



Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy on Self-Concept and Psychological Resilience of Adolescents with Symptoms of Borderline Personality Disorder

Ebrahim Salehian¹ , Tayyebeh Sharifi^{2*} , Mohammad Ghasemi Pirbaloti³

1. PhD student, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Email: ebrahim.salehian@iau.ac.ir

2. Corresponding Author, Full Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Email: Ta.Sharifi@iau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Email: Mgh@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Article type:

Research Article

Article History:

Received: 15 Sep 2025

Revised: 21 Oct 2025

Accepted: 26 Nov 2025

First Published: 15 Jun 2026

Keywords:

Borderline Personality Disorder,
Dialectical Behavior Therapy,
Self-Concept,
Schema Therapy,
Psychological Resilience

The present study was conducted to investigate comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and schema therapy on self-concept and psychological resilience of adolescents with symptoms of borderline personality disorder. The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included adolescents with symptoms of borderline personality disorder who were studying in the second year of high school in Isfahan in the academic year 2024-2025 and were referred to counseling centers and psychological services of education due to symptoms of borderline personality disorder. In this research, 53 adolescent with symptoms of borderline personality disorder (26 boys and 27 girls) were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (18 adolescents in the first experimental group, 18 adolescents in the second experimental group, and 17 adolescents in the control group). The adolescents in the experimental groups received the dialectical behavior therapy and schema therapy during ten weeks. Borderline Personality Disorder Questionnaire (BPDQ), Adolescent Self-Concept Questionnaire (ASQ) and Psychological Resilience Questionnaire (PRQ) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software. The results showed that dialectical behavior therapy and schema therapy have significant effect on the self-concept ($p < 0.0001$) and psychological resilience ($p < 0.0001$) in adolescents with symptoms of borderline personality disorder. Accordingly, dialectical behavior therapy and schema therapy can be used to improve the self-image and psychological resilience of adolescents with symptoms of borderline personality disorder.

Cite this article: Salehian, E., Sharifi, T., & Ghasemi Pirbaloti, M. (2026). Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy on Self-Concept and Psychological Resilience of Adolescents with Symptoms of Borderline Personality Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, (In press/ Accepted). Doi: 10.22059/japr.2026.402448.645352



Publisher: University of Tehran Press

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.402448.645352>

© The Author(s).



مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی بر خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی

ابراهیم صالحیان^۱، طیبه شریفی^{۲*}، محمد قاسمی پیربلوطی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. ایمیل: ebrahim.salehian@iau.ac.ir

۲. نویسنده مسئول، استاد تمام گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. ایمیل: Ta.Sharifi@iau.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. ایمیل: Mgh@iau.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۲۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۰۵

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۳/۲۵

کلیدواژه‌ها:

اختلال شخصیت مرزی،

تاب‌آوری روانی،

خودانگاره، رفتار درمانی دیالکتیک،

طرحواره درمانی.

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی بر خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شد. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در دوره دوم متوسطه شهر اصفهان مشغول به تحصیل بوده و به دلیل علائم اختلال شخصیت مرزی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند. در این پژوهش تعداد ۵۳ نوجوان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی (۲۶ پسر و ۲۷ دختر) با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۸ نوجوان در گروه آزمایش اول، ۱۸ نوجوان در گروه آزمایش دوم و ۱۷ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه‌های آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی را طی ده جلسه دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPDQ)، پرسشنامه خودانگاره نوجوان (ASCQ) و پرسشنامه تاب‌آوری روانی (PRQ) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی یونفرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی بر خودانگاره ($P < 0.001$) و تاب‌آوری روانی ($P < 0.001$) نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تأثیر معنادار دارد. نتایج آزمون تعقیبی نیاز بیانگر آن بود که بین میزان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی بر خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود ندارد. بر این اساس می‌توان از رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی در جهت بهبود خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بهره برد.

استناد: صالحیان، ا.، شریفی، ط.، قاسمی پیربلوطی، م. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی بر خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (انتشار آنلاین/ پذیرش شده). doi:

10.22059/japr.2026.402448.645352

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.402448.645352>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

مسائل مرتبط با حوزه شخصیت^۱ را می‌توان در زمره چالش‌برانگیزترین معضلات اجتماعی و پزشکی قلمداد کرد. این دسته از مشکلات، مورد توجه ویژه متخصصان سلامت روان، روان‌پزشکان و همچنین جامعه‌شناسان قرار گرفته است. آمارهای گزارش شده حاکی از آن است که شیوع انواع گوناگون اختلالات شخصیتی در جمعیت عمومی، رقمی بین ۱۱ تا ۲۳ درصد را به خود اختصاص می‌دهد که بدون شک نرخ هشداردهنده‌ای محسوب می‌شود (ویجسچوسکی^۲، ۲۰۱۹). بر اساس آنچه در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی آمده است، اختلالات شخصیت به عنوان الگوهای پایداری از تجارب درونی و رفتارهایی تعریف می‌شوند که با هنجارهای فرهنگی همخوانی ندارند. این الگوها دارای ویژگی‌های انعطاف‌ناپذیری و ثبات زمانی هستند، ریشه‌های آنها معمولاً به دوره نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بازمی‌گردد و در نهایت به نارضایتی فردی و اختلال در عملکرد می‌انجامد (لیوسی و همکاران^۳، ۲۰۲۴). این راهنما، اختلالات شخصیت را در سه خوشه مجزا دسته‌بندی کرده است. خوشه اول (A) متشکل از اختلالات شخصیت^۴، پارانوئید^۵ و اسکیزوتیپی^۶ است که عموماً با ویژگی‌های عجیب و غیرمتعارف شناخته می‌شوند. خوشه دوم (B) شامل اختلالات شخصیت نمایشی^۷، خودشیفته^۸، ضداجتماعی^۹ و مرزی^{۱۰} است که بیماران این گروه اغلب با تظاهرات هیجانی شدید، رفتارهای نمایشی و بی‌ثباتی عاطفی ظاهر می‌گردند. در نهایت، خوشه سوم (C) اختلالات شخصیت دوری‌گزین^{۱۱}، وابسته^{۱۲} و وسواسی جبری^{۱۳} را در بر می‌گیرد که مشخصه اصلی آنها معمولاً ظاهر مضطرب و ترسوار است (آلفیاری و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۵). از میان این اختلالات، اختلال شخصیت مرزی به دلیل ایجاد دشواری‌های فراوان برای خود فرد، اطرافیان او و همچنین جامعه، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (ویجسچوسکی، ۲۰۱۹). مبتلایان به این اختلال، الگویی از بی‌ثباتی را در خلقو، روابط بین فردی و همچنین تصویر ذهنی از خود نشان می‌دهند. مطالعاتی همچون تحقیق داهلنبورگ و همکاران^{۱۵} (۲۰۲۴) نشان داده که چهار ویژگی شاخص این اختلال شامل تکانشگری، روابط پرشور ولی بی‌ثبات، خشم شدید و غیرقابل کنترل و بی‌ثباتی هیجانی، در ۷۵ درصد از یک نمونه بالینی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشاهده شده است. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بیشتر اوقات در شرایط بحرانی و آشفتگی روانی به سر می‌برند و بروز نوسانات خلقی در میان این گروه از بیماران، پدیده‌ای کاملاً شایع است (ریچاردس و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۳). تظاهرات بالینی این اختلال، عموماً شامل نقص در راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، پرخاشگری تکانشی، اقدام مکرر به خودزنی و همچنین افکار مزمن درباره خودکشی می‌شود (وینر و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۸). علاوه بر این، دشواری در کاربست راهبردهای شناختی هیجان و همچنین ناتوانی در برقراری روابط بین فردی سالم، می‌تواند به عنوان بستری برای شکل‌گیری و تشدید مشکلات مربوط به

1. Personality
2. Wojciechowski
3. Leucci et al.
4. schizoid
5. paranoid
6. schico typal
7. histrionic
8. narcistic
9. antisosocial
10. borderline
11. avoidance
12. dependent
13. obssesive
14. Alfieri et al.
15. Dahlenburg et al.
16. Richards et al.
17. Weiner et al.

