*Original Article*

# The effectiveness of combination of dialectical behavior therapy and schema therapy on emotion regulation and reduce anxiety

**Kamal AS[1], Shahabizadeh F[2*], Ahi Q[3]**

Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, I.R. Iran.

Received: 2022/07/24 | Accepted: 2022/10/19

**Abstract:**

**Background:** emotional experiences at the wrong time and in the wrong place with unreasonable intensity and scope can become the basis for the emergence and continuation of psychological damage, especially anxiety. The present study aimed to investigate the effectiveness of the combined intervention of dialectical behavior therapy and schema therapy in the recovery of patients with emotional disorders and anxiety.
**Materials and Methods:** The current research was case study type. Three participants were selected by purposive sampling and based on obtaining a score of 15 and above in the anxiety scale (Lavibond questionnaire) and schema (Young questionnaire) and a score higher than the average score (Gertz and Romer's emotion regulation questionnaire). Selected and participated in 28 sessions of 60 minutes. Data analysis was done through visual analysis, graph drawing, percentage of overlapping and non-overlapping data, and in order to determine the clinical significance, percentage improvement index and effect size were used.
**Results:** The research findings showed that dialectical behavior therapy and schema therapy was effective in regulating emotion and reducing anxiety.
**Conclusion:** Interpersonal schemas are caused people lose the necessary cognitive resources to calm themselves down and despite learning relaxing skills, they still cannot reduce their anxiety and confusion on their own. It seems that a combined of dialectic and schema therapy is an effective way to regulate emotions and reduce anxiety.

**Keywords:** Dialectical behavior therapy, Schema therapy, Emotion regulation, Anxiety

***Corresponding Author**
**Email:** f-shahabizadeh@yahoo
**Tel:** 0098 915 331 9855
**Fax:** 0098 313 102 000

Conflict of Interests: ***No***

***Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, September, 2022; Vol. 27, No 5, Pages 548-559***

***Please cite this article as:*** Kamal AS, Shahabizadeh F, Ahi Q. The effectiveness of combination of dialectical behavior therapy and schema therapy on emotion regulation and reduce anxiety. ***Feyz*** 2022; 27(5): 548-59.

# اثربخشی ترکیبی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و کاهش اضطراب

اکرم‌السادات کمال[۱]، فاطمه شهابی‌زاده[۲*]، قاسم آهی[۳]

**خلاصه:**

**سابقه و هدف:** تجارب هیجانی در زمان نامناسب و مکان نامطلوب با شدت و دامنه غیرمنطقی، می‌توانند زمینه‌ساز ظهور و تداوم آسیب روانی به‌ویژه اضطراب شوند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله ترکیبی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی در بهبود بیماران مبتلا به بی‌نظمی هیجان و اضطراب انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع طرح‌های مطالعه موردی بود. سه شرکت‌کننده به‌روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس احراز نمره ۱۵ و بالاتر در مقیاس اضطراب (پرسشنامه لاویبوند) و طرحواره (پرسشنامه یانگ) و نمره بالاتر از نمره میانگین (پرسشنامه تنظیم هیجان گرتز و رومر) انتخاب شدند و در طی ۲۸ جلسه ۶۰دقیقه‌ای شرکت کردند. تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل دیداری، ترسیم نمودار، درصد داده‌های همپوش و غیرهمپوش انجام و به‌منظور تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبود و اندازه اثر استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که اثربخشی ترکیبی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی در تنظیم هیجان و کاهش اضطراب مؤثر بوده است و بهبود آزمودنی‌ها در تنظیم هیجان به‌ترتیب ۴۴/۴۳، ۴۷/۳ و ۳۸/۵ و در کاهش اضطراب ۵۸/۳، ۴۵/۵ و ۳۳/۳ به‌دست آمد.

**نتیجه‌گیری:** طرحواره‌های ناسازگار بین فردی باعث می‌شوند افراد منابع شناختی لازم را برای آرام‌سازی خود از دست بدهند و با وجود یادگیری مهارت‌های آرامش‌بخشی، باز هم نتوانند به‌تنهایی اضطراب و آشفتگی خود را کم کنند. بنابراین به‌نظر می‌رسد مداخله ترکیبی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی، روشی مؤثر بر تنظیم هیجان و کاهش اضطراب باشد.

**واژگان کلیدی:** رفتاردرمانی دیالکتیکی، طرحواره‌درمانی، تنظیم هیجان، اضطراب

دوماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و ششم، شماره ۵، آذر-دی ۱۴۰۱، صفحات ۵۵۹-۵۴۸

## مقدمه

بروز تجارب هیجانی در زمان نامناسب و مکان نامطلوب با شدت و دامنه غیرمنطقی، می‌تواند زمینه‌ساز ظهور و تداوم آسیب روانی به‌ویژه اضطراب شود [۱]. مطالعات نشان داده است که از هر ۴ نفر یک نفر دارای ملاک‌های تشخیصی حداقل یکی از اختلالات اضطرابی است. افسردگی و اضطراب مهم‌ترین اختلالات روانی در کشور است که در بین زنان دو برابر بیشتر از مردان است [۲]. طبق تحقیقات، ۱۰ درصد از جوانان تا قبل از ۱۶سالگی از یک یا چند اختلال اضطرابی رنج می‌برند که باعث اختلال قابل‌توجهی در عملکرد عاطفی، اجتماعی و تحصیلی می‌شود و به‌صورت مزمن در بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند [۳].

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

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

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

* **نشانی نویسنده مسؤول:**

بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، گروه روان‌شناسی

**تلفن:** ۰۹۱۵ ۳۳۱۹۸۵۵ **دورنویس:** ۰۳۱۳۱۰ ۲۰۰۰

**پست الکترونیک:** f-shahabizadeh@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۱/۵/۲ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۱/۷/۲۷

نتایج پژوهش‌ها، از همایندی ۴۰ درصد اختلالات اضطرابی با اختلالات شخصیت حمایت می‌کند [۴]. اضطراب، زمانی اختلال ایجاد می‌کند که تنظیم هیجان دچار مشکل شده باشد و در موقعیتی خاص، بیش از آن‌چه انتظار می‌رود، تجربه شود [۱]. مطالعات نشان داده است که مشکلات در تنظیم هیجان، نقش مرکزی در بروز و تداوم اختلالات روان‌پزشکی و رفتارهای ناسازگارانه دارد [۵]. بنابراین ضرورت تنظیم هیجان به‌منظور سازمان‌دهی رفتار سازگارانه و پیشگیری از هیجان منفی در مسیر تحقق اهداف شخصی پدیدار می‌شود [۶]. تنظیم هیجان می‌تواند به‌صورت هشیار و یا ضمنی، خارج از حوزه آگاهی نیز صورت بگیرد [۱]. اختلال در تنظیم هیجان به‌عنوان مقوله‌ای مشتمل‌بر آگاهی ضعیف و نبودِ درک هیجان یا عدم پذیرش آن است [۷]. ناتوانی در تعدیل احساسات می‌تواند به‌صورت اختلالات درونی، مانند اختلال هراس و اضطراب و اختلالات بیرونی، مانند اختلال سلوک، اعتیاد و شخصیت نشان داده شود [۸]. تمامی احساسات و افکار دردناک که افراد درباره خود دارند، زمانی که به‌صورت افراطی در موقعیت‌های نامناسب و یا به‌شکل دورشدن از ارزش‌های زندگی صورت گیرد، مشکل‌زا می‌شود [۹]. تلاش برای اجتناب از تجربه هیجانی، به ماندگاری، طولانی‌ترشدن و تغییرشکل‌دادن آن‌ها به‌صورت اختلال‌های هیجانی مزمن منجر می‌شود [۱۰]. براساس مطالعات انجام‌شده عوامل مؤثر بر بدتنظیمی

