



Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Integrated Schema Oriented Therapy on Components of Impulsivity in People with Borderline Personality Characteristic

Zeinab Zakerzadeh ¹ , Mohsen Golparvar ^{2,*} , Asghar Aghaei ³ 

¹ Ph.D. Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

³ Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Mohsen Golparvar, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. E-mail: drmgolparvar@gmail.com

Received: 18 Aug 2019

Accepted: 20 Jan 2020

Abstract

Introduction: Impulsivity is one of the problems which Individuals with borderline personality characteristics suffered from them. According to this point, the aim of this study was to the comparison of the effectiveness of schema therapy and integrated schema oriented therapy on impulsivity and their components among individuals with borderline personality characteristics.

Methods: The research method was semi-experimental, and the research design was three groups with two stages of pre-test and post-test. The 45 persons were selected from 70 persons with borderline personality characteristics in Isfahan in winter leading to the summer of 2018, based on criteria of entry and exit and then randomly assigned in two experimental groups and a control group (each group with 15 people). Barratt's impulsivity scale was used to measure the dependent variable in the pretest and post-test. The group of integrated schema oriented therapy and schema therapy received 15 sessions of treatment, and the control group did not receive any treatment. The data were analyzed by multivariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test using SPSS 21 software.

Results: The results showed that there is a significant difference between the integrated schema oriented therapy and schema therapy and control groups in impulsivity, cognitive impulsivity and motor impulsivity in post-test after controlling for pretest ($P < 0.001$), but there is not a significant difference between integrated schema oriented therapy and schema therapy with the control group in non-planning subscale ($P > 0.05$). Also, there is not a considerable difference between built-in schema oriented therapy and schema therapy in impulsivity and their components ($P > 0.05$).

Conclusions: Based on the findings of this study (schema therapy, and integrated schema) oriented therapy can be effective treatments for reducing impulsivity in individuals with borderline personality characteristics. It is recommended that these two treatments be used for people with borderline personality traits in therapeutic centers.

Keywords: Impulsivity, Integrated Schema-Oriented Therapy, Schema Therapy, Borderline Personality

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان یکپارچه نگر طرحواره محور بر مولفه های تکانشگری در افراد دارای ویژگی های شخصیت مرزی

زینب ذاکرزاده^۱ ID، محسن گل پرور^{۲*} ID، اصغر آقایی^۳ ID

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
^۳ استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 * نویسنده مسئول: محسن گل پرور، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران، ایمیل: drmgolparvar@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۲۷

چکیده

مقدمه: تکانشگری یکی از مشکلاتی است که افراد دارای ویژگی های شخصیتی مرزی از آن رنج می برند. با توجه به این نکته، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان یکپارچه نگر طرحواره محور بر تکانشگری و مولفه های آن در افراد دارای ویژگی های شخصیت مرزی اجرا شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش، سه گروهی با دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بود. به منظور انجام پژوهش از میان ۷۰ نفر دارای ویژگی های شخصیت مرزی در شهر اصفهان در زمستان سال ۱۳۹۶ و نیمه اول سال ۱۳۹۷، ۴۵ نفر بر مبنای ملاک های ورود و خروج انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) گمارده شدند. پرسشنامه تکانشگری بارات (BIS-11) برای سنجش متغیر وابسته در مراحل پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. گروه درمان یکپارچه نگر طرحواره محور و طرحواره درمانی هر یک به مدت ۱۵ جلسه، تحت درمان قرار گرفته و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نمود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم افزار SPSS، نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که دو درمان یکپارچه نگر طرحواره محور و طرحواره درمانی با گروه کنترل در تکانشگری کلی، تکانشگری شناختی و تکانشگری حرکتی در پس آزمون پس از کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری دارند ($P > 0/001$)، ولی در مؤلفه بی برنامه بینی دو درمان و گروه کنترل تفاوت معناداری به دست نیامد ($P < 0/05$). همچنین دو درمان یکپارچه نگر طرحواره محور و گروه طرحواره درمانی در تأثیر بر تکانشگری دارای تفاوت معناداری نبودند ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر مبنای یافته های این پژوهش، می توان نتیجه گرفت که درمان یکپارچه نگر طرحواره محور و طرحواره درمانی، درمان هایی مؤثر برای کاهش میزان تکانشگری در افراد دارای ویژگی های شخصیت مرزی هستند. پیشنهاد می شود که این دو درمان برای افراد دارای ویژگی های شخصیت مرزی در مراکز درمانی استفاده شوند.

واژگان کلیدی: تکانشگری، درمان یکپارچه نگر طرحواره محور، طرحواره درمانی، شخصیت مرزی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

شیوعی بین ۰/۸۵ تا ۳/۳ درصد است [۳، ۴]. از نگاه تظاهرات و نموده های بالینی در عرصه روان پرستاری، اختلال شخصیت مرزی با مواردی نظیر اجتناب از طرد یا رهاشدگی واقعی یا خیالی، روابط بین فردی بی ثبات، آشفتگی هویت، رفتارهای خودکشی یا خود آسیب زنی، بی ثباتی هیجانی، احساس مزمن پوچی، خشم نامناسب و شدید یا اشکال در کنترل خشم و اندیشه پردازی های پارانویایی گذرا یا

اختلال شخصیت مرزی، یکی از انواع اختلال های شخصیت است که با بی نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می شود [۱]. این اختلال با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین فردی و همچنین برانگیختگی شدید، از دیگر انواع اختلال های شخصیت متمایز می شود [۲]. شیوع تقریبی اختلال شخصیت مرزی ۱ تا ۳ درصد در طول عمر و در جمعیت عمومی دارای

مؤثر بر اختلال شخصیت مرزی طی سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است [۲۰، ۲۱]. محمدی‌زاده و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که تلفیق دو درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی در کاهش رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی اثربخش است [۲۲].

درمان دیگری که تاکنون به صورت مشخص برای افراد دارای ویژگی شخصیت مرزی استفاده شده، روان پویشی کوتاه مدت است [۲۳]. مطالعات حوزه روان‌درمانی و روان‌پرستاری بر روی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت دو دهه گذشته نشان داده که بازگویی و تداعی گفتاری و نوشتاری سلامت جسمانی و روانی را بهبود می‌بخشد و در عین حال موضع فعال درمانگر و به‌کارگیری صحیح فنون در این نوع درمان سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان، به شکلی عمیق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نموده و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد [۲۴-۲۶]. در حوزه روان‌درمانی و روان‌پرستاری، بسیاری از افراد، بالاخص افراد مبتلا به اختلال شخصیت، دفاع‌های تاکتیکی نامناسب فرایند شکل‌گیری درک عمیق و اصیل و کاهش افکار غیرمنطقی توسط بیماران را نسبت به دیگران مختل می‌سازد و میزان رضایت آن‌ها را از زندگی و نسبت به یکدیگر کاهش می‌دهد [۲۷]. به همین دلیل در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را از طریق مواجهه با هیجان‌ها یا تعارض‌ها حل کند [۲۸، ۲۹]. مطالعه رنجبر سودجانی و همکاران نشان داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، یک روش مناسب بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت است [۲۵]. Shaikh و همکاران با مروری بر طیف مطالعات حوزه روان‌درمانی و درمان‌های پزشکی اختلال شخصیت مرزی نشان دادند که درمان روان‌پویشی در کنار رفتار درمانی دیالکتیک از زمره درمان‌های مفید برای افراد مبتلا به این اختلال شخصیت است [۳۰]. همچنین نتایج بررسی Juul و همکاران نیز نشان می‌دهد که درمان روان‌پویشی در درمان نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی از جمله تکانشگری، درمانی قابل اتکا و مفید است [۳۱].