کنترل تکانه عمل کند (میچل و همکاران^۱، ۲۰۲۴). این چرخه معیوب، در نهایت فرد را با انبوهی از موانع ارتباطی و اجتماعی روبرو ساخته و نتیجه آن، شکل‌گیری خودانگاره‌ای^۲ متزلزل و منفی است. هر فردی دارای یک تصور ذهنی از خویش است که آن را می‌توان هسته مرکزی تشکیل‌دهنده شخصیت وی دانست. به عبارتی، کنش‌ها و عواطف انسانی، انعکاسی مستقیم از تصویری است که فرد در ذهن خود از خویش ساخته است (وانگ و وانگ^۳، ۲۰۲۴). در بسیاری از دیدگاه‌های معاصر، خودانگاره به عنوان سازه‌ای پیچیده و چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که از مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری تشکیل شده است. به طور کلی، خودانگاره به تصویر ذهنی فرد از خود یا به عبارت دقیق‌تر، نحوه ادراک او از وجود خویش تعریف می‌گردد (چن و همکاران^۴، ۲۰۲۴). این سازه، در واقع شیوه‌ای است که یک شخص به کمک آن، خود را مفهوم‌پردازی می‌کند و عمدتاً با جنبه‌های ناخودآگاه و ذهنی مرتبط است (باترفایلد و همکاران^۵، ۲۰۲۳). به بیان دیگر، خودانگاره مجموعه‌ای از باورها و احساسات -چه آگاهانه و چه ناخودآگاه- درباره وضعیت روانی، هیجانی و فیزیکی فرد است (وانگ و همکاران^۶، ۲۰۲۴). در نتیجه، یک خودانگاره منفی می‌تواند به نارضایتی عمیق از خود، احساس عدم جذابیت و در نهایت اشتغال ذهنی مداوم درباره کفایت فردی و اجتماعی بینجامد، تا حدی که حتی به اختلال در عملکرد کلی فرد منجر شود (ژیانگ و همکاران^۷، ۲۰۲۳).

تاب‌آوری روانی^۸ از جمله متغیرهایی محسوب می‌شود که قادر است ظرفیت تحمل روان‌شناختی و توانایی مقابله‌ای نوجوانان در مواجهه با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را ارتقا بخشیده و منابع درونی آنان را تقویت کند. بدین صورت که تاب‌آوری روانی با تقویت مکانیسم‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجانی، شدت علائم اختلال شخصیت مرزی را کاهش می‌دهد. این ویژگی به بیماران کمک می‌کند تا در برابر آشفتگی‌های هیجانی مقاومت بیشتری نشان داده و از رفتارهای تکانشی و خودآسیب‌رسان جلوگیری کنند (ولی‌بیگی و همکاران، ۱۴۰۱). همسو با این یافته، پژوهش کیم و همکاران^۹ (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که تاب‌آوری روانی نقش بسزایی در افزایش سطح تحمل افراد در برابر فشارهای روانی ایفا می‌کند. تاب‌آوری روانی در واقع به فرآیند پویا و فعال سازگاری مثبت با شرایط دشوار و تجارب ناگوار زندگی اشاره دارد (کای و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۴). این سازه صرفاً به معنای مقاومت غیرفعال در برابر مصائب یا موقعیت‌های تهدیدآمیز نیست، بلکه یک فرد تاب‌آور، کنشگری فعال و سازنده در محیط اطراف خود است (توماس و آسلین^{۱۱}، ۲۰۱۸). این فرآیند روان‌شناختی پویا، پاسخ‌های افراد را به ویژه در موقعیت‌های بحرانی تحت تأثیر قرار داده و با تسهیل مدیریت هیجانات و عواطف، زمینه را برای عملکرد مطلوب‌تر آن‌ها در این شرایط فراهم می‌آورد. در واقع، تاب‌آوری قابلیت سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار را در افراد افزایش می‌دهد (یوزان و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۳). مطابق با یافته‌های یانگ و همکاران^{۱۳} (۲۰۲۲)، تاب‌آوری از طریق به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر—همچون روش‌های فعال و تقویت افکار مثبت—عمل کرده و در مقابل، راهبردهای ناسازگاری چون پاسخ‌های افسرده‌وار، روش‌های منفعلانه و اجتنابی حل مسئله را کاهش می‌دهد. افراد دارای این ویژگی، از اهداف روشن در زندگی برخوردارند، در تعامل با خود و دیگران عملکردی

1. Michel et al.
2. Self- Concept
3. Wang, Wang
4. Chen et al.
5. Butterfield et al.
6. Wang et al.
7. Xiang et al.
8. Psychological resilience
9. Kim et al.
10. Cui et al.
11. Thomas, Asselin
12. Uzun et al.
13. Yang et al.

حمایتی داشته و سرمایه روان شناختی درونی آن‌ها باعث می‌شود در برابر آسیب‌های روانی از مصونیت بیشتری برخوردار باشند (باکمن و همکاران^۱، ۲۰۱۹).

با توجه به اینکه نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی به‌طور مکرر با چالش‌های هیجانی پیچیده و تنش‌های روان شناختی مواجه می‌شوند، توجه به رویکردهای درمانی مؤثر می‌تواند به‌طور قابل توجهی از آسیب‌های آتی در این جمعیت آسیب‌پذیر بکاهد. در میان مداخلات روان درمانی موجود، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۲ به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد که مستقیماً بر نقص پایه‌ای این نوجوانان در مهارت‌های تحمل پریشانی متمرکز است، مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است. دلیل استفاده از این درمان آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان، همزمان مکانیزم‌های تاب‌آوری روانی را تقویت کرده و از طریق فرآیندهای پذیرش رادیکال و یکپارچه‌سازی حالات ذهنی، به بازسازی خودنگاره آسیب‌دیده نوجوانان می‌پردازد (صبری و همکاران، ۱۴۰۰). اثربخشی این روش درمانی در بهبود ابعاد شناختی، روان شناختی و هیجانی، به‌طور گسترده در پژوهش‌های متعدد داخلی از جمله مطالعات عاشوری و همکاران (۱۴۰۳)؛ عقیلی و همکاران (۱۴۰۲)؛ پهلوان و همکاران (۱۴۰۲)؛ قادرنژاد و همکاران (۱۴۰۱)؛ پروانه و همکاران (۱۴۰۰) و همچنین در تحقیقات بین‌المللی متعددی از جمله گوتلیب و همکاران^۳ (۲۰۲۲)؛ سیسینسکی و همکاران^۴ (۲۰۲۲)؛ دلاکویس و همکاران^۵ (۲۰۲۲)؛ ایپ و همکاران^۶ (۲۰۲۴)؛ لیو و همکاران^۷ (۲۰۲۴)؛ هریس و همکاران^۸ (۲۰۲۴)؛ بارت و همکاران^۹ (۲۰۲۵)؛ دکر و همکاران^{۱۰} (۲۰۲۵) و واندربلین و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۵) به تأیید رسیده است. این مدل درمانی که بر پایه اصول درمان شناختی-رفتاری بنا نهاده شده است، این درمان بر مفاهیم پذیرش، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانات تأکید ویژه‌ای دارد (عاشوری و همکاران، ۱۴۰۳). رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای مقابله با هیجانات دشوار و ناپایدار را کسب نمایند و در نهایت از رفتارهای خودآسیب‌رسان اجتناب ورزند (باقری شیخانگش و همکاران، ۱۴۰۴). این درمان چهار مؤلفه مداخله‌ای اصلی را در قالب درمان گروهی ارائه می‌دهد: هوشیاری فراگیر و تحمل پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش، و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های تغییر. رویکرد درمانی مذکور بر افزایش توانمندی‌های مراجعان از طریق آموزش مهارت‌های جدید، افزایش انگیزش با کاهش موانع درمانی، اطمینان از تعمیم درمان به محیط طبیعی زندگی از طریق توسعه شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی، و همچنین توانمندسازی درمانگران از طریق افزایش مهارت‌های حرفه‌ای و پیشگیری از فرسودگی شغلی تأکید می‌ورزد (دلاکویس و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به نقش برجسته طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (برازنده و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۸) و تأثیر چشمگیر این طرحواره‌ها در تشدید علائم اختلال، طرحواره درمانی^{۱۳} به عنوان یکی دیگر از روش‌های درمانی کارآمد مطرح می‌باشد. اثربخشی این روش در مطالعات محققان داخلی از جمله پیری و همکاران (۱۳۹۹)؛ افسر و همکاران (۱۴۰۰)؛ عزیزی و همکاران (۱۴۰۲)؛ فرمانبر و همکاران (۱۴۰۲) و عباسیان حدادان (۱۴۰۳) بر متغیرهایی همچون رفتار تکانشی در آشفتگی شخصیت مرزی، راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و

1. Backmann et al.

2. Dialectical Behavioral Therapy

3. Gottlieb et al.

4. Ciesinski et al.

5. Delaquis et al.

6. Ip et al.

7. Liu et al.

8. Harris et al.

9. Barnett et al.

10. Decker et al.

11. Vonderlin et al.

12. Barazandeh et al.

13. Schema Therapy

همچنین تکانشگری، علائم اختلال شخصیت مرزی، طردشدگی و ابرازگری هیجانی افراد دارای نشانه‌های این اختلال به اثبات رسیده است. علاوه بر این، در پژوهش‌های بین‌المللی محققانی نظیر [پیترز و همکاران^۱ \(۲۰۲۵\)](#)؛ [بالجی و همکاران^۲ \(۲۰۲۴\)](#)؛ [مولر و همکاران^۳ \(۲۰۲۴\)](#)؛ [استفان و همکاران^۴ \(۲۰۲۳\)](#)؛ [پیترز و همکاران \(۲۰۲۱\)](#) کارایی طرحواره‌درمانی بر نشانه‌های اختلال شخصیت، کاهش اختلال افسردگی، کاهش اضطراب مزمن هم‌بود با اختلال شخصیت و ارتقای سلامت روان افراد مبتلا به اختلال شخصیت خوشه C مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است. طرحواره‌درمانی به عنوان یک درمان یکپارچه و نوین، عمدتاً بر اساس بسط مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته است. این رویکرد نه به عنوان رقیب یا شکل موفق‌تر درمان شناختی-رفتاری، بلکه به عنوان درمان مکملی در مواردی که درمان شناختی-رفتاری به نتیجه مطلوب نمی‌رسد، در نظر گرفته می‌شود ([پیترز و همکاران، ۲۰۲۱](#)). این روش در چارچوب جنبش "سازنده‌گرایی" جای می‌گیرد که در آن بر نقش عواطف در فرآیند تغییر، به‌کارگیری تکنیک‌های تجربی، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین‌فردی تأکید می‌شود ([منجزی و همکاران، ۱۴۰۳](#)). در واقع، طرحواره‌ها حاصل گفتگوی والدین با کودک هستند که به تدریج در ذهن او تثبیت شده و به گونه‌ای نظام‌مند اما ناکارآمد، زندگی وی را تحت سیطره خود گرفته‌اند. طرحواره‌درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی‌سازی تکنیک‌های درمانی است که بر پایه شناخت درمانی استوار شده و برای بسیاری از چالش‌های زندگی روزمره راه حل ارائه می‌دهد ([استفان و همکاران، ۲۰۲۳](#)).

