

مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۸/۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. این پژوهش 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 درمانی شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. از میان ۸۰ نفر غربال‌شده، ۴۵ نفر واجد ملاک‌های ورود به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و کنترل) گمارش شدند. هر یک از دو مداخله در ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طی ۸ هفته اجرا شد. ابزارها شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته SCI D-5-PD، پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) بود. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در SPSS-26 تحلیل شد. نتایج نشان داد اثر تعاملی گروه × زمان برای راهبردهای غیرانطباقی ($F=5.49, p=0.001$) و راهبردهای انطباقی ($\eta^2=0.207$) و راهبردهای انطباقی ($F=5.24, p=0.001, \eta^2=0.203$) معنادار است. هر دو درمان موجب کاهش معنادار راهبردهای غیرانطباقی و افزایش راهبردهای انطباقی نسبت به گروه کنترل شدند ($p<0.001$). با این حال، آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد طرحواره‌درمانی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی کاهش بیشتری در راهبردهای غیرانطباقی ($p=0.026$) و افزایش بیشتری در راهبردهای انطباقی ($p=0.034$) ایجاد کرده است. پایداری نتایج در مرحله پیگیری تأیید شد. یافته‌ها نشان می‌دهد هر دو رویکرد درمانی در بهبود تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثرند، اما طرحواره‌درمانی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخشی بیشتری داشته و می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای کارآمدتر برای اصلاح راهبردهای شناختی هیجانی ناسازگار در این بیماران مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌گان: اختلال شخصیت مرزی، طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

شکیلا غزنوی^۱، افسانه طاهری^{۲*}، نسرین باقری^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۲. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۳. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

taheriafsaneh@iau.ac.ir

شمیوه استناددهی: غزنوی، شکیلا، طاهری، افسانه، و باقری، نسرین. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۲)، ۱-۱۴.

A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Patients with Borderline Personality Disorder

Submit Date: 2025-10-26

Revise Date: 2025-02-10

Accept Date: 2025-02-13

Publish Date: 2026-05-22

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Schema Therapy (ST) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on cognitive emotion regulation in patients diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD). This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population consisted of patients with BPD who referred to psychiatric and psychological clinics in Tehran during 2024–2025. From 80 screened individuals, 45 eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups (ST, DBT, and control; $n=15$ each). The intervention groups received sixteen 60-minute sessions over eight weeks, while the control group received no treatment. Assessment tools included the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD), the Borderline Personality Inventory (BPI), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Data were analyzed using repeated-measures ANOVA in SPSS-26. Results revealed a significant group \times time interaction for maladaptive strategies ($F=5.49$, $p=0.001$, $\eta^2=0.207$) and adaptive strategies ($F=5.24$, $p=0.001$, $\eta^2=0.203$). Both ST and DBT significantly reduced maladaptive strategies and increased adaptive strategies compared to the control group ($p<0.001$). Bonferroni post-hoc tests indicated that ST produced significantly greater reductions in maladaptive strategies ($p=0.026$) and greater increases in adaptive strategies ($p=0.034$) compared to DBT. Improvements were maintained at follow-up. Both Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy were effective in improving cognitive emotion regulation in patients with BPD; however, Schema Therapy demonstrated superior efficacy. These findings suggest that targeting deep-seated maladaptive schemas may lead to more substantial and enduring improvements in emotion regulation among individuals with Borderline Personality Disorder.

Keywords: *Borderline Personality Disorder, Schema Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Cognitive Emotion Regulation, Adaptive and Maladaptive Strategies*

HEALTH PSYCHOLOGY
AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Shakila Ghaznavi¹, Afsaneh Taheri^{2*},
Nasrin Bagheri³

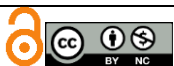
1. Department of Psychology, Ro.c., Islamic Azad University, Rudehen, Iran

2. Department of Psychology, Ro.c., Islamic Azad University, Rudehen, Iran

3. Department of Psychology, Ro.c., Islamic Azad University, Rudehen, Iran

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

How to cite: Ghaznavi, Sh., Taheri, A., & Bagheri, N. (2026). A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Patients with Borderline Personality Disorder. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(2), 1-14.



اختلال شخصیت مرزی یکی از پیچیده‌ترین و پرچالش‌ترین اختلالات حوزه روان‌شناسی بالینی است که با الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودپنداره و هیجان‌ها همراه بوده و با تکانشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان مشخص می‌شود. این اختلال نه تنها کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه با نرخ بالای اقدام به خودکشی، بستری‌های مکرر و هزینه‌های درمانی قابل توجه همراه است (Brodsky et al., 2025; Paris, 2020). از منظر تحولی و آسیب‌شناختی، بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که هسته مرکزی این اختلال را نارسایی در تنظیم هیجان تشکیل می‌دهد؛ نارسایی‌ای که به صورت شدت بالای هیجان، نوسانات سریع خلقی و دشواری در بازگشت به خط پایه هیجانی تظاهر می‌یابد (Cha et al., 2021; Dixon-Gordon et al., 2020). در چنین چارچوبی، تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان فرایندی که از طریق آن فرد نحوه ارزیابی، تفسیر و تعدیل تجربه‌های هیجانی خود را سامان می‌دهد، جایگاه محوری در فهم و درمان اختلال شخصیت مرزی پیدا می‌کند.

تنظیم شناختی هیجان شامل راهبردهای انطباقی مانند بازاریابی مثبت، برنامه‌ریزی و پذیرش، و راهبردهای غیرانطباقی مانند نشخوارگری، فاجعه‌سازی و سرزنش خود است. در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، غلبه راهبردهای غیرانطباقی موجب تداوم آشفتگی هیجانی، تشدید تعارض‌های بین‌فردی و افزایش رفتارهای تکانشی می‌شود (Cha et al., 2021). رویکردهای فراتشخیصی نیز نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان، سازه‌ای بنیادین است که طیفی از آسیب‌های روان‌شناختی را تبیین می‌کند و در اختلال شخصیت مرزی به شکل برجسته‌تری بروز می‌یابد (Dixon-Gordon et al., 2020). از این رو، تمرکز بر اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به‌عنوان هدفی اساسی در مداخلات درمانی این اختلال مطرح شود.