در کنار سه درمان اشاره شده، درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش مجدد (EMDR)، درمانی ترکیبی و ساختارمند است که از حرکات منظم و سریع چشمان خود بیمار برای درمان مشکلات روان‌شناختی استفاده می‌کند [۳۲، ۳۳]. هسته مرکزی این نوع درمان، شامل تغییر تجارب و افکار ذخیره شده ناکارآمد به شکلی واضح، تطبیقی و سازگارانه از طریق غرقه‌سازی تجسمی، بازسازی شناختی، استفاده سریع و موزون از حرکات چشم و تحریک دوسویه است [۳۴، ۳۵]. درمان EMDR برای تعدیل افکار منفی و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت همراه با تعدیل تغییرات جسمانی از طریق حساسیت‌زدایی مؤثر گزارش شده است. این روش سطح آشفستگی ذهنی و خاطرات آزاردهنده را در افراد مبتلا به استرس کاهش داده و موجب افزایش اعتمادبه‌نفس در آن‌ها می‌شود [۳۶]. مطالعات متعددی نشان داده که دوره درمان EMDR نسبت به درمان‌های مکمل دیگر کوتاه‌تر و نسبت به دیگر روش‌های درمانی مانند شناختی-رفتاری تأثیرات درمانی بیشتری دارد [۳۷]. برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند درمان

نشانه‌های شدید تجزیه قابل تشخیص است [۵]. رایج‌ترین الگوی قابل مشاهده در اختلال شخصیت مرزی، ناپایداری و بی‌ثباتی مزمین رفتاری و هیجانی همراه با رفتارهای غیرقابل کنترل تکانشی است [۶]. در واقع تکانشگری یکی از ویژگی‌های مهم و پایدارترین مسائل شخصیتی در افراد مبتلا اختلال شخصیت مرزی است [۷]. در نگاهی اجمالی می‌توان گفت که تکانشگری گرایش و آمادگی فرد برای ابراز واکنش‌های سریع و بی‌برنامه نسبت به محرک‌های درونی یا بیرونی، بدون توجه به عواقب و پیامدهای آن است [۸]. فقدان برنامه‌ریزی (به معنای گرایش به درگیر شدن در اعمال فوری به‌جای عمل همراه با تفکر دقیق و برنامه‌ریزی)، فوریت (به معنای مشکل برای مقاومت در برابر تکانه‌های قوی و گرایش به عمل از روی بی‌ملاحظگی در هنگام تجارب هیجانی منفی یا مثبت)، هیجان‌طلبی (به معنای گرایش به جست‌وجوی هیجان و ماجراجویی) و فقدان پایداری (به معنای مشکل در نگهداشتن توجه بر انجام تکلیف و شکست در تحمل خستگی) مهم‌ترین عناصر مطرح در رفتارهای تکانشگرانه هستند [۹]. مطالعات انجام شده به خوبی نشان داده‌اند که تکانشگری به دلیل ضعف در عملکردهای اجرایی و توانایی کنترل تکانه‌ها در افراد تکانشگر موجب اختلال در تعادل و اختلال در رفتارهای هدفمند و خودتنظیمی بالاخص در میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود [۱۰-۱۲].

در حوزه روان‌شناختی و روان‌پرستاری، مشکلاتی که تکانشگری برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی به وجود می‌آورد، درمانگران را بر آن داشته تا درمان‌های مختلفی را برای کمک به این افراد استفاده کنند. از جمله متداول‌ترین این درمان‌ها، می‌توان به طرحواره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم اشاره کرد [۱۳، ۱۴]. طرحواره درمانی متشکل از اصول و مبانی رویکردهای شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابطی، سازنده‌گرایی و روانکاوی است [۱۵]. این نوع درمان یکی از مطرح‌ترین درمان‌ها برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی است. در حمایت از اثربخشی طرحواره درمانی برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، Doomen در پژوهش خود نشان داد حمایت طرحواره‌ای همراه با مشاوره تلفنی در طول درمان عوامل مهم در کاهش تکانشگری هستند Sempertegui [۱۷]. و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره درمانی می‌تواند در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی مفید باشد و باعث بهبود این بیماران شود [۱۸]. در کنار طرحواره درمانی، رفتار درمانی دیالکتیک نیز از زمره درمان‌های به نسبت مدرن است که می‌توان از آن برای مقابله با برخی علائم و نشانه‌های افراد دارای ویژگی شخصیت مرزی استفاده نمود. در این نوع درمان، مشکل آسیب‌پذیری هیجانی که حساسیت هیجانی و ناتوانی تنظیم حالت‌های هیجانی را موجب می‌شود از عمده‌ترین مسائل افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی معرفی شده است [۱۹]. در واقع افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، نه تنها به محرک‌های هیجانی حساس هستند، بلکه بسیار سریع به محرک‌ها واکنش نشان داده و برای بازگشت به حالت اولیه و آرام شدن نیاز به زمانی طولانی دارند. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان درمان

ویژگی‌های شخصیت مرزی در شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۶ و نیمه اول سال ۱۳۹۷ که به مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی مراجعه نمودند، تشکیل دادند. اگر چه یافتن افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی به دلیل سطح بینش پائین این افراد امری دشوار است، ولی با توجه به طول زمان نه ماهه مطالعه حاضر، پس از بررسی‌های دقیق اولیه هفتاد نفر که نشانه‌های مطرح برای شخصیت مرزی را داشتند به صورت اولیه از طریق مصاحبه دقیق مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌انجمن روان‌شناسی آمریکا به عنوان جامعه آماری مطالعه حاضر شناسایی شدند. از میان جامعه آماری مورد اشاره پس از بررسی دقیق معیارهای ورود و خروج، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج و برای دستیابی به توان آماری قابل قبول در مطالعات آزمایشی روان‌شناختی و روان‌پرستاری، انتخاب و سپس از طریق گمارش تصادفی به سه گروه پانزده نفری گمارده شدند. معیارهای ورود شامل دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، حداقل داشتن سطح تحصیلات سیکل، سکونت در استان اصفهان، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش و دارای بودن نشانه‌های شخصیت مرزی بر اساس معیارهای مطرح در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌انجمن روان‌شناسی آمریکا از طریق مصاحبه بالینی بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم ابتلا به سایر اختلالات روان‌شناسی و روان‌پزشکی، شرکت در برنامه‌های روان‌درمانی دیگر و درمان‌های دارویی در خارج از مداخله آموزشی و درمانی پژوهش حاضر، بستری شدن در بیمارستان روانی در طول دوره پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه و تغییر محل سکونت بودند. ملاحظات اخلاقی شامل رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه شرکت در مطالعه، اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج و آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش به اختیار خود تحت یکی از دو روش درمان یکپارچه نگر طرحواره محور و یا طرحواره درمانی در پژوهش بودند. از مقیاس تکانشگری بارات برای سنجش متغیر وابسته استفاده شد.