با توجه به ضرورت مقایسه فلسفه اجرایی و مکانیسم تأثیر دو مداخله طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، باید خاطرنشان کرد که طرحواره‌درمانی به عنوان یک رویکرد تجربه‌گرایانه، از طریق تمرکز بر بازبینی شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌های ناسازگار اولیه و با بهره‌گیری از تکالیف ساختاریافته درون و برون جلسه‌ای، به بیماران کمک می‌کند تا با چالش کشیدن فعال طرحواره‌های معیوب، به تعدیل و اصلاح آن‌ها نایل آیند که هدف نهایی این فرآیند، ایجاد آگاهی روان‌شناختی عمیق، افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها و بهبود پایدار طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است؛ در مقابل، رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأکید بر مؤلفه‌های عملیاتی شامل هوشیاری فراگیر، تحمل پریشانی، پذیرش بدون قید و شرط، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی، به دنبال تسهیل کسب مهارت‌های مقابله‌ای برای مدیریت هیجانات دشوار و جلوگیری از رفتارهای خودآسیب‌رسان است که این رویکرد با ارائه چهارچوبی ساختاریافته برای آموزش مهارت‌ها، در پی افزایش ظرفیت تحمل پریشانی و بهبود روابط بین‌فردی می‌باشد؛ بنابراین، در حالی که طرحواره‌درمانی بر بازسازی شناختی-تجربی طرحواره‌های عمیق و تغییر الگوهای دیرپای رفتاری متمرکز است، رفتاردرمانی دیالکتیکی بر آموزش مهارت‌های کاربردی و تقویت توانمندی‌های هیجانی-بین‌فردی تأکید می‌ورزد که این تمایزات بنیادین در مبانی نظری و روش‌های اجرایی، لزوم بررسی مقایسه‌ای این دو مداخله را برای تعیین اثربخش‌ترین رویکرد درمانی برای نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با توجه به ویژگی‌های بالینی و نیازهای خاص آنان به وضوح آشکار می‌سازد.

با توجه به اهمیت موضوع پژوهش حاضر، باید اذعان داشت که اختلال شخصیت مرزی به عنوان یکی از شایع‌ترین و مقاوم‌ترین اختلالات شخصیت، به دلیل ماهیت آشفته‌ساز، شیوع فراوان، پیچیدگی‌های بالینی و هزینه‌های گزاف مراقبتی، در کانون توجه پژوهشگران حوزه سلامت روان قرار دارد. ما در جوامع کنونی با روند رو به رشد این اختلال مواجه هستیم و اگرچه مطالعات تجربی گسترده‌ای در این زمینه در جامعه ما منتشر نشده است، اما مشاهدات بالینی متعدد روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی از افزایش نگران‌کننده شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه حکایت دارد ([ورما و همکاران^۵، ۲۰۲۱](#)). آمارها نشان می‌دهد شیوع

1. Peeters et al.

2. Baljé et al.

3. Moeller et al.

4. Stefan et al.

5. Varma et al.

این اختلال در جمعیت عمومی دو درصد، در بین بیماران سرپایی روان پزشکی ۱۰ درصد و در بین بیماران بستری روان پزشکی به ۲۰ درصد می‌رسد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حداقل در دو حوزه بالقوه آسیب‌زا تکنشگری نشان می‌دهند که می‌تواند شامل قماربازی، ولخرجی بی‌ملاحظه، پرخوری، سوء مصرف مواد، روابط جنسی ناسالم و رفتارهای پرخطر در رانندگی باشد که همه این بحران‌ها در قالب مشکلات بین فردی، بدکارکردی هیجانی، نوسانات خلقی و سایر رفتارهای خودویرانگر تجلی می‌یابد (داهلنبورگ و همکاران، ۲۰۲۱). این افراد غالباً موجب فرسودگی نزدیکان، دوستان، همکاران و اعضای خانواده خود شده و حتی ممکن است به القای علائم بیماری در اطرافیان‌شان منجر شوند (ریچاردس و همکاران، ۲۰۲۳). این ویژگی‌های نگران‌کننده نشان می‌دهد که در صورت عدم به کارگیری مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای بهبود وضعیت روانی-هیجانی این نوجوانان، آسیب‌های وارده به خود و دیگران افزایش یافته و پیامدهای منفی بیشتری را به دنبال خواهد داشت. بنابراین با توجه به شواهد پژوهشی موجود در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی در کاهش مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی، و از سوی دیگر با عنایت به خلاء پژوهشی موجود مبنی بر عدم وجود تحقیقات مشابه، هدف اصلی این پژوهش مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تعیین شده است. فرضیه‌های پژوهش بدین صورت بودند:

۱. بین میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تفاوت وجود دارد.
۲. بین میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تفاوت وجود دارد.

۲. روش

۱-۲. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در دوره دوم متوسطه شهر اصفهان مشغول به تحصیل بوده و به دلیل علائم اختلال شخصیت مرزی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که دو ناحیه از نواحی شش‌گانه شهر اصفهان (آموزش و پرورش ناحیه ۴ و ۶) انتخاب و با مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آنان، نوجوانانی که با علائم اختلال شخصیت مرزی به این مراکز ارجاع داده شده و توسط روان‌شناس بالینی این مراکز دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس به این نوجوانان، پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی ارائه شد تا بدین وسیله از وجود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در نزد این نوجوانان اطمینان حاصل گردد. بدین صورت که نوجوانانی که نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (نمره برش پرسشنامه) به دست آوردند، به عنوان نوجوانی قلمداد شدند که دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بودند. علاوه بر این، این نوجوانان مورد مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ نیز قرار گرفتند. سپس از بین نوجوانانی که با پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند (نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی)، تعداد ۶۰ نوجوان را به ترتیب نمره کسب شده در پرسشنامه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نوجوان در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک، ۲۰ نوجوان در گروه

آزمایش طرحواره‌درمانی و ۲۰ نوجوان در گروه گواه). جهت مشخص کردن تعداد حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power استفاده شد که تعداد نمونه حاضر در هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد. میزان خطا نیز ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شده است. اندازه اثر نیز ۰/۹۹ به دست آمد. سپس نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی را در طی ده هفته دریافت نمودند. این در حالی بود که نوجوانان حاضر در گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ نوجوان در آزمایش اول، ۲ نوجوان در گروه آزمایش دوم و ۳ نوجوان در گروه گواه به دلیل بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری ذاتی این اختلال و همچنین تداخل با برنامه‌های مدرسه یا فعالیت‌های دیگر از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۵۳ نوجوان در پژوهش باقی ماندند (۱۸ نوجوان در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک، ۱۸ نوجوان در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی و ۱۷ نوجوان در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، داشتن سن ۱۹-۱۵ سال، حضور در دوره دوم متوسطه، رضایت نوجوان جهت شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال شخصیت همپود (با توجه به نتایج مصاحبه بالینی)، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان و عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در طی شش ماه اخیر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس‌آزمون یا پیگیری بود.

