



Journal Website

Article history:

Received 21 November 2024

Revised 25 December 2024

Accepted 01 February 2025

Published online 08 Feb. 2025

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 5, pp 180-198



E-ISSN: 2981-1759

Effectiveness of Integrative Schema Therapy and Self-Compassion Treatment on Clinical Symptoms in Women with Borderline Personality Disorder

Shirin Rad Kermani¹, Narges Babakhani²*, Pegah Farokhzad³

1.PhD Student, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad university, Roudehen, Iran.

2.Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding author).

3.Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad university, Roudehen, Iran.

* **Corresponding author email address:** Babakhani@riau.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Rad Kermani SH, Babakhani N, Farokhzad P. (2024). Effectiveness of Integrative Schema Therapy and Self-Compassion Treatment on Clinical Symptoms in Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(5), 180-198.



© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to examine the effectiveness of integrative schema therapy and self-compassion treatment on clinical symptoms in women with borderline personality disorder (BPD).

Methodology: This quasi-experimental study utilized a pretest-posttest control group design with a 2-month follow-up. The statistical population consisted of all women diagnosed with BPD residing in Tehran in 2021, with at least eight maladaptive schemas. From this population, 34 individuals were selected through purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The integrative schema therapy and self-compassion protocol was administered to the experimental group over 15 sessions, with one 90-minute session per week. Data were collected using the Borderline Personality Disorder Inventory (BPI) by Linehan (1999). Data analysis was conducted using mixed analysis of variance.

Findings: After controlling for pretest effects, significant differences were found between the posttest scores of the experimental and control groups regarding clinical symptoms, including identity disturbance ($F = 12.727$), primary defense mechanisms ($F = 13.325$), and fear of intimacy ($F = 10.56$) in women with BPD ($p < 0.01$).

Conclusion: Given the effectiveness of the therapeutic approach in improving clinical symptoms in women with borderline personality disorder, this treatment package can be used as an effective psychological intervention in healthcare centers to reduce clinical symptoms in women with BPD.

Keywords: *Borderline Personality Disorder, Integrative Schema Therapy and Self-Compassion, Women, Clinical Symptoms.*

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Personality is a lasting pattern of behaviors, emotions, self-regulation, self-awareness, motivation, and interpersonal relationships that typically emerges during adolescence or early adulthood. When individuals develop a consistent and maladaptive pattern of perceiving, thinking about themselves and the world, and interacting with others, they may experience a personality disorder ([Tavanaye Nanekaran & Eyni, 2024](#)). Among the various personality disorders, Borderline Personality Disorder (BPD) is considered one of the most severe mental health conditions ([Dhaliwal et al., 2020](#)). This disorder, which is sometimes referred to as ambulatory schizophrenia, “as-if personality,” or psychotic personality disorder, is characterized by pervasive issues with emotional regulation, impulse control, and instability in interpersonal relationships ([Sheikho et al., 2023](#)). To meet the diagnostic criteria, these problems must be persistent and significantly affect daily functioning ([Porter et al., 2020](#); [Winsper, 2021](#)). BPD is not simply an individual dysfunction but encompasses a broader range of distress, particularly within interpersonal relationships, which leads to even greater distress compared to other personality disorders ([Hakimnia & Rafezi, 2021](#)).

Individuals with BPD often experience recurrent and severe cognitive, emotional, and functional disruptions ([Brenning et al., 2020](#); [Stratton et al., 2020](#)). The disorder affects approximately 0.5% to 3% of the population over the course of their lifetime ([Dong et al., 2021](#)), and about 80% of individuals with BPD have a history of suicidal attempts ([Dreybe et al., 2020](#)). Among incarcerated populations, 20% of women and 23% of men have been found to have BPD. The diagnosis of BPD can be made based on at least five of the diagnostic criteria outlined in the DSM, categorized into three clusters: emotional dysregulation, behavioral inhibition, and disordered relationships ([Peters et al., 2023](#)). The medical history of individuals with BPD often reveals insecure attachment, childhood trauma, parental psychopathology, and harmful parenting practices ([Brud & Cieciuch, 2023](#)).

The emotional and behavioral dysregulation observed in individuals with BPD can persistently affect their social-emotional development, identity, and socialization abilities ([Bourvis et al., 2023](#)). The symptoms of this disorder can also interfere with academic performance, with long-term effects on socio-economic status ([Hastrup et al., 2022](#)). The characteristics of BPD appear to be relatively stable in adulthood and are often associated with a wide range of other disorders ([Gholami et al., 2020](#)). It is considered one of the most stigmatized psychological disorders because individuals with BPD are often labeled as troublesome, attention-seeking, and incompatible ([Ahmed et al., 2021](#)). However, this disorder is frequently misunderstood and misdiagnosed, partly due to its association with emotional instability. Nevertheless, a deeper understanding of BPD allows clinicians to develop specific approaches for treating this condition ([Dhaliwal et al., 2020](#)). The healthcare costs associated with BPD are substantial, and treating individuals with this disorder is highly challenging. Repeated suicides, rejection of treatment, and unreasonable requests from patients lead to emotional responses from therapists, resulting in therapeutic deadlocks ([Linehan et al., 1993](#)).

Transdiagnostic treatments, based on theoretical concepts and empirical evidence about common factors among emotional disorders, aim to target the underlying causes of psychological disorders. These treatments, grounded in clinical experience and similar techniques to cognitive-behavioral therapies, offer flexible approaches for treating various disorders ([Zaninotto et al., 2020](#)). Among the therapies that share

common features and can be integrated are schema therapy and compassion-focused therapy (Ghasem Abadi et al., 2021). Schema therapy, which is based on cognitive-behavioral principles, involves identifying and modifying maladaptive schemas through cognitive, behavioral, interpersonal, experiential, and attachment-focused techniques (Renner et al., 2012). According to schema therapy, early life experiences play a critical role in shaping beliefs about oneself and others, which persist throughout life and influence relationships (Piri et al., 2020; Remmerswaal et al., 2023). By using schema therapy, individuals with BPD can better manage their emotions and express their feelings more effectively. Furthermore, they can transition from intense emotional states to more stable ones in a relatively short time (Arntz & Genderen, 2021). Previous research has indicated that schema therapy outcomes for individuals with BPD typically lead to a reduction in symptoms such as emotional dysregulation and interpersonal difficulties.

Methodology

This study employed a mixed-methods approach, combining qualitative and quantitative data to assess the efficacy of schema therapy for individuals with Borderline Personality Disorder (BPD). The research was conducted in two main stages: scale development and testing.

In the first stage, a series of clinical interviews were conducted with individuals diagnosed with BPD to identify key issues related to emotional regulation, impulse control, and interpersonal difficulties. A structured interview protocol was used, focusing on participants' experiences with emotional instability, relationships, and their history of trauma and attachment issues. The interviews provided valuable insights into the common symptoms and challenges faced by individuals with BPD, which were used to refine the schema therapy intervention.

In the second stage, a clinical trial was conducted with 40 participants diagnosed with BPD. The participants were divided into two groups: one group received schema therapy, while the other group received standard care. The therapy sessions, held once a week for 12 weeks, focused on identifying maladaptive schemas, developing new coping strategies, and improving interpersonal skills. Pre- and post-treatment assessments were conducted to evaluate changes in symptoms, emotional regulation, and overall functioning.

Data analysis involved comparing pre- and post-treatment measures of emotional dysregulation, interpersonal relationships, and overall quality of life. The primary outcome measure was the reduction in emotional dysregulation, as assessed by the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Secondary measures included the Borderline Personality Inventory (BPI) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI), which assessed interpersonal functioning.

Findings

The analysis of the data revealed significant improvements in the participants who received schema therapy. In particular, there was a marked reduction in emotional dysregulation, with scores on the DERS decreasing by 35% in the treatment group compared to only a 10% decrease in the control group. Participants in the schema therapy group also reported improved interpersonal functioning, as evidenced by a 40% improvement in their interpersonal relationship scores on the IRI, compared to a 15% improvement in the control group.