در دهه‌های اخیر، رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی به‌عنوان دو رویکرد مبتنی بر شواهد در درمان اختلال شخصیت مرزی مطرح شده‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیکی که توسط لینهان طراحی شد، بر اساس مدل زیستی-اجتماعی شکل گرفته و نارسایی تنظیم هیجان را نتیجه تعامل آسیب‌پذیری زیستی و محیط بی‌اعتبارساز می‌داند (Linehan, 2020). این رویکرد با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل‌پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی تلاش می‌کند توانایی بیماران را در مدیریت هیجان‌های شدید افزایش دهد. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان، تکانشگری و نشانه‌های افسردگی منجر شود (Shamshir saz, 2024; Vardikhan, 2024). همچنین، مطالعات اخیر حاکی از آن است که این رویکرد در ارتقای شفقت به خود و خودشناسی یکپارچه نیز اثربخش است (Sadeghian-Lemraski et al., 2024) و حتی در مقایسه با مداخلات دارویی در کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه مزیت‌هایی نشان داده است (Brodsky et al., 2025). افزون بر این، بررسی نقش مکانیزم‌های دفاعی نشان داده است که طول دوره درمان دیالکتیکی و ساختارهای دفاعی ناسازگار می‌توانند پیامد درمان را تعدیل کنند (Euler et al., 2025).

با وجود این شواهد، برخی مطالعات نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، هرچند ضروری است، ممکن است برای اصلاح ساختارهای عمیق شناختی-هیجانی کافی نباشد. در این نقطه، طرحواره‌درمانی به‌عنوان رویکردی تحولی و عمیق مطرح می‌شود که بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالت‌های طرحواره‌ای تمرکز دارد. این رویکرد فرض می‌کند که تجارب هیجانی ناکام‌کننده در دوران کودکی به شکل‌گیری الگوهای پایدار شناختی-هیجانی منجر می‌شود که در بزرگسالی فعال شده و نارسایی تنظیم هیجان را تداوم می‌بخشند (Salgó et al., 2021). فرا تحلیل‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی در درمان اختلالات شخصیت از اثربخشی قابل توجهی برخوردار است (Zhang et al., 2023). پژوهش‌های تجربی نیز حاکی از آن است که این رویکرد می‌تواند به کاهش پریشانی روان‌شناختی و بهبود تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی منجر شود (Abbasian Hadadan, 2024).

یافته‌های جدیدتر دامنه اثربخشی طرحواره‌درمانی را گسترش داده‌اند. برای مثال، این رویکرد در بهبود تحمل ناکامی و کاهش شرم درونی شده در بیماران مرزی مؤثر گزارش شده است (Taj Iliayifar et al., 2025) و در افزایش رضایت زناشویی و اصلاح سبک‌های تنظیم هیجان در

زوج‌های در آستانه طلاق نقش داشته است (Bibak et al., 2025). همچنین، امکان‌سنجی اجرای آنلاین طرحواره‌درمانی گروهی نشان داده است که این رویکرد ظرفیت توسعه در قالب‌های نوین درمانی را نیز دارد (van der Boom et al., 2025). حتی در موارد همبودی مانند وابستگی به الکل، طرحواره‌درمانی توانسته است به بهبود الگوهای هیجانی و رفتاری کمک کند (Boog et al., 2023). افزون بر این، نسخه‌های کوتاه‌مدت گروهی طرحواره‌درمانی نیز اثربخشی امیدوارکننده‌ای در کاهش نشانه‌های مرزی نشان داده‌اند (Hilden et al., 2025) و در مواردی که درمان‌های استاندارد پاسخگو نبوده‌اند، این رویکرد به‌عنوان گزینه‌ای مکمل یا جایگزین معرفی شده است (Hepworth & Simpson, 2025).

در سطح مقایسه مستقیم دو رویکرد، کارآزمایی‌های تصادفی‌شده نشان داده‌اند که هر دو درمان در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی مؤثرند، اما تفاوت‌هایی در سازوکارهای تغییر و پایداری نتایج مشاهده می‌شود (Assmann et al., 2024). برخی مطالعات داخلی نیز به اهمیت توجه به مؤلفه‌های فرهنگی و بافت اجتماعی در اجرای این درمان‌ها اشاره کرده‌اند (Parandeh Shirvan et al., 2024; Razzaghi et al., 2025). علاوه بر این، پژوهش‌های انجام‌شده در جمعیت ایرانی نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان می‌توانند در کاهش پرخاشگری و ارتقای کیفیت زندگی اثربخش باشند (Parandeh Shirvan et al., 2024) و توجه به سازه‌هایی چون خودانتقادی و نشخوارگری می‌تواند در طراحی مداخلات مؤثرتر نقش داشته باشد (Vardikhan, 2024). همچنین، یافته‌های اخیر بر اهمیت یکپارچه‌سازی رویکردهای شناختی-هیجانی در درمان اختلال شخصیت مرزی تأکید دارند (Razzaghi et al., 2025; Sadeghian- Lemraski et al., 2024).

با وجود گسترش شواهد تجربی درباره اثربخشی هر یک از این دو رویکرد، پژوهش‌های مقایسه‌ای متمرکز بر تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان پیامد اصلی درمان، به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران، همچنان محدود است. بیشتر مطالعات بر کاهش نشانه‌های کلی، رفتارهای خودآسیب‌رسان یا کیفیت زندگی تمرکز داشته‌اند (Assmann et al., 2024; Brodsky et al., 2025) و کمتر به بررسی مستقیم تفاوت دو رویکرد در اصلاح راهبردهای شناختی هیجانی پرداخته‌اند. از آنجا که تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به‌عنوان سازوکار مشترک تغییر در درمان‌های مختلف عمل کند، مقایسه مستقیم این دو رویکرد در این حوزه می‌تواند به روشن‌تر شدن مسیرهای مداخله‌ای مؤثرتر منجر شود.