هیجان را به عوامل درونی [وراثت، خلق‌وخو و بیولوژیک) و عوامل بیرونی [محیط اعتبارستیز، طردکننده و کمال‌گرا) تقسیم کرده‌اند [۱۲،۱۱]. باوجود این‌که پژوهش‌ها به‌طور فزاینده‌ای بر روی موضوعات ژنتیکی تمرکز کرده‌اند؛ اما شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد آن‌چه باعث پیچیدگی آسیب‌پذیری هیجانی می‌شود، محیط بی‌اعتبارساز است که طی آن چهره‌های مهمّ زندگی، تجارب عاطفی و هیجانی کودک را بی‌اهمیت یا مورد انکار قرار می‌دهند [۱۳]. طرحواره‌درمانی، مشکلات در تنظیم هیجان را به‌عنوان پیامد تجربیات مخرب دوران کودکی در نظر می‌گیرد [۱۴]. پیوند والدینی ضعیف طرحواره‌های ناسازگار اوّلیه‌ای را در کودک شکل می‌دهد که به آسیب روان‌شناختی و ترس از هیجان‌ها و طرحواره‌های ناکارآمد درمورد معنای هیجان‌ها منجر می‌شود [۱۵] و احتمال ابتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی و اختلال شخصیت را افزایش می‌دهد [۱۶]. آرنتز معتقد است که در طرحواره‌درمانی برای تنظیم هیجان می‌توان از رفتاردرمانی دیالکتیک به‌منظور تنظیم بهتر احساسات استفاده کرد [۱۷]. در رفتاردرمانی دیالکتیکی طیف وسیعی از راهبردهای درمانی [تحمل آشفتگی، توجه، آگاهی، نظم‌بخشی هیجان و ارتباط مؤثر) برای مقابله با اضطراب و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان به‌کار گرفته می‌شود [۱۸] و افراد روش‌هایی را برای مدیریت و تعادل بین پذیرش و تغییر هیجانات خود در جهت ساختن زندگی ارزشمند فرا می‌گیرند [۱۹]. طرحواره‌درمانی می‌تواند بازنمایی‌های منفی گذشته را نسبت به افراد مهم در روابط فعلی از طریق رویارویی همدلانه و باز والدینی حدّ و مرزدار اصلاح کند. درمانگر در باز والدینی حدّ و مرزدار، نقش پایگاه امنی را برای بیمار ایفا می‌کند که بیمار در طول زندگی خود آن را تجربه نکرده است و این پایگاه امن، برای بیمار احساس امنیت و نگهداری هیجانی را فراهم می‌کند [۲۰]. طرحواره‌های ناسازگار را نمی‌توان از بین برد، اما با تصویرسازی می‌توان مسیرهای عصبی ناسالم را تغییر داد [۲۱]. تصویرسازی، در مقایسه با پردازش کلامی، اثر نافذتری بر هیجان‌های منفی و ارضای نیازها می‌گذارد [۲۲]. از سوی دیگر، مطالعات نشان داده است که احساسات و شناخت درهم تنیده شده‌اند. بنابراین یکی از موارد مهم در تنظیم هیجان، پردازش افکار است [۱]. در راهبردهای شناختی بیماران، طرحواره‌ها را به‌عنوان فرضیه‌هایی در نظر می‌گیرند که باید آزمون شوند [۲۳]. بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی شامل نقص در تلاش برای تنظیم هیجان است که محققان به‌دنبال اثربخشی بیشتر درمان آن هستند؛ با این‌حال هنوز کمبودهای زیربنایی تنظیم هیجان به‌طور کامل شناخته نشده است [۲۴]. پژوهش حاضر در پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و کاهش اضطراب مؤثر است؟

## مواد و روش‌ها

این مطالعه، بخشی از پایان‌نامه دکتری رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند (کد اخلاق با شناسه HR.BUMS.REC. ۱۳۹۹،۲۵۰) می‌باشد. این پژوهش از نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی است که با استفاده از طرح درون‌گروهی چندگانه پلکانی (به‌صورت موردی) و به‌روش نمونه‌گیری هدفمند با پیگیری ۳ماهه انجام شد [۲۵]. یک آزمایش تک‌موردی، آزمایشی است که مشتمل‌بر تحقیق فشرده بر روی یک فرد یا تعدادی از افراد می‌باشد که به‌عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند [۲۶]. با توجه به این‌که تغییرات نتایج مداخله بین مرحله خطّ پایه و مرحله اجرای مداخله اتفاق می‌افتد و هر شرکت‌کننده به‌عنوان گروه کنترل خودش در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین مهم‌ترین تهدید روایی به‌خصوص روایی درونی از بین می‌رود و علاوه‌بر این طرح می‌تواند پایداری اثرات مداخله را برای هر فرد نشان دهد [۲۸،۲۷]. جامعه آماری، مراجعه‌کنندگان با دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال و مجرد بودند که با شکایت افسردگی، اضطراب، عدم کنترل خشم و پرخاشگری، در شهریور ۱۳۹۹ به کلینیک مشاوره روان‌شناختی باغ فردوس واقع در منطقه ۱ تهران مراجعه کرده بودند. از این جامعه، حجم نمونه ۳ نفر براساس حداقل حجم نمونه لازم برای تأیید یا ردّ فرضیه‌های پژوهش در مطالعات آزمایشی تک‌آزمودنی انتخاب شد [۱۴]. ابتدا از بین افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره که محقق به‌عنوان مسؤول فنی در آن مرکز مشغول به کار بود (زیر نظر ۲ روانپزشک و ۲ دکتر روانشناس)، ۵ نفر براساس ملاک‌های ورود به‌صورت هدفمند به پژوهشگر ارجاع داده شدند و جداگانه با آن‌ها مصاحبه شد. ملاک‌های ورود شامل تحصیلات دیپلم به بالا، ساکن تهران، نمره بالاتر از میانگین در مقیاس کلّ دشواری تنظیم هیجان، کسب نمره ۱۵ و بالاتر در مقیاس پرسشنامه اضطراب و طرحواره، طیف سنی ۱۸-۲۵ سال، مجرد بودن، اختلال شخصیت تشخیص داده‌شده براساس پرسشنامه خودگزارشی، نداشتن سابقه بستری در بیمارستان به‌دلیل سایکوز و دریافت نکردن خدمات روان‌درمانی یا داروهای روان‌پزشکی در ۶ ماه اخیر و ملاک‌های خروج شامل دریافت کردن خدمات روان‌درمانی هم‌زمان با این پژوهش، استفاده از دارو، مصرف مواد مخدر یا الکل در مدت‌زمان مداخلات، غیبت بیش از سه جلسه و عدم انجام تکالیف خانگی بود. در این میان، ۱ نفر از شرکت‌کنندگان به‌دلیل استفاده از دارو و ۱ نفر به‌دلیل متأهل بودن، از برنامه پژوهش حذف و درنهایت ۳ شرکت‌کننده وارد پژوهش

شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان به این شرح بود: مراجع اوّل: دختر، ۲۱ساله، مجرد، دانشجو، تشخیص اختلال شخصیت وابسته و پدر مبتلا به اعتیاد؛ مراجع دوم: پسر، ۲۰ساله، مجرد، دانشجو، تشخیص اختلال شخصیت اجتنابی و پدر مبتلا به اختلال خلقی و مراجع سوم: دختر، ۲۱ساله، مجرد، دانشجو، تشخیص اختلال شخصیت مرزی، پدر مبتلا به اختلال خلقی و اعتیاد و سابقه بیماری اسکیزوفرنی در خانواده را دارا بودند. پس از تشریح اهداف پژوهش و قبل از مداخله آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های تنظیم هیجان گرتز و رومر، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و پرسشنامه طرحواره یانگ را بین ۳ تا ۷ هفته به‌عنوان جلسات خطّ پایه تکمیل کردند. اوّلین مرحله خطّ پایه در پایان جلسه مصاحبه انجام شد و بقیه سنجش‌های مرحله خطّ پایه به‌صورت هفتگی از آزمودنی‌ها دریافت شد. هنگامی‌که خطوط پایه با شیب نسبتاً ثابت برای هر ۳ مراجع در مورد ابزارهای فوق تشکیل شد، درمان توسط درمانگر به‌روش فردی و به‌صورت هفتگی آغاز گردید. مراجعان در ۳ مرحله خطّ پایه و پس از هر ۵ جلسه و جلسه آخر درمان، پرسشنامه‌های تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب، استرس و طرحواره را طی فرآیند ۷ماهه تکمیل کردند [۲۸]. شروع مداخله هم‌زمان با جلسه سومِ آزمودنیِ اوّل، آزمودنیِ دوم و هم‌زمان با جلسه پنجمِ آزمودنیِ اوّل و جلسه سومِ آزمودنیِ دوم و آزمودنیِ سوم بود و همگی وارد مرحله درمان شدند تا اثر هم‌زمانیِ اجرای درمان کنترل شود. در پایان جلسات پیگیری ۱، ۲ و ۳ماهه، تمام مقیاس‌ها به‌طور مجدد اجرا شدند. در طرح‌های آزمایشی تک‌موردی هنگامی پژوهشگر می‌تواند از احتمال رابطه کاربردی بین متغیر وابسته و مداخله صحبت کند که این رابطه حداقل برای سه شرکت‌کننده تکرار شود [۲۹]. برای درمان، ابتدا پروتکل ۱۰جلسه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیک به‌کار گرفته شد و سپس طرحواره‌درمانی در ۲۸ جلسه با این جزئیات برگزار گردید. جلسه اوّل: ارتباط، آشنایی، همدلی، تعیین ساختار جلسات، قوانین و مقررات؛ جلسه دوم تا سوم: مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی با توجه؛ جلسه چهارم تا ششم: مهارت‌های بنیادین نظم‌بخشی هیجان؛ جلسه هفتم: مهارت‌های پیشرفته نظم‌بخشی هیجان؛ جلسه هشتم: مهارت‌های بنیادین توجه آگاه؛ جلسه نهم: مهارت‌های پیشرفته توجه؛ جلسه دهم: مهارت‌های پیشرفته تحمل؛ جلسه یازدهم تا سیزدهم: آشنا ساختن بیمار با اصول و اهداف طرحواره‌درمانی، آموزش درباره طرحواره‌های ناسازگار براساس پرسشنامه؛ جلسه چهاردهم تا نوزدهم: به‌کارگیری تکنیک‌های هیجانی؛ جلسه بیستم تا بیست و چهارم: به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی؛ جلسه بیست و پنجم تا بیست و هفتم: آموزش تکنیک‌های رفتاری و جلسه بیست و هشتم: جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون [۳۱،۳۰]. گفتنی است که پرسشنامه‌های اضطراب، افسردگی، استرس و تنظیم هیجان گرتز و رومر و طرحواره قبل، حین و پس از مداخله توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پرسشنامه خودگزارشی شخصیت (Self-report Personality Questionnaire)SCID-5-SPQ، یک مصاحبه بالینی ساختاریافته برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیت DSM-5 است. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که نمره تأثیر تمامی سؤالات مصاحبه بالینی بالاتر از ۱/۵ و درنتیجه روایی صوری تمامی سؤالات از دید متخصصان ارزیابی‌کننده مورد قبول است. همچنین آلفای کرونباخ استانداردشده سؤال‌ها جهت سنجش پایایی درونی ابزار نشان داد که پرسشنامه، دارای پایایی ۰/۹۳ است و می‌تواند به‌عنوان ابزاری دارای روایی و پایایی مطلوب برای غربالگری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت در کار پژوهشی و درمانی استفاده شود. نتایج پژوهش انجام‌شده در ایران در خصوص هنجاریابی پرسشنامه در جمعیت بالینی نشان داد که میزان توافق تشخیص‌های SCID با تشخیص روانپزشکان (به‌عنوان معیار طلایی) در تشخیص‌های مربوط به اختلال شخصیت مرزی، کاپای بالاتر از ۰/۸ و تشخیص‌های مربوط به اختلال شخصیت اجتنابی و وابسته کاپای پایین‌تر از ۰/۴ داشته است و ابزار مناسبی برای تشخیص اختلال‌های شخصیت به‌جز اختلال شخصیت اسکیزوئید است [۳۲]. پرسشنامه طرحواره یانگ، فرم کوتاه YSQ (Schema Questionnaire) ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش طرحواره‌ها است. این پرسشنامه ۷۵ آیتم دارد که زیرمجموعه ۲۰۵سؤالی نسخه اصلی است. فرم کوتاه برای ارزیابی ۱۵ طرحواره در درون پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل، مطابق با حوزه‌های تحولی اوّلیه قرار گرفته است. مقیاس درجه‌بندی ۶تایی از عدد ۱ معادل کاملاً نادرست تا عدد ۶ معادل درست قرار دارد. به‌منظور نمره‌گذاری این پرسشنامه، امتیازات هر یک از عبارت‌ها با هم جمع و نمره کل محاسبه و سپس با نمره برش (میانه) مقایسه شد. کسب نمره بالاتر از نمره برش (۱۵) به‌معنی وجود آن طرحواره است [۳۳]. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط والر، مایر و اهانیان (Waller, Meyer & Ohanian) بررسی و تأیید شده است [۳۴]. در ایران، پرسشنامه حاضر به‌دلیل برخورداری از روایی و اعتبار بالا، تناسب فرهنگی با فرهنگ ایرانی، ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب، کوتاه بودن و سهولت اجرا در زمان کوتاه‌تری نسبت به نسخه بلند ترجیح داده می‌شود. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده است که همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در زنان ۰/۹۷ و در مردان ۰/۹۸ به‌دست