The participants also demonstrated a reduction in symptoms of BPD, including impulsive behaviors and self-destructive tendencies. On the BPI, the treatment group showed a 30% reduction in

symptoms, while the control group exhibited only a 5% reduction. These results indicate that schema therapy not only alleviates emotional dysregulation but also addresses core issues related to impulsivity and interpersonal conflict in individuals with BPD.

Moreover, qualitative interviews conducted with participants revealed that those in the schema therapy group reported greater emotional stability, better coping mechanisms, and improved relationships with others. Many participants also noted a better understanding of their emotional needs and how to express them more effectively.

Discussion and Conclusion

The findings from this study suggest that schema therapy is an effective treatment for individuals with Borderline Personality Disorder (BPD), particularly in reducing emotional dysregulation and improving interpersonal relationships. The significant improvements observed in both quantitative and qualitative assessments highlight the potential of schema therapy as a powerful intervention for this complex and challenging disorder.

This study also contributes to the growing body of research on transdiagnostic treatments for emotional disorders, offering valuable insights into the commonalities between various disorders and how therapeutic approaches can be tailored to address these shared factors. By focusing on the maladaptive schemas formed during early life experiences, schema therapy provides individuals with BPD the tools to regulate their emotions more effectively and build healthier relationships.

Despite these promising results, there are several limitations to this study. The sample size was relatively small, and the study was conducted in a single therapeutic setting, which may limit the generalizability of the findings. Future research should aim to replicate these findings in larger, more diverse populations and explore the long-term effects of schema therapy for individuals with BPD.

In conclusion, schema therapy offers a promising treatment option for individuals with BPD, addressing both the emotional dysregulation and interpersonal difficulties that define the disorder. By integrating techniques from cognitive-behavioral therapy with a focus on early life experiences, schema therapy provides a comprehensive approach to managing BPD symptoms and improving overall quality of life.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره و شفقت خود بر علائم بالینی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

شیرین راد کرمانی^۱ ID، نرگس باباخانی^۲ ID*، پگاه فرخ زاد^۳ ID

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول).

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: Babakhani@riau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

راد کرمانی ش.، باباخانی ن.، فرخ زاد پ. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره و شفقت خود بر علائم بالینی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۵)، ۱۸۰-۱۹۸.



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره و شفقت خود بر علائم بالینی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. **روش شناسی:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان با اختلال شخصیت مرزی ساکن شهر تهران با حداقل ۸ طرحواره ناسازگار در سال ۱۴۰۰ بودند و از میان آن ها ۳۴ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای داده شدند. پروتکل درمان تلفیقی طرحواره و شفقت خود برای گروه آزمایشی طی ۱۵ جلسه، هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPI) لیشنرینگ (۱۹۹۹) استفاده شد. داده ها با روش تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شد. یافته ها نشان داد با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معناداری بین پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در علائم بالینی آشفتگی هویت ($F=12/727$)، مکانیزم دفاعی اولیه ($F=13/325$)، ترس از صمیمیت ($F=10/56$) زنان با اختلال شخصیت مرزی وجود داشت ($P<0/01$). **نتیجه گیری:** با توجه به مؤثر بودن شیوه درمانی در بهبود علائم بالینی زنان با اختلال شخصیت مرزی، از این بسته درمانی می توان به عنوان مداخله روان شناختی مؤثر در مراکز سلامت جهت برای کاهش علائم بالینی زنان با اختلال شخصیت مرزی استفاده کرد.

کلیدواژگان: اختلال شخصیت مرزی، درمان تلفیق طرحواره و شفقت خود، زنان، علائم بالینی.

مقدمه

شخصیت، الگوی بارز رفتار، عاطفه، تنظیم هیجان، شناخت خود، انگیزش و ارتباط با دیگران است که دیرپا بوده و از نوجوانی یا اوایل بزرگسالی وجود دارد (Streit et al., 2020). شخصیت گاهی با کسب الگوی ناسازگار و پایدار در ادراک، تفکر درباره خود و جهان، برقراری رابطه زندگی روزمره، شغل و تحصیل فرد با اختلال روبرو می شود (Tavanaye Nanekaran & Eyni, 2024). از بین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی (BPD) در گروه «ب»، جزء جدی ترین اختلالات روان پزشکی است (Dhaliwal et al., 2020). این اختلال را بانام های اسکیزوفرنی موقت (ambulatory)، شخصیت انگاری (as-if personality) و اختلال منش سایکوتیک نیز می خوانده می شود (Sheikho et al., 2023). اختلال شخصیت مرزی، اختلالی روانی پیچیده و جدی است که با الگوی فراگیر از مشکلات در کنترل تکانه ها، تنظیم هیجان ها و بی ثباتی در روابط بین فردی مشخص می شود (Bohus et al., 2021). برای برآوردن معیارهای مشکلات باید پایدار باشند و تأثیر قابل توجهی بر عملکرد روزانه داشته باشند (Porter et al., 2020; Winsper, 2021). این اختلال فراگیرتر از یک آسیب درون فردی منفرد هست و دامنه وسیع پریشانی در روابط بین فردی منجر به پریشانی بیشتر نسبت به دیگر اختلالات شخصیتی می شود (Hakimnia & Rafezi, 2021).

آسیب های مکرر و شدیدی در زمینه های مختلف شناختی، هیجانی و عملکردی به زندگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی وارد می شود (Brenning et al., 2020; Stratton et al., 2020). طبق آمار شیوع تقریبی ۰/۵ تا ۳ درصد در طول عمر است (Dong et al., 2021)؛ همچنین، مشخص شد که ۸۰ درصد مبتلایان به این بیماری تاریخی های از اقدام به خودکشی دارند (Dreybe et al., 2020). نتایج آمار در بین زندانیان نیز نشان داد که ۲۰ درصد زنان و ۲۳ درصد مردان اختلال شخصیت مرزی دارند (Pizarro et al., 2020). تشخیص اختلال شخصیت مرزی را می توان از حداقل پنج معیار راهنمای تشخیص روانی (DSM) انجام داد که در گروه بندی سه عاملی بی نظمی عاطفی، بازداری رفتاری و ارتباط آشفته تقسیم می شود (Peters et al., 2023). سابقه پزشکی بیماران مبتلا به این آسیب شناسی اغلب دلبستگی ناایمن، آسیب های دوران کودکی، آسیب شناسی روانی والدین و شیوه های فرزند پروری مضر را نشان می دهد (Brud & Ciecuch, 2023).

بی نظمی عاطفی و رفتاری افراد مبتلا به اختلال اشخصیت مرزی ممکن است به طور پایدار بر رشد اجتماعی-عاطفی همزمان، به ویژه هویت اجتماعی یا توانایی های اجتماعی شدن تأثیر بگذارد (Bourvis et al., 2023). علائم این اختلال همچنین می توانند با عملکرد تحصیلی با تأثیر طولانی مدت از نظر وضعیت اجتماعی-اقتصادی تداخل داشته باشند (Hastrup et al., 2022). به نظر می رسد ویژگی های اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی نسبتاً پایدار است و با طیف گسترده ای از اختلالات همراه است (Gholami et al., 2020). یکی از داغ ترین اختلالات روانی است زیرا افراد مبتلا به آن اغلب به عنوان افرادی مشکل ساز، توجه جو و ناسازگار برچسب گذاری می شوند (Ahmed et al., 2021). با این حال، این اختلال غالباً درست فهمیده نشده و تشخیص داده نشده است و بخشی از آن با ناتوانی عاطفی همراه است؛ اما درک منحصر به فرد پزشکان از این اختلال به آن ها این امکان را می دهد تا رویکردهای خاص برای اختلال در درمان ایجاد کنند (Dhaliwal et al., 2020). اختلال شخصیت مرزی هزینه های بهداشتی- درمانی بالایی را به وجود می آورد؛ درمان این بیماران مشکلات فراوانی در بردارد (Sabri et al., 2022). خودکشی های مکرر بیمار و رد کمک های درمانی و درخواست نامعقول از درمانگر با ایجاد واکنش های هیجانی در درمانگر او را به بن بست درمانی می رسانند (Linehan et al., 1993).