مقیاس تکانشگری بارات (Barratt Impulsiveness Scale-BIS) (11 دارای ۳۰ سؤال و سه خرده مقیاس تکانشگری شناختی (توجهی)، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی است [۴۴]. فرد پاسخگو باید هر یک از ماده‌های این پرسش‌نامه را در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرتی (۱ = هیچگاه/به ندرت، ۲ = گاهی اوقات، ۳ = اغلب و ۴ = اکثر اوقات/همیشه) پاسخ دهد. ۱۱ ماده از ۳۰ ماده این مقیاس به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ و افزایش نمرات به معنای افزایش سطح تکانشگری است. این مقیاس دارای روایی و پایایی قابل قبولی است. نتایج پژوهش Fossati و همکاران نشان داده که ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ و ضریب اعتبار باز آزمایشی با فاصله دو ماه برابر با ۰/۸۹ است [۴۵]. نتایج پژوهش Someya و همکاران نیز نشان داده که دامنه آلفای کرونباخ، برای سه عامل و نیز نمره کل پرسش‌نامه بین ۰/۶ تا ۰/۷۹ و ضریب اعتبار باز آزمایشی پس از ۴ ماه، بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ هستند [۴۶]. جاوید و همکاران

EMDR منجر به کاهش سریع نشانه‌های استرس (بدون دادن تکلیف خانگی) می‌شود [۳۸، ۳۹]. بر اساس گزارش Mosquera و همکاران تأثیر هشت جلسه EMDR معادل هشت هفته درمان فلوکستین و تأثیر این درمان بر روی اختلال‌های شخصیت مثبت است [۳۴]. مؤمنی سفرآباد و همکاران نیز در یک مطالعه مورد منفرد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی نشان دادند که درمان EMDR موجب کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های تجارب تجزیه‌ای می‌شود [۴۰].

مروری بر مهمترین درمان‌های مورد استفاده برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، حاکی از تنوع رویکردهای درمانی برای این گروه افراد در حوزه روان‌درمانی و روان‌پرستاری است. مطالعات ارزیابانه درمان‌های روان‌شناختی برای افراد دارای اختلال شخصیت، بالاخص اختلال شخصیت مرزی حاکی از اثرات کم تا متوسط این درمان‌های منفرد، نظیر طرحواره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی فشرده کوتاه مدت است [۴۱]. دلیل این امر نیز این است که افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، از طیف مسائل مختلف رفتاری، هیجانی و شناختی در هم پیچیده به‌طور همزمان رنج می‌برند. به همین جهت، در بسیاری موارد ممکن است با تمرکز صرف بر یک رویکرد درمانی نتوان طیف مشکلات آن‌ها را به‌طور همزمان مورد توجه قرار داد [۴۲]. برای غلبه بر این مشکل، بسیاری از پژوهشگران و درمانگران عرصه روان‌درمانی و روان‌پرستاری درگیر در درمان افراد دارای اختلال شخصیت، درمان‌های ترکیبی، از جمله ترکیب طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک، ترکیب طرحواره درمانی و روان‌درمانی پویایی و ترکیب روان‌درمانی و دارو درمانی را پیشنهاد و استفاده نموده‌اند [۴۱، ۴۲]. با این حال کماکان توصیه به طراحی و استفاده از درمان‌های نوین ترکیبی بیشتر برای کمک به افراد دارای اختلال شخصیت مطرح است [۴۳]. بنابراین با توجه به تاکید پژوهشگران و درمانگران درگیر در درمان اختلال شخصیت مرزی، در پژوهش حاضر برای اولین بار با تمرکز بر در هم تنیدگی مشکلات رفتاری، هیجانی و شناختی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، درمان یکپارچه‌نگر طرحواره‌محور (ISOT)، از ترکیب چهار درمان طرحواره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیک، روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش مجدد در راستای پر کردن بخشی از خلأ موجود در باره درمان‌های ترکیبی جامع متناسب با نیازهای رفتاری، شناختی و هیجانی افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی مرزی تدوین و اثربخشی آن بر تکانشگری این افراد در مقایسه با طرحواره درمانی مورد بررسی قرار گرفت. هدف اصلی پژوهش نیز مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرحواره‌محور بر مولفه‌های تکانشگری در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی در نظر گرفته شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با سه گروه درمان یکپارچه نگر طرحواره محور، طرحواره درمانی و یک گروه کنترل با دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش را ۷۰ نفر دارای

در ایران فرم فارسی مقیاس تکانشگری بارات را از نظر شاخص‌های روان سنجی مورد بررسی قرار دادند و علاوه بر تأیید سه عامل با نام‌های تکانشگری توجیهی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه ریزی، پایایی کل پرسش نامه را از دو روش آلفای کرونباخ و باز آزمایی به ترتیب برابر با ۰/۷۷ و ۰/۸۱ گزارش نموده‌اند [۴۷]. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس بارات در سطح کلی برابر با ۰/۹۴۴ به دست آمد.

روند اجرای مطالعه به این صورت بود که پس از انتخاب هدفمند اعضای نمونه، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. سپس در هر سه گروه پرسشنامه تکانشگری به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و به دنبال آن گروه‌های آزمایش، یعنی درمان یکپارچه نگر طرحواره محور و طرحواره درمانی به صورت گروهی و طی ۱۵ جلسه ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت

در ایران فرم فارسی مقیاس تکانشگری بارات را از نظر شاخص‌های روان سنجی مورد بررسی قرار دادند و علاوه بر تأیید سه عامل با نام‌های تکانشگری توجیهی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه ریزی، پایایی کل پرسش نامه را از دو روش آلفای کرونباخ و باز آزمایی به ترتیب برابر با ۰/۷۷ و ۰/۸۱ گزارش نموده‌اند [۴۷]. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس بارات در سطح کلی برابر با ۰/۹۴۴ به دست آمد.

روند اجرای مطالعه به این صورت بود که پس از انتخاب هدفمند اعضای نمونه، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. سپس در هر سه گروه پرسشنامه تکانشگری به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و به دنبال آن گروه‌های آزمایش، یعنی درمان یکپارچه نگر طرحواره محور و طرحواره درمانی به صورت گروهی و طی ۱۵ جلسه ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان یکپارچه نگر طرحواره محور