آمد [۳۵]. مقیاس ۲۱سؤالی افسردگی، اضطراب و استرس DASS(Depression, Anxiety, Stress, Scale) از فرم بلند ۴۲سؤالی اقتباس شده است که می‌تواند سه نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس را از یکدیگر تشخیص دهد. نمره ۱۵ و بالاتر نشان‌دهنده اضطراب شدید است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار مورد بررسی قرار گرفته است و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ برای این سه مقیاس به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است [۳۶]. روایی این آزمون به دو صورت تحلیل عاملی و اعتبار ملاکی مورد بررسی قرار گرفته است [۳۷]. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان DERS (Difficulties in.Emotion Regulation questionnaire)، یک ابزار ۳۶گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجان فرد را در لیکرت ۵درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در ۶ زمینه شامل عدم پذیرش هیجان‌های منفی ( Nonacceptance of Negative Emitions)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (Difficulties Engaging in Goal-directed Behaviors)، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی ( Difficulties Controlling Impulsive)، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان ( limited Access to Effective Emotion Regulation Strategies)، فقدان آگاهی هیجانی ( Lack of Emotional Awarness) و فقدان شفافیت (Lack of Emotional Clarity) می‌سنجد. از مجموع نمره ۶ زیرمقیاس آزمون، نمره کلّ فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها و کلّ مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است [۳۸]. در بررسی روایی همگرا و تشخیصی افتراقی مقیاس دشواری تنظیم هیجان از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس سلامت روانی (MHI)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS) در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بالینی و غیربالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. در بررسی پایایی؛ پایایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان با استفاده از روش همسانی درونی و با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. نتایج مربوط به پایایی نشان می‌دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا در سطح ۰/۹۳ است. در ایران در پژوهش انجام‌شده، پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان برای نمره کلّ مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به‌دست آمد [۳۹]. در این پژوهش، اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش، حقّ خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات درمانی، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج به شرکت‌کنندگان در صورت تمایل رعایت شد. در طرح‌های تک‌آزمودنی روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از نمودار و تحلیل دیداری و ترسیمی نمودارها است. در تحلیل دیداری، طراز، روند و ثبات داده‌ها در مراحل مختلف (خطّ پایه، مداخله و پیگیری] و مقایسه آن‌ها در بین مراحل مختلف اساس تحلیل است. به‌منظور تعیین معناداری بالینی، از شاخص درصد بهبود ( AدرصدΔ) و شاخص تغییر پایا استفاده شد (RCI). سپس برای تعیین میزان کارآمدی، درصد داده‌های همپوش و غیرهمپوش مورد بررسی قرار گرفت. بهبود آزمودنی‌ها درصورتی به‌لحاظ بالینی معنادار تلقی می‌شود که طبق فرمول (Ao): نمره پرسشنامه مورد سنجش در خطّ پایه، (A1): نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و ( A درصدΔ) میزان تغییرات $\frac{A0-A1}{A0}$ = درصد$\Delta A$ در مرحله پس‌آزمون، نمره فرد پایین‌تر از نقاط برش مقیاس‌های اندازه‌گیری قرار گیرد. درصد بهبود ۵۰ به‌عنوان بهبود کلی، بین ۲۵ تا ۴۹ بهبود اندک و پایین‌تر از ۲۵ شکست در درمان محسوب می‌شود. اگر قدر مطلق شاخص تغییر پایا کمتر از ۱/۹۶ باشد، می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس مورد استفاده به‌دلیل پایایی ضعیف قادر به تفکیک بین افرادی که به تغییر پایدار و واقعی دست یافته‌اند، از افرادی که به چنین تغییری دست نیافته‌اند، نیست [۲۸].

## نتایج

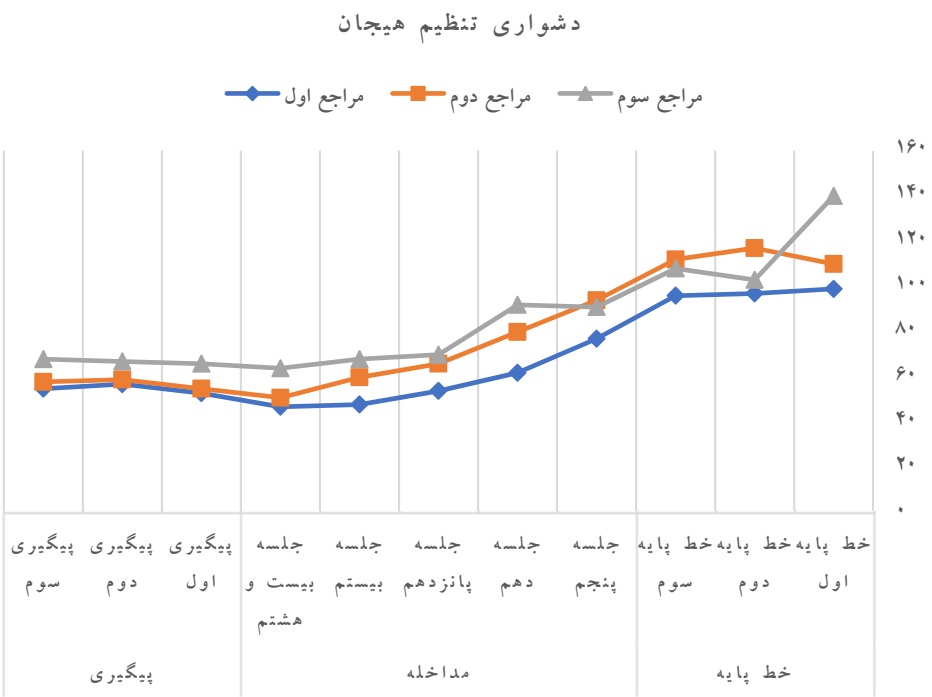
در این بخش به ارائه و بررسی نتایج به‌دست‌آمده از برنامه مداخله انفرادی پرداخته شده است. بدین‌منظور، ابتدا داده‌های گردآوری‌شده از سه موقعیت خطّ پایه، مداخله و پیگیری هر شرکت‌کننده در تنظیم هیجان و کاهش اضطراب در جدول و نمودار نشان داده خواهد شد. سپس جهت تفسیر و نتیجه‌گیری به تحلیل تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان و درصد داده‌های همپوش و غیرهمپوش به‌منظور تعیین میزان کارآمدی مداخله پرداخته شد. در ابتدا به اثربخشی مداخله بر تنظیم هیجان پرداخته شده است. براساس جدول شماره ۱، نمرات نرخ پایه معادل نمرات خام حاصل از اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خطّ پایه مداخله، پس‌آزمون و پیگیری مقیاس تنظیم هیجان برای هر سه مراجع به‌ترتیب زیر به‌دست آمده است. باتوجه به نتایج، نمرات مراجعان نسبت به خطّ پایه سیر نزولی داشته و دشواری در تنظیم هیجان کاهش پیدا کرده است. در این پژوهش درصد بهبود کلی هر سه مراجع بین ۲۵ تا ۴۹ درصد بوده است. براساس شاخص درصد بهبود، نمرات ۵۰ درصد به بالا به‌عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ تا ۴۹ درصد به‌عنوان بهبود اندک و کاهش نمرات تا ۲۵ درصد به‌عنوان شکست درمانی

تلقی می‌شود [۴۰] و همچنین مقادیر شاخص تغییر پایا (اندازه اثر) مربوط به نمرات مراجعان در تنظیم هیجان به‌ترتیب برابر ۱۰/۷۱، ۳/۲۳ و ۳/۲۵ به‌دست آمد که بیشتر از نمره z معادل ۱/۹۶ بوده است. یعنی نتایج به‌دست‌آمده بیشتر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری که بیانگر نقش مؤثر روش درمانی در کاهش دشواری در تنظیم هیجان است. شاخص تغییر پایا در مراجعان نشان می‌دهد که با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان تغییر یا بهبود به‌دست‌آمده را ناشی از اثر مداخله دانست [۴۱].

