو است که بهبود برخی ابعاد خودآگاهی، خودشفقتی و انسجام تجربه در این درمان را گزارش کرده‌اند (Hall et al., 2025; Sadeghian-Lemraski et al., 2024). به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش، که جزء مؤلفه‌های اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی هستند، نقش مهمی در افزایش توجه آگاهانه به تجربه‌های درونی و در نتیجه ارتقای خودشناسی انسجامی ایفا می‌کنند.

با این حال، برتری طرحواره‌درمانی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی را می‌توان در سطح مداخله و مکانیسم‌های تغییر این دو رویکرد جست‌وجو کرد. طرحواره‌درمانی به‌طور خاص برای درمان اختلالات شخصیت طراحی شده و تمرکز اصلی آن بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالت‌های طرحواره‌ای است که مستقیماً با تصویر از خود و انسجام هویتی مرتبط‌اند (Jacob & Arntz, 2013; Young et al., 2003). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی معمولاً دارای طرحواره‌هایی نظیر رهاشدگی، بی‌اعتمادی، نقص/شرم و وابستگی هستند که به تجربه یک خود گسسته و ناپایدار منجر می‌شود (Sempértegui et al., 2013; Tan et al., 2018). طرحواره‌درمانی با شناسایی و بازسازی این طرحواره‌ها و کمک به یکپارچه‌سازی حالت‌های درونی متعارض، زمینه را برای شکل‌گیری یک «خود بالغ سالم» فراهم می‌سازد؛ فرآیندی که به‌طور مستقیم به افزایش خودشناسی انسجامی منجر می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج کارآزمایی‌های بالینی و مرورهای نظام‌مند پیشین همخوان است که اثربخشی قابل توجه طرحواره‌درمانی را در درمان اختلال شخصیت مرزی گزارش کرده‌اند (Arntz, Jacob, Lee, & et al., 2022; Arntz, Jacob, Lee, Brand-de Wilde, et al., 2025). در این مطالعات، علاوه بر کاهش علائم، بهبود در ابعاد هویتی، کیفیت زندگی و کارکردهای بین‌فردی نیز مشاهده شده است. همچنین نتایج پژوهش‌های مقایسه‌ای اخیر نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند تغییرات عمیق‌تر و پایدارتر در ساختار شخصیت ایجاد کند (Alimour et al., 2024; Assmann et al., 2024). یافته‌های پژوهش حاضر که بر برتری طرحواره‌درمانی در ارتقای خودشناسی انسجامی دلالت دارد، این شواهد را تقویت می‌کند.

یکی از دلایل مهم ماندگاری بیشتر اثر طرحواره‌درمانی، تأکید این رویکرد بر تجربیات هیجانی اصلاحی است. تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی و گفت‌وگوی صندلی‌ها به بیمار اجازه می‌دهد تا نیازهای هیجانی ارضانده دوران کودکی را در بستر رابطه درمانی ایمن تجربه و بازپردازش کند (Behary et al., 2023). این تجربیات هیجانی عمیق، نه‌تنها باورهای شناختی ناسازگار را تغییر می‌دهند، بلکه بازنمایی‌های هیجانی و هویتی فرد از خود را نیز دگرگون می‌سازند. از آنجا که خودشناسی انسجامی سازه‌ای است که در سطحی عمیق و هیجانی شکل می‌گیرد، تغییرات حاصل از طرحواره‌درمانی معمولاً درونی‌شده‌تر و پایدارتر باقی می‌مانند. این تبیین با یافته‌های پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند طرحواره‌درمانی در مقایسه با سایر درمان‌ها، تأثیر بیشتری بر ساختارهای پایدار شخصیت دارد (Sempértegui et al., 2013; Tracy et al., 2025).

در مقابل، رفتاردرمانی دیالکتیکی اگرچه درمانی بسیار مؤثر برای کاهش رفتارهای پرخطر و تنظیم هیجان است، اما تمرکز اصلی آن بر «اینجا و اکنون» و بهبود مهارت‌های عملکردی است (Linehan, 2015). این رویکرد کمتر به ریشه‌های رشدی مشکلات و بازسازی روایت هویتی فرد می‌پردازد. به همین دلیل، تغییرات ایجادشده در خودشناسی انسجمی ممکن است بیشتر ناشی از افزایش آگاهی لحظه‌ای و کنترل هیجانی باشد تا بازسازی عمیق ساختار خود. این نکته می‌تواند توضیح دهد که چرا در پژوهش حاضر، اگرچه رفتاردرمانی دیالکتیکی به بهبود معنادار خودشناسی انسجمی منجر شد، اما میزان و ماندگاری این بهبود کمتر از طرحواره‌درمانی بود. یافته‌های مطالعاتی که به ناهمگونی پاسخ بیماران به رفتاردرمانی دیالکتیکی اشاره کرده‌اند، از این تفسیر حمایت می‌کند (Euler et al., 2025; Weiner et al., 2025).