جلسات درمان	محتوای آموزش
اول	هدف: تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی و آسیب‌پذیری هویتی، فرایند و فنون: تسهیل پیوند باز آفرینی (تکنیک‌های مقدماتی)، مصاحبه روانی (راهبردهای ثبت تاریخچه و طرح کلی درمان)، کاوش در تاریخچه زندگی مراجع (تکنیک‌های مقدماتی)، راهبردهای اعتباربخشی
دوم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری اجتماعی، فرایند و فنون: ترسیم خطوط کلی اهداف درمان (تکنیک‌های مقدماتی)، مصاحبه روانی (راهبردهای ثبت تاریخچه و طرح کلی درمان) ارزیابی تشخیصی اولیه
سوم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی، فرایند و فنون: ارزیابی تشخیصی اولیه (درمان آزمایشی)
چهارم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری، فرایند و فنون: آشنایی با طرحواره‌ها و تغییر ذهنیت طرحواره‌ها به صورت مقدماتی (تکنیک‌های مقدماتی)
پنجم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری اجتماعی، فرایند و فنون: تعهد زنده ماندن برای یکسال و عدم خودکشی یک ساله (راهبردهای مقدماتی)، تعهد کار کردن روی رفتار های مخل درمان و کیفیت زندگی (راهبردهای مقدماتی)، تعهد دنبال کردن درمان برای یک بازه مشخص (راهبردهای مقدماتی)، تعیین-توافق با محدودیت (تکنیک‌های مقدماتی)، تعیین محدودیت برای رفتار خود تخریب‌گری مراجع و کنار آمدن با بحران (تکنیک‌های مقدماتی)، محدودیت‌گزینی برای رفتار پرخطرگرانه (تکنیک‌های مقدماتی)، محدودیت‌گزینی برای والد تنبیه‌گر (تکنیک‌های مقدماتی)
ششم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری، فرایند و فنون: حمایت بحران برای مراجعان دارای مشکلات فقدان به منظور آگاه شدن از احساسات متناسب با فقدان، برپشه کن کردن دفاع‌های غیر انطباقی مثل انکار، اجتناب، دفاع‌های وسواسی، قرار گیری فقدان در مسیر مناسب، تسلط بر بحران و انجام عمل سوگ
هفتم	هدف: تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری هویتی، فرایند و فنون: مراقبه (-راهبردهای آماده سازی)، فعالیت‌های ذهن‌آگاهی (تکنیک‌های شناختی-رفتاری)، فعالیت‌های لذت‌بخش برای مهربانی با خویش (تکنیک‌های رفتاری)، تکنیک‌های اضافی آرام بخش (راهبردهای آماده سازی)
هشتم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری اجتماعی، فرایند و فنون: تصویر سازی ذهنی (تکنیک‌های تجربی)، تکنیک دو صدلی (تکنیک‌های تجربی)، تکنیک نامه نوشتن (تکنیک‌های تجربی)
نهم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری اجتماعی، فرایند و فنون: تصویر سازی ذهنی (تکنیک‌های تجربی)، تکنیک دو صدلی (تکنیک‌های تجربی)، تکنیک نامه نوشتن (تکنیک‌های تجربی)
دهم	هدف: تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی و آسیب‌پذیری جسمانی، فرایند و فنون: تحریک دو سوپه مغز به روش دیداری-شنیداری-لمسی (حساسیت زدایی)، تکنیک تصویر سازی-ترکیبی (دقیق شدن در تنش‌های باقی مانده در بدن)، مثلث تعارض، مداخله بحران
یازدهم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری در کنار آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی و آسیب‌پذیری اجتماعی، فرایند و فنون: آموزش طبیعی بودن احساسات و نیاز (تکنیک‌های شناختی)، آموزش تجربه و بروز دادن احساسات خود بدون تنبیه (تکنیک‌های شناختی)، آموزش عدم خود تنبیهی در صورت هر گونه گناه-خطا (تکنیک‌های شناختی)، آموزش استفاده از تبیین متفاوت و گره گشا برای موقعیت خشم آور (تکنیک‌های شناختی)، باز والدینی صحیح (تکنیک‌های شناختی)، برجسته نمایی ویژگی مثبت مراجع (تکنیک‌های شناختی)، رد باور "ویژگی مثبت والد دلیل موجه برای رفتار خود آسیب رسان" (تکنیک‌های شناختی)، آموزش کارت آموزشی (تکنیک‌های شناختی)، آموزش فرم ثبت طرحواره (تکنیک‌های شناختی)، اصلاح شناختی (راهبردهای تغییر)، آموزش روانی مفهوم دیالکتیک (راهبرد‌های دیالکتیک)
دوازدهم و سیزدهم	هدف: ادامه تمرکز بر درمان آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری، فرایند و فنون: واقعیت آزمایی، ایفای نقش (تکنیک رفتاری)، تصویر سازی (تکنیک رفتاری)، گروه خودیاری (تکنیک رفتاری)، تمرین خارج از جلسات به عنوان تکلیف خانگی (تکنیک رفتاری)، آموزش تکنیک جرأت مندی همراه با تدبیر اندیشی (تکنیک رفتاری)، آموزش مهارت حل مساله (راهبردهای تغییر)، آموزش مهارت تحمل پریشانی (راهبردهای تغییر)، آموزش مهارت تنظیم هیجانی (راهبردهای تغییر)، روش‌های وابستگی (راهبردهای تغییر)
چهاردهم	هدف: مرکز بر درمان آسیب‌پذیری اجتماعی در کنار آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری و آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی، فرایند و فنون: مثلث شخصی، آموزش مهارت و کارآمدی بین فردی (راهبردهای تغییر)، مرور مفهوم دو نیمه سازی و دیالکتیک در ارتباطات (راهبردهای دیالکتیک)
پانزدهم	هدف: تمرکز بر آسیب‌پذیری هویتی در کنار آسیب‌پذیری هیجانی-رفتاری، آسیب‌پذیری شناختی-ادراکی، آسیب‌پذیری جسمانی و تکنیک‌های فردی-هویتی، فرایند و فنون: آموزش مهارت مدیریت خود (راهبردهای تغییر)، پانسمان موقتی جراحات روانی (بستن)، ارزیابی مجدد (چک روند)، جلسات تیم مشاوره (راهبردهای مدیریت بیمار)، تکنیک زیستی.

نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی پس از بررسی پیش‌فرض‌های لازم از طریق

جدول ۲. خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی

جلسات درمان	محتوای آموزش
اول	مفهوم پردازی مشکل بیمار شامل اخذ یک مصاحبه تشخیصی کامل و اطلاعات مربوط به مشکلات بیمار و جستجوی رابطه بیمار با والدین مراقبین و برقراری پیوند باز والدینی با بیمار.
دوم	مفهوم پردازی مشکل بیمار شامل اخذ یک مصاحبه تشخیصی کامل و اطلاعات مربوط به مشکلات بیمار و جستجوی رابطه بیمار با والدین مراقبین و برقراری پیوند باز والدینی با بیمار.
سوم	ترسیم خطوط کلی اهداف درمان و هدف‌گزینی بر اساس گفته‌های بیمار.
چهارم	ارزیابی چهار عامل زمینه‌ساز در محیط اولیه دوران کودکی بیمار شامل بدرفتاری، نامانی، رها شدگی و محرومیت هیجانی، اطلاعات از نیازها و احساسات و تنبیه‌گری یا طرد شدن.
پنجم	بحث پیرامون ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها؛ معرفی و بررسی تست آنلاین طرحواره‌یاب با استفاده از ربات تله شخصیتی
ششم	بحث پیرامون ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها؛ معرفی و بررسی تست آنلاین طرحواره‌یاب با استفاده از ربات تله شخصیتی
هفتم	آموزش ذهنیت‌ها به بیمار، عوامل برانگیزاننده آن، شناسایی آن در کودکی، ارزش انطباقی آن در کودکی، مزایا و معایب تجربه هیجانات مرتبط با این ذهنیت
هشتم	درمان ذهنیت کودک رها شده: ایجاد محیط حمایت‌گرایانه، تاکید بر رابطه درمانی، استفاده از تصویرسازی ذهنی و مراقبت از کودک رها شده توسط درمانگر، آموزش نیازهای طبیعی انسان و آموزش جرات‌مندی با استفاده از ایفای نقش و دادن تکلیف خانگی به بیمار.
نهم	درمان ذهنیت کودک رها شده: ایجاد محیط حمایت‌گرایانه، تاکید بر رابطه درمانی، استفاده از تصویرسازی ذهنی و مراقبت از کودک رها شده توسط درمانگر، آموزش نیازهای طبیعی انسان و آموزش جرات‌مندی با استفاده از ایفای نقش و دادن تکلیف خانگی به بیمار.
دهم	درمان ذهنیت محافظ بی تفاوت: ایجاد فضایی امن برای بیمار به منظور تجربه کردن احساسات بیمار، نام‌گذاری ذهنیت محافظ بی تفاوت و شناسایی عوامل برانگیزاننده این ذهنیت، تصویرسازی و محدودیت‌گزینی برای والد تنبیه‌گر، ابراز نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
یازدهم	درمان ذهنیت محافظ بی تفاوت: ایجاد فضایی امن برای بیمار به منظور تجربه کردن احساسات بیمار، نام‌گذاری ذهنیت محافظ بی تفاوت و شناسایی عوامل برانگیزاننده این ذهنیت، تصویرسازی و محدودیت‌گزینی برای والد تنبیه‌گر، ابراز نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
دوازدهم	درمان ذهنیت والد تنبیه‌گر: جنگیدن با والد تنبیه‌گر با استفاده از تصویرسازی ذهنی و شناسایی والد تنبیه‌گر واقعی، تصویرسازی و محدودیت‌گزینی برای والد تنبیه‌گر، ابراز نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
سیزدهم	درمان ذهنیت والد تنبیه‌گر: جنگیدن با والد تنبیه‌گر با استفاده از تصویرسازی ذهنی و شناسایی والد تنبیه‌گر واقعی، تصویرسازی و محدودیت‌گزینی برای والد تنبیه‌گر، ابراز نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
چهاردهم و پانزدهم	درمان ذهنیت کودک عصبانی: استفاده از تصویرسازی ذهنی و تخلیه خشم بیمار به افراد آسیب‌رسان، آموزش بیمار درباره ارزش خشم، جایگزینی مهارت‌های جسارت‌مندی به جای حالت‌های پرخاشگرانه، استفاده از تکنیک‌های جسارت‌مندی و تدبیر اندیشی برای خشم به وسیله ایفای نقش؛ جمع‌بندی و تاکید بر جایگزینی ذهنیت بزرگسال بر سایر ذهنیت‌ها.