بر این اساس، با توجه به نقش بنیادین نارسایی تنظیم هیجان در اختلال شخصیت مرزی (Cha et al., 2021; Dixon-Gordon et al., 2020)، شواهد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در آموزش مهارت‌های هیجانی (Linehan, 2020; Shamsir saz, 2024) و ظرفیت طرحواره‌درمانی در اصلاح ساختارهای عمیق شناختی-هیجانی (Salgó et al., 2021; Zhang et al., 2023)، ضرورت انجام پژوهشی که تفاوت اثربخشی این دو رویکرد را بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی کند، بیش از پیش احساس می‌شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین و مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

روش‌شناسی

پژوهش طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک و بیمارستان‌های روان‌پزشکی، روان‌شناسی و مراکز درمانی شهر تهران در طی سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ است که در مصاحبه بالینی اولیه توسط روان‌شناس دارای علائم و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص داده می‌شوند. حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین می‌شود و در مجموع، حجم نهایی نمونه پژوهش ۴۵ نفر است. به‌منظور جلوگیری از افت نمونه، ابتدا ۸۰ نفر از بیماران انتخاب می‌شوند. پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی در DSM-5-TR و تکمیل پرسشنامه‌ی شخصیت مرزی لیشرینگ

(۱۹۹۹)، از میان این افراد ۴۵ نفر که به‌طور هم‌زمان واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی و ملاک‌های ورود به پژوهش هستند و حداقل نمره‌ی لازم را مطابق با نقطه‌ی برش پرسشنامه‌ی شخصیت مرزی کسب می‌کنند، به‌عنوان نمونه نهایی به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب می‌شوند. در نهایت، این ۴۵ نفر به روش گمارش تصادفی در سه گروه جای‌دهی می‌شوند: رفتاردرمانی دیالکتیکی (۱۵ نفر)، طرحواره‌درمانی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر). ملاک‌های ورود عبارتند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی براساس DSM-V-TR در مصاحبه بالینی ساختار یافته پنج‌مین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور دو، نمره برابر یا بالاتر از نمره برش تعیین‌شده در پرسشنامه BPI، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰، توانایی شرکت در جلسات درمانی، عدم دریافت درمان روان‌شناختی در گذشته با هدف درمان اختلال شخصیت مرزی، عدم دریافت هم‌زمان یک روان‌درمانی و یا برنامه مداخله دیگر، عدم ابتلا به اختلالات اعتیادی فعال که بر فرایند درمان و مشارکت در پژوهش تأثیر بگذارد. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: عدم همکاری بیمار، عدم حضور در جلسات و یا عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، ملاک‌های فوق از طریق مصاحبه بالینی و بررسی پرونده مراجعان احراز شده است. **مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت:** این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که فرست و همکاران به منظور تشخیص اختلالات شخصیت در DSM-5 تدوین نموده‌اند. SCID-5-PD کلیه‌ی ۱۰ اختلال شخصیت مندرج در DSM-5 و سایر اختلالات را تحت پوشش قرار می‌دهد. یکی از ویژگی‌های SCID-5-PD این است که پرسش‌نامه خودسنجی شخصیت را به عنوان ابزار غربالگری در خود جای می‌دهد. این پرسش‌نامه شامل ۱۰۶ سؤال است و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود. حداقل میزان تحصیلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن پایان کلاس هشتم در نظر گرفته شده است. آزماینده با توجه به پرسش‌هایی که بیمار به آن‌ها پاسخ مثبت می‌دهد، مصاحبه را جهت‌دهی می‌کند. در رابطه با پایایی یا اعتبار SCID-5-PD اطلاعات دقیقی در دسترس نیست؛ با این حال، تعدادی از مطالعات پایایی پیشینه آن، یعنی SCID-II را مورد بررسی قرار داده‌اند. لوپستال و همکاران (۲۰۱۰) شاخص توافق میان ارزیابان (ضریب کاپا) SCID-II را از ۰٫۶۹ برای اختلال شخصیت پارانویید تا ۰٫۹۵ برای اختلال شخصیت مرزی (با کاپای کلی ۰٫۷۸) گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۲۰۰۶) پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه‌ی فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای که توسط قهرایی (۲۰۲۲) انجام شد، پایایی درونی پرسشنامه‌ی خودسنجی شخصیت SCID-5-PD نشان داد که این ابزار دارای پایایی قابل قبولی است. به‌طور کلی، SCID-5-PD به عنوان یک ابزار معتبر و معتبر برای تشخیص اختلالات شخصیت در نظر گرفته می‌شود.

پرسشنامه شخصیت مرزی: این پرسشنامه جهت غربال نمونه پژوهش و تشخیص اختلال شخصیت مرزی در نمونه بکار گرفته شده است. پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI) توسط ایچرنرینگ (۱۹۹۹) و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده است و نحوه پاسخ‌دهی به آن به صورت بله، خیر است. این پرسشنامه دارای ۵۱ گویه براساس مفهوم کرنبرگ از سازمان بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. این ابزار دارای عامل‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت‌آزمایی آسیب دیده و ترس از صمیمیت است. در پژوهش لیچرنرینگ (۱۹۹۹) پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۹ بود. همچنین، روایی تمیزی و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند. در ایران در پژوهش محمدزاده و رضایی (۱۳۹۰) روایی هم‌زمان این پرسشنامه 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، دونیمه سازی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بدست آمد.