درمان‌های فراتشخیصی که منطق شکل‌گیری آن مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی درباره وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی است هدفش نشانه گرفتن عوامل سبب‌ساز اختلال‌های روان‌شناختی است؛ بدین ترتیب، درمان‌های فراتشخیصی، برنامه‌های درمانی هستند که بر اساس تجربیات بالینی و فنون مشابه و مشترک درمان‌های شناختی- رفتاری طراحی شده‌اند (Zaninotto et al., 2020).

ازجمله درمان‌هایی که دارای نقاط مشترک هستند و توانایی ترکیب با یکدیگر را دارند، طرحواره درمانی^۱ و درمان مبتنی بر شفقت^۲ است (Ghasem Abadi et al., 2021). طرحواره درمانی برنامه منظمی برای ارزیابی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار ایجاد می‌کند و بر پایه درمان شناختی- رفتاری کلاسیک قرار گرفته و روش‌های شناختی، رفتاری، بین فردی، تجربی و دلبستگی برای سنجش و کاهش سطح طرحواره‌های ناسازگار اولیه تعدیل می‌کند (Renner et al., 2012). رویکرد طرحواره درمانی بر این باور است که شرایط بخصوصی که فرد در دوران کودکی تجربه می‌کند نقش مهمی در ایجاد باورهای درباره خود و دیگران دارد که در مسیر زندگی تداوم داشته و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می‌شود (Piri et al., 2020; Remmerswaal et al., 2023)؛ با به‌کارگیری رویکرد طرحواره درمانی، مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با تخلیه هیجانی و شناخت نیازهای هیجانی ارضا نشده‌ای که باعث شکل‌گیری طرحواره ناسازگار می‌شوند، می‌توانند عواطف خود را بهتر مدیریت کرده و در بیان آن توانمندتر شوند و از سویی می‌توانند در مدت‌زمان بسیار کوتاهی از یک حالت یا احساس قوی به حالت دیگر تغییر کنند (Arntz & Genderen, 2021).

در پژوهشی یافته‌ها حاکی از آن بود که پیامد اولیه طرحواره درمانی برای مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی بیانگر کاهش علائم مرزی بود و پیامدهای ثانویه کاهش علائم اضطراب و بهبود عملکرد و حالت‌های طرحواره را نشان داد (Hilden et al., 2021). در پژوهشی مشاهده شد که طرحواره درمانی با کاهش قابل‌توجهی در اعتبار باورهای هسته منفی برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی درمانی مؤثر و قدرتمند باشد (Jacob et al., 2018; Khasho et al., 2023). بنابراین، طرحواره درمانی می‌تواند در مرحله تکنیک‌های تجربی با ایجاد تغییر در شرایط بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی سبب بهبود آن‌ها شوند (Boog et al., 2023).

هدف اصلی شفقت درمانی افزایش احساس شفقت در شخص است که با به‌کارگیری مهارت‌هایی چون تعادل تفکر متعهد، احساس شفقت و مهربانی در برابر خود و دیگران محقق می‌شود (Heriot-Maitland et al., 2014). مهارت‌های شفقت درمانی موجب تحمل دوری، همدردی، همدلی، حساسیت، سلامت فردی و نبود قضاوت در فرد می‌شود (Steindl et al., 2017). در این راستا، پوهل و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که شفقت به خود با از بین بردن پیامدهای منفی آسیب‌دیدگی دوران کودکی هدف درمانی مهمی برای بیماران با اختلال شخصیت مرزی است (Pohl et al., 2020). کاریراس و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان دادند که مؤلفه‌های شفقت به خود به‌عنوان میانجی در رابطه بین یادآوری تهدید و تبعیت در دوران کودکی و ویژگی‌های مرزی می‌تواند ۴۶ درصد از ویژگی‌های مرزی را توضیح دهد (Carreiras et al., 2022). در پژوهشی دیگر که بر روی بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد نتایج بیانگر تأثیر نامطلوب بی‌شفقتی به خود در بروز مشکلات بیماران بود (Fagan et al., 2022).

با توجه به افزایش روزافزون مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت (ازجمله اختلال شخصیت مرزی) و نقشی که این مشکلات در مختل کردن حوزه‌های مختلف زندگی آن‌ها ایفا می‌کند، توجه بسیاری از روان‌شناسان و متخصصان سلامت روان به آن معطوف شده است. مداخله‌های درمانی برای این بیماران بیشتر حکم مداخله در بحران دارد. کاهش هزینه‌های درمانی و خودکشی از مزیت‌های درمان اختلال شخصیت مرزی است و اهمیت بررسی، درمان و آموزش‌های خاص در زمینه این اختلال را ضروری‌تر می‌سازد؛ لذا در این پژوهش هدف

¹ Schema therapy

² Compassion-Focused Therapy



پاسخگویی به این سؤال است که پروتکل تلفیقی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت می تواند زمینه بهبود علائم بالینی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را فراهم آورد؟

مواد و روش پژوهش

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پژوهشی پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان با اختلال شخصیت مرزی ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. حداقل حجم نمونه در پژوهش های نیمه آزمایشی برای هر زیرگروه ۱۵ نفر است. نمونه پژوهش شامل ۳۴ نفر بود که به صورت نمونه گیری در دسترس از مراکز مشاوره شهر تهران انتخاب شدند. سپس افراد انتخاب شده به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری قرار گرفتند. پس از نمونه گیری در گروه آزمایش بسته درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. ملاک های ورود شامل زنان متاهل دارای اختلال شخصیت مرزی، سن بین ۳۵ تا ۴۵ سال، تحت درمان نبودن همزمان با رویکردهای دیگر، فقدان مصرف داروهای روان پزشکی و دارا بودن حداقل ۸ طرحواره ناسازگار بر اساس طرحواره های ناسازگار یانگ بود و ملاک های خروج غیبت بیش از ۲ جلسه، عدم پاسخدهی به پرسشنامه ها، اعلام عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Inventory): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط لیشنرینگ (۱۹۹۹) ساخته شده است که به صورت بله و خیر نمره گذاری می شود (بله=۱ و خیر=۰) اما در سؤال ۱۳ نمره گذاری معکوس است. این پرسشنامه در اصل دارای ۵۳ سؤال است اما در نسخه ایرانی ۲ سوال حذف شده و پرسشنامه ۵۱ سؤالی است. این پرسشنامه خرده مقیاس های آشفتگی هویتی (دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰)، مکانیسم های دفاعی اولیه و ترس از صمیمت (دامنه نمرات بین صفر تا ۸)، واقعیت آزمایی (دامنه نمرات بین صفر تا ۵) را بررسی می کند؛ ۲۰ سوال دیگر مربوط به نقطه برش (کسب نمره بالاتر از ۱۰) است. لیشنرینگ در پژوهش خود نشان داد که پایایی مؤلفه های این پرسشنامه در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ است؛ همچنین میزان همبستگی باز آزمایی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ به دست آمد (Leichsenring, 1999). در ایران نیز در بررسی روایی سازه این پرسشنامه چهار عامل استخراج شد. همچنین، سه نوع اعتبار باز آزمایی، تصنیفی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد (Mohammadzadeh & Rezaei, 2013). در پژوهش حاضر ضریب اعتبار کلی آزمون به روش کودر ریچاردسون ۰/۷۸ برآورد شد.