یافته‌ها

در گروه درمان یکپارچه‌نگر طرحواره‌محور، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) مرد و ۱۱ نفر (معادل ۷۳/۳ درصد) زن بودند. در گروه طرحواره‌درمانی یابگ نیز ۶ نفر مرد (معادل ۴۰ درصد) و ۹ نفر (معادل ۶۰ درصد) زن و در گروه کنترل، ۵ نفر مرد (معادل ۳۳/۳ درصد) و ۱۰ نفر زن (معادل ۶۶/۷ درصد) بودند. آزمون χ^2 دو نشان داد از نظر ترکیب جنسیتی بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در گروه درمان یکپارچه‌نگر طرحواره‌محور برابر با $5/22 \pm 32/29$ ، در گروه طرحواره‌درمانی یابگ برابر با $9/93 \pm 32/86$ و در گروه کنترل برابر با $13/37 \pm 39/29$ بود. تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین میانگین سنی سه گروه با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار تکانشگری و مولفه‌های آن در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. مطابق با نتایج ارائه شده در جدول ۳، میانگین دو گروه درمان یکپارچه‌نگر طرحواره‌محور و طرحواره‌درمانی نسبت به گروه کنترل در تکانشگری و مولفه‌های آن، کاهش یافته است. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها ($P > 0/05$)، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌های خطا ($P > 0/05$)، آزمون ام‌باکس برای بررسی

برابری ماتریس واریانس-کوواریانس ($P > 0/05$) و بررسی شیب خطوط رگرسیون (از طریق تعامل عضویت گروهی با پیش‌آزمون) نشان داد که از نظر رعایت پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل مشکلی در پژوهش حاضر وجود ندارد. نتایج آزمون چندمتغیری (اثر پیلای، لامبدای ویلکس، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) در تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان داد که درمان یکپارچه‌نگر طرحواره‌محور و طرحواره‌درمانی بر تکانشگری و حداقل یک مؤلفه از مولفه‌های آن نسبت به گروه کنترل دارای تأثیر معناداری هستند) به ترتیب چهار آماره مورد بررسی برابر با $0/649$ ، $0/390$ ، $1/46$ و $1/394$ ؛ مقدار F به ترتیب برابر با $(6/078)$ ، $(7/414)$ ، $(1/79)$ و $(17/66)$ ، $(P < 0/001)$. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۴ ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در تکانشگری کلی ($F = 23/63$ ، $df = 2$ ، $P < 0/001$)، در تکانشگری شناختی ($F = 18/57$ ، $df = 2$ ، $P < 0/001$)، و در تکانشگری حرکتی ($F = 5/418$ ، $df = 2$ ، $P < 0/01$)، بین گروه درمان یکپارچه‌نگر طرحواره‌محور، گروه طرحواره‌درمانی و گروه کنترل (کنترل) در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در بی‌برنامگی بین سه گروه مورد مطالعه در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تکانشگری و مولفه‌های آن به تفکیک سه گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه‌های پژوهش
تکانشگری کلی		
۳/۶۳ ± ۶۱/۷۳	۶/۰۶ ± ۶۸	درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور
۴/۳۰ ± ۶۲/۲۰	۹/۰۷ ± ۶۹/۸۷	طرح‌واره درمانی
۵/۲۳ ± ۷۰/۱۱۳	۶/۳۴ ± ۷۰/۲۰	گروه کنترل
تکانشگری شناختی		
۱/۴۸ ± ۱۵/۹۳	۳/۲۵ ± ۱۷/۸۷	درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور
۲/۲۳ ± ۱۵/۴۰	۴/۰۳ ± ۱۸/۹۳	طرح‌واره درمانی
۳/۱۶ ± ۱۸/۶۰	۳/۳۴ ± ۱۷/۸۰	گروه کنترل
تکانشگری حرکتی		
۲/۴۱ ± ۱۸/۴۰	۴/۶۶ ± ۲۲/۶۰	درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور
۱/۹۱ ± ۱۸/۷۳	۷/۳۵ ± ۲۵/۱۳	طرح‌واره درمانی
۳/۶۶ ± ۲۱/۶۶	۴/۷۳ ± ۲۲/۴۰	کنترل
بی‌برنامگی		
۴/۱۴ ± ۲۷/۴۰	۴/۴۷ ± ۲۷/۵۳	درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور
۳/۹۴ ± ۲۸/۰۷	۴/۹۷ ± ۲۵/۸۰	طرح‌واره درمانی
۳/۵۶ ± ۲۹/۸۷	۳/۴۶ ± ۳۰	گروه کنترل

اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف معیار آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کواریانس چند متغیری بر تکانشگری و مولفه‌های آن

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر (ضریب اتا)	توان آماری
تکانشگری کلی							
گروه	۴۴۴/۵۵	۲	۲۲۲/۲۷۵	۲۲/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
خطا	۳۸۲/۹۹۶	۳۹	۹/۸۲۰	-	-	-	-
کل	۱۸۹۸۰۵/۸۰۵	۴۵	-	-	-	-	-
تکانشگری شناختی							
گروه	۱۱/۲۸۷	۲	۵۵/۶۴۳	۱۸/۰۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
خطا	۱۲۰/۱۷۹	۳۹	۳/۰۸۲	-	-	-	-
کل	۱۲۷/۹۵	۴۵	-	-	-	-	-
تکانشگری حرکتی							
گروه	۷۹/۸۲۸	۲	۳۹/۹۱۴	۵/۴۱۸	۰/۰۰۸	۰/۲۲	۰/۸۲
خطا	۲۸۷/۲۸۶	۳۹	۷/۳۶۶	-	-	-	-
کل	۱۷۷۰۴	۴۵	-	-	-	-	-
بی‌برنامگی							
گروه	۹/۹۵۵	۲	۴/۹۷۸	۰/۴۷	۰/۶۳	۰/۰۲	۰/۱۲
خطا	۴۱۳/۹۳۲	۳۹	۱۰/۶۱۴	-	-	-	-
کل	۳۷۰۹۲	۴۵	-	-	-	-	-