از منظر نظریه خودشناسی انسجمی، توانایی فرد در یکپارچه‌سازی تجربه‌های گذشته، حال و آینده نقش مهمی در سلامت روان ایفا می‌کند (Ghorbani et al., 2008). پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که افزایش خودشناسی انسجمی با بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و بهبود تنظیم هیجان همراه است (Abbasi et al., 2020; Hamidi et al., 2022). در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، که اغلب با گسست هویتی و ناپایداری خود مواجه‌اند، مداخلاتی که بتوانند این یکپارچگی را تقویت کنند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی از طریق هدف‌گیری مستقیم طرحواره‌های هویتی و حالت‌های درونی، ظرفیت بیشتری برای تقویت این یکپارچگی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با رویکردهای نوین در حوزه روان‌درمانی شخصی‌سازی‌شده همسو است. پژوهشگران تأکید کرده‌اند که انتخاب درمان مناسب باید بر اساس ویژگی‌های بیمار و پیامدهای هدف انجام شود (Cohen & DeRubeis, 2018; Huibers et al., 2020). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اگر هدف درمان فراتر از کاهش علائم و معطوف به بازسازی ساختار خود و انسجام هویتی باشد، طرحواره‌درمانی می‌تواند انتخاب مناسب‌تری نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی باشد. این نتیجه می‌تواند برای درمانگران در تصمیم‌گیری بالینی و طراحی برنامه‌های درمانی مؤثرتر راهگشا باشد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی در بهبود خودشناسی انسجمی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثرند، اما طرحواره‌درمانی اثربخشی و ماندگاری بیشتری دارد. این تفاوت احتمالاً ناشی از تمرکز عمیق‌تر طرحواره‌درمانی بر ساختارهای هویتی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تجربیات هیجانی اصلاحی است. نتایج این پژوهش بر اهمیت توجه به سازه‌های هویتی در درمان اختلال شخصیت مرزی تأکید می‌کند و شواهد بیشتری در حمایت از کاربرد طرحواره‌درمانی برای این بیماران فراهم می‌آورد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود و استفاده از نمونه‌گیری هدفمند اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. همچنین، تمرکز مطالعه بر یک شهر و یک بازه سنی خاص ممکن است بر قابلیت تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها اثرگذار باشد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گیرد و نتایج را تا حدی مخدوش سازد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و در بافت‌های فرهنگی و جغرافیایی متنوع‌تر انجام شوند. همچنین بررسی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌کننده، مانند سبک‌های دلبستگی یا شدت طرحواره‌های ناسازگار، می‌تواند به درک دقیق‌تر مکانیسم‌های تغییر کمک کند. انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تر نیز برای ارزیابی پایداری تغییرات ضروری به نظر می‌رسد.

در عمل بالینی، درمانگران می‌توانند با توجه به اهداف درمانی بیماران، به‌ویژه در مواردی که مشکلات هویتی و انسجام خود برجسته است، از طرحواره‌درمانی به‌عنوان رویکردی اولویت‌دار استفاده کنند. همچنین تلفیق عناصر مؤثر هر دو درمان می‌تواند به طراحی مداخلات جامع‌تر و متناسب‌تر با نیازهای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی منجر شود.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

## شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

## حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## چکیده گسترده

## EXTENDED ABSTRACT

### Introduction

Borderline Personality Disorder (BPD) is a severe and complex mental health condition characterized by pervasive instability in affect regulation, interpersonal relationships, self-image, and impulse control. According to contemporary diagnostic frameworks, BPD typically emerges in late adolescence or early adulthood and follows a chronic and fluctuating course that imposes substantial personal, interpersonal, and societal burdens (American Psychiatric, 2022; Leichsenring et al., 2024). Epidemiological studies indicate that while the prevalence of BPD in the general population is relatively modest, its representation in clinical settings is disproportionately high, particularly in outpatient and inpatient psychiatric services, underscoring its clinical significance (Doering, 2019; Meaney et al., 2016). Individuals with BPD frequently present with intense emotional reactivity, chronic feelings of emptiness, unstable relationships, fear of abandonment, and recurrent self-harming or suicidal behaviors, which collectively complicate treatment and prognosis (Bourvis et al., 2017; Shah & Zanarini, 2018).