بسته درمان طرحواره درمانی مبتنی بر شفقت خود (schema therapy based on self-compassion): این بسته با مبنا قرار دادن دو پروتکل طرحواره درمانی یانگ و درمان متمرکز بر شفقت خود گیلبرت به همراه شاخص های مدنظر پژوهشگر در سال ۱۴۰۲ طراحی گردید. لذا پس از طراحی بسته درمانی جهت بررسی روایی صوری این پروتکل چند نفر از متخصصان در حوزه روانشناسی پروتکل را مورد بازبینی قرار داده و پیشنهادهای و اشکالات آنها مرتفع گردید. سپس محتوای جلسه های درمان پروتکل نو ترکیب به منظور بررسی روایی محتوایی به صورت کمی در فرمی با سؤالاتی در مورد هماهنگی محتوای پروتکل با فرایند و راهبردهای پروتکل همراه با توضیح اهداف پروتکل تدوین شد و تطابق محتوای هر جلسه توسط ۱۰ متخصص این حوزه جهت مورد ارزیابی قرار گرفت؛ آنها هر یک از مراحل را با طیف سه بخشی نسبت روایی محتوا (CVR) (ضرورتی ندارد، مفید است ولی ضروری نیست و ضروری است) بررسی کردند. سپس پاسخ ها برای هر یک از محتواهای جلسات بر اساس فرمول زیر بررسی شد و در نهایت با استفاده از جدول لاشه^۱

^۱ Lawashe



ماده‌هایی که نمره بالاتر از ۰/۶۲ (همه متخصصان با ضروری بودن گویه موافق بودند) به دست آمد مورد ضروری و مهم تشخیص داده شدند. بیانگر روایی محتوایی خوب پروتکل هستند.

جلسه ۱: در اولین جلسه، درمانگر رابطه اولیه را با مراجع برقرار کرده و شدت مشکلات او را ارزیابی می‌کند. وضعیت فعلی مشکلات بررسی شده و از مراجع خواسته می‌شود که اهداف خود را از جلسات درمانی بنویسد و برای جلسه بعد همراه خود بیاورد.

جلسه ۲: در این جلسه، درمانگر تکنیک "کودک درون" را به مراجع آموزش می‌دهد تا مشکلات و احساساتی که فرد در حال تجربه آن‌ها است را کشف کند. مراجع به آگاهی از احساسات خود نسبت به خود می‌رسد. همچنین، درمانگر طرحواره‌ها را توضیح داده و از مراجع خواسته می‌شود که ذهنیت‌های خود را ترسیم کرده و اهداف خود را بررسی کند.

تمرین: عکسی از خودتان بگذارید و احساسی که به خود دارید را بنویسید.

جلسه ۳: در این جلسه، تمرین جلسه قبل بررسی شده و سوالاتی در خصوص دلایل نداشتن محبت به خود و یا احساس نکردن دوست‌داشتنی بودن از مراجع پرسیده می‌شود. تکنیک استخراج باور مرکزی انجام می‌شود.

تمرین: دلایلی که باعث می‌شود خود را دوست نداشته باشید و خاطراتی که دارید را بنویسید. افکار منفی خود را یادداشت کنید.

جلسه ۴: دلایل تمرین جلسه قبل بررسی شده و تکنیک شناسایی افکار منفی آموزش داده می‌شود. درمانگر با ذهنیت سرزنشگر مراجع گفتگو کرده و او را از نقش قربانی خارج می‌کند.

تمرین: صداهای عذاب‌آور درونی خود را بنویسید.

جلسه ۵: در این جلسه، درمانگر روی باور مرکزی مراجع تکنیک شناختی اجرا کرده و تکنیک قول دادن به خود را آموزش می‌دهد. مهارت‌های ارتباطی بررسی شده و صداهای عذاب‌آور مجدداً مورد بررسی قرار می‌گیرند.

تمرین: صداهای عذاب‌آور را جایگزین کرده و به آن‌ها آگاهی پیدا کنید. تأکید بر این است که حواس مراجع از نظر رفتاری به خود باشد.

جلسه ۶: در این جلسه، درمانگر قضاوت‌ها و انتقادات درونی مراجع را بررسی کرده و همدلی و درک خود را آموزش می‌دهد. از تکنیک‌های شناختی برای چالش با باورها و صداهای درونی استفاده می‌شود.

تمرین: نامه‌ای به والدی که از او خشم دارید بنویسید.

جلسه ۷: در این جلسه، تخلیه خشم نسبت به والدین صورت می‌گیرد و مراجع از طرف والدین پاسخ‌هایی می‌گیرد.

تمرین: پاسخ‌هایی از طرف والدین به خود بنویسید.

جلسه ۸: در این جلسه، از تکنیک‌های تجربی برای بررسی خاطرات استفاده می‌شود و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان به مراجع آموزش داده می‌شود.

تمرین: تکنیک‌های توجه آگاهی (رفتاری همدلی) را انجام داده و روی تنظیم هیجان تمرکز کنید.

جلسه ۹: در این جلسه، افکار و رفتارهای مراجع زمانی که طرحواره‌ها فعال می‌شوند، بررسی می‌شود و مهارت‌های بین فردی آموزش داده می‌شود.

تمرین: افکار و رفتارهای خود را زمانی که طرحواره‌ها فعال می‌شوند، شناسایی کنید.

جلسه ۱۰: در این جلسه، مراجع با صدای سرزنشگر درونی خود گفتگو کرده و این صدا با صدای والد سالم جایگزین می‌شود.

تمرین: صداهای ناسالم درونی خود را بنویسید و آن‌ها را با صدای سالم جایگزین کنید.



جلسه ۱۱: در این جلسه، شفقت مراجع به خود بررسی شده و فلش کارتهایی برای طرحواره رهاشدگی معرفی می شود. همچنین، رفتارهای مقابله ای شناسایی می شود.

تمرین: از فلش کارتها برای شناسایی طرحواره رهاشدگی استفاده کنید.

جلسه ۱۲: استفاده از فلش کارتها بررسی شده و مشکلاتی که در استفاده از آنها ایجاد شده است، برطرف می شود. تکنیک های بادی اسکن آموزش داده می شود.

تمرین: از تکنیک بادی اسکن استفاده کرده و روزانه یادداشتی برای خود بنویسید.

جلسه ۱۳: در این جلسه، فلش کارتهایی برای نقص و شرم نوشته می شود و معیارهای سرسختانه بررسی می شوند. همچنین، مهارت های ارتباطی مرور می شود.

تمرین: از فلش کارتها برای پرداختن به موضوعات نقص و شرم استفاده کنید.

جلسه ۱۴: مشکلات مراجع در استفاده از فلش کارتها بررسی می شود و موانع موجود رفع می شود. همچنین، شفقت خود مراجع دوباره بررسی می شود.

جلسه ۱۵: در این جلسه، مرور کلی از تمام جلسات قبلی انجام شده و کیفیت و اثربخشی جلسات مورد بحث قرار می گیرد. همچنین، میزان شفقت مراجع به خود و کنترل او بر طرحواره های ناسازگار ارزیابی می شود.

در این پژوهش داده ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته به کمک نرم افزار SPSS۲۲ تحلیل شد.

یافته ها

طبق یافته های جمعیت شناختی پژوهش، از لحاظ سن بیشتر آزمودنی های گروه آزمایش معادل ۸ نفر (۴۷/۱ درصد) در دامنه سنی بین ۳۸ تا ۴۰ سال قرار گرفتند، این در حالی است که در گروه کنترل بیشتر آزمودنی ها معادل ۷ نفر (۴۱/۲ درصد) در همین دامنه سنی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار نمره علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی در دو گروه؛ درمان تلفیقی طرحواره و شفقت خود و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱

میانگین (انحراف معیار) علائم بالینی در گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
مکانیزم دفاعی اولیه	پیش آزمون	۴/۵۹ (۰/۸۷)	۴/۷۱ (۰/۹۸)	واقعیت آزمایی	۰/۱۸ (۰/۳۹)
	پس آزمون	۳/۰۶ (۰/۹۷)	۴/۸۲ (۰/۹۵)		۰/۵۹ (۰/۲۴)
	پیگیری	۲/۷۶ (۰/۸۳)	۴/۴۷ (۱/۳۲)		۰/۱۲ (۰/۳۳)
ترس از صمیمیت	پیش آزمون	۴/۴۷ (۱/۱۲)	۴/۷۶ (۰/۹)	آشفته گی هویتی	۱/۵۹ (۰/۸۷)
	پس آزمون	۳/۰۵ (۱/۱۴)	۴/۲۹ (۰/۹۲)		۰/۴۱۲ (۰/۶۲)
	پیگیری	۲/۵۲ (۰/۸۷)	۴/۴۷ (۰/۹۴)		۰/۵۳ (۰/۶۲)



بر اساس **جدول ۱**، گروه درمان تلفیقی طرحواره درمانی و شفقت خود نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی تغییرات بیشتری را نشان دادند. جهت بررسی و برقراری مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته، نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک دارای توزیع نرمال می‌باشند ($p > 0.05$). نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است ($p > 0.05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد برای واقعیت‌آزمایی، ترس از صمیمیت و مکانیزم دفاعی اولیه ($p > 0.05$ و 0.917 و 0.893 و 0.823) برقرار است؛ اما، آشفستگی هویتی ($p = 0.006$ و 0.072) معنادار می‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح دارد و جهت تفسیر آن جهت بررسی معناداری سطح سخت‌تری اعمال می‌گردد. در **جدول ۲** نتایج حاصل از آزمون‌های چند متغیره گزارش شده است.