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در مولفه‌های معنادار تکانشگری در سه گروه پژوهش

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	خطای استاندارد	معناداری
تکانشگری کلی				
درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور	طرح‌واره درمانی	۰/۰۴	۱/۱۷	۱
درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور	گروه کنترل	- ۷/۱۰۳	۱/۱۸	۰/۰۰۱
طرح‌واره درمانی یانگ	گروه کنترل	- ۷/۱۴۴	۱/۲۴	۰/۰۰۱
تکانشگری شناختی				
درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور	طرح‌واره درمانی	۱/۰۳۵	۰/۶۵	۰/۳۷
درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور	گروه کنترل	- ۲/۹۶۹	۰/۶۶	۰/۰۰۱
طرح‌واره درمانی یانگ	گروه کنترل	- ۴/۰۰۴	۰/۶۹	۰/۰۰۱
تکانشگری حرکتی				
درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور	طرح‌واره درمانی	- ۰/۰۷۵	۱/۰۱	۱
درمان یکپارچه‌نگر طرح‌واره‌محور	گروه کنترل	- ۳/۰۵۱	۱/۰۲	۰/۰۱۵
طرح‌واره درمانی یانگ	گروه کنترل	- ۲/۹۷۶	۱/۰۷	۰/۰۲۵

می‌یابد و از طرف دیگر در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی ممکن است در مدت‌زمانی بسیار کوتاه طرحواره‌ها زمینه‌ساز انتقال از یک حالت خلقی یا هیجانی شدید به حالتی دیگر شوند [۱۸]. در طرحواره درمانی به شکل قالب و در درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور به عنوان بخشی از درمان، افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی با استفاده از راهبردهای تجربی به‌ویژه نوشتن نامه، به افراد مهم زندگی خویش که در دوران کودکی و نوجوانی به آنان آسیب رسانده‌اند، این توان و مهارت را کسب نموده تا با شناخت هیجان‌ات و احساسات خود و بیان حقوقشان اثرگذاری طرحواره‌های ناکارآمد بر رفتار و شناخت خود را تحت کنترل در آورده و از این طریق تکانشگری شناختی و حرکتی در آن‌ها کاهش یابد. از طرف دیگر طرحواره درمانی با بهره بردن از رابطه درمانی و استفاده از فنون بازوالدینی حد و مرزدار و واقعیت‌آزمایی همدلانه می‌تواند با متوازن نمودن هر چه بیشتر طرحواره‌ها به‌ویژه طرحواره محرومیت هیجانی بر تکانشگری افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی تأثیر بگذارد [۱۶-۱۸]. این امر نیز یکی دیگر از دلایل اثربخشی طرحواره درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور بر تکانشگری کلی و تکانشگری شناختی و حرکتی است. از سوی دیگر می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تجربه دشواری در هماهنگی هیجان، روابط بین‌فردی و استرس را نیز دارند [۱۱]. رفتارهای تکانشی نشانه حل مساله ناسازگارانه و نتیجه کمبود رفتارهای جایگزین است [۶]. استفاده همزمان از تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیک، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش مجدد (EMDR) در درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور در مطالعه حاضر، خود این بستر و زمینه را برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی فراهم نموده تا علاوه بر امکان غلبه بر رنجش‌ها و مشکلات عمیق‌تر دوران گذشته بالاخص دوران کودکی (از طریق فنون روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت) و کاهش توان تأثیرگذاری افکار و خاطرات منفی (از طریق فنون EMDR)، توان کنترل و تعدیل رفتاری و شناختی که عاملی مهم در کنترل تکانشگری هستند [۸]، افزایش یافته و از این طریق زمینه برای کاهش تکانشگری شناختی و حرکتی فراهم شود.

نکته مهم بعدی عدم تأثیرگذاری طرحواره درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور بر بی‌برنامگی از مؤلفه‌های تکانشگری در مطالعه حاضر است. بی‌برنامگی اگرچه در مطالعات به عنوان یکی از ابعاد تکانشگری مطرح شده، ولی در این مؤلفه نکته مهم علاوه عدم توان کنترل هیجانی و شناختی تکانه‌ها، فقدان مهارت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری نیز می‌تواند نقشی اساسی ایفاء کند [۷]. با توجه این نکته، به نظر می‌رسد که هم در طرحواره درمانی و هم در درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور، به اندازه کافی بر مهارت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری کار درمانی صورت نگرفته تا بتواند بر بی‌برنامگی تأثیر بگذارد. شاید در بهترین حالت بتوان پس از دوره طرحواره درمانی و یا درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور، دوره آموزش برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری را برای ارتقاء سطح برنامه‌مداری در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی اجرا نمود. اما برابری تأثیرات دو درمان طرحواره درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور بر تکانشگری در مطالعه حاضر نیز حائز اهمیت و قابل بحث است. این که درمان یکپارچه‌نگر با طرحواره درمانی بر تکانشگری دارای اثرات یکسانی بود، علی‌رغم این که بسیاری از صاحب‌نظران قائل

نتایج مقایسه جفتی سه گروه در تکانشگری کلی، تکانشگری شناختی و تکانشگری حرکتی در جدول ۵ ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در تکانشگری کلی، تکانشگری شناختی و تکانشگری حرکتی در مرحله پس‌آزمون بین گروه درمان یکپارچه‌نگر طرحواره‌محور و گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، ولی بین دو گروه درمانی با یکدیگر تفاوت معنادار نیست ($P > 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور بر تکانشگری و مؤلفه‌های آن در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که دو درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور و طرحواره درمانی با گروه کنترل در تکانشگری کلی و دو مؤلفه تکانشگری شناختی و حرکتی تفاوت معناداری دارند، ولی در مؤلفه بی‌برنامگی بین دو درمان و گروه کنترل تفاوت معناداری به دست نیامد. همچنین دو درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور و گروه طرحواره درمانی در تأثیر بر تکانشگری دارای تفاوت معناداری نبودند. یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر طرحواره درمانی بر تکانشگری کلی و دو مؤلفه تکانشگری شناختی و حرکتی با نتایج مطالعه Doomen در خصوص تأثیر حمایت طرحواره‌ای همراه با مشاوره تلفنی در طول درمان بر کاهش تکانشگری [۱۷] و با نتایج مطالعه Sempertegui و همکاران در باره تأثیر طرحواره درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی [۱۸] همسویی نشان می‌دهد. از طرف دیگر اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور بر تکانشگری کلی و دو بعد تکانشگری شناختی و حرکتی در مطالعه حاضر به واسطه ترکیب طرحواره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیک، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش مجدد (EMDR) در این نوع درمان، با نتایج حاصل از مطالعه Barnicot و همکاران در خصوص تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارها و تصمیمات افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی [۲۰]، با نتایج مطالعه محمدی‌زاده و همکاران در خصوص تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی در کاهش رفتار تکانشی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی [۲۲]، با نتایج مطالعه رنجبر سودجانی و همکاران در خصوص تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت [۲۵]، با نتایج مطالعه Shaikh و همکاران در خصوص تأثیر درمان روان‌پویشی در کنار رفتار درمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت [۳۰]، با نتایج بررسی Juul و همکاران در باره تأثیر درمان روان‌پویشی در درمان نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی [۳۱] و با نتایج مطالعه مؤمنی سفرآباد و همکاران مبنی بر تأثیر درمان EMDR در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های تجارب تجزیه‌ای [۴۰] هم‌سوئی دارد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور بر تکانشگری کلی و تکانشگری شناختی و حرکتی می‌توان گفت با توجه به این که طرحواره یک ساختار شناختی سازمان‌یافته است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در رفتارها، احساس و افکار نمود