جدول شماره ۱- نمرات مراجعان در مقیاس تنظیم هیجان در مراحل خطّ پایه، مداخله و پیگیری

| مرحله | دسته‌بندی | مراجع اوّل | مراجع دوم | مراجع سوم |
|---|---|---|---|---|
| خطّ پایه | خطّ پایه اوّل | ۹۹ | ۱۱۰ | ۱۰۴ |
| | خطّ پایه دوم | ۹۷ | ۱۱۷ | ۱۰۳ |
| | خطّ پایه سوم | ۹۶ | ۱۱۲ | ۱۰۸ |
| مداخله | پایان جلسه پنجم | ۷۷ | ۹۴ | ۹۱ |
| | پایان جلسه دهم | ۶۲ | ۸۰ | ۸۲ |
| | پایان جلسه پانزدهم | ۵۴ | ۶۶ | ۷۰ |
| | پایان جلسه بیستم | ۴۸ | ۶۰ | ۶۸ |
| | پایان جلسه بیست و هشتم | ۴۷ | ۵۱ | ۶۴ |
| پیگیری | پیگیری اوّل | ۵۳ | ۵۵ | ۶۶ |
| | پیگیری دوم | ۵۷ | ۵۹ | ۶۷ |
| | پیگیری سوم | ۵۵ | ۵۸ | ۶۸ |
| | درصد بهبود کلی | ۴۴/۴۳ | ۴۷/۳ | ۳۸/۵ |
| | شاخص تغییر پایا | ۱۰/۷۱ | ۳/۲۳ | ۳/۲۵ |

در بررسی تحلیل دیداری، متغیر تنظیم هیجان مراجع اوّل نشان داد که نمرات تنظیم هیجان در مرحله خطّ پایه و مداخله، روندی نزولی (باتوجه به شاخص ثبات و جهت روند) و در مرحله پیگیری روندی صعودی داشت. پس از شروع درمان، تغییر تدریجی (طبق شاخص تغییر سطح نسبی و مطلق بین موقعیت‌ها) در سطح و روند به‌وجود آمد که نشان‌دهنده اثربخشی درمان بود. باتوجه به ماهیت رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی درواقع شروع درمان از جلسات ۵ به بعد صورت گرفته و تغییر ناگهانی و سریع پس از شروع درمان حاصل نشده است و سطح میانه از ۹۷ در مرحله خطّ پایه به ۵۵ در مرحله پیگیری کاهش یافته است و این تغییر کاهشی با روندی باثبات در جهت هدف درمان بود. نمرات مراجع دوم در مرحله خطّ پایه و پیگیری، صعودی و در جلسات مداخله، نزولی است که روندی باثبات، نزولی و سپس باثبات داشت. پس از شروع درمان، تغییر تدریجی در سطح و روند به‌وجود آمد که نشان‌دهنده اثربخشی درمان بود، سطح میانه از ۱۱۲ در مرحله خطّ پایه به ۵۸ در مرحله پیگیری کاهش یافته است که این تغییر کاهشی با روندی باثبات در جهت هدف درمان بود. نمرات مراجع سوم نشان داد که در مرحله خطّ پایه و پیگیری، صعودی و در مداخله نزولی است و سطح میانه از ۱۰۴ در مرحله خطّ پایه به ۶۷ در مرحله پیگیری کاهش یافته است و این تغییر کاهشی با روندی باثبات در جهت هدف درمان بود.



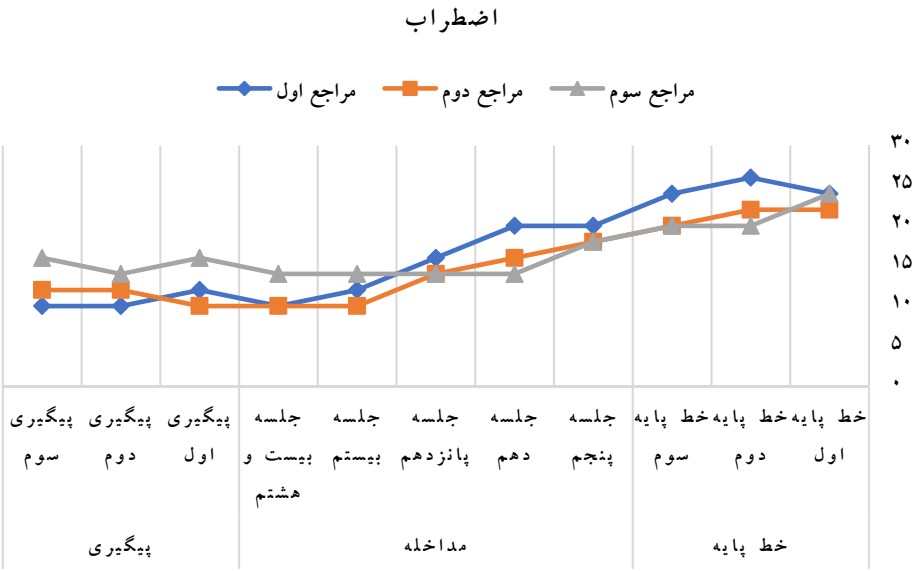

نمودار شماره ۱- تغییرات نمرات تنظیم هیجان بیماران در مراحل مختلف: خطّ پایه، مداخله و پیگیری

برای تعیین میزان کارآمدی درمان، درصد داده‌های غیرهمپوش PND( Percentage of Non_overlapping Data) و درصد داده‌های همپوش POD (Percentage of overlapping Data) مورد بررسی قرار گرفت. هرچه درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) بیشتر و درصد داده‌های همپوش (POD) کمتر باشد، اثربخشی مداخله برای آزمودنی بیشتر است و می‌توان با احتمال بالایی مداخله و پیگیری را کارآمد دانست [۲۸]. در ادامه به ذکر جزئیات پرداخته شده است. در مقایسه موقعیت پایه و مداخله، مداخله و پیگیری، پایه و پیگیری؛ در مراجع اوّل به‌ترتیب میزان ۰ درصد و ۱۰۰ درصد و ۰ درصد داده‌های مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خطّ پایه است (POD) و به‌ترتیب ۱۰۰ درصد و ۰ درصد و ۱۰۰ درصد از داده‌های مرحله مداخله بالاتر از بالاترین داده در مرحله خطّ پایه است (PND). در مراجع دوم به‌ترتیب میزان ۰ درصد و ۱۰۰ درصد و ۰ درصد داده‌های مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خطّ پایه است (POD) و به‌ترتیب ۰ درصد و ۱۰۰ درصد و ۰ درصد از داده‌های مرحله مداخله بالاتر از بالاترین داده در مرحله خطّ پایه است (PND). در مراجع سوم به‌ترتیب میزان ۱۰۰ درصد و ۰ درصد و ۱۰۰ درصد داده‌های مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خطّ پایه است (POD) و به‌ترتیب ۰ درصد و ۱۰۰ درصد و ۰ درصد از داده‌های مرحله مداخله بالاتر از بالاترین داده در مرحله خطّ پایه است (PND). باتوجه به این‌که POD کمتر از PND است، در مراجعان در مقایسه پایه و مداخله و پایه و پیگیری می‌توان با احتمال بالایی مداخله و پیگیری را کارآمد دانست. همان‌طور که در داده‌های به‌دست‌آمده مشاهده شد، روند داده‌ها از مرحله پایه تا پیگیری صعودی است، بنابراین نوع روند مثبت است. همچنین بررسی شاخص سطح همپوشی داده‌ها نشان داد که هیچ همپوشی بین نقاط داده‌های خطّ پایه و مداخله و پایه و پیگیری برای هر سه مراجع وجود نداشت (صفر درصد) و رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی در مورد هر سه مراجع مؤثر بوده است. در ادامه به بررسی اثربخشی مداخله، بر کاهش اضطراب پرداخته شده است. باتوجه به اطلاعات ارائه‌شده در جدول شماره ۲، نمرات همه مراجعان نسبت به خطّ پایه سیر نزولی پیدا کرده است. باتوجه به درصد بهبود کلی مراجعان، در مراجع اوّل موفقیت در درمان و در مراجع دوم و سوم بهبود اندک در درمان اتفاق افتاده است. اندازه اثر (شاخص تغییر پایا) برای مراجعان به‌ترتیب برابر با ۳/۴۸ و ۳/۲۶ و ۳/۱۸ است که بیشتر از نمره z معادل ۱/۹۶ می‌باشد و بیانگر نقش مؤثر روش درمانی در کاهش رفتار اضطراب است. شاخص تغییر پایا در مراجعان نشان می‌دهد با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان تغییر یا بهبود به‌دست‌آمده را ناشی از اثر مداخله دانست.