جدول ۲

نتایج آزمون‌های چند متغیره

اثرات	آزمون‌های چندمتغیره	ارزش	F	درجه آزادی ۱ و ۲	سطح معناداری
زمان	اثر پیلایی	۰/۶	۱۰/۸۹۱	۴ و ۲۹	۰/۰۰۰۱
	ویلکز لامبدا	۰/۴	۱۰/۸۹۱	۴ و ۲۹	۰/۰۰۰۱
	هتلینگ	۱/۵۰۲	۱۰/۸۹۱	۴ و ۲۹	۰/۰۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱/۵۰۲	۱۰/۸۹۱	۴ و ۲۹	۰/۰۰۰۱
زمان* گروه	اثر پیلایی	۰/۷۲۱	۸/۰۶۳	۸ و ۲۵	۰/۰۰۰۱
	ویلکز لامبدا	۰/۲۷۹	۸/۰۶۳	۸ و ۲۵	۰/۰۰۰۱
	هتلینگ	۲/۵۸	۸/۰۶۳	۸ و ۲۵	۰/۰۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۲/۵۸	۸/۰۶۳	۸ و ۲۵	۰/۰۰۰۱

بر اساس **جدول ۲**، نتایج آزمون‌های چند متغیره برای علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی در سه بازه زمانی و تعامل گروه* زمان با توجه به در سطح کمتر ۰/۰۵ معنادار است در **جدول ۳** نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیر درمان تلفیقی طرحواره و شفقت خود بر علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

جدول ۳

اثر کلی مداخله بر علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی در دو گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

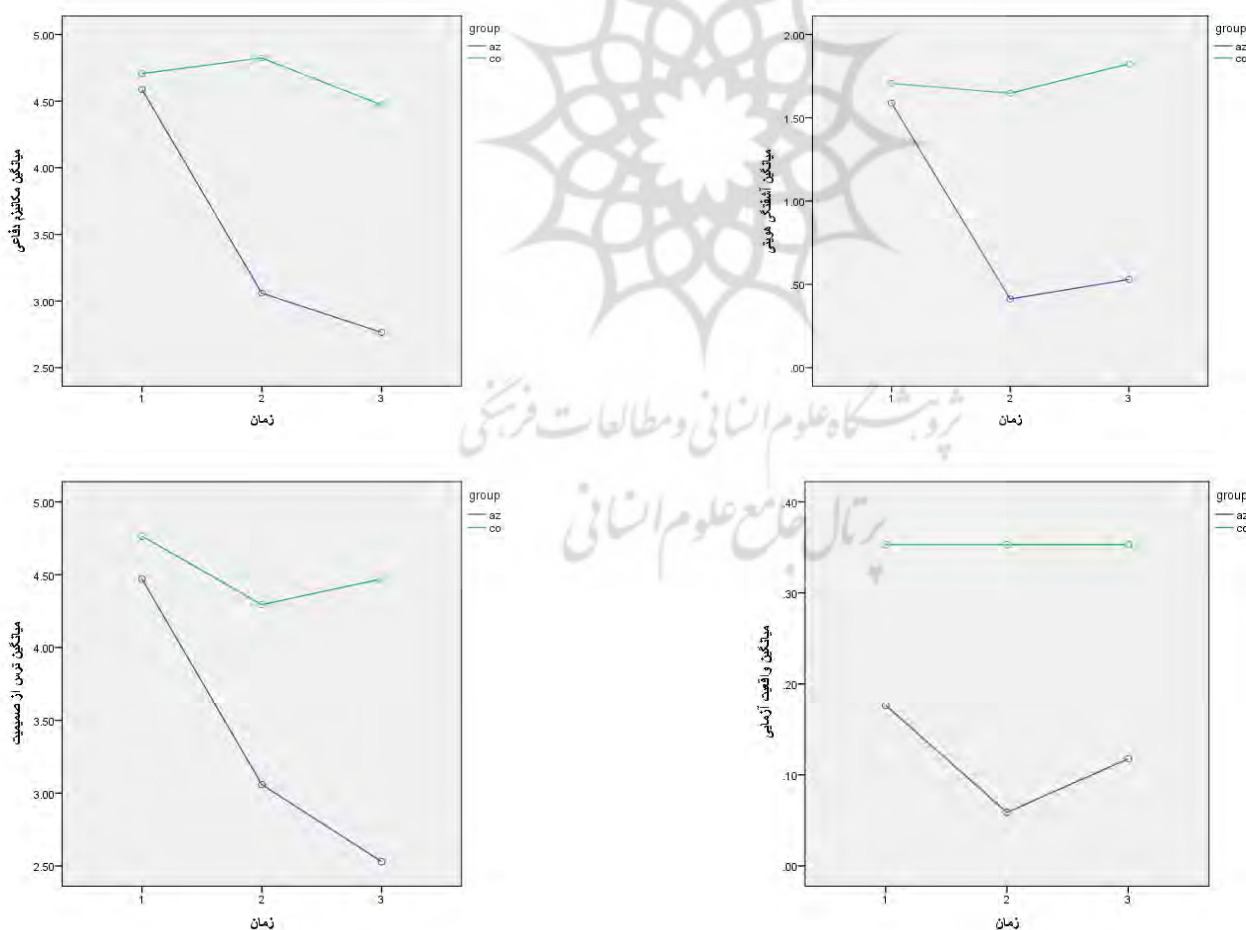
متغیر	F	درجه آزادی ۱ و ۲	سطح معناداری	مجذور اتا
آشفستگی هویتی	۱۳۶/۰۶۳	۱ و ۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۴
زمان	۱۲/۰۵۸	۲ و ۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۴
گروه* زمان	۱۲/۷۲۷	۲ و ۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۵
مکانیزم دفاعی اولیه	۱۹/۲۳	۱ و ۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۵
زمان	۱۶/۹۱۵	۲ و ۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۶
گروه* زمان	۱۳/۳۲۵	۲ و ۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹
واقعیت‌آزمایی	۷/۲	۱ و ۳۲	۰/۰۱	۰/۱۸۴
زمان	۰/۱۷۸	۲ و ۶۴	۰/۸۳۷	۰/۰۰۶

گروه* زمان	۰/۱۷۸	۲ و ۶۴	۰/۸۳۷	۰/۰۰۶
ترس از صمیمیت	۱۸/۴۹۱	۱ و ۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۶
زمان	۲۲/۳۳۲	۲ و ۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۱
گروه* زمان	۱۰/۵۶	۲ و ۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۸

بر اساس **جدول ۳**، نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته برای علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی تفاوت گروهی معنادار در دو گروه آزمایش و گروه کنترل نشان داد ($P < 0.01$). درمان تلفیقی طرحواره و شفقت خود در علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی (به‌غیر از واقعیت آزمایی) منجر به تفاوت معنادار در عملکرد آزمودنی‌ها در سه بازه زمانی پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری شده است ($P < 0.01$)؛ از سویی اثر تعاملی گروه* زمان در علائم بالینی (به‌غیر از واقعیت آزمایی) معنادار بود ($P < 0.01$) که بیانگر وجود تغییرات عملکرد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و کنترل در سه بازه زمانی اندازه‌گیری بود. نتایج حاصل از تغییرات علائم بالینی در گروه‌های مطالعه و سه مرحله زمانی در **شکل ۱** و نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای بررسی تفاوت میانگین علائم بالینی گروه‌های مطالعه در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در **جدول ۴** ارائه شده است.