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان: پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) توسط گارنفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۶ تهیه شده است. این ابزار ۱۸ گویه‌ای است که راهبردهای خودتنظیمی را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس می‌سنجد: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، فاجعه‌انگاری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه وسیع و پذیرش. نمره بیشتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این در دامنه‌ی ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و ضریب اعتبار خرده‌مقیاس‌های آن به شیوه بازآزمایی

به فاصله زمانی ۱۴ ماه در دامنه‌ی ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). در ایران نیز همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی با نمره کل پرسشنامه DASS حاکی از روایی همگرا و واگرایی آن بود (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹). در پژوهش خدایانه و همکاران (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ راهبردهای منفی (ناکارآمد) ۰/۸۹ به دست آمد. پایایی پرسشنامه در تحقیق حاضر برای تنظیم شناختی هیجانی مثبت ۰/۸۵ و منفی ۰/۸۷ به شیوه همسانی درونی سوالات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد. مداخله طرحواره‌درمانی طی ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در مدت ۸ هفته (هفته‌ای دو جلسه) اجرا شد و بر اساس الگوی تخصصی درمان اختلال شخصیت مرزی طراحی گردید. در جلسات آغازین، ارزیابی تشخیصی جامع، گردآوری تاریخچه تحولی و شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های فعال بیمار انجام شد و رابطه درمانی مبتنی بر بازوالدینی حد و مرزدار شکل گرفت. در ادامه، پیوند میان تجارب دوران کودکی، طرحواره‌ها و مشکلات فعلی بیمار از طریق تصویرسازی ذهنی و مفهوم‌سازی موردی تبیین شد. از جلسه پنجم به بعد، آموزش مدل مرزی و ذهنیت‌ها، آغاز مداخلات اختصاصی بر حالت‌های طرحواره‌ای شامل محافظ بی تفاوت، کودک رهاشده، کودک خشمگین/تکانشی و والد تنبیه‌گر صورت گرفت. تکنیک‌هایی نظیر صندلی خالی، بازسازی تصویرسازی ذهنی، ایفای نقش، آزمون تاریخی، نمودار دایره‌ای و روش دادگاه برای به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی و تعدیل طرحواره‌ها به کار رفت. همچنین آموزش جرأت‌مندی، مهارت‌های اجتماعی و شیوه‌های بهنجار ابراز خشم ارائه شد. در جلسات پایانی، بر تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، جایگزینی طرحواره‌های سالم، خودگردانی بیمار و تصمیم‌گیری بزرگسالانه در روابط تأکید شد و تکالیف خانگی شامل تمرین مهارت‌های جرأت‌مندی، ثبت نکات مثبت، نوشتن کارت‌های آموزشی و مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش برای تثبیت تغییرات درمانی در نظر گرفته شد.

مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز طی ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در مدت ۸ هفته (هفته‌ای دو جلسه) اجرا شد و بر مبنای مدل زیستی-اجتماعی اختلال شخصیت مرزی سازمان‌دهی گردید. در جلسات ابتدایی، ارزیابی جامع، معرفی چارچوب نظری DBT، اخذ تعهد درمانی و مفهوم‌سازی موردی با تمرکز بر اختلال در سیستم تنظیم هیجان انجام شد و اهداف درمانی شامل کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی و افزایش مهارت‌های سازگاران تعیین گردید. سپس راهبردهای اعتباربخشی (پذیرش) برای ایجاد رابطه درمانی مؤثر و درک تجربه هیجانی بیمار به کار رفت و در ادامه راهبردهای تغییر از طریق تحلیل رفتاری و تحلیل راه‌حل برای اصلاح الگوهای ناکارآمد اجرا شد. آموزش تفکر دیالکتیکی و ایجاد تعادل میان پذیرش و تغییر، همراه با استفاده از سبک‌های شناختی متقابل و چالش‌برانگیز، بخش دیگری از درمان را تشکیل داد. در نیمه دوم جلسات، آموزش مهارت‌های چهارگانه DBT شامل ذهن‌آگاهی (مشاهده، توصیف، مشارکت و نگرش غیرقضاوتی)، کارآمدی بین‌فردی (ابراز قاطعانه، مذاکره و حفظ عزت‌نفس)، تحمل پریشانی (حواس‌گردانی، خودتسکین‌دهی و پذیرش واقعیت) و تنظیم هیجان (شناسایی و تعدیل پاسخ‌های هیجانی) ارائه شد. جلسات پایانی به مرور مهارت‌ها، تثبیت یادگیری، برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود و جمع‌بندی درمان اختصاص یافت و تکالیف خانگی منظم برای تمرین مهارت‌ها در موقعیت‌های واقعی زندگی در نظر گرفته شد.

داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS-26 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در سه گروه رفتار درمانی دیالکتیکی (۷ زن و ۸ مرد)، طرحواره‌درمانی (۸ زن و ۷ مرد) و کنترل (۷ زن و ۸ مرد) جای گرفتند. در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان به ترتیب ۳۲/۸۰ و ۸/۱۲ سال، در گروه طرحواره‌درمانی به ترتیب برابر با ۳۱/۴۷ و ۵/۵۳ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۹/۵۳ و ۶/۴۴ سال بود. در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی میزان تحصیلات ۶ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۷ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد/دکتری بود. در گروه طرحواره‌درمانی میزان تحصیلات ۵ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۷ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد/دکتری بود. در گروه

کنترل میزان تحصیلات ۶ نفر از شرکت کنندگان دیپلم، ۶ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد/دکتری بود. در نهایت در دو گروه طرحواره درمانی و کنترل ۹ نفر مجرد و ۶ نفر متاهل و در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی ۸ نفر مجرد و ۷ نفر متاهل بودند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد تنظیم شناختی هیجان

متغیر	عامل/مؤلفه	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تنظیم شناختی هیجان	راهبردهای غیر انطباقی	رفتار درمانی دیالکتیکی	۵/۴۷ ± ۲۸/۶۷	۲/۹۵ ± ۱۹/۸۰	۳/۸۱ ± ۲۱/۸۷
		طرحواره درمانی	۴/۱۶ ± ۲۷/۱۳	۲/۸۵ ± ۱۷/۷۸	۳/۲۸ ± ۱۸/۸۰
		گروه کنترل	۴/۲۳ ± ۲۷/۹۳	۳/۹۴ ± ۲۶/۶۷	۳/۶۴ ± ۲۶/۲۰
راهبردهای انطباقی	رفتار درمانی دیالکتیکی	رفتار درمانی دیالکتیکی	۳/۹۸ ± ۲۰/۶۰	۲/۵۸ ± ۲۵/۴۷	۳/۵۶ ± ۲۴/۳۳
		طرحواره درمانی	۳/۳۴ ± ۲۱/۱۳	۴/۰۷ ± ۲۸/۴۰	۴/۱۴ ± ۲۸/۲۰
		گروه کنترل	۳/۶۴ ± ۲۰/۴۷	۳/۹۸ ± ۲۱/۲۰	۴/۰۳ ± ۲۰/۵۸