جدول شماره ۲- نمرات مراجعان در مقیاس اضطراب در مراحل خطّ پایه، مداخله و پیگیری

| مرحله | دسته‌بندی | مراجع اوّل | مراجع دوم | مراجع سوم |
|---|---|---|---|---|
| خطّ پایه | خطّ پایه اوّل | ۲۴ | ۲۲ | ۲۴ |
| | خطّ پایه دوم | ۲۶ | ۲۲ | ۲۰ |
| | خطّ پایه سوم | ۲۴ | ۲۰ | ۲۰ |
| مداخله | پایان جلسه پنجم | ۲۰ | ۱۸ | ۱۸ |
| | پایان جلسه دهم | ۲۰ | ۱۶ | ۱۴ |
| | پایان جلسه پانزدهم | ۱۶ | ۱۴ | ۱۴ |
| | پایان جلسه بیستم | ۱۲ | ۱۰ | ۱۴ |
| | پایان جلسه بیست و هشتم | ۱۰ | ۱۰ | ۱۴ |
| پیگیری | پیگیری اوّل | ۱۲ | ۱۰ | ۱۶ |
| | پیگیری دوم | ۱۰ | ۱۲ | ۱۴ |
| | پیگیری سوم | ۱۰ | ۱۲ | ۱۶ |
| درصد بهبود کلی | | ۵۸/۳ | ۴۵/۵ | ۳۳/۳ |
| شاخص تغییر پایا | | ۳/۴۸ | ۳/۲۶ | ۳/۱۸ |

در بررسی تحلیل دیداری، مراجع اوّل نشان داد که نمرات اضطراب، در مرحله خطّ پایه، مداخله و پیگیری روند نزولی داشته است و سطح میانه از ۲۴ در مرحله خطّ پایه به ۱۰ در مرحله پیگیری کاهش یافته است و این تغییر کاهشی با روندی باثبات، در جهت هدف درمان بود. تحلیل دیداری مربوط به مراجع دوم نشان داد که نمرات اضطراب در مرحله خطّ پایه، مداخله و پیگیری روندی نزولی داشته است و سطح میانه از ۲۲ در مرحله خطّ پایه به ۱۲ در مرحله پیگیری کاهش یافته است و این تغییر کاهشی با روندی باثبات، در جهت هدف درمان بود. تحلیل دیداری مربوط به مراجع سوم نشان داد که نمرات اضطراب در مرحله خطّ پایه نزولی، در مداخله صعودی و در پیگیری ثابت است و سطح میانه از ۲۰ در مرحله خطّ پایه به ۱۶ در مرحله پیگیری کاهش یافته است و این تغییر کاهشی با روندی باثبات، در جهت هدف درمان بود. در هر سه مراجع پس از شروع درمان، تغییر تدریجی (طبق شاخص تغییر سطح نسبی و مطلق بین موقعیت‌ها) در سطح و روند به‌وجود آمد که نشان‌دهنده اثربخشی درمان بود.




نمودار شماره ۲- تغییرات نمرات اضطراب بیماران در مراحل مختلف خطّ پایه، مداخله و پیگیری

درصد داده‌های همپوش و غیرهمپوش متغیر کاهش اضطراب در شرکت‌کنندگان نشان داد که در مقایسه موقعیت پایه و مداخله، مداخله و پیگیری، پایه و پیگیری؛ در مراجع اوّل به‌ترتیب میزان ۰ درصد، ۳۴ درصد و ۰ درصد داده‌های مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین

داده در مرحله خطّ پایه است (POD) و به‌ترتیب ۱۰۰ درصد، ۶۶ درصد و ۱۰۰ درصد از داده‌های مرحله مداخله بالاتر از بالاترین داده در مرحله خطّ پایه است (PND). در مراجع دوم به‌ترتیب میزان ۰ درصد، ۴۰ درصد و ۰ درصد داده‌های مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خطّ پایه است (POD) و به‌ترتیب ۱۰۰ درصد، ۶۰ درصد و ۱۰۰ درصد از داده‌های مرحله مداخله بالاتر از بالاترین داده در مرحله خطّ پایه است (PND). در مراجع سوم به‌ترتیب میزان ۰ درصد، ۴۰ درصد و ۰ درصد داده‌های مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خطّ پایه است (POD) و به‌ترتیب ۱۰۰ درصد، ۶۰ درصد و ۱۰۰ درصد از داده‌های مرحله مداخله بالاتر از بالاترین داده در مرحله خطّ پایه است (PND). پس باتوجه به این‌که در مراجعان POD کمتر از PND است، می‌توان با احتمال بالایی مداخله و پیگیری را کارآمد دانست. در این‌راستا، بررسی شاخص سطح همپوشی داده‌ها نشان داد که هیچ همپوشی بین نقاط داده‌های خطّ پایه و مداخله برای هر سه مراجع وجود نداشته (۰ درصد) و نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی در مورد هر سه مراجع مؤثر بوده است (۱۰۰ درصد).