شکل ۱

مجموعه تغییرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی در سه بازه زمانی مختلف





جدول ۴

نتایج آزمون بونفرونی برای تعیین اثر مداخله درمانی بر علائم بالینی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
آشفته‌گی هویتی	پس‌آزمون	طرحواره درمانی مبتنی بر شفقت - کنترل	-۱/۱۵۷	۰/۲۰۷	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	طرحواره درمانی مبتنی بر شفقت - کنترل	-۰/۵۳۸	۰/۲۶۵	۰/۰۵۱
مکانیزم دفاعی اولیه	پس‌آزمون	طرحواره درمانی مبتنی بر شفقت - کنترل	-۱/۶۹۹	۰/۲۸۱	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	طرحواره درمانی مبتنی بر شفقت - کنترل	-۰/۷۶۷	۰/۴۷۳	۰/۱۱۵
واقعیت‌آزمایی	پس‌آزمون	طرحواره درمانی مبتنی بر شفقت - کنترل	-۰/۲۴۷	۰/۱۳۱	۰/۰۷
	پیگیری	طرحواره درمانی مبتنی بر شفقت - کنترل	-۰/۱۸۹	۰/۱۵۵	۰/۲۳۴
ترس از صمیمیت	پس‌آزمون	طرحواره درمانی مبتنی بر شفقت - کنترل	-۱/۰۷	۰/۳۰۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	طرحواره درمانی مبتنی بر شفقت - کنترل	-۱/۳۶۴	۰/۳۱۴	۰/۰۰۰۱

بر اساس **شکل ۱** نشان داده شد که در نمرات پیش‌آزمون علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی گروه‌های مورد مطالعه به یکدیگر نزدیک است؛ اما با اعمال درمان تلفیقی طرحواره و شفقت بر روی گروه آزمایش مشخص شد که نمرات این علائم (به‌غیر از واقعیت‌آزمایی) در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری داشت در حالی که تغییر محسوسی در نمرات این متغیرها در گروه کنترل مشاهده نشد؛ لازم به ذکر است، با توجه **شکل ۱** و **جدول ۴** نشان داده شد که در مرحله پس‌آزمون گروه درمان تلفیقی طرحواره و شفقت نسبت به گروه کنترل آشفته‌گی هویتی (اختلاف میانگین = -۱/۱۵۷)، مکانیزم دفاعی اولیه (اختلاف میانگین = -۱/۶۹۹) و ترس از صمیمیت (اختلاف میانگین = -۱/۱۰۷) پایین‌تری در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان دادند.

در مرحله پیگیری نیز نشان داده شد که در گروه درمان تلفیقی طرحواره و شفقت همچنان شاهد ماندگاری اثر در علائم بالینی آشفته‌گی هویتی و مکانیزم دفاعی اولیه (به ترتیب اختلاف میانگین = -۰/۵۳۸ و -۰/۷۶۷) نسبت به گروه کنترل هستیم ($P > ۰/۰۵$)؛ اما در مؤلفه ترس از صمیمیت (اختلاف میانگین = -۱/۳۶۴) همچنان شاهد کاهش معنادار آن نسبت به گروه کنترل هستیم ($P < ۰/۰۱$)؛ بنابراین می‌توان اذعان داشت که پروتکل درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود برنمره علائم بالینی (به غیر از واقعیت‌آزمایی) زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر مطلوب داشته و سبب کاهش آن‌ها می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تدوین و تعیین اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره و شفقت خود بر علائم بالینی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی طرحواره و شفقت خود در بهبود علائم بالینی (آشفته‌گی هویتی، مکانیزم دفاعی اولیه و ترس از صمیمیت) زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر معناداری داشته و سبب کاهش این علائم بالینی در آن‌ها شده است ($P < 0/01$). به علاوه، مشخص شد که تأثیر این روش مداخله‌ای تا دو ماه پس از پایان جلسات آموزشی در مؤلفه‌های مطرح‌شده دوام داشته است. اگرچه مطابق این یافته‌ها تاکنون پژوهش آزمایشی کنترل شده تصادفی دقیقی بر روی اثر درمان تلفیقی طرحواره درمانی و شفقت ورزی بر علائم بالینی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت نگرفته که بتوان با نتایج این پژوهش مقایسه کرد؛ اما بیشتر مطالعات انجام‌شده در زمینه درمان خودشفقت‌ورزی و طرحواره درمانی به صورت جداگانه حاکی از همسویی با تحقیق حاضر است. به طوری که تحقیقات پیشین (Fagan et al., 2022; Khasho et al., 2023; Piri et al., 2020; Pohl et al., 2020; Remmerswaal et al., 2023) نشان دادند که هر دو نوع مداخله طرحواره درمانی و شفقت خود می‌توانند علائم بالینی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را کاهش دهند.

در تبیین طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان، به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را به وجود می‌آید تا بیمار از ارزیابی منفی نسبت به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجانات خود دست کشیده و از طریق اصلاح باورها و افکار خود به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه مبادرت ورزد؛ درواقع، طرحواره‌درمانی در بعد عاطفی و بیان آن، به وسیله راهبردهای تجربی، باور شناختی را که با باور هیجانی گره خورده به چالش می‌کشد تا تخلیه هیجانی صورت گرفته و بدین ترتیب، نیازهای هیجانی ارضا نشده که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده شناخته شود. این آگاهی سبب می‌شود تا بیماران دارای شخصیت مرزی با بهره‌گیری از طرحواره درمانی بتوانند به شکلی بهتر، عواطف خود را مدیریت کرده و در بیان آن نیز توانمندتر شوند (Bidari & Haji Alizadeh, 2019).

به بیانی دیگر و طبق نظر یانگ طرحواره به عنوان یک ساختار شناختی سازمان یافته در رفتار، احساس و افکار پدیدار می‌شود در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی نیز ممکن است در مدت زمانی بسیار کوتاه از یک حالت خلقی و یا هیجانی شدید به حالتی دیگر تغییر وضعیت دهد که این حالت بر اساس الگوی ذهنیت طرحواره به دلیل تغییر وضعیت پی‌درپی و کنترل نشدنی بیمار از یک از ذهنیت به ذهنیت دیگر است (Sempértegui et al., 2013)؛ لذا، با ارائه علمی و عینی ذهنیت بیماران با توجه به دنیای پدیداری آن‌ها توسط درمانگر، بسیاری از بیماران با اختلال شخصیت مرزی به شیوه مطلوبی آن‌ها را درک می‌کنند؛ در این راستا بایستی اذعان داشت که در عمل طوری از ذهنیت‌ها صحبت می‌شود که انگار یک شخصیت هستند؛ چراکه، این امر به بیماران کمک می‌کند تا با فاصله نظاره‌گر ذهنیت‌ها باشد. در این میان با بهره‌گیری از راهبردهای مناسب هریک از ذهنیت‌ها به دنبال کردن دم‌به‌دم آن‌ها در طول جلسه درمان پرداخته می‌شود؛ لذا در این میان درمانگر باهدف رشد ذهنیت بزرگسال سالم در بیمار و توانمند کردن آن نقش والد خوب را ایفا می‌کند این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت می‌کند، به محافظ بی تفاوت آرامش داده و جای آن را می‌گیرد؛ به این ترتیب، والد تنبیه گر مغلوب شده و از میدان بدر می‌شود و به کودک برآشفته روش‌های مناسب بیان نیازها و هیجان‌ها را یاد می‌دهد. این کودک رها شده بخشی از وجود بیمار است که طبق فرض نظریه طرحواره درمانی در خاستگاه خانواده اصلی مورد سوءاستفاده، رها شدن، بی‌بهره‌ای هیجانی، فرمان برداری و گوشمالی سخت و بی‌رحمانه قرار گرفته است. این شیوه در بهبود علائم بی‌ثباتی هیجانی، رفتارهای نسنجیده و تکانشی و علائم مرزی مفید است (Dickhaut & Arntz, 2014).