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر شاپیرو - ویلک هر یک از مؤلفه‌ها و نمره کل تحریفات شناختی بین فردی را در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر تنظیم شناختی هیجان

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
راهبردهای غیر انطباقی	اثر گروه	۷۴۰/۶۴	۶۰۲/۲۲	۲۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۲
	اثر زمان	۷۱۱/۲۱	۷۶۶/۳۳	۳۸/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۴۰/۵۶	۱۳۰۲/۴۴	۵/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۰۷
راهبردهای انطباقی	اثر گروه	۵۹۸/۵۸	۸۰۷/۸۲	۱۵/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶
	اثر زمان	۲۹۸/۸۴	۶۰۵/۸۰	۲۰/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
	اثر تعاملی گروه × زمان	۲۳۱/۶۴	۹۲۸/۳۱	۵/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۰۳

جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان برای راهبردهای غیر انطباقی ($F = ۵/۴۹$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۰۷$) و راهبردهای انطباقی ($F = ۵/۲۴$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۰۳$) معنادار است. در ادامه جدول ۳ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای عامل‌های تنظیم شناختی هیجان

متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
راهبردهای غیر انطباقی	پیش آزمون	۶/۴۹	۰/۷۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۵/۶۲	۰/۹۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۸۷	۰/۸۴	۰/۹۱۵
راهبردهای انطباقی	پیش آزمون	-۴/۲۹	۰/۶۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۳/۶۴	۰/۸۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۶۵	۰/۶۶	۰/۹۹۵
متغیر	تفاوت گروه ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
راهبردهای غیر انطباقی	رفتار درمانی دیالکتیکی	۲/۲۰	۰/۸۰	۰/۰۲۶
	رفتار درمانی دیالکتیکی	-۳/۴۹	۰/۸۰	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	-۵/۶۹	۰/۸۰	۰/۰۰۱
راهبردهای انطباقی	رفتار درمانی دیالکتیکی	-۲/۴۴	۰/۹۳	۰/۰۳۴
	رفتار درمانی دیالکتیکی	۲/۷۱	۰/۹۳	۰/۰۱۶
	طرحواره درمانی	۵/۱۶	۰/۹۳	۰/۰۰۱

یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شدند، به‌گونه‌ای که در هر دو گروه آزمایش کاهش معنادار راهبردهای غیرانطباقی و افزایش معنادار راهبردهای انطباقی در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد. با این حال، اثر تعاملی گروه \times زمان نشان داد که میزان تغییر در گروه طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری بیشتر از گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی بوده است. این یافته حاکی از آن است که هرچند آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد دیالکتیکی می‌تواند به بهبود مدیریت هیجان‌ها کمک کند، اما مداخله عمیق‌تر بر ساختارهای شناختی-هیجانی زیربنایی در قالب طرحواره‌درمانی منجر به تغییرات گسترده‌تر و پایدارتر در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌شود.

کاهش معنادار راهبردهای غیرانطباقی در هر دو گروه آزمایش با مدل‌های نظری موجود درباره نقش مرکزی نارسایی تنظیم هیجان در اختلال شخصیت مرزی همسو است (Chen et al., 2021; Dixon-Gordon et al., 2020). این پژوهشگران نشان داده‌اند که بیماران مرزی به‌طور غالب از راهبردهایی چون نشخوارگری، فاجعه‌سازی و سرزنش خود استفاده می‌کنند که به تشدید بی‌ثباتی هیجانی می‌انجامد. در پژوهش حاضر نیز مشاهده شد که پس از اجرای مداخلات، میانگین راهبردهای غیرانطباقی به‌طور چشمگیری کاهش یافت. این نتیجه با یافته‌های مربوط به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای هیجان‌محور هم‌راستا است (Linehan, 2020; Shamsir saz, 2024). همچنین پژوهش‌های داخلی نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر مهارت‌های دیالکتیکی می‌توانند نشخوارگری، تکانشگری و خودانتقادی را کاهش دهند (Vardikhan, 2024).

افزایش معنادار راهبردهای انطباقی در هر دو درمان نیز نشان می‌دهد که بیماران توانسته‌اند از شیوه‌هایی مانند بازاریابی شناختی، برنامه‌ریزی و پذیرش بیشتر استفاده کنند. این نتیجه با شواهد مربوط به نقش آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی در تقویت خودآگاهی هیجانی و پذیرش تجربه‌های درونی همخوان است (Parandeh Shirvan et al., 2024; Sadeghian-Lemraski et al., 2024). رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأکید بر تعادل میان پذیرش و تغییر، ابزارهایی عملی برای مدیریت هیجان‌های شدید فراهم می‌آورد (Linehan, 2020). با این حال، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان افزایش راهبردهای انطباقی در گروه طرحواره‌درمانی بیشتر از گروه دیالکتیکی بوده است.

برتری طرحواره‌درمانی در بهبود تنظیم شناختی هیجان را می‌توان در پرتو مبانی نظری این رویکرد تبیین کرد. طرحواره‌درمانی بر این فرض استوار است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، که در بستر روابط اولیه ناکام‌کننده شکل گرفته‌اند، الگوهای پایدار پردازش هیجانی را سازمان می‌دهند (Salgó et al., 2021). بنابراین، اصلاح این ساختارهای عمیق می‌تواند به تغییر بنیادین در نحوه ارزیابی و پاسخ به محرک‌های هیجانی منجر شود. فرا تحلیل‌ها نیز نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی در درمان اختلالات شخصیت از اثربخشی چشمگیری برخوردار است (Zhang et al., 2023). در پژوهش حاضر، کاهش بیشتر راهبردهای غیرانطباقی در گروه طرحواره‌درمانی احتمالاً ناشی از بازپردازش هیجانی تجربه‌های اولیه و تضعیف فعال‌سازی حالت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد بوده است.