Beyond symptomatic instability, a core psychopathological feature of BPD lies in disturbances of identity and self-coherence. Many patients experience a fragmented and inconsistent sense of self, marked by rapid shifts in self-evaluations, values, goals, and emotional states. This impairment has been conceptualized in recent

literature through the construct of integrative self-knowledge, which refers to the individual's capacity to consciously integrate past experiences, present emotions, and future-oriented meanings into a coherent and continuous self-representation (Ghorbani et al., 2008). Integrative self-knowledge has been shown to play a critical role in adaptive emotion regulation, psychological well-being, and resilience, whereas deficits in this domain are associated with emotional dysregulation, interpersonal difficulties, and psychopathology (Abbasi et al., 2020; Hamidi et al., 2022). Given that identity diffusion and self-fragmentation are central to BPD, enhancing integrative self-knowledge represents a theoretically and clinically meaningful treatment target. Over the past decades, several evidence-based psychotherapeutic approaches have been developed for BPD. Among them, Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) have received the strongest empirical support. DBT, originally developed by Linehan, is grounded in a biosocial model of emotion dysregulation and emphasizes a balance between acceptance and change through skills training in mindfulness, emotion regulation, distress tolerance, and interpersonal effectiveness (Linehan, 2015). Numerous randomized controlled trials and systematic reviews have demonstrated DBT's effectiveness in reducing suicidal behaviors, self-harm, and crisis-driven service use (Storebø et al., 2020). However, some studies suggest that while DBT is highly effective in managing acute behavioral and emotional symptoms, its impact on deeper identity-related structures may be limited or variable across patients (Euler et al., 2025; Hall et al., 2025).

Schema Therapy, in contrast, is an integrative cognitive-experiential approach specifically designed for chronic and personality-related psychopathology. Rooted in attachment theory, developmental models, and cognitive-behavioral principles, ST conceptualizes BPD as arising from early maladaptive schemas formed through unmet emotional needs in childhood (Jacob & Arntz, 2013; Young et al., 2003). These schemas are activated in adulthood through distinct schema modes that reflect fragmented emotional and self-states. By targeting these schemas and modes through experiential techniques, limited reparenting, and cognitive restructuring, ST aims to foster a cohesive "healthy adult" mode and a more integrated sense of self (Sempértegui et al., 2013; Tan et al., 2018). Empirical evidence indicates that ST is effective in reducing BPD symptoms and improving quality of life, with some studies suggesting superior long-term outcomes compared to other treatments (Arntz, Jacob, Lee, & et al., 2022; Arntz, Jacob, Lee, Brand-de Wilde, et al., 2022).

Despite growing comparative research between DBT and ST, most studies have focused on symptom reduction, self-harm, or functional outcomes, while fewer have examined their differential effects on integrative self-knowledge. Preliminary comparative findings suggest that ST may lead to deeper and more enduring personality-level changes, whereas DBT excels in stabilizing behavior and emotions (Alimour et al., 2024; Assmann et al., 2024). In light of increasing calls for personalized psychotherapy and mechanism-focused outcome evaluation (Cohen & DeRubeis, 2018; Huibers et al., 2020), examining how these two leading treatments differentially influence integrative self-knowledge is both timely and clinically relevant.

### **Methods and Materials**

The present study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and a three-month follow-up, including two experimental groups and one control group. The study population consisted of individuals diagnosed with or exhibiting clinical features of Borderline Personality Disorder who sought treatment at psychiatric and psychological clinics in Tehran during the study period. A total of 45 participants were selected through purposive sampling based on diagnostic interviews and eligibility criteria and were randomly assigned to three equal groups: Schema Therapy, Dialectical Behavior Therapy, and a control group receiving no psychological intervention during the study period.

Participants in the Schema Therapy group received sixteen 60-minute group sessions following a standardized schema therapy protocol tailored for BPD. Participants in the Dialectical Behavior Therapy group attended

sixteen 60-minute group sessions focused on DBT skills training. The control group did not receive any therapeutic intervention during the course of the study. Data collection involved a structured clinical interview for personality disorders, a borderline personality assessment instrument, and a validated measure of integrative self-knowledge. Assessments were conducted at baseline (pretest), immediately after the intervention (posttest), and at a three-month follow-up. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and appropriate post-hoc comparisons to evaluate within-group and between-group differences across time points.

### **Findings**

The results of the repeated-measures analyses indicated a significant main effect of time on integrative self-knowledge, demonstrating that changes occurred across assessment points in the experimental groups. A significant interaction effect between time and group was also observed, indicating differential patterns of change among the Schema Therapy, Dialectical Behavior Therapy, and control groups. Both therapeutic interventions led to statistically significant improvements in integrative self-knowledge from pretest to posttest compared to the control group, which showed no meaningful change over time.