۲-۲. ابزارهای سنجش

۲-۲-۱. پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPDQ): پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی که توسط [لیشسرنگ^۲](#) (۱۹۹۹) طراحی شده است، به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی توسعه یافته و بر اساس فرمت پاسخ‌دهی بلی (نمره ۱) / خیر (نمره صفر) عمل می‌کند. این پرسشنامه شامل ۵۱ ماده بوده و دامنه نمرات آن بین صفر تا ۵۷ متغیر است. بر اساس مطالعات پایه، کسب نمره بالاتر از ۲۸ در این پرسشنامه نشان‌دهنده وجود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در فرد محسوب می‌شود. [لیشسرنگ \(۱۹۹۹\)](#) در پژوهش خود پایایی و روایی مطلوبی را برای این ابزار گزارش نمود، به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی رضایت‌بخشی را نشان داد. همچنین روایی تمیزی و تشخیصی مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش [محمدزاده \(۲۰۱۱\)](#) نیز روایی و پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از روایی همزمان مناسب با ضریب همبستگی ۰/۷۰ برای سؤالات با کل پرسشنامه و ضرایب بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ بود. همچنین پایایی از طریق روش‌های بازآزمایی (۰/۸۰)، دونیمه‌سازی (۰/۸۳) و همسانی درونی (۰/۸۵) تأیید گردید. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

۲-۲-۲. پرسشنامه تاب‌آوری روانی (PRQ): پرسشنامه تاب‌آوری روان‌شناختی را [کانر و دیویدسون^۴](#) (۲۰۰۳) تدوین کرده و شامل ۲۵ گویه است که میزان تاب‌آوری روانی افراد را بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از "همیشه نادرست" تا "همیشه درست" = ۴ مورد سنجش قرار می‌دهد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ در نوسان بوده و نمرات بالاتر

1. Borderline Personality Disorder Questionnaire
2. Leichsenring
3. Psychological Resilience Questionnaire
4. Conner, Davidson

نشان دهنده سطح بالاتر تاب‌آوری روان‌شناختی است. [کانر و دیویدسون \(۲۰۰۳\)](#) در مطالعه مبدا خود پایی و روایی مناسبی را برای این ابزار گزارش نمودند. ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ و پایایی بازآزمایی با فاصله ۴ هفته‌ای $0/87$ به دست آمد. همچنین روایی همزمان این پرسشنامه از طریق همبستگی مثبت و معنادار با پرسشنامه سرسختی کوباسا و همبستگی منفی معنادار با مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیپان تأیید گردید. در مطالعات ایرانی نیز [یوسفیان و همکاران \(۱۳۹۸\)](#) روایی سازه این پرسشنامه را $0/88$ و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ $0/87$ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/85$ محاسبه شد که نشان دهنده قابلیت اعتماد مناسب ابزار در نمونه مورد مطالعه است. این پرسشنامه به عنوان یکی از معتبرترین ابزارهای سنجش تاب‌آوری در زمینه‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۲-۲-۳. پرسشنامه خودانگاره نوجوان (ASCQ): پرسشنامه خودانگاره نوجوانان که توسط [مانداگلیو و پیریت^۲ \(۱۹۹۵\)](#) طراحی و تدوین شده است، متشکل از ۲۳ سوال چهار گزینه‌ای با استفاده از مقیاس لیکرت (از گزینه "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم") می‌باشد که به هر گزینه نمره‌ای از ۱ تا ۴ تعلق می‌گیرد و بر این اساس دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۲۳ تا ۹۲ در نوسان است که نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده خودانگاره مثبت‌تر فرد است. پایایی این پرسشنامه توسط [مانداگلیو و پیریت \(۱۹۹۵\)](#) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/86$ محاسبه و گزارش شده است و همچنین این پژوهشگران میزان روایی سازه این پرسشنامه را $0/80$ به دست آوردند. در پژوهش [آقاجانی و همکاران \(۱۳۹۸\)](#) نیز همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/87$ ، پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ $0/80$ و میزان روایی محتوایی آن $0/83$ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/81$ محاسبه شد که نشان دهنده قابلیت اعتماد مناسب و قابل قبول این ابزار در جامعه آماری مورد مطالعه است.

۲-۳. روند اجرای پژوهش

برای اجرای دقیق و نظام‌مند پژوهش حاضر، ابتدا هماهنگی‌های اداری لازم با مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش نواحی منتخب شهر اصفهان (ناحیه ۴ و ناحیه ۶) به عمل آمد و مجوزهای رسمی و لازم برای اجرای فرآیند پژوهش در این مراکز اخذ گردید. سپس نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی که واجد شرایط مشارکت در پژوهش بودند، با استفاده از ابزارهای استاندارد شناسایی شده و پس از اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از خود نوجوانان و همچنین والدین یا سرپرستان قانونی آنان، به صورت تصادفی در سه گروه مساوی (شامل ۲۰ نوجوان در گروه آزمایش اول، ۲۰ نوجوان در گروه آزمایش دوم و ۲۰ نوجوان در گروه گواه) جایگزین شدند. در مرحله بعد، پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پیش‌آزمون به صورت همزمان بر روی تمامی گروه‌ها اجرا گردید. سپس مداخلات درمانی تخصصی شامل رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی به صورت جداگانه برای گروه‌های آزمایشی اجرا شد. پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس برنامه مدون [فرازیرو و ولا^۳ \(۲۰۱۴\)](#) که در پژوهش [آذرفر و همکاران \(۱۳۹۸\)](#) برای جامعه نوجوانان ایرانی بومی‌سازی و اعتباریابی شده بود، طی ۱۰ جلسه ساختاریافته ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. همچنین پروتکل طرحواره‌درمانی برگرفته از مدل معتبر [یانگ و همکاران^۴ \(۲۰۰۳\)](#) که در پژوهش [پیری و همکاران \(۱۳۹۹\)](#) برای نوجوانان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی استفاده و اثربخشی آن تأیید شده بود، در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. در طول این دوره مداخله‌ای، گروه گواه در لیست انتظار قرار داشت و هیچ مداخله درمانی دریافت نکرد. پس از اتمام کامل مداخلات، مرحله پس‌آزمون با

1. Adolescent Self-Concept Questionnaire
2. Mandaglio, Pyryt
3. Frazier, Vela
4. Young et al.

استفاده از همان ابزارهای اولیه اجرا شد و به منظور بررسی پایداری و ماندگاری اثرات مداخلات در طول زمان، پس از گذشت دوره دو ماهه، مرحله پیگیری نیز با دقت انجام گردید. در طول فرآیند اجرای پژوهش، به دلایل مختلف از جمله مشکلات شخصی، خانوادگی یا عدم تمایل به ادامه همکاری، ۲ نوجوان از گروه آزمایش اول (رفتاردرمانی دیالکتیکی)، ۲ نوجوان از گروه آزمایش دوم (طرحواره‌درمانی) و ۳ نوجوان از گروه گواه از ادامه مشارکت در پژوهش انصراف دادند. بنابراین در نهایت تعداد ۵۳ نوجوان در پژوهش باقی ماندند که شامل ۱۸ نوجوان در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، ۱۸ نوجوان در گروه طرحواره‌درمانی و ۱۷ نوجوان در گروه گواه بودند. کلیه مراحل اجرایی پژوهش با رعایت کامل موازین اخلاقی و با نظارت مستقیم پژوهشگران انجام پذیرفت.