یافته‌های ما با نتایج پژوهش‌های اخیر که اثربخشی طرحواره‌درمانی را در کاهش پریشانی روان‌شناختی و بهبود تنظیم هیجان در بیماران مرزی نشان داده‌اند، همسو است (Abbasian Hadadan, 2024). همچنین پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که این رویکرد در بهبود تحمل ناکامی و کاهش شرم درونی‌شده در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است (Taj Iliayifar et al., 2025). از آنجا که شرم و ناکامی مزمّن از محرک‌های اصلی فعال‌سازی راهبردهای غیرانطباقی محسوب می‌شوند، اصلاح این سازه‌ها می‌تواند به کاهش پایدار نشخوارگری و فاجعه‌سازی منجر شود. علاوه بر این، پژوهش‌های مربوط به اثربخشی طرحواره‌درمانی در حوزه‌های بین‌فردی و رضایت زناشویی نیز نشان داده‌اند که این رویکرد قادر است سبک‌های هیجانی ناسازگار را بازسازی کند (Bibak et al., 2025).

در مقایسه مستقیم این دو رویکرد، کارآزمایی‌های بالینی اخیر نیز تفاوت‌هایی در سازوکارهای تغییر گزارش کرده‌اند. مطالعه تصادفی‌شده Assmann و همکاران نشان داد که هر دو درمان در کاهش نشانه‌های مرزی مؤثرند، اما طرحواره‌درمانی در برخی شاخص‌های هیجانی تغییرات عمیق‌تری ایجاد می‌کند (Assmann et al., 2024). همچنین یافته‌های Boog و همکاران نشان داد که حتی در موارد همبودی با وابستگی به الکل، طرحواره‌درمانی توانسته است الگوهای هیجانی ناسازگار را اصلاح کند (Boog et al., 2023). این نتایج از این فرض حمایت می‌کند که تمرکز بر ریشه‌های تحولی و طرحواره‌های بنیادی می‌تواند پیامدهای درمانی گسترده‌تری به همراه داشته باشد.

در عین حال، نباید اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را نادیده گرفت. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که این رویکرد در کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه و تکانشگری مزمن اثربخش است (Brodsky et al., 2025). همچنین مطالعاتی که نقش مکانیزم‌های دفاعی را در پیامد درمان بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که تنظیم طول درمان و توجه به ساختارهای دفاعی می‌تواند اثربخشی دیالکتیکی را افزایش دهد (Euler et al., 2025). بنابراین، تفاوت مشاهده‌شده در پژوهش حاضر به معنای ناکارآمدی رفتاردرمانی دیالکتیکی نیست، بلکه نشان‌دهنده آن است که در حوزه خاص تنظیم شناختی هیجان، مداخله عمیق‌تر بر طرحواره‌ها ممکن است تغییرات گسترده‌تری ایجاد کند.

پژوهش‌های نوظهور نیز ظرفیت گسترش هر دو رویکرد را نشان داده‌اند. اجرای گروهی کوتاه‌مدت طرحواره‌درمانی نتایج امیدوارکننده‌ای داشته است (Hilden et al., 2025) و امکان‌سنجی اجرای آنلاین آن نیز گزارش شده است (van der Boom et al., 2025). از سوی دیگر، مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان در محیط‌های بالینی و شغلی نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های دیالکتیکی می‌تواند کیفیت زندگی و کارکرد هیجانی را بهبود بخشد (Parandeh Shirvan et al., 2024). در مجموع، نتایج پژوهش حاضر با ادبیات موجود همسو است و نشان می‌دهد که هر دو رویکرد در اصلاح نارسایی تنظیم هیجان مؤثرند، اما طرحواره‌درمانی در ایجاد تغییرات عمیق‌تر در راهبردهای شناختی هیجانی مزیت نسبی دارد.

از منظر نظری، یافته‌های این پژوهش از دیدگاه‌های فراتشخیصی که تنظیم هیجان را سازه‌ای مرکزی در آسیب‌شناسی می‌دانند حمایت می‌کند (Dixon-Gordon et al., 2020). از منظر بالینی نیز، نتایج نشان می‌دهد که هدف‌گیری ساختارهای شناختی-هیجانی عمیق می‌تواند به تغییرات پایدارتر در بیماران مرزی منجر شود. این امر با پیشنهاد‌های اخیر برای یکپارچه‌سازی رویکردهای شناختی-هیجانی در درمان اختلال شخصیت مرزی همسو است (Razzaghi et al., 2025).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. نخست، حجم نمونه نسبتاً محدود بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش دهد. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ قرار گرفته باشد. سوم، مدت پیگیری سه‌ماهه اگرچه پایداری نسبی نتایج را نشان داد، اما برای ارزیابی اثرات بلندمدت کافی نیست. چهارم، کنترل کامل متغیرهای زمینه‌ای مانند شدت اختلال، سابقه درمان قبلی و شرایط خانوادگی امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی انجام شوند تا قدرت تعمیم افزایش یابد. همچنین، استفاده از طرح‌های طولی با پیگیری‌های شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند پایداری اثرات درمان را بهتر ارزیابی کند. بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند شرم، خودانتقادی، سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی در تبیین تفاوت اثربخشی دو درمان نیز می‌تواند به روشن‌تر شدن سازوکارهای تغییر کمک کند. افزون بر این، مقایسه نسخه‌های ترکیبی یا یکپارچه این دو رویکرد می‌تواند مسیرهای نوینی برای درمان مؤثرتر فراهم آورد.

در حوزه کاربردی، توصیه می‌شود متخصصان بالینی در انتخاب مداخله برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، به سطح عمق مشکلات شناختی-هیجانی توجه کنند. در مواردی که طرحواره‌های ناسازگار ریشه‌دار و الگوهای هیجانی مزمن وجود دارد، طرحواره‌درمانی می‌تواند گزینه‌ای اولویت‌دار باشد. در عین حال، رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند برای آموزش سریع مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش رفتارهای پرخطر بسیار سودمند باشد. ترکیب هدفمند عناصر این دو رویکرد نیز می‌تواند به طراحی مداخلات جامع‌تر و متناسب با نیازهای فردی بیماران کمک کند.