از سویی مهارت‌های خود شفقت ورزی نیز به پایین آوردن تمایل فرد به درونی کردن احساس شرم و خود انتقادی که ناشی از تجربیات مکرر از بی‌اعتبار سازی و نادیده‌گیری دوران کودکی است کمک می‌کند. لذا با توجه به نقش خود شفقتی در تعدیل واکنش‌ها نسبت به حوادث غیرقابل پیش‌بینی و گسترش تنظیم احساسات انطباقی، احتمالاً سطحی بهبودیافته از میزان شفقت ورزی ارتباطی بین تجارب



نادیده‌گیری دوران کودکی و بروز علائم اختلال شخصیت مرزی وجود دارد (Keng & Wong, 2017)؛ درواقع خود شفقت ورزی به‌عنوان مکانیسمی محافظتی برای تنظیم عواطف و هیجانات بی‌ثبات در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی عمل می‌کند؛ همین‌طور خود شفقتی به‌طور مستقیم با کاهش خود انتقادی و خودسرزنی و هم از طریق تأثیر بر سایر سازه‌های مرتبط با علائم شخصیت مرزی تأثیر می‌گذارد (Donald et al., 2019).

با آموزش سیستم‌های شفقت به خود ضمن انعطاف‌پذیری عاطفی می‌توان سیستم تهدید را خنثی کرد (احساساتی مانند ناامنی، دفاع و تحریک خودکار) و سیستم مراقبت (امنیت، دلبستگی، سیستم مخدر اکسی توسین) در کنترل و کاهش تکانش گری افراد مؤثر بود چراکه، با انجام تمرینات ذهن آگاهی و تنفس توانایی کنترل فرد افزایش می‌یابد. از آنجاکه شفقت به خود نیازمند آگاهی هشیار از هیجان‌های خود است از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شود؛ بنابراین، احساسات هیجانی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شود؛ در این راستا، با آموزش توانایی پذیرش احساسات منفی و جایگزین نکردن احساسات مثبت در فرد و خوش‌بینی به فرد از بیش حساسیتی آن‌ها بخصوص در روابط بین فردی‌شان کاسته می‌شود. همچنین می‌توان گفت خود شفقت ورزی با ایجاد تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار و تأکید بر این نکته دارد که ناملایمات و بدبیارها برای همگان اتفاق می‌افتد و از اثرات منفی آن‌ها پیشگیری شده به‌عنوان یک سپر دفاعی در برابر ناملایمات عمل می‌کند (Gilbert & Procter, 2006).

در تبیینی دیگر درباره اثربخشی دو درمان در تلفیق با یکدیگر می‌توان ادعان داشت که صفات شخصیت مرزی که با مشکلات شدید و پایدار در تنظیم خلق، هیجانات، عاطفه و روابط بین فردی مشخص می‌شود و افراد دارای این صفات، معمولاً احساس حزن و ناآرامی دائم، اختلال رفتاری، خلق‌های متغیر و بی‌اعتمادی را از خود نشان می‌دهند که همگی از مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی است. در این درمان باکار کردن بر درون‌مایه‌های روان‌شناختی (طرحواره‌های ناسازگار اولیه) سبب می‌شود دید منفی که بیماران نسبت به توانایی‌های جسمانی، هیجانات و عواطف خوددارند را اصلاح کرده و باعث تغییر افکار و باورهای آن‌ها شود. در بُعد عاطفی نیز باورهای شناختی افراد که به باورهای هیجانی گره‌خورده است با توجه به راهبردهای رفتاری و تجربی به چالش کشیده می‌شود؛ به‌موجب این شرایط، فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را که منجر به شکل‌گیری طرحواره ناسازگار و بد تنظیمی هیجانی می‌شود را شناخته، به یافتن راه‌حل مناسب تمایل پیدا می‌کند. در همین راستا مهارت خود شفقت ورزی در این افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به‌صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل تنظیم هیجان‌های این افراد می‌شود. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم‌انداز شخصی از هیجان‌ها خودآگاهی و ذهن آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خودکنترل مناسب‌تری داشته باشند و افکار خود سرزنشگری و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند.

با به‌کارگیری رویکرد تلفیقی مبتلایان با استفاده از راهبردهای تجربی به‌ویژه نوشتن نامه می‌توانند به افراد مهم زندگی خویش که در دوران کودکی و نوجوانی به آنان آسیب رسانده‌اند به شناخت هیجانات و احساسات خود و بیان حقوقشان بپردازند. درواقع، طرحواره درمانی با بهبود عواطف و احساسات منفی، تخلیه هیجانی، تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به‌ویژه سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار سبب جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب‌تر باعث افزایش تحرک و تخلیه هیجانی و درنهایت بهبود شرایط زندگی آن‌ها می‌شود. از سویی این افراد با استفاده از راهبرد شفقت ورزی می‌توانند به هوشیاری و شناخت تجربه هیجانی‌شان نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا کنند؛ آن‌ها در کنار مهارت‌های ثبت برنامه فعالیت‌های روزانه (جهت مواجهه با اجتناب‌ها و گنجاندن فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط بخش)، انتخاب، ارزیابی، مشاهده نتیجه، مهارت‌های رسیدگی به خود و به توانایی غلبه بر اجتناب‌هایشان را به دست می‌آورند؛ این افراد با



داشتن نگرشی مشفقانه نه تنها از احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمی کند بلکه با مهربانی فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن ها نزدیک می شوند و با فعال سازی نظام تسکین به کاهش احساس ترس و کناره گیری در آن ها منجر می شود. همچنین نگرش مشفقانه به افراد کمک می کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند؛ بنابراین، در تجربه وقایع ناخوشایند مثل پرخاشگری در روابط بین فردی احساسات منفی کمتر و بخشودگی بیشتری را تجربه می کنند و تحمل ابهام بالاتری دارند.

درمجموع نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره درمانی و خود شفقتی بر علائم بالینی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که در سطح علمی می تواند مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه های درمانی برای این بیماران باشد. در این پژوهش محدودیت های پژوهش برگرفته از جامعه آماری پژوهش بود که شامل زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر تهران بود؛ بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد؛ همچنین دسترسی به زنان با اختلال شخصیت مرزی که امکان حضور در پژوهش را داشته باشند با مشکلات و دشواری هایی روبرو بود. بر این اساس، پیشنهاد می شود به منظور افزایش قدرت تعمیم پذیری این پژوهش در سایر شهرها و جوامع دارای فرهنگ های متفاوت اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی مردان مبتلا نیز انجام شود چراکه عامل جنسیت ممکن است در نتیجه درمان مؤثر باشد. پیشنهاد می شود به منظور واضح تر شدن اثرات درمانی درمان تلفیقی طرحواره درمانی و شفقت خود در مطالعات گسترده تری به بررسی و مقایسه آن با دیگر رویکردهای درمانی پرداخته شود. یافته های پژوهش به طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و پیشگیری از بروز بیشتر علائم اختلال شخصیت مرزی را نشان داد. یکی از تلویحات این یافته ها می تواند این باشد که آموزش درمان تلفیقی طرحواره درمانی و خود شفقت ورزی سودمند و مقرون به صرفه است. از سویی، تلفیق طرحواره ها با درمان خود شفقت ورز نسبت به درمان صرف خود شفقت ورزی به متخصصان بالینی در تشخیص بهتر توضیح رفتارهای اجتنابی متأثر از طرحواره که در جلسه درمان رخ می دهد کمک می کند و روانشناس را در پیش بینی اینکه چه رفتارهای اجتنابی برانگیخته خواهد شد و اینکه طرحواره های خاص پاسخ های مقابله ای مشترک را به همراه دارند، یاری می کند. همچنین از این بسته آموزشی می توان به منظور اجرای برنامه های پیشگیری اولیه در مراکز مشاوره عمومی و خصوصی و مراکز آموزشی به صورت آموزش های کارگاهی استفاده کرد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