## بحث

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی در طی ۲۸ جلسه در تنظیم هیجان و کاهش اضطراب مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط صفری و آفتاب [۴۲]، Fitzpatrick و همکاران [۴۳] هماهنگ و همخوان است و استفاده از مهارت‌های نظم‌بخشی هیجان در رفتاردرمانی دیالکتیکی را مؤثر نشان داده است. ابتدا بیمار با هیجان‌ها و نحوه کنارآمدن با آن‌ها آشنا می‌شود، سپس موانعی را که بر هیجان‌های سالم غلبه می‌کند، شناسایی می‌نماید. شناخت نحوه کنارآمدن با هیجان‌های آشفته‌ساز، به کاهش آسیب‌پذیری جسمی منجر می‌شود، سپس بیمار یاد می‌گیرد که با استفاده از افکار مقابله‌ای از قضاوت و سرزنش‌گری خویش دست بکشد و بپذیرد که انسان مهم و باارزشی است که در این مرحله، کاهش آسیب‌پذیری شناختی نیز صورت می‌گیرد و درنهایت با تجربه‌کردن هیجان‌های مثبت، بیمار، خود را از تله هیجان‌های آشفته‌ساز رها می‌کند. پژوهش کاظمی و همکاران [۴۴] نیز اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر کاهش اضطراب با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی گزارش کرده است. بیماران در طی جلسات درمانی می‌آموزند که به‌جای پرداختن به افکار اضطراب‌آور و پریشان‌کننده درباره گذشته و آینده می‌توانند زمان زیادی را در لحظه حال سپری کنند. یافته دیگر پژوهش نیز نشان داد که طرحواره‌درمانی در تنظیم هیجان و کاهش اضطراب مؤثر بوده است. طی پژوهش انجام‌شده توسط عباسی و همکاران [۴۵]، بیداری و حاجی‌علیزاده [۴۶]، به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی در تنظیم هیجان و کاهش اضطراب، مؤثر گزارش شده است که همسو و همخوان با پژوهش حاضر است. به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی، موجب کاهش مشکلات بین فردی و بی‌ثباتی عاطفی می‌شود و از این طریق تنظیم هیجان صورت می‌گیرد. طبق مطالعات انجام‌شده توسط Taylor و همکاران [۴۷]، تغییر طرحواره‌های ناسازگار اوّلیه به کاهش علائم اختلالات روان‌شناختی (استرس و اضطراب) منجر شده است. در طرحواره‌درمانی، فرآیند به‌چالش‌کشیدن افکار، تعیین مزایا و معایب و گفتگو بین جنبه‌های سالم و طرحواره‌ای از طریق تکنیک‌های شناختی، به‌صورت گسترده و عمیق صورت می‌گیرد. از سوی دیگر طرحواره‌های ناسازگار (به‌دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی) به‌شدت بر اطلاعات ورودی اثر می‌گذارند و باعث می‌شوند که افراد، منابع شناختی لازم را برای آرام‌سازی خود از دست بدهند که در طرحواره درمانی از طریق باز والدینی حدّ و مرزدار به اصلاح طرحواره‌های ناسازگار پرداخته شده است. بنابراین به‌نظر می‌رسد که اثربخشی طرحواره‌درمانی از این طریق صورت گرفته است. اکثر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در دوران کودکی و به‌ویژه سنین ۶ تا ۱۲ سالگی مورد بدرفتاری جنسی، جسمی و یا هیجانی قرار گرفته‌اند. همچنین مشکلات درون خانواده، فقدان‌ها و جدایی‌های اوّلیه، روابط خانوادگی آشفته، تضادهای ارتباطی شدید میان والدین و سوء استفاده‌های جسمی و جنسی کودکی، از جمله عوامل محیطی دخیل در سایکوپاتولوژی اختلال شخصیت مرزی است [۴۲]. بنابراین در تبیین اثربخشی اندک مراجع سوم در تنظیم هیجان و کاهش اضطراب می‌توان عواملی نظیر تشخیص اختلال شخصیت مرزی، برگشت پدر و شروع بحث و جنجال در خانواده، وضعیت اقتصادی ضعیف و سابقه ابتلا به اسکیزوفرنی در خانواده را دخیل دانست. از سوی دیگر افرادی که از اختلالات شخصیت رنج می‌برند، اغلب در ذهنشان توقعات مسأله‌سازی شکل گرفته است. مرکز ثقل این توقعات همان آرزوهایی هستند که افراد در روابط بین فردی سخت به‌دنبال برآورده‌سازی‌شان می‌گردند. حتی ممکن است دامنه توقعات به عوامل برانگیزاننده افسردگی یا اضطراب نیز کشیده شود. هرچه تحقیرهای دوران کودکی بیشتر باشد، توانایی فرد برای مقابله با مشکلات زندگی کمتر می‌گردد و متوقع‌تر از خودش، دیگران و دنیا می‌شود. افراد مضطرب مایل هستند مدام دیگران را چک کنند، برون‌ریزی ناگهانی حسادت داشته باشند و بیشتر عمرشان حسرت بخورند که روابطشان صمیمانه‌تر نیست. اختلال شخصیت وابسته در

مراجع اوّل و اختلال شخصیت اجتنابی در مراجع دوم و همچنین آشفتگی و بی‌ثباتی هیجانی در خانواده‌ها می‌تواند تبیین قابل‌قبولی برای بهبود اندک مراجع دوم و سوم در تنظیم هیجان و بهبود اندک مراجع دوم در کاهش اضطراب باشد. برخوردار و همکاران [۴۸]، اثربخشی تلفیقی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی را در کاهش بی‌ثباتی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بی‌تأثیر گزارش کرده‌اند که با پژوهش حاضر ناهمسو است. نتایج حاصل از پژوهش Fassbinder و همکاران [۲۰]، مبنی‌بر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان نشان داده است که هر دو درمان برای تنظیم هیجان مؤثر بوده است؛ ولی تفاوت‌هایی نیز وجود داشته است. رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور مستقیم با استفاده از مهارت‌های نظم‌بخشی هیجان، بر هیجان‌های آشفته‌ساز اثربخش بوده است. درحالی‌که طرحواره‌درمانی به‌ندرت به‌طور مستقیم بر روی تنظیم هیجان و بیشتر روی عوامل زمینه‌ساز هیجان‌های آشفته‌ساز، مداخله می‌کند. Vuijk و Arntz معتقدند [۲۵]، پژوهش‌هایی که به‌منظور تنظیم هیجان صورت گرفته است، هنوز کمبودهایی در زمینه شناخت مبانی زیربنایی تنظیم هیجان دارند. بنابراین به‌نظر می‌رسد که ترکیب این دو روش موجب تسهیل در تنظیم هیجان شده باشد. یافته‌های پژوهش حاضر، به‌طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمّی را برای ارتقای سلامت روانی افراد دچار بدتنظیمی هیجان و پیشگیری از بروز اضطراب نشان داد. یکی از تلویحات این یافته‌ها می‌تواند این باشد که ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی میزان اثربخشی را افزایش می‌دهد. از دیگر دلایل اثربخشی این پژوهش می‌تواند انتخاب درمان انفرادی و توجه به تفاوت‌های فردی باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، شیوع بیماری کرونا و در نتیجه نبودِ ارتباط درمانی لازم هنگام انجام تکنیک‌های تجربی به‌دلیل استفاده از ماسک و رعایت پروتکل بهداشتی بود. بر این اساس برای نتیجه‌گیری نهایی، تکرار مطالعات موردی متعدد پیشنهاد می‌شود.

## نتیجه‌گیری

طرحواره‌های ناسازگار بین فردی باعث می‌شوند که افراد منابع شناختی لازم را برای آرام‌سازی خود از دست بدهند یا اصلاً فاقد چنین منابعی باشند. شاید این موضوع بتواند پاسخی به این سؤال باشد که چرا برخی از افراد با وجود یادگیری مهارت‌های آرامش‌بخشی باز هم نمی‌توانند به‌تنهایی اضطراب و آشفتگی خود را کم کنند؛ بنابراین در خصوص افزایش سلامت روان، راهبرد ترکیبی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی می‌تواند در مراکز مشاوره برای درمان بیمارانی که از بدتنظیمی هیجان و اضطراب همراه با اختلال شخصیت رنج می‌برند، به‌کار گرفته شود.

## تشکر و قدردانی

پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و مشارکت‌کنندگان در پژوهش، کمال سپاسگزاری را دارند.