جدول ۱. خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک (فرازیر و ولا، ۲۰۱۴؛ به نقل از آذرفر و همکاران، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف	شرح جلسه
جلسه اول	ایجاد چارچوب درمانی و بنیان‌گذاری رابطه درمانی امن و مبتنی بر اعتماد	جلسه اول با هدف آشنایی اعضای گروه و ایجاد فضای امن آغاز گردید. در این جلسه، اعضا و درمانگر به معرفی خود پرداخته و انتظاراتشان از فرآیند درمان را به اشتراک گذاشتند. درمانگر با ایجاد فضایی همدلانه، شرایطی فراهم نمود تا اعضا احساس راحتی بیشتری برای ابراز احساسات و مشکلات خود پیدا کنند. سپس قوانین گروهی شامل رازداری، ضرورت حضور منظم، تعداد جلسات (۱۰ جلسه)، مدت زمان هر جلسه (۹۰ دقیقه) و اهمیت مشارکت فعال به طور شفاف توضیح داده شد. درمانگر با استفاده از تکنیک‌های فعال‌سازی گروهی، اعضا را به بیان دغدغه‌هایشان تشویق نموده و بر ایجاد اعتماد متقابل تأکید کرد.
جلسه دوم	آموزش روان‌آموزی درباره ماهیت و کارکرد هیجانات و معرفی مهارت‌های اولیه تنظیم هیجان	جلسه دوم به آموزش تکنیک درک هیجان در روابط اختصاص یافت. در این جلسه، اجزاء هیجان و تأثیرات آن شامل مکانیسم‌های عمل هیجان، آسیب‌پذیری در برابر تجربیات هیجانی منفی، واکنشی بودن و رسیدن به تعادل آموزش داده شد. به این سوال که "چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟" پاسخ داده شده و دیدگاه‌های صحیح درباره هیجان‌ها تبیین گردید. هیجان‌های اولیه و ثانویه مرور شده و نقش سازنده همه هیجان‌ها بررسی گردید. مهارت‌های تنظیم هیجانی به منظور کنار آمدن مؤثرتر با هیجان‌ها و جلوگیری از رنج روزافزون آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه شد.
جلسه سوم	تقویت توانایی شناسایی، نام‌گذاری و پذیرش هیجانات از طریق مدل "ذهن خردمند" و تکنیک‌های مبتنی بر خود-شفقتی	جلسه سوم بر نام‌گذاری هیجان‌ها و تحلیل عملکردی متمرکز بود. در این جلسه، تفاسیر فردی درباره هیجان‌ها (اسطوره‌ها) مورد بحث قرار گرفت و نقش ذهن هیجانی، ذهن منطقی و ذهن خردمند در تفسیر و پاسخ به هیجان‌ها بررسی شد. تکنیک پذیرش خود و فرزند آموزش داده شد که شامل آگاهی از ارتباط، خودآگاهی، توجه آگاهانه نسبت به خود، خود هیجانی، خود منطقی و مدیریت خشم در روابط بود. تکلیف خانگی نیز ارائه گردید.
جلسه چهارم	تقویت مهارت‌های تحمل‌پریشانی و پیشگیری از رفتارهای تکانشی از طریق تکنیک "توقف اوضاع وخیم" و ترویج خودگویی‌های مثبت.	جلسه چهارم به مشاهده و توصیف هیجان‌ها اختصاص یافت. در این جلسه، نقش خودگویی‌های مثبت درباره هیجان‌ها بررسی شده و راه‌های غلبه بر موانع هیجان‌های سالم آموزش داده شد. بر این نکته تأکید گردید که رفتارهای سالم‌تر و افکار خودتأییدگرایانه منجر به تجربیات هیجانی رضایت‌بخش‌تر می‌شوند. تکنیک توقف اوضاع وخیم شامل تعهد برای کارآمد شدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زیانبار آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه شد.
جلسه پنجم	کاهش آسیب‌پذیری کلی هیجانی از طریق مدیریت سلامت جسمانی پایه و ایجاد ثبات در روال روزانه	جلسه پنجم به آموزش مهارت کاهش آسیب‌پذیری جسمانی اختصاص یافت. در این جلسه، برنامه‌ریزی برای خواب کافی، رفع کسالت جسمانی و روانی، مقابله با افکار آشفته‌کننده، تغذیه مناسب و ورزش کردن آموزش داده شد. بر اهمیت عادت‌های صحیح در مدیریت حالت‌های تغییرات خلقی، افسردگی، خشم و کج خلقی تأکید گردید. تکنیک در کنار هم بودن از لحاظ عاطفی شامل شرطی‌سازی و شرطی‌سازی مجدد آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه گردید.
جلسه ششم	تقویت انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت حل مسئله برای کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و بهبود کارآمدی بین‌فردی	جلسه ششم به مهارت کاهش آسیب‌پذیری شناختی اختصاص یافت. در این جلسه، دوری از ذهن هیجانی و ایجاد تعادل بین افکار و احساسات آموزش داده شد. مهارت حل مسئله به عنوان توانایی استفاده از تجارب عملی و توانمندی‌های ذهنی برای دستیابی به نتایج مطلوب تبیین گردید. تکنیک فعال‌سازی مجدد روابط شامل راه‌های مختلف با هم بودن، مدیریت موقعیت‌های تعارض‌آمیز و موقعیت‌های لذت‌بخش آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه هفتم	افزایش تجربیات مثبت و تقویت مهارت ابراز وجود برای ایجاد تعادل هیجانی و تقویت خودکارآمدی	جلسه هفتم به برنامه ریزی برای افزایش تجارب مثبت اختصاص یافت. در این جلسه، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش آموزش داده شد. تکنیک ابراز روشن احساسات شامل شناسایی خواسته‌ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، و مدیریت کم‌انگاری و بیش‌انگاری خواسته‌ها آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه گردید.
جلسه هشتم	شکستن چرخه هیجانات ناسازگار از طریق تکنیک "عمل مخالف" و تقویت مهارت‌های تحلیل مساله برای تمایز بین نیازهای هیجانی و راه‌حل‌های عملی	جلسه هشتم به آگاهی از هیجان‌ها و انجام عمل مخالف اختصاص یافت. در این جلسه، عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه، شرم، خشم و افسردگی آموزش داده شد. بر اهمیت عمل برعکس تمایلات هیجانی و پر کردن ذهن از حس جاری تأکید گردید. تکنیک مدیریت حل مسائل و راه‌حل‌های گفتگو شامل تمایز بین مدیریت مساله و حل مساله، و تجزیه و تحلیل مساله آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه شد.
جلسه نهم	افزایش ظرفیت تحمل و بقا در موقعیت‌های پریشانی‌زا بدون توسل به رفتارهای آسیب‌رسان یا تکانشی	جلسه نهم به آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی اختصاص یافت. در این جلسه، راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقاء لحظه جاری، خودآرام‌بخشی با استفاده از حواس پنجگانه و تکنیک سود و زیان آموزش داده شد. بر این نکته تأکید گردید که بسیاری از افراد به دلیل عدم تحمل هیجان‌های دردناک، دست به رفتارهای غیرانطباقی می‌زنند. درمانگر به اعضا کمک کرد تا هیجان‌های دردناک را تجربه و تحمل کنند. تکلیف خانگی نیز ارائه گردید.
جلسه دهم	تثبیت مهارت‌های آموخته شده با تأکید بر "پذیرش رادیکال" واقعیت‌ها به عنوان پایه‌ای برای "عمل متعهدانه" و تعهد به ادامه مسیر بهبودی پس از پایان درمان	جلسه دهم به ادامه آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی اختصاص یافت. در این جلسه، پذیرش بنیادین و چگونگی استفاده از این مهارت آموزش داده شد. تغییر شیوه‌های تفکر و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه مورد بحث قرار گرفت. این جلسه به عنوان جمع‌بندی نهایی، به تثبیت مهارت‌های آموخته شده و تقویت تعهد به ادامه روند بهبودی پرداخت.

جدول ۲: خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از پیری و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسات	اهداف	شرح جلسه
اول	آشنایی و معرفی برنامه‌ها	جلسه اول به آشنایی اعضا با برنامه‌های درمانی و اهداف کلی طرحواره درمانی اختصاص یافت. در این جلسه ابتدا پرسشنامه‌های ارزیابی اجرا شد و سپس درمانگر به برقراری ارتباط همدلانه و ایجاد انگیزه در اعضا پرداخت. وضعیت اولیه گروه مورد ارزیابی قرار گرفت و انتظارات بیماران و درمانگر از فرآیند درمان به طور شفاف تبیین گردید. در پایان جلسه، توافقنامه درمانی بین اعضا و درمانگر منعقد شد که شامل تعهد به حضور منظم و رعایت اصول محرمانگی بود.
دوم	تعریف طرحواره درمانی	جلسه دوم به تعریف جامع طرحواره درمانی و مفاهیم پایه آن اختصاص داشت. درمانگر به تشریح فلسفه وجودی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نحوه شکل‌گیری آن‌ها در دوران کودکی پرداخت. در این جلسه، مهارت‌های پردازش اطلاعات و شناسایی الگوهای فکری ناکارآمد آموزش داده شد و اعضا با مکانیسم‌های تأثیر طرحواره‌ها بر زندگی فعلی آشنا گردیدند.
سوم	آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه	جلسه سوم بر آموزش و شناخت دقیق طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای ناکارآمد و سبک‌های اسنادی متمرکز بود. درمانگر به تفصیل به معرفی ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه و ویژگی‌های هر یک پرداخت. اعضا آگاهی علمی این مفاهیم، توانایی شناسایی طرحواره‌های شخصی خود را کسب نموده و ارتباط بین باورهای ناکارآمد و سبک‌های اسنادی را درک کردند.
چهارم	معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه	جلسه چهارم به معرفی جامع حوزه‌های پنجگانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه اختصاص یافت. درمانگر به تشریح کامل حوزه‌های قطعیت‌طلبی، استقلال و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌منشی و گوش‌به‌زنگی و بازداری پرداخت. اعضا این حوزه‌ها، توانایی تشخیص و دسته‌بندی طرحواره‌های شخصی خود را کسب نمودند.
پنجم	آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی	جلسه پنجم به آموزش مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد اختصاص داشت. درمانگر به تشریح مکانیسم‌های هماهنگی شناختی و انواع پاسخ‌های مقابله‌ای (تسلیم، اجتناب، جبران افراطی) پرداخت. اعضا این مفاهیم، توانایی شناسایی پاسخ‌های مقابله‌ای شخصی خود را کسب نموده و آن‌ها را با تجربیات زندگی خود انطباق دادند.
ششم	مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی	جلسه ششم مرحله سنجش و آموزش عملی طرحواره درمانی بود. در این جلسه، اعضا با استفاده از تکنیک‌های سنجش، به شناسایی و تشخیص دقیق طرحواره‌های ناسازگار اولیه شخصی پرداختند. درمانگر با استفاده از روش‌های مصاحبه بالینی و ابزارهای استاندارد، به اعضا در ترسیم نقشه طرحواره‌های شخصی کمک نمود.
هفتم	استفاده از راهبردهای شناختی طرحواره درمانی	جلسه هفتم به کاربرد راهبردهای شناختی طرحواره درمانی اختصاص یافت. درمانگر تکنیک‌های چالش با باورهای ناکارآمد، بازسازی شناختی و ایجاد افکار جایگزین را آموزش داد. اعضا این تکنیک‌ها، به اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد پرداختند.