Post-hoc analyses revealed that participants in the Schema Therapy group exhibited a greater increase in integrative self-knowledge scores at posttest compared to those in the Dialectical Behavior Therapy group. Importantly, follow-up assessments showed that improvements in the Schema Therapy group were largely maintained and, in some cases, further enhanced over the three-month period. In contrast, while the Dialectical Behavior Therapy group maintained gains relative to baseline, the magnitude of improvement was smaller and demonstrated less stability compared to Schema Therapy. Effect size estimates indicated that the treatment effect associated with Schema Therapy was moderate to large, whereas the effect associated with Dialectical Behavior Therapy was small to moderate.

Overall, the findings suggest that although both interventions positively influenced integrative self-knowledge, Schema Therapy produced stronger and more enduring effects. The control group showed no significant changes across any assessment point, supporting the conclusion that observed improvements were attributable to the therapeutic interventions rather than to spontaneous remission or repeated testing effects.

### **Discussion and Conclusion**

The findings of the present study highlight the differential impact of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy on integrative self-knowledge in individuals with Borderline Personality Disorder. The observed improvements in both treatment groups underscore that structured, evidence-based psychotherapies can enhance patients' capacity to reflect on and integrate their internal experiences. However, the superior and more durable effects of Schema Therapy suggest that interventions targeting deep-seated identity structures may be particularly effective in addressing one of the core vulnerabilities of BPD.

From a theoretical perspective, the stronger effects of Schema Therapy can be understood in light of its explicit focus on early maladaptive schemas and fragmented self-states. By working directly with emotionally charged autobiographical memories and schema modes, Schema Therapy facilitates experiential integration and the construction of a coherent self-narrative. This process likely contributes to sustained gains in integrative self-knowledge that persist beyond the active treatment phase. In contrast, Dialectical Behavior Therapy primarily emphasizes present-focused skills acquisition and behavioral stabilization. While these elements are crucial for safety and emotional control, they may exert a more indirect influence on identity integration, resulting in comparatively smaller changes in integrative self-knowledge.

Clinically, these results have important implications for treatment planning in Borderline Personality Disorder. When therapeutic goals include not only symptom reduction but also the reconstruction of a coherent and stable sense of self, Schema Therapy may represent a particularly suitable intervention. At the same time, the demonstrated benefits of Dialectical Behavior Therapy reaffirm its value, especially for patients with high-risk

behaviors and acute emotional dysregulation. An integrative or sequential application of both approaches may therefore offer a comprehensive strategy that addresses both behavioral stability and deeper identity processes. In conclusion, the present study contributes to the growing body of comparative psychotherapy research by demonstrating that Schema Therapy yields greater and more enduring improvements in integrative self-knowledge than Dialectical Behavior Therapy among individuals with Borderline Personality Disorder. These findings support the importance of targeting identity-related mechanisms in the treatment of personality pathology and underscore the need for outcome measures that extend beyond symptom reduction to include core aspects of self and meaning.

## فهرست منابع

## References

- Abbasi, M., Ghorbani, N., Hossein Imani, A., & Hoseinzadeh, S. (2020). Exploring the mediating role of integrative self-knowledge in the relationship between mindfulness and well-being in the context of a mindfulness-based stress reduction program. *International Journal of Psychology V - 56(2)*, 249-256. <https://doi.org/10.1002/ijop.12705>
- Alimour, S. H., El-Saleh, M., Mohammad Alrabeei, M., & Samira, B. (2024). Towards Tailored Treatment: A Comparative Analysis of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Kurdish Studies*, 12(1), 3519-3535. <https://kurdishstudies.net/menu-script/index.php/KS/article/view/1639>
- American Psychiatric, A. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C., & et al. (2022). Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 287-299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
- Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 287-299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
- Assmann, N., Schaich, A., Arntz, A., & et al. (2024). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Compared to Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychiatry and Psychology*. <https://doi.org/10.1159/000538404>
- Behary, W. T., Farrell, J. M., Vaz, A., & Rousmaniere, T. (2023). Deliberate practice in schema therapy. *Journal of counseling psychology*. <https://doi.org/10.1037/0000326-000>
- Bourvis, N., Aouidad, A., Cabelguen, C., Cohen, D., & Xavier, J. (2017). How do stress exposure and stress regulation relate to borderline personality disorder? *Frontiers in psychology*, 8(2054), 2054-2054. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02054>
- Cohen, Z. D., & DeRubeis, R. J. (2018). Treatment selection in depression. *Annual Review of Clinical Psychology V - 14*, 209-236. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084746>
- Del Pozo, M. A., Harbeck, S., Zahn, S., Kliem, S., & Kröger, C. (2018). Cognitive distortions in anorexia nervosa and borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 260(0), 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.043>
- di Giacomo, E., Andreini, E., Santambrogio, J., Arcara, A., & Clerici, M. (2024). The interplay between borderline personality disorder and oxytocin: a systematic narrative review on possible contribution and treatment options. *Frontiers in Psychiatry*, 15(article 1439615), 1439615-1439615. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1439615>
- Doering, S. (2019). Borderline personality disorder in patients with medical illness: A review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 584-594. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000724>
- Euler, S., Babl, A., Dommann, E., Stalujanis, E., Labrish, C., Kramer, U., & McMMain, S. (2025). Maladaptive defense mechanisms moderate treatment outcome in 6 months versus 12 months dialectical-behavior therapy for borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 35(4), 529-545. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2334053>
- Folsom, T. D., Merz, A., Grant, J. E., Fatemi, N., Fatemi, S. A., & Fatemi, S. H. (2016). Profiles in History of Neuroscience and Psychiatry. *The Medical Basis of Psychiatry*, 1(1), 925-1007. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2528-5\\_42](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2528-5_42)

- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and Incremental Validity of a Cross-Cultural Measure Developed in Iran and the United States. *The Journal of psychology*, 142(4), 395-412. <https://doi.org/10.3200/JRPL.142.4.395-412>
- Hall, A., Gregg, L., O'Ceallaigh, B., & Wittkowski, A. (2025). Transdiagnostic patient experiences of dialectical behavioural therapy: a systematic review and metasynthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 16(0), 1640341-1640341. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1640341>
- Hamidi, M., Lotfi Kashani, F., Ahi, Q., & Hojjat, S. K. (2022). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) and integrated approach on integrative self-knowledge among people with suicide attempts. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 14(2), 75-85. <https://doi.org/10.52547/nkums.14.2.75>
- Huibers, M. J. H., Lorenzo-Luaces, L., Cuijpers, P., & Kazantzis, N. (2020). On the road to personalized psychotherapy: a research agenda based on cognitive behavior therapy for depression. *Frontiers in Psychiatry*, 11(607508), 607508-607508. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.607508>
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders—a review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4-25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. Guilford. [https://www.guilford.com/books/DBT-Skills-Training-Manual/Marsha-Linehan/9781462556359?srsItd=AfmBOoqherWmYHlqCVn2LeLe-eRKGU4UN-L6YHP\\_hJHzbpLRGEo1Jdl1](https://www.guilford.com/books/DBT-Skills-Training-Manual/Marsha-Linehan/9781462556359?srsItd=AfmBOoqherWmYHlqCVn2LeLe-eRKGU4UN-L6YHP_hJHzbpLRGEo1Jdl1)
- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Prevalence of Borderline Personality Disorder in University Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Psychiatry research*, 260, 164-172. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27171206/>
- Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS One*, 12(e0171592), e0171592. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171592>
- Sadeghian-Lemraski, S., Akbari, H., & Mirani, A. (2024). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Self-Compassion and Integrative Self-Knowledge in People with Borderline Personality Disorder. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 11(5). <https://ijbmc.org/index.php/ijbmc/article/view/660>
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*, 33, 426-447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of borderline personality disorder: Current status and future directions. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 583-593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebo, O. J., Pereira Ribeiro, J., & et al. (2022). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(11), CD012956. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012956.pub2>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., Jacob, G. A., Martius, D., Wastiaux, S., Zarbock, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLoS One*, 13(11), e0206039-e0206039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206039>
- Tracy, M., Penney, E., & Norton, A. R. (2025). Group schema therapy for personality disorders: Systematic review, research agenda and treatment implications. *Psychotherapy Research*, 35(6), 884-903. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2361451>
- Weiner, L., Bemmoura, D., Costache, M. E., & Martz, E. (2025). Dialectical Behavior Therapy in Autism. *Current psychiatry reports*, 1(12), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11920-025-01596-7>
- Wibbelink, C., & Arntz, A. (2022). Towards optimal treatment selection for borderline personality disorder patients (BOOTS): a study protocol for a multicenter randomized clinical trial comparing schema therapy and dialectical behavior therapy. *BMC psychiatry*, 22(89), 89-89. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03670-9>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy*. Guilford. [https://doi.org/10.1016/S0021-9614\(03\)00129-0](https://doi.org/10.1016/S0021-9614(03)00129-0)  
<https://doi.org/10.1007/s11630-003-0064-2>  
<https://doi.org/10.1016/j.jct.2003.07.002>  
<https://doi.org/10.1007/s11630-003-0073-1>