## *References:*

[1] McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. ***Emotion*** 2020; 20[1): 1-9.
[2] Modara F, Sarokhani D, Valizadeh R, Sarokhani M. The Average Review Score of Anxiety in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis. ***J Ilam Univ Med Sci*** 2017; 25(2): 181-210. [in Persian]
[3] Muris P, Simon E, Lijphart H, Bos A, W. Hale, K. Schmeit. The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Development and First Psychometric Evidence of a New Scale for Assessing Anxiety Disorders Symptoms of Children and Adolescents. ***Child Psychiatry Hum Dev*** 2017; 48(1): 1-17.
[4] Peeters N, Passel Bv, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. ***Br J Clin Psychol*** 2021.
[5] Helion C, Krueger SM, Ochsner KN. Emotion regulation across the life span. ***Handb Clin Neurol*** 2019; 163: 257-80.
[6] Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. ***Psychol Inq*** 2015; 26(1): 1-26.
[7] Wolff JC, Thompson E, Thomas SA, J Nesi, Bettis AH, Ransford B, et al. Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. ***Eur Psychiatry*** 2019; 59: 25-36.
[8] Beauchaine TP, Crowell SE. The Oxford handbook of emotion dysregulation. New York: Oxford University Press; 2018.
[9] Harris R. The happiness trap: how to stop struggling and start living. Iran: Danje; 2015. p. 416. [in Persian]
[10] McKay M, Fanning P. Prisoners of belief : exposing & changing beliefs that control your life. Iran: Zehn Aviz; 2012. [in Persian]
[11] Marra T. Dialectical behavior therapy in private practice : a practical and comprehensive guide. Iran: Arjmand; 2016. p. 304. [in Persian]
[12] Leahy RL. Overcoming resistance in cognitive therapy. Paperback ed. Iran: Arjmand; 2018. p. 416. [in Persian]
[13] Alilou M, Sharifi MA. Borderline personality disorder (BPD). Iran: Arjmand; 2012. [in Persian]
[14] Lane JD, Gast DL. Visual analysis in single case experimental design studies: brief review and guidelines. ***Neuropsychol Rehabil*** 2014; 24(3-4): 445-63.

[15] Moradi M, Faqihi AN. The Relationship Between Parental Bonding And Early Maladaptive Schemata. ***Islam J Women Fam*** 2017; 5(8): 22. [in Persian]
[16] Hauber K, Boon A, Vermeiren R. Non-suicidal Self-Injury in Clinical Practice. ***Front Psychol*** 2019; 10: 502.
[17] Arntz A, Jacob G. Schema therapy in practice : an introductory guide to the schema mode approach. Iran: Asbar; 2020. p. 320. [in Persian]
[18] Chapman AL, Gratz KL, Tull MT. The dialectical behavior therapy skills workbook for anxiety : breaking free from worry, panic, PTSD & other anxiety symptoms. Iran: Arjmand; 2017. p . 224. [in Persian]
[19] Prada P, Perroud N, Rüfenacht E, Nicastro R. Strategies to Deal With Suicide and Non-suicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder, the Case of DBT. ***Front Psychol Behav Sci*** 2018; 9: 2595.
[20] Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Wilde OB-d, Arntz A. Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. ***Front Psychol*** 2016; 7: 1373.
[21] Roediger E, Stevens B, Brockman R, Behary WT, Young J. Contextual schema therapy: an integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, & interpersonal functioning. Iran: Ibn Sina; 2021. [in Persian]
[22] Napel-Schutz MCT, Abma TA, Bamelis L, Arntz A. Personality Disorder Patients' Perspectives on the Introduction of Imagery Within Schema Therapy: A Qualitative Study of Patients' Experiences. ***Cogn Behav Pract*** 2011; 18(4): 482-90.
[23] Young JE, Janet S. Klosko, Weishaar ME. Schema therapy : a practitioner's guide. Paperback edition. ed. Iran: Arjmand; 2011. 240 p.[in Persian]
[24] Tamir M. Effortful Emotion Regulation as a Unique Form of Cybernetic Control. ***Perspect Psychol Sci*** 2021; 16(1): 94-117
[25] Vuijk R, Arntz A. Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: Protocol of a multiple-baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions. ***Contemp Clin Trials Commun*** 2017; 5: 80-5
[26] Seif AA. Behavior change and behavior therapy: theories and methods. 3, editor. Iran: Dooran; 2019. [in Persian]
[27] Farhadi M, Pasandideh MM, Vaziri S. Evaluation of the effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis. ***J Clin Psychol Personal*** 2022; 19(2):14.[in Persian]
[28] Noferesti A, Hassanabadi HR. Data analysis in single case experimental design studies. ***RR J***. 2019; 7(12): 291-306. [in Persian]
[29] Ledford JR, Gast DL, editors. Single case research methodology. New York, NY: Routledge; 2018.
[30] McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance. New Harbinger Publications; 2019.
[31] Vreeswijk MV, Broersen J, Nadort M, Ebscohost. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy : theory, research, and practice. Iran: Rasa; 2017. [in Persian]
[32] Gharrae B, Masoumian S, Zamirinejad S, Yaghmaeezadeh H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Self-report Personality Questionnaire for Personality Disorders of DSM-5 (SCID-5-SPQ) in Clinical Samples. ***Iran J Clin Psychol Psychiatry*** 2022; 27(4): 508-19. [in Persian]
[33] Kurdlo M. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. ***Growth Sch Couns Educ*** 2010; 19(4): 20 -3. [in Persian]
[34] Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric Properties of the Long and Short Versions of the Young Schema Questionnaire: Core Beliefs Among Bulimic and Comparison Women. ***Cognit Ther Res*** 2001; 25(2): 137-47.
[35] Ahi Q. Examining the Factorial Structure of the Young schema questionnaire YSQ short form. Iran: Allameh Tabataba'i University;
[36] Samani S, Joukar B. A Study On The Reliability And Validity Of The Short Form Of The Depression Anxiety Stress Scale (Dass-21). ***J Soc Sci Humanit Shiraz Univ*** 2007; 26(3): 65-76. [in Persian]
[37] Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. ***Behav Res Ther*** 1995; 33(3): 335-43.
[38] Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. ***J Psychopathol Behav Assess*** 2004; 26(1): 41-54.
[39] Besharat A, Shalchi B. Attachment Styles and Coping With Stress. ***J Iran Psychol*** 2007; 3(11): 11. [in Persian]
[40] Blanchard EB, Schwarz SP. Clinically significant changes in behavioral medicine. ***Behav Assess*** 1988.
[41] Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. ***J Consult Clin Psychol*** 1991; 59(1): 12-9.
[42] Safari A, Aftab R. The Effectiveness of Online Dialectical Behavior Therapy on the Emotion Regulation Difficulties, Guilt Feeling and

Dissociative Symptoms in Depressed People. ***Quar Appl Psychol*** 2021; 15(4): 28. [in Persian]
[43] Fitzpatrick S, Bailey K, Rizvi SL. Changes in Emotions Over the Course of Dialectical Behavior Therapy and the Moderating Role of Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress Disorder. ***Behav Ther*** 2020; 51(6): 946-57.
[44] Rezaei VK, Kakabraee K, Hosseini SS. The Effectiveness of teaching Emotion Regulation skill Based on dialectical behavioral therapy on Psychological Distress and Cognitive Flexibility Cardiovascular Patients. ***J Nurs Educ*** 2019; 7(3): 31-40. [in Persian]
[45] Abbasi F, Manesh FM, Naderi F, Bakhtiyarpour S. The effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation and quality of life in asthmatic individuals. ***Med j Mashhad Univ Med Sci*** 2020; 63(2): 10. [in Persian]
[46] Bidari F, Alizadeh KH. Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. ***J Psychol Stud*** 2019; 15(2): 165-80. [in Persian]
[47] Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. ***Psychol Psychother*** 2017; 90(3): 456-79.
[48] Pourshahriari M, Kazemi MS, Fatehizadeh M. The Effectiveness of schema therapy-dialectical behavior therapy combined method on reducing the symptoms in female patients with Borderline Personality Disorder Symptoms review. Iran: Alzahra University; 2011. [in Persian]