هشتم	استفاده از راهبردهای رفتاری طرحواره درمانی	جلسه هشتم بر استفاده از راهبردهای رفتاری طرحواره درمانی متمرکز بود. درمانگر تکنیک های آزمایش رفتاری، تمرین نقش آفرینی و الگوسازی رفتاری را آموزش داد. اعضا این تکنیک ها، به تغییر الگوهای رفتاری ناسازگار و جایگزینی رفتارهای سالم پرداختند.
نهم	استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره درمانی	جلسه نهم به کاربرد راهبردهای تجربی طرحواره درمانی اختصاص داشت. درمانگر تکنیک های تصویرسازی ذهنی، گفت و گوی طرحواره ای و کار با صندلی خالی را آموزش داد. اعضا این تکنیک ها، به تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره های ناسازگار پرداختند.
دهم	آموزش روش های الگوشکنی، جمع بندی مطالب جلسات پیشین	جلسه دهم به آموزش روش های الگوشکنی و جمع بندی مطالب جلسات پیشین اختصاص یافت. درمانگر به مرور کلیه مفاهیم آموزش داده شده پرداخت و تکنیک های جایگزینی رفتارهای سالم به جای رفتارهای مقابله ای ناسازگار را آموزش داد. در پایان جلسه، ارزیابی جامعی از اثربخشی طرحواره درمانی انجام شد و برنامه های پیگیری برای حفظ دستاوردهای درمانی تنظیم گردید.

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کرویت داده های تحقیق از آنالیز مولی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه ها از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۵ استفاده شد. نتایج آماری با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳. یافته ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

یافته های جمعیت شناختی سن و جنسیت افراد حاضر در پژوهش به تفکیک سه گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. یافته های جمعیت شناختی سن و تحصیلات افراد حاضر در پژوهش به تفکیک سه گروه

متغیر جمعیت شناختی سن					
گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون f	درجه آزادی	معناداری
گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱۷/۱۹	۲/۲۳	۳/۱۹	۳	۰/۲۴
گروه طرحواره درمانی	۱۸/۷۴	۲/۱۴			
گروه گواه	۱۷/۶۶	۲/۱۹			
متغیر جمعیت شناختی جنسیت					
جنسیت	گروه ها	فراوانی	درصد فراوانی	آزمون خی دو	معناداری
پسر	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی	۸	۴۴/۴۴	۲	۰/۱۱
	گروه طرحواره درمانی	۱۰	۵۵/۵۶		
	گروه گواه	۸	۴۷/۰۶		
دختر	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱۰	۵۵/۵۶	۲	۰/۱۱
	گروه طرحواره درمانی	۸	۴۴/۴۴		

1. Shapiro-Wilk test
2. Levine test
3. Mauchly's Test
4. Mixed variance analysis
5. Bonferroni follow-up test

همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، میانگین سنی نوجوانان دارای نشانه های اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش طرحواره درمانی ۱۹/۱۷ سال، در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی ۷۴/۱۸ سال و در گروه گواه ۶۶/۱۷ سال بوده است. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین سنی سه گروه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد، بنابراین اثر سن در تحلیل های بعدی کنترل نشد. از نظر توزیع جنسیتی، در گروه آزمایش طرحواره درمانی ۸ نفر (۴۴/۴۴ درصد) پسر و ۱۰ نفر (۵۵/۵۶ درصد) دختر حضور داشتند. در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۰ نفر (۵۵/۵۶ درصد) پسر و ۸ نفر (۴۴/۴۴ درصد) دختر و در گروه گواه ۸ نفر (۴۷/۰۶ درصد) پسر و ۹ نفر (۵۲/۹۴ درصد) دختر قرار داشتند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین توزیع جنسیتی سه گروه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. بنابراین اثر جنسیت نیز در تحلیل های بعدی کنترل نشد. این یافته ها حاکی از همگنی گروه های پژوهش از نظر متغیرهای دموگرافیک سن و جنسیت بوده و بنابراین هرگونه تفاوت مشاهده شده در متغیرهای وابسته پژوهش را می توان به مداخلات انجام شده نسبت داد.

۳-۲. شاخص های توصیفی

میانگین و انحراف استاندارد خودنگاره و تاب آوری روانی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد خودنگاره و تاب آوری روانی در دو گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی و گروه گواه					
گروه ها	مرحله پیش آزمون	مرحله پس آزمون	مرحله پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک	۴۳	۹/۲۲	۵۲/۷۲	۱۱/۴۴	۵۱/۹۴
گروه آزمایش طرحواره درمانی	۴۴/۷۲	۷/۶۰	۵۳/۷۲	۹/۶۰	۵۲/۵۰
گروه گواه	۴۲/۲۳	۷/۳۸	۴۱/۲۹	۷/۴۸	۴۱/۳۵
گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک	۶۲/۲۷	۵/۰۱	۷۳/۲۷	۹/۷۹	۷۰/۴۴
گروه آزمایش طرحواره درمانی	۶۰/۳۸	۷/۴۶	۷۱/۷۷	۹/۸۹	۶۹/۲۷
گروه گواه	۶۳/۷۶	۶/۷۳	۶۱/۳۵	۶/۸۰	۶۲/۱۷

نتایج جدول توصیفی (جدول شماره ۲) نشان می دهد که میانگین نمرات خودنگاره و تاب آوری روانی نوجوانان دارای نشانه های اختلال شخصیت مرزی در هر دو گروه آزمایشی (دریافت کننده مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی) در مقایسه با گروه گواه افزایش یافته است. این یافته ها حاکی از آن است که هر دو مداخله درمانی تأثیر مثبتی بر بهبود خودنگاره و تاب آوری روانی نوجوانان داشته اند. به طور مشخص، مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایشی نشان دهنده روند بهبودی در متغیرهای مورد مطالعه است. این بهبودی در گروه دریافت کننده طرحواره درمانی به صورت [درج میزان بهبودی بر اساس داده ها] و در گروه دریافت کننده رفتاردرمانی دیالکتیکی به میزان [درج میزان بهبودی بر اساس داده ها] مشاهده شد. در مقابل، گروه گواه که مداخله ای دریافت نکرده بود، تغییر محسوسی در نمرات خودنگاره و تاب آوری روانی نشان نداد. در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می گیرد.

۳-۳. بررسی پیش فرض های آزمون پارامتریک

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش فرض های آزمون های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ای داده ها در خودنگاره ($F=۰/۹۴$; $P=۰/۵۵$) و تاب آوری روانی ($F=۰/۹۲$; $P=۰/۳۶$) برقرار است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می داد پیش فرض همگنی واریانس ها در خودنگاره ($F=۰/۹۳$; $P=۰/۳۲$) و تاب آوری روانی

($F=0/84$; $P=0/24$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده ها در خودانگاره ($Mauchlys W=0/93$; $P=0/26$) و تاب آوری روانی ($Mauchlys W=0/95$; $P=0/34$) رعایت شده است.

۳-۴. آزمون فرضیه ها

جدول ۳: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون گروهی و بین گروهی متغیرهای خودانگاره و تاب آوری روانی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۱۱۱۹/۷۱	۲	۵۵۹/۸۵	۸۱/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
عضویت گروهی	۲۳۲۸/۱۶	۲	۱۱۶۴/۰۸	۲۵/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
تعامل زمان و گروه	۷۴۷/۹۵	۴	۱۸۶/۹۸	۳۷/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
خطا	۶۸۷/۸۴	۱۰۰	۶/۸۷				
زمان	۱۲۹۱/۹۹	۲	۶۴۵/۹۹	۵۹/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
عضویت گروهی	۱۱۰۱/۰۵	۲	۵۵۰/۵۲	۳۴/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
تعامل زمان و گروه	۱۱۵۵/۶۹	۴	۲۸۸/۹۲	۲۶/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
خطا	۱۰۷۹/۴۲	۱۰۰	۱۰/۷۹				

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته که در جدول شماره ۳ ارائه شده است، نشان می دهد که عامل زمان (مراحل ارزیابی شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) اثر معناداری بر نمرات خودانگاره و تاب آوری روانی داشته است به طوری که ۶۱ درصد از واریانس نمرات خودانگاره و ۵۴ درصد از واریانس نمرات تاب آوری روانی را تبیین می کند. این یافته حاکی از آن است که اختلاف نمرات متغیرهای مذکور در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون از نظر آماری معنادار می باشد. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (دریافت مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی) نیز تأثیر معناداری بر خودانگاره و تاب آوری روانی نشان داده است به نحوی که به ترتیب ۴۹ درصد و ۴۸ درصد از واریانس نمرات این متغیرها را تبیین می کند که این امر بیانگر تفاوت معنادار بین گروه های آزمایشی و گروه گواه بدون در نظر گرفتن اثر مراحل ارزیابی است. همچنین اثر تعاملی بین نوع درمان و مراحل ارزیابی نیز معنادار گزارش شده است به طوری که این اثر متقابل ۵۲ درصد از واریانس نمرات خودانگاره و ۵۱ درصد از واریانس نمرات تاب آوری روانی را تبیین می نماید که نشان دهنده تأثیر متفاوت مداخلات در مراحل مختلف اندازه گیری است. جهت بررسی دقیق تر تفاوت های بین مراحل، از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ نشان دهنده وجود تفاوت معنادار بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری در هر دو متغیر وابسته است، در حالی که تفاوت بین پس آزمون و پیگیری معنادار نبوده که حاکی از پایداری اثرات مداخلات در دوره پیگیری است. همچنین توان آماری ۱۰۰ درصدی محاسبه شده نشان دهنده کفایت حجم نمونه و دقت آماری مطلوب در این پژوهش می باشد.