نتیجه‌گیری

در جمع‌بندی پایانی، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور در این پژوهش بر کاهش تکانشگری، بالاخص تکانشگری شناختی و حرکتی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، به یک اندازه تأثیرگذار بودند. به نظر می‌رسد درمان‌های نامبرده با شناخت ویژگی‌های بیماران دچار ویژگی شخصیت مرزی، ماهیت خود را در راستای کاهش علائم این اختلال شکل داده‌اند. بنابراین، به یک اندازه توانسته‌اند رفتارهای تکانشی را کنترل کرده یا کاهش دهند. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که دو درمان طرحواره درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور در مراکز درمانی برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی برای کمک به این افراد مورد استفاده قرار گیرد. این دو درمان این امکان را برای افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی مرزی فراهم می‌آورند تا کنترل بیشتری بر شناخت و حرکت‌های خود در موقعیت‌های مختلف داشته و به این ترتیب امکان تصمیم‌گیری‌های رفتاری و شناختی بهتر را برای آن‌ها فراهم می‌آورد.

سپاسگزاری

این پژوهش بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) و دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق و نظارت بر مطالعات علمی دانشگاه به شماره IR.IAU.KHUISF. REC.1397.025 است. در اینجا از کلیه افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی که با شرکت خود در این پژوهش و مراکز درمان روان‌شناختی که امکان اجرای این مطالعه را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در این مطالعه وجود نداشته است.

به مفیدتر بودن درمان‌های ترکیبی نسبت به درمان‌های منفرد هستند [۴۳-۴۱]. دلایل مختلفی می‌تواند داشته باشد. یکی از مهمترین این دلایل بنابر تاکید پژوهشگران و درمانگران درگیر در روان‌درمانی و روان‌پرستاری افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، طول زمان درمان است. بر اساس مطالعاتی که تاکنون انجام شده [۴۱]، با افزایش طول درمان (در مواردی طول درمان تا یک و حتی دو سال و بیشتر هم توصیه شده است)، امکان این که افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی از نتایج بیشتر درمانی بهره ببرند وجود دارد. با توجه به همین نکته با احتمال زیاد برابری طول دو درمان طرحواره درمانی و درمان یکپارچه‌نگر طرحواره محور در مطالعه حاضر صرف‌نظر از ترکیبی بودن درمان یکپارچه‌نگر، عنصر تعیین‌کننده در برابری اثرات دو درمان بوده است. در عین حال نباید به این نکته بی‌توجهی نمود که درمان یکپارچه‌نگر مطرح در مطالعه حاضر به دلیل تنوع و گستردگی فنون چهار درمان در آن، نسبت به طرحواره درمانی برای استفاده در درمان‌های بلندمدت و درمان‌های متناسب با طیف مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی متنوع افراد مختلف دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی قابلیت بالاتری را دارد که لازم است در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد.

در پایان نیز لازم است تا به محدودیت‌های موجود در این پژوهش توجه پژوهشگران را جلب نماییم. محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل محدود بودن نمونه پژوهش به افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی و عدم امکان انجام پژوهشی طولی به دلیل طول درمان مشخص و محدود دو درمان مورد استفاده در پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان یکپارچه محور طرحواره محور بر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بر مردان و زنان به طور جداگانه و در دوره‌های درمانی طولانی‌تر انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان‌های مذکور در مورد دیگر اختلالات شخصیت به‌طور جداگانه نیز بررسی شود.

References

1. Calvo N, Lara B, Serrat L, Perez-Rodriguez V, Andion O, Ramos-Quiroga JA, et al. The role of environmental influences in the complex relationship between borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2020;7:2. doi: 10.1186/s40479-019-0118-z pmid: 31921426
2. Barazandeh H, Kissane DW, Saeedi N, Gordon M. Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiatry Res.* 2018;261:1-6. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.023 pmid: 29272751
3. Bassir Nia A, Eveleth MC, Gabbay JM, Hassan YJ, Zhang B, Perez-Rodriguez MM. Past, present, and future of genetic research in borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol.* 2018;21:60-8. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.09.002 pmid: 29032046
4. Volkert J, Gablonski TC, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2018;213(6):709-15. doi: 10.1192/bjp.2018.202 pmid: 30261937
5. Mulay AL, Waugh MH, Fillauer JP, Bender DS, Bram A, Cain NM, et al. Borderline personality disorder diagnosis in a new key. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2019;6:18. doi: 10.1186/s40479-019-0116-1 pmid: 31827801
6. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(4):561-73. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.008 pmid: 30447724
7. Richard-Lepouriel H, Kung AL, Hasler R, Bellivier F, Prada P, Gard S, et al. Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *J Affect Disord.* 2019;244:33-41. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.060 pmid: 30336349
8. Lazuras L, Rowe R, Poulter DR, Powell PA, Ypsilanti A. Impulsive and Self-Regulatory Processes in Risky Driving Among Young People: A Dual Process Model. *Front Psychol.* 2019;10:1170. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01170 pmid: 31244705
9. Heinz AJ, Bui L, Thomas KM, Blonigen DM. Distinct facets of impulsivity exhibit differential associations with