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 recognized as one of the most complex and clinically demanding personality disorders, characterized by pervasive instability in affect regulation, interpersonal relationships, self-image, and impulse control (Paris, 2020). Individuals with BPD frequently experience intense emotional fluctuations, heightened sensitivity to interpersonal stress, chronic feelings of emptiness, and a high prevalence of self-injurious and suicidal behaviors (Brodsky et al., 2025). A growing body of research conceptualizes emotion dysregulation as the central transdiagnostic mechanism underlying the disorder, influencing both symptom severity and functional impairment (Cha et al., 2021; Dixon-Gordon et al., 2020). Within this framework, cognitive emotion regulation—defined as the cognitive processes individuals use to manage and interpret emotionally arousing experiences—has become a critical therapeutic target.

Patients with BPD tend to rely disproportionately on maladaptive cognitive strategies such as rumination, catastrophizing, and self-blame, while underutilizing adaptive strategies such as positive reappraisal and planning (Cha et al., 2021). These dysfunctional patterns contribute to emotional escalation and reinforce maladaptive interpersonal cycles. Consequently, psychotherapeutic interventions that effectively modify these cognitive–emotional strategies are expected to yield significant clinical benefits.

Dialectical Behavior Therapy (DBT), developed by Linehan, conceptualizes BPD as the outcome of biological vulnerability interacting with an invalidating environment (Linehan, 2020). DBT emphasizes structured skills training in mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness. Numerous studies demonstrate its efficacy in reducing self-harm, suicidality, and impulsivity, as well as improving emotional awareness and behavioral control (Shamshir saz, 2024; Vardikhan, 2024). Further evidence suggests that DBT enhances self-compassion and integrative self-knowledge in individuals with BPD (Sadeghian-Lemraski et al., 2024), and randomized trials indicate its superiority over pharmacological treatment alone in reducing suicidal behaviors (Brodsky et al., 2025). Moderation analyses also reveal that maladaptive defense mechanisms may influence treatment outcomes across varying DBT durations (Euler et al., 2025).

Schema Therapy (ST), by contrast, is a depth-oriented integrative approach grounded in the identification and modification of early maladaptive schemas and schema modes (Salgó et al., 2021). ST posits that unmet emotional needs during childhood result in entrenched cognitive–emotional structures that shape maladaptive emotion regulation patterns in adulthood. Meta-analytic evidence supports the overall efficacy of Schema Therapy in treating personality disorders (Zhang et al., 2023). Empirical findings demonstrate that ST significantly reduces psychological distress and improves emotion regulation in individuals with BPD (Abbasian Hadadan, 2024). Moreover, it has been shown to enhance frustration tolerance and reduce internalized shame in this population (Taj Iliayifar et al., 2025). Studies in related domains further indicate improvements in emotion regulation styles and relational functioning following schema-based interventions (Bibak et al., 2025). Emerging research supports the feasibility of brief and online group schema therapy formats (Hilden et al., 2025; van der Boom et al., 2025), and highlights its utility in cases where standard treatments are insufficient (Hepworth & Simpson, 2025). Additionally, schema therapy has demonstrated effectiveness in complex comorbid conditions involving BPD features (Boog et al., 2023).

Although both DBT and ST are empirically supported for BPD, comparative investigations focusing specifically on cognitive emotion regulation remain limited. Randomized clinical trials suggest that while both treatments reduce core BPD symptoms, differences may emerge in emotional processing depth and long-term cognitive restructuring (Assmann et al., 2024). Given the centrality of cognitive emotion regulation deficits in BPD, directly comparing these interventions on this outcome is clinically meaningful. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy on cognitive emotion regulation in individuals diagnosed with Borderline Personality Disorder.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and a three-month follow-up assessment. The population consisted of individuals diagnosed with Borderline Personality Disorder who referred to psychiatric and psychological treatment centers in Tehran during 2024–2025. Eighty individuals were initially screened through structured clinical interviews. Forty-five participants who met DSM-5-TR criteria and scored above the cutoff on the Borderline Personality Inventory were selected through purposive sampling. They were randomly assigned to three groups: Schema Therapy (n=15), Dialectical Behavior Therapy (n=15), and a no-treatment control group (n=15).

Both treatment groups received sixteen 60-minute sessions over eight weeks (two sessions per week). The Schema Therapy intervention followed a structured protocol focusing on schema identification, experiential techniques, limited reparenting, and strengthening the healthy adult mode. The DBT intervention included psychoeducation, validation strategies, behavioral analysis, mindfulness skills, distress tolerance, interpersonal effectiveness, and emotion regulation training.

Assessment instruments included the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD), the Borderline Personality Inventory (BPI), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

(CERQ), which measures adaptive and maladaptive cognitive strategies. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA in SPSS-26.

Findings

Results indicated significant group \times time interaction effects for maladaptive cognitive emotion regulation strategies ($F = 5.49$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.207$) and adaptive strategies ($F = 5.24$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.203$). Both intervention groups demonstrated statistically significant reductions in maladaptive strategies and increases in adaptive strategies from pretest to posttest compared to the control group ($p < 0.001$).

Bonferroni post hoc comparisons revealed that Schema Therapy produced significantly greater reductions in maladaptive strategies than Dialectical Behavior Therapy ($p = 0.026$). Additionally, Schema Therapy resulted in a significantly greater increase in adaptive cognitive strategies compared to DBT ($p = 0.034$). No significant differences were observed between posttest and follow-up assessments within the intervention groups, indicating maintenance of treatment gains over the three-month period. The control group showed no significant change across time.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that both Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy effectively improve cognitive emotion regulation in individuals with Borderline Personality Disorder. The reduction in maladaptive strategies and enhancement of adaptive cognitive processes across both treatments confirms the central role of structured psychological interventions in addressing core emotional vulnerabilities in BPD.

However, Schema Therapy exhibited superior efficacy in modifying cognitive emotion regulation patterns. This advantage may stem from its focus on restructuring deep-seated maladaptive schemas and schema modes, rather than solely teaching emotion regulation skills. By targeting the developmental origins of dysfunctional emotional responses, Schema Therapy may produce more comprehensive cognitive transformation. Experiential techniques such as imagery rescripting and chair work likely facilitate emotional reprocessing, thereby weakening maladaptive cognitive appraisals and promoting adaptive reinterpretation of distressing experiences.