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

شفافیت داده ها



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

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Ahmed, S., Newman, D., & Yalch, M. (2021). The Stigma of Borderline Personality Disorder. *Advances in Psychology Research*, 145, 59-78. https://www.researchgate.net/publication/354282461_The_Stigma_of_Borderline_Personality_Disorder
- Arntz, A., & Genderen, H. V. (2021). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. <https://doi.org/10.1002/9781119101161>
- Bidari, F., & Haji Alizadeh, K. (2019). Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. *Journal of Psychological Studies*, 15(2), 165-180. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_4306.html
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The lancet*, 398(10310), 1528-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- 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>
- Bourvis, N., Cohen, D., & Benarous, X. (2023). Therapeutic and preventive interventions in adolescents with borderline personality disorder: recent findings, current challenges, and future directions. *Journal of clinical medicine*, 12(20), 6668. <https://doi.org/10.3390/jcm12206668>
- Brenning, K. M., De Clercq, B., Wille, B., & Vergauwe, J. (2020). Towards a fine-grained analysis of the link between borderline personality pathology and job burnout: Investigating the association with work-family conflict. *Personality and individual differences*, 162, 110030. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110030>
- Brud, P. P., & Cieciuch, J. (2023). Borderline personality disorder and its facets in the context of personality metatraits and pathological traits. *Personality and individual differences*, 202, 111958. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111958>
- Carreiras, D., Cunha, M., & Castilho, P. (2022). Which self-compassion components mediate the relationship between adverse experiences in childhood and borderline features in adolescents? Self-compassion in adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 19(6), 847-868. <https://doi.org/10.1080/17405629.2021.1981283>
- Dhaliwal, K., Danzig, A., & Fineberg, S. K. (2020). Improving Research Practice for Studying Borderline Personality Disorder and Chronic Stress. *Chronic Stress*, 4, 1-10. <https://doi.org/10.1177/2470547020912504>
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 242-251. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004>
- Donald, F., Lawrence, K. A., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2019). An exploration of self-compassion and self-criticism in the context of personal recovery from borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 27(1), 56-59. <https://doi.org/10.1177/1039856218797418>
- Dong, H., Wang, M., Zheng, H., Zhang, J., & Dong, G. H. (2021). The functional connectivity between the prefrontal cortex and supplementary motor area moderates the relationship between internet gaming disorder and loneliness. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 108, 110154. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110154>
- Dreybe, K., Beller, J., Armbrust, M., & Kroger, C. (2020). A hierarchical analysis of the latent trait of borderline personality disorder and its possible clinical implications. *Psychiatry research*, 17, 113-123. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113023>
- Fagan, S., Hodge, S., & Morris, C. (2022). Experiences of compassion in adults with a diagnosis of borderline personality disorder: An interpretative phenomenological analysis. *Psychological Reports*, 125(3), 1326-1347. <https://doi.org/10.1177/00332941211000661>
- Ghasem Abadi, E., Khalatbari, J., Ghorban Shiroudi, S., & Rahmani, M. A. (2021). Effects of Combined Schema Therapy, Compassion-Focused Therapy, and Dialectical Behavior Therapy on Married Women's Life Expectancy. *MEJDS*, 11, 132-132. https://jdisabilstud.org/browse.php?a_id=1878&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- Gholami, F., Baghouli, H., Barzegar, M., & Koroshnia, M. (2020). Providing a Causal Model for Explaining the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychological Models and Methods*, 11(41), 113-140. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4532.html



- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Hakimnia, M., & Rafezi, Z. (2021). How confusing an assessment might be? A case study in borderline personality disorder. *Journal of Psychological Science*, 20(98), 259-268. https://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=1002&sid=1&slc_lang=en
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2022). Welfare Consequences of Early-Onset Borderline Personality Disorder: A Nationwide Register-Based Case-Control Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 253-260. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01683-5>
- Heriot-Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 78-94. <https://doi.org/10.1111/bjc.12040>
- Hilden, H. M., Rosenström, T., Karila, I., Elokorpi, A., Torpo, M., Arajärvi, R., & Isometsä, E. (2021). 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>
- Jacob, G. A., Hauer, A., Köhne, S., Assmann, N., Schaich, A., Schweiger, U., & Fassbinder, E. (2018). A schema therapy-based eHealth program for patients with borderline personality disorder (prioivi): naturalistic single-arm observational study. *Jmir Mental Health*, 5(4), e10983. <https://doi.org/10.2196/10983>
- Keng, S. L., & Wong, Y. Y. (2017). Association among self-compassion, childhood invalidation, and borderline personality disorder symptomatology in a Singaporean sample. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0075-3>
- Khasho, D. A., van Alphen, S. P., Ouwens, M. A., Arntz, A., Heijnen-Kohl, S. M., & Videler, A. C. (2023). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: A multiple-baseline case series design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2900>
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104>
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>
- Mohammadzadeh, A., & Rezaei, A. (2013). Validation of borderline personality questionnaire in Iranian society. *Journal of Behavioral Sciences*, 5(3), 277-269. https://www.behavsci.ir/article_67743.html
- Peters, J. R., Crowe, M. L., Morgan, T., Zimmerman, M., Sharp, C., Grilo, C. M., & Yen, S. (2023). Borderline personality disorder symptom networks across adolescent and adult clinical samples: examining symptom centrality and replicability. *Psychological medicine*, 53(7), 2946-2953. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004931>
- Piri, M., Hosseinaei, A., Asadi, J., & Shariatnia, K. (2020). Comparison of Effectiveness of Group Schema Therapy and Group Acceptance and Commitment Therapy on Symptoms of Borderline Personality Disorder of Patients with Substance Abuse. *Shefaye Khatam*, 8(4), 56-69
- URL - <http://shefayekhatam.ir/article-51-2149-fa.html>. <https://doi.org/10.29252/shefa.8.4.56>
- Pizarro, E., Terrett, G., Jovev, M., Rendell, P., Henry, J., & Chanen, A. (2020). Rapid facial mimicry responses are preserved in youth with first presentation borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, 266, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.097>
- Pohl, S., Steuwe, C., Mainz, V., & Driessen, M. (2020). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the buffering role of self-compassion and self-esteem. *Journal of Clinical Psychology*, 77(4). <https://doi.org/10.1002/jclp.23070>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(2), 174-179. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000625>
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of affective disorders*, 136(3), 581-590. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027>
- Sabri, V., Yaghubi, H., Hasani, J., & Mahmodalilo, M. (2022). The effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 1-16. https://cpap.shahed.ac.ir/article_3304.html?lang=en
- 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(3), 426-447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>



- Sheikho, M., Salahian, A., & Bagheri, F. (2023). The effectiveness of theory of mind training on reducing the symptoms of borderline personality disorder. *Journal of new developments in psychology, educational sciences and education*, 5(46), 179-165. <https://jonapte.ir/fa/showart-9a2c1bee4111eb5edbdba455b4340acd8>
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: a qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21(2), 62-73. <https://doi.org/10.1111/cp.12126>
- Stratton, N., Mendoza Alvarez, M., Labrish, C., Barnhart, R., & McMain, S. (2020). Predictors of dropout from a 20-week dialectical behavior therapy skills group for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 34(2), 216-230. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_391
- Streit, F., Colodro-Conde, L., Hall, A., & Witt, S. H. (2020). Genomics of borderline personality disorder. *Journal of Personalized Psychiatry*, 227-237. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813176-3.00019-5>
- Tavanaye Nanekaran, S., & Eyni, S. (2024). Comparison of psychological well-being, cognitive-emotional regulation and brain-behavioral system of middle school male and female students. *Journal of Psychological Science*, 23(135), 557-572. https://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=2132&sid=1&slc_lang=en
- Winsper, C. (2021). Borderline personality disorder: Course and outcomes across the lifespan. *Current opinion in psychology*, 37, 94-97. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.09.010>
- Zaninotto, P., Batty, G. D., Stenholm, S., Kawachi, I., Hyde, M., Goldberg, M., & Head, J. (2020). Socioeconomic inequalities in disability-free life expectancy in older people from England and the United States: a cross-national population-based study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(5), 906-913. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz266>