- substance use disorder treatment processes: a cross-sectional and prospective investigation among military veterans. *J Subst Abuse Treat.* 2015;55:21-8. **doi:** [10.1016/j.jsat.2015.02.005](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.02.005) **pmid:** 25770869
10. Hahn AM, Simons RM, Tirabassi CK. Five Factors of Impulsivity: Unique Pathways to Borderline and Antisocial Personality Features and Subsequent Alcohol Problems. *Pers Individ Dif.* 2016;99:313-9. **doi:** [10.1016/j.paid.2016.05.035](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.035) **pmid:** 32123459
 11. Feliu-Soler A, Soler J, Elices M, Pascual JC, Perez J, Martin-Blanco A, et al. Differences in attention and impulsivity between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2013;210(3):1307-9. **doi:** [10.1016/j.psychres.2013.09.011](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.011) **pmid:** 24080255
 12. Fulford D, Eisner LR, Johnson SL. Differentiating risk for mania and borderline personality disorder: The nature of goal regulation and impulsivity. *Psychiatry Res.* 2015;227(2-3):347-52. **doi:** [10.1016/j.psychres.2015.02.001](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.001) **pmid:** 25892256
 13. Chartonas D, Kyratsous M, Dracass S, Lee T, Bhui K. Personality disorder: still the patients psychiatrists dislike? *BJPsych Bull.* 2017;41(1):12-7. **doi:** [10.1192/pb.bp.115.052456](https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052456) **pmid:** 28184311
 14. Tusiani-Eng P, Yeomans F. Borderline Personality Disorder: Barriers to Borderline Personality Disorder Treatment and Opportunities for Advocacy. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(4):695-709. **doi:** [10.1016/j.psc.2018.07.006](https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.006) **pmid:** 30447733
 15. Davoudi H, Farshidmanesh F, Heidari H, Bahramabadi M. Comparison of the effectiveness of the schema therapy training and mindfulness on intimacy, commitment, and happiness of women with couple burnout. *Int Arch Health Sci.* 2019;6(4). **doi:** [10.4103/iahs.iahs_51_19](https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_51_19)
 16. Khasho DA, van Alphen SPJ, Heijnen-Kohl SMJ, Ouwens MA, Arntz A, Videler AC. The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemp Clin Trials Commun.* 2019;14:100330. **doi:** [10.1016/j.conctc.2019.100330](https://doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100330) **pmid:** 30775612
 17. Doomen L. The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy.* 2018;61:66-76. **doi:** [10.1016/j.aip.2017.12.002](https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.002)
 18. Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MH. Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(3):426-47. **doi:** [10.1016/j.cpr.2012.11.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006) **pmid:** 23422036
 19. McMain SF, Chapman AL, Kuo JR, Guimond T, Streiner DL, Dixon-Gordon KL, et al. The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):230. **doi:** [10.1186/s12888-018-1802-z](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1802-z) **pmid:** 30016935
 20. Barnicot K, Gonzalez R, McCabe R, Priebe S. Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016;52:147-56. **doi:** [10.1016/j.jbtep.2016.04.006](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.04.006) **pmid:** 27132175
 21. Kverme B, Natvik E, Veseth M, Moltu C. Moving Toward Connectedness - A Qualitative Study of Recovery Processes for People With Borderline Personality Disorder. *Front Psychol.* 2019;10:430. **doi:** [10.3389/fpsyg.2019.00430](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00430) **pmid:** 30873097
 22. Mohammadzadeh L, Makvandi B, Pasha R, Bakhtiyarpour S, Hafezi F. Comparison of the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on impulsive behavior in patients with borderline personality disorder. *J Gui Uni Med Sci.* 2017;106:44-53.
 23. Mahdavi A, Mosavimoghadam SR, Madani Y, Aghaei M, Abedin M. Effect of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Emotional Expressiveness and Defense Mechanisms of Women With Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer.* 2019:35-41. **doi:** [10.32768/abc.20196135-41](https://doi.org/10.32768/abc.20196135-41)
 24. Heinonen E, Knekt P, Harkanen T, Virtala E, Lindfors O. Childhood adversities as predictors of improvement in psychiatric symptoms and global functioning in solution-focused and short- and long-term psychodynamic psychotherapy during a 5-year follow-up. *J Affect Disord.* 2018;235:525-34. **doi:** [10.1016/j.jad.2018.04.033](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.033) **pmid:** 29689505
 25. Sudejani R, Malek Mohamadi Gah Z. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Correcting Irrational Beliefs and Reducing Cognitive Avoidance of People with Obsessive Compulsive Disorder. *J Couns Res.* 2017;16(62):140-69.
 26. Lillengren P, Johansson R, Town JM, Kisely S, Abbass A. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome study. *Clin Psychol Psychother.* 2017;24(6):1313-21. **doi:** [10.1002/cpp.2101](https://doi.org/10.1002/cpp.2101) **pmid:** 28675661
 27. Town JM, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *J Affect Disord.* 2017;214:15-25. **doi:** [10.1016/j.jad.2017.02.035](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.035) **pmid:** 28266318
 28. Arefi M, Qaziani M. The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on affection control of anxious women. *Int J Educ Psychol Res.* 2017;3(4). **doi:** [10.4103/jep.r.jep_r_11_17](https://doi.org/10.4103/jep.r.jep_r_11_17)
 29. Ajilchi B, Kisely S, Nejati V, Frederickson J. Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on social cognition in major depression. *J Ment Health.* 2020;29(1):40-4. **doi:** [10.1080/09638237.2018.1466035](https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466035) **pmid:** 29792087
 30. Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI, et al. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Front Psychiatry.* 2017;8:136. **doi:** [10.3389/fpsyg.2017.00136](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00136) **pmid:** 28824467
 31. Juul S, Lunn S, Poulsen S, Sorensen P, Salimi M, Jakobsen JC, et al. Short-term versus long-term mentalization-based therapy for outpatients with subthreshold or diagnosed borderline personality disorder: a protocol for a randomized clinical trial. *Trials.* 2019;20(1):196. **doi:** [10.1186/s13063-019-3306-7](https://doi.org/10.1186/s13063-019-3306-7) **pmid:** 30953536
 32. Chen R, Gillespie A, Zhao Y, Xi Y, Ren Y, McLean L. The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adults Who Have Experienced Complex Childhood Trauma: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Front Psychol.* 2018;9:534. **doi:** [10.3389/fpsyg.2018.00534](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00534) **pmid:** 29695993

33. Brown S, Shapiro F. EMDR in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Clin Case Stud.* 2016;5(5):403-20. **doi:** [10.1177/1534650104271773](https://doi.org/10.1177/1534650104271773)
34. Mosquera D, Leeds AM, Gonzalez A. Application of EMDR Therapy for Borderline Personality Disorder. *J EMDR Pract Res.* 2014;8(2):74-89. **doi:** [10.1891/1933-3196.8.2.74](https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.2.74)
35. Slotema CW, van den Berg DPG, Driessen A, Wilhelmus B, Franken IHA. Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *Eur J Psychotraumatol.* 2019;10(1):1614822. **doi:** [10.1080/20008198.2019.1614822](https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1614822) **pmid:** [31164968](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31164968/)
36. Shapiro E. EMDR and early psychological intervention following trauma. *Eur Rev Appl Psychol.* 2012;62(4):241-51. **doi:** [10.1016/j.erap.2012.09.003](https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.09.003)
37. Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis.* 2015;203(6):443-51. **doi:** [10.1097/NMD.0000000000000306](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306) **pmid:** [25974059](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25974059/)
38. Corrigan FM, Hull AM. Neglect of the complex: why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. *BJPsych Bull.* 2015;39(2):86-9. **doi:** [10.1192/pb.bp.114.046995](https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.046995) **pmid:** [26191439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26191439/)
39. Shapiro F. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *Perm J.* 2014;18(1):71-7. **doi:** [10.7812/TPP/13-098](https://doi.org/10.7812/TPP/13-098) **pmid:** [24626074](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24626074/)
40. Safarabad NM, Farid A-AA, Gharraee B, Habibi M. Treatment of a patient with borderline personality disorder based on phase-oriented model of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A case report. *Iran j psychiat.* 2018;13(1):80.
41. Caspar F. Studying Effects and Process in Psychotherapy for Personality Disorders. *Psychopathology.* 2018;51(2):141-8. **doi:** [10.1159/000487895](https://doi.org/10.1159/000487895) **pmid:** [29694976](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29694976/)
42. Kool M, Van HL, Bartak A, de Maat SCM, Arntz A, van den Eshof JW, et al. Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos): a pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):252. **doi:** [10.1186/s12888-018-1829-1](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1829-1) **pmid:** [30086730](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30086730/)
43. Carcione A, Riccardi I, Bilotta E, Leone L, Pedone R, Conti L, et al. Metacognition as a Predictor of Improvements in Personality Disorders. *Front Psychol.* 2019;10:170. **doi:** [10.3389/fpsyg.2019.00170](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00170) **pmid:** [30800084](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30800084/)
44. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995;51(6):768-74. **doi:** [10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::Aid-jclp2270510607>3.0.Co;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::Aid-jclp2270510607>3.0.Co;2-1)
45. Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *J Clin Psychol.* 2001;57(6):815-28. **doi:** [10.1002/jclp.1051](https://doi.org/10.1002/jclp.1051) **pmid:** [11344467](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11344467/)
46. Someya T, Sakado K, Seki T, Kojima M, Reist C, Tang SW, et al. The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): its reliability and validity. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;55(2):111-4. **doi:** [10.1046/j.1440-1819.2001.00796.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00796.x) **pmid:** [11285088](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11285088/)
47. Javid M, Mohammadi N, Rahimi C. Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). *J Manag Syst.* 2012;2(8):21-32.
48. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide: guilford press; 2003.