Dialectical Behavior Therapy, while highly effective in reducing behavioral dyscontrol and acute emotional crises, primarily emphasizes skill acquisition and behavioral stabilization. Its strengths lie in immediate coping enhancement and reduction of life-threatening behaviors. Schema Therapy, in contrast, appears particularly powerful in altering the cognitive architecture underlying emotion dysregulation.

The maintenance of treatment gains at follow-up suggests that both interventions yield durable improvements in cognitive emotion regulation. Nevertheless, the comparatively greater impact of Schema Therapy indicates that addressing entrenched cognitive-emotional structures may be especially beneficial for individuals with chronic and pervasive regulation deficits.

In conclusion, both Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy represent effective treatments for improving cognitive emotion regulation in Borderline Personality Disorder. However, Schema Therapy demonstrated superior outcomes in enhancing adaptive strategies and reducing maladaptive cognitive responses. These findings underscore the clinical importance of depth-oriented schema-focused interventions in the comprehensive treatment of BPD and highlight the need for further comparative research examining long-term mechanisms of change.

References

- Abbasian Hadadan, M. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress and Emotional Regulation in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 160-174. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.1.13>
- Assmann, N., Schaich, A., Arntz, A., Wagner, T., Herzog, P., Alvarez-Fischer, D., Sipos, V., Jauch-Chara, K., Klein, J. P., Hüppe, M., Schweiger, U., & Fassbinder, E. (2024). The effectiveness of dialectical behavior therapy compared to schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 93(4), 249-263. <https://doi.org/10.1159/000538404>
- Bibak, M., Hossein Abasi, N., Eteshamzadeh, P., Alipour, H. G., & Aqa Amiri, M. (2025). The Efficacy of Schema Therapy on Emotion Regulation Styles, Emotional Expression, and Marital Satisfaction of Couples on the Brink of Divorce. *Iranian Nursing Research Journal*, 20(2), 64-78. https://ijnr.ir/browse.php?a_code=A-10-2074-6&sid=1&slc_lang=en
- Boog, M., Goudriaan, A. E., Wetering, B. J. V., Franken, I. H., & Arntz, A. (2023). Schema therapy for patients with borderline personality disorder and comorbid alcohol dependence: a multiple-baseline case series design study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(2), 373-386. <https://doi.org/10.1002/cpp.2803>
- Brodsky, B. S., Galfalvy, H., Mann, J. J., Grunebaum, M. F., & Stanley, B. (2025). Dialectical behavior therapy versus serotonin reuptake inhibitor treatment for suicidal behavior in borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 182(12), 1083-1092. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240298>
- Cha, C. B., DePanfilis, C., & Santangelo, P. S. (2021). Emotion dysregulation and interpersonal dysfunction in borderline personality disorder: A transdiagnostic perspective. *Current opinion in psychology*, 37, 1-6.
- Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., Weiss, N. H., & Rosenthal, M. Z. (2020). A transdiagnostic approach to emotion regulation difficulties. *Clinical psychology review*, 83, 101934.
- Euler, S., Babl, A., Dommann, E., Stalujanis, E., Labrish, C., Kramer, U., & McMain, 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>
- Hepworth, N. S., & Simpson, S. G. (2025). "When Standard Treatments Are Not Enough"-Showcasing Schema Therapy for the Treatment of Anorexia Nervosa and Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23801>
- Hilden, H. M., Rosenström, T., Karila, I., Elokorpi, A., Torpo, M., Arajärvi, R., & Isometsä, E. (2025). Effectiveness of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: a randomized pilot study. *Nordic journal of psychiatry*, 75(3), 176-185. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1826050>
- Linehan, M. M. (2020). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. Guilford Publications. <https://cipra.cl/biblioteca/desordenlimite/15%20-%20Libro%20-%20Linehan.pdf>
- Parandeh Shirvan, S., Kamrani, M., & Asgharipour, N. (2024). The effect of emotion regulation training based on dialectic behavior therapy on aggression and quality of life in Ibn-Sina Hospital staff, Mashhad, Iran. *Evidence Based Care*, 14(3), 17-24. <https://doi.org/10.61882/pcnm.15.1.33>
- Paris, J. (2020). *Treatment of Borderline Personality Disorder: A Guide to Evidence-Based Practice* (2nd ed.). Guilford Press. https://books.google.com/books/about/Treatment_of_Borderline_Personality_Disorder.html?hl=sr&id=3jrADwAAQBAJ
- Razzaghi, M., Zemestani, M., & Mashhadi, A. (2025). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety Symptoms, Emotion Regulation, and Marital Satisfaction in Women with Anxiety Disorders: A Preliminary Study. *International Journal of Cognitive Behavioral Therapy*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s41811-025-00238-3>
- 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>
- Salgó, E., Rácz, J., Lábadi, B., & Keresztes, A. (2021). Schema modes and their associations with emotion regulation and psychopathology in schema therapy. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00160-y>
- Shamshir saz, T. (2024). Effectiveness of dialectical behavior therapy on depression symptoms and emotion regulation of self-injury teenagers. *Child Emotional Development Psychology*, 1(1). https://www.journalcedp.com/article_206668.html?lang=en

- Taj Iliyifar, S. G., Alipanah, S., Majidpour, Z., Ghanbarnezhad, M., Aghayee, N., & Pourmohammad ghouchani, K. (2025). The Effectiveness of Schema Therapy on Frustration Tolerance and Internalized Shame in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 1(4), 103-116. <https://doi.org/10.61838/qecp.111>
- van der Boom, B., Donker, T., de Beurs, D., Smit, A. C., van der Krieke, L., Steures, P., & Riper, H. (2025). Feasibility of online group schema therapy: A preliminary study with therapists in training for future application in borderline personality disorder. *Internet Interventions*, 100897. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100897>
- Vardikhan, S. K. I. (2024). Examining the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Impulsivity, Emotion Regulation, Rumination, and Self-Criticism in Individuals With Trichotillomania. *Health Nexus*, 2(1), 57-65. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.1.7>
- Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, 77(7), 641-650. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304>