جدول ۴: تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته (خودانگاره و تاب آوری روانی) بر اساس مراحل ارزیابی (پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری)

متغیر	مرحله مینا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف معیار	معناداری
خودانگاره	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۹۲	۰/۶۴	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۵/۲۸	۰/۵۸	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۹۲	۰/۶۴	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۶۴	۰/۱۵	۰/۱۹
تاب آوری روانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۶۵	۰/۸۱	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۵/۱۵	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
	-	پیش آزمون	۶/۶۵	۰/۸۱	۰/۰۰۰۱

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی که در جدول ۴ ارائه شده است، نشان می‌دهد که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش شامل خودانگاره و تاب‌آوری روانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون تفاوت آماری معناداری دارد. این یافته‌ها نشان داد که مداخلات به کار گرفته شده در این پژوهش، یعنی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی، به طور معناداری میانگین نمرات خودانگاره و تاب‌آوری روانی را در هر دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) در مقایسه با مرحله پیش از مداخله افزایش داده است. با این حال، مقایسه مستقیم نمرات بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت آماری معناداری را نشان نمی‌دهد که این امر حاکی از پایداری و ماندگاری اثرات مداخلات درمانی در طول زمان است. به عبارت دیگر، بهبودی حاصل از مداخلات در مرحله بلافاصله پس از درمان، بلکه در دوره پیگیری دو ماهه نیز حفظ شده است. برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده که نتایج آن در جدول ۷ ارائه گردیده است. این نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی (دریافت‌کننده طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی) و گروه گواه از نظر میانگین نمرات خودانگاره و تاب‌آوری روانی تفاوت آماری معناداری وجود دارد. این یافته نشان داد که هر دو مداخله درمانی در مقایسه با گروه کنترل که مداخله‌ای دریافت نکرده بود، تأثیر معناداری بر بهبود متغیرهای وابسته داشته‌اند. همچنین، مقایسه بین دو گروه آزمایشی نشان می‌دهد که اگرچه هر دو مداخله مؤثر بوده‌اند، اما ممکن است در میزان اثربخشی بر برخی از متغیرها تفاوت‌هایی وجود داشته باشد که نیاز به بررسی دقیق‌تر دارد. این یافته‌ها به طور کلی حاکی از اثربخشی هر دو مداخله درمانی در بهبود خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی است.

جدول ۷: بررسی تفاوت‌های دو به دو (آزمون تعقیبی بونفرونی) جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک)

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
خودانگاره	گروه طرحواره درمانی	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	۱/۰۹	۱/۹۶
	گروه طرحواره درمانی	گروه گواه	۸/۶۸	۰/۰۰۰۱
	گروه رفتاردرمانی	گروه طرحواره درمانی	-۱/۰۹	۱/۹۶
	دیالکتیک	گروه گواه	۷/۵۹	۰/۰۰۰۱
تاب‌آوری	گروه طرحواره درمانی	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	-۱/۵۱	۱/۴۹
	گروه طرحواره درمانی	گروه گواه	۴/۷۱	۱/۵۳
	گروه رفتاردرمانی	گروه طرحواره درمانی	۱/۵۱	۱/۴۹
	دیالکتیک	گروه گواه	۶/۲۳	۱/۵۳

همانگونه که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش طرحواره درمانی و گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی از نظر آماری معنادار نبوده است. این یافته نشان می‌دهد که بین میزان اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود ندارد. در مقابل، مقایسه هر دو گروه آزمایشی با گروه گواه تفاوت آماری معناداری را نشان می‌دهد. این بدان معناست که هر دو مداخله درمانی به طور معناداری منجر به بهبود خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان شده‌اند. در جمع‌بندی نهایی می‌توان بیان کرد که هم طرحواره درمانی و هم رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تأثیر معناداری داشته‌اند، اما از نظر میزان اثربخشی بین این دو روش درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشده است. این یافته حاکی از آن است که هر دو روش درمانی می‌توانند به عنوان مداخلات مؤثر در بهبود خودانگاره و تاب‌آوری روانی این نوجوانان مورد استفاده قرار گیرند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودانگاره و تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شد و نتایج نشان داد که هر دو مداخله درمانی تأثیر معناداری بر بهبود این متغیرها داشته‌اند. یافته اول مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی با نتایج پژوهش [عاشوری و همکاران \(۱۴۰۳\)](#) در زمینه اثربخشی این روش بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، با یافته‌های [قادرنژاد و همکاران \(۱۴۰۱\)](#) در مورد بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، با گزارش [صبری و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) درباره تأثیر این روش بر کاهش تکانشگری، بدتنظیمی هیجانی و طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، با مطالعه [بارنت و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) در زمینه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش آمیختگی افکار بیماران، با نتایج پژوهش [دکر و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) در مورد اثر این روش بر کاهش افکار خودکشی جانبازان در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی، و همچنین با گزارش [واندرلین و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) درباره بهبود تحمل ابهام افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همسو و همخوان می‌باشد. این همسویی‌ها نشان‌دهنده اثربخشی پایدار و قابلیت تعمق رفتاردرمانی دیالکتیکی در جمعیت‌های بالینی مختلف با چالش‌های متنوع است.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش خودانگاره در نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی باید اشاره نمود که این روش درمانی به عنوان یک رویکرد جامع و ساختاریافته، با هدف اصلی بهبود تنظیم هیجانی و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان طراحی شده است و بر اساس یافته‌های [قادرنژاد و همکاران \(۱۴۰۱\)](#)، این درمان به ویژه برای افرادی که مشکلات شدیدی در تنظیم هیجانات خود تجربه می‌کنند، اثربخشی قابل توجهی دارد. مکانیسم اثر این درمان از طریق آموزش چهار حوزه اصلی مهارتی شامل تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، اثربخشی بین فردی و ذهن‌آگاهی عمل می‌کند و همان‌طور که [دکر و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) اشاره کرده‌اند، آموزش مهارت تحمل پریشانی با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارائه راه‌حل‌های جدید هیجانی، به افراد کمک می‌کند تا با وقایع دردناک به شیوه‌ای سازگارانه‌تر برخورد نمایند. از سوی دیگر، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان به نوجوانان کمک می‌کند تا هیجانات خود را با دقت بیشتری شناسایی و نام‌گذاری کنند، بدون این‌که در برابر آن‌ها احساس ناتوانی نمایند و همان‌طور که [واندرلین و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) تأکید کرده‌اند، این مهارت‌ها شامل توانایی آگاهی از هیجانات، شناسایی و نام‌گذاری دقیق آن‌ها، تفسیر صحیح احساسات بدنی مرتبط با هیجان، مدیریت برانگیختگی هیجانی، تعدیل فعالانه هیجانات منفی، پذیرش هیجانات منفی در مواقع لازم و تحمل آن‌ها در شرایطی که تغییر آن‌ها ممکن نیست، می‌باشد که این فرآیند به نوجوانان کمک می‌کند تا به جای اجتناب از شرایط پریشان‌کننده، با آن‌ها روبرو شده و در جهت دستیابی به اهداف مهم خود گام بردارند. علاوه بر این، در طول فرآیند درمان، نوجوانان از طریق تلفیق تمرینات ذهن‌آگاهی با تمرینات رفتاری، بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می‌پردازند و این تمرینات به آن‌ها کمک می‌کند تا علاوه بر پذیرش و تحمل این حالت‌ها، مکانیسم‌های گذر از این وضعیت را نیز فراگیرند و با تکرار مداوم، این مهارت‌ها را به صورت خودکار در ذهن خود نهادینه کنند که این فرآیند در نهایت منجر به فاصله‌گیری از شناخت‌های ناکارآمد خودکار و ایجاد پردازش‌های شناختی و هیجانی کارآمدتر می‌شود. همچنین، با توجه به این‌که مشکلات مربوط به راهبردهای شناختی هیجان و برقراری ارتباط با دیگران در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌تواند مقدمه‌ای برای مشکلات کنترل تکانه و کاهش خودانگاره باشد، رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، به نوجوانان کمک می‌کند تا به جای گرفتار شدن در چرخه تفکر منفی، هیجانات خود را به طور مؤثر شناسایی و تعدیل نمایند و این رویکرد با جایگزینی راهبردهای مقابله‌ای سالم مانند تحمل پریشانی و حل مسئله، به نوجوانان کمک می‌کند تا پاسخ‌های سازگارانه‌تری به افکار مزاحم داده و از این طریق خودانگاره مثبت‌تری را تجربه نمایند.

یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی با نتایج مطالعات متعددی همسو است. این یافته با پژوهش [عقیلی و همکاران \(۱۴۰۲\)](#) که اثربخشی این روش را بر خوندن‌ساز، شفقت به خود و کاهش رفتارهای خودجرحی نشان دادند، همخوانی دارد. همچنین با یافته‌های [پهلوان و همکاران \(۱۴۰۲\)](#) در مورد بهبود نیازهای بنیادین روان‌شناختی در بیماران دیابتی، و گزارش [پروانه و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) در زمینه کاهش رفتارهای تکانشی، بهبود تنظیم هیجان و تعدیل باورهای غیرمنطقی همسو می‌باشد. در سطح بین‌المللی نیز این نتایج با مطالعات [دلاکویس و همکاران \(۲۰۲۲\)](#) و [ایپ و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) در مورد بهبود سلامت روان نوجوانان، و پژوهش‌های [لیو و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) و [هریس و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) در زمینه کاهش افکار خودکشی نوجوانان افسرده همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان به نقش محوری مهارت تحمل پریشانی در رفتاردرمانی دیالکتیکی اشاره کرد. آموزش این مهارت به نوجوانان کمک می‌کند تا حس پیوستگی و انسجام درونی خود را افزایش دهند و با وقایع آشفته‌ساز زندگی به شیوه‌ای سازگارانه‌تر برخورد نمایند. همان‌طور که [لیو و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) اشاره کرده‌اند، این فرآیند منجر به درک و پذیرش بهتر هیجانات و رویدادهای زندگی می‌شود. از سوی دیگر، [دلاکویس و همکاران \(۲۰۲۲\)](#) نشان دادند که این روش درمانی باعث بهبود جهت‌گیری کلی افراد، ایجاد احساس اعتماد و پویایی مداوم در زندگی می‌گردد. رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش تشخیص دقیق‌تر هیجانات و بررسی آن‌ها بدون احساس ناتوانی، به نوجوانان کمک می‌کند تا زندگی را سازمان‌یافته‌تر، قابل پیش‌بینی‌تر و توضیح‌پذیرتر درک نمایند. این توانمندی منجر به درک هیجانات، پذیرش مشکلات و ناکارآمدی‌ها، و در نهایت تصور زندگی به عنوان پدیده‌ای قابل درک، کنترل‌پذیر و پرمعنا می‌شود که نتیجه آن کاهش تنش‌های درون‌فردی و بین‌فردی و افزایش تاب‌آوری روانی است. همچنین، تمرکز این درمان بر تنظیم هیجانی از طریق آموزش مهارت‌های پذیرش هیجانات و تغییر پاسخ‌های ناسازگار، به نوجوانان کمک می‌کند تا بدون توسل به خودآسیب‌رسانی، هیجانات خود را مدیریت کنند. آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی مانند تکنیک‌های حواس‌پرتی و آرام‌سازی، توانایی تحمل احساسات دشوار بدون واکنش‌های مخرب را افزایش می‌دهد. این رویکرد که بر پایه پذیرش خود و تلاش برای تغییر همزمان استوار است، به نوجوانان می‌آموزد که اشتباهات و نقاط ضعف بخشی از انسان بودن است و قابلیت بهبود دارد. در نهایت، تقویت تحمل پریشانی و بهبود روابط بین‌فردی از دیگر مکانیسم‌های اثر این درمان است. نوجوانان یاد می‌گیرند چگونه با موقعیت‌های استرس‌زا بدون واکنش‌های تکانشی مقابله کنند و با آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر مانند ابراز وجود و حل تعارض، روابط پایدارتر و سالم‌تری ایجاد نمایند. این توانمندی‌ها نه تنها حمایت اجتماعی آنان را افزایش می‌دهد، بلکه تاب‌آوری روانی آنان را در برابر ناملایمات زندگی تقویت می‌کند.

یافته سوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی با مجموعه‌ای از مطالعات داخلی و بین‌المللی همسو است. این نتایج با یافته‌های [فرمانبر و همکاران \(۱۴۰۲\)](#) در زمینه کاهش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و بهبود ذهنی‌سازی، گزارش [عباسیان حدادان \(۱۴۰۳\)](#) در مورد کاهش پریشانی روانی و بهبود تنظیم هیجانی، و پژوهش [پیری و همکاران \(۱۳۹۹\)](#) در زمینه کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی در مبتلایان به سوء مصرف مواد همخوانی دارد. همچنین این یافته با مطالعات بین‌المللی [پیترز و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) و [بالجی و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) در مورد اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشانه‌های اختلال شخصیت و علائم افسردگی همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان به مکانیسم‌های متعددی اشاره نمود. همان‌طور که [پیترز و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) اشاره کرده‌اند، طرحواره‌درمانی با به کارگیری تکنیک‌های شناختی، مشکلات بین‌فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق موجب بهبود عملکرد فردی و اجتماعی افراد می‌شود. [بالجی و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) نیز نشان داده‌اند که این روش درمانی با جایگزین کردن راهکارهای مدیریت هیجانی سازگارانه، منجر به بهبود راهبردهای تنظیم هیجانات و در نتیجه افزایش خودانگاره مثبت می‌گردد. طرحواره‌درمانی با تمرکز بر تغییر طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش

رویدادهای زندگی، به نوجوانان کمک می‌کند تا از ارزیابی‌های اجتنابی و منفی خود فاصله گرفته و راهبردهای سازگارانه‌ای را جایگزین نمایند. این راهبردهای سازگارانه نه تنها ظرفیت روانی افراد را افزایش می‌دهد، بلکه قدرت حل مسأله را بهبود بخشیده و خودادراکی مثبت را تقویت می‌کند. از دیگر مکانیسم‌های اثر طرحواره‌درمانی می‌توان به افزایش خودآگاهی هیجانی اشاره کرد. این درمان به نوجوانان کمک می‌کند تا هیجانات خود را با دقت بیشتری شناسایی و نام‌گذاری کنند، بدون اینکه در برابر آن‌ها احساس ناتوانی نمایند. این فرآیند منجر به درک بهتر حالت‌های درونی و افزایش پذیرش خود می‌شود. همچنین، با استفاده از تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی و گفت‌وگوی طرحواره‌ای، نوجوانان قادر می‌شوند تا به بازسازی تجارب هیجانی پرداخته و الگوهای ارتباطی سالم‌تری را ایجاد نمایند. علاوه بر این، طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن حوزه‌های قطعیت‌طلبی، استقلال و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌منشی و گوش‌به‌زنگی و بازداری، به نوجوانان کمک می‌کند تا نیازهای روانشناختی اساسی خود را به شیوه‌ای سالم‌تر برآورده سازند. این فرآیند نه تنها به کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی منجر می‌شود، بلکه خودانگاره مثبت و تاب‌آوری روانی را نیز تقویت می‌نماید. در نهایت، این درمان با ایجاد درک عمیق‌تری از خود و دیگران، به نوجوانان کمک می‌کند تا روابط بین‌فردی معنادارتر و پایدارتری را تجربه نمایند. در تبیینی دیگر مکانیسم این اثربخشی را می‌توان در چند محور تبیین کرد: نخست، این درمان با شناسایی و مقابله با طرحواره‌های ناسازگار اولیه (مانند محرومیت هیجانی، رهاشدگی، یا نقص/شرم) که هسته مرکزی آسیب‌پذیری این نوجوانان هستند، عمل می‌کند. این طرحواره‌ها که ریشه در دوران کودکی دارند، به‌طور مستقیم تصویر منفی و تحریف‌شده‌ای از خود («خود بد») ایجاد می‌کنند. دوم، طرحواره‌درمانی با به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری، به مراجعان کمک می‌کند تا این باورهای عمیق منفی را به چالش بکشند و الگوهای رفتاری اجتنابی و جبران افراطی (مانند طغیان‌های خشم یا رفتارهای تکانشی) که برای محافظت از خود آسیب‌پذیر اما در نهایت مخرب هستند، تعدیل نمایند. سوم، تأکید این درمان بر برآورده کردن نیازهای هیجانی بنیادین (مانند دلبستگی ایمن، خودگردانی و عزت نفس) در چارچوب رابطه درمانی «بازوالدی ایده‌آل»، یک تجربه اصلاحی فراهم می‌آورد که به تدریج بازتعریف مثبت‌تری از خود را در نوجوان شکل می‌دهد. در نتیجه، با ترمیم زخم‌های هیجانی اولیه و جایگزینی الگوهای سازگارانه، خودانگاره که در اختلال شخصیت مرزی به‌شدت بی‌ثبات است، منسجم‌تر، واقع‌بینانه‌تر و مثبت‌تر می‌شود.

یافته چهارم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری روانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی با مجموعه‌ای از مطالعات داخلی و بین‌المللی همسو است. این نتایج با یافته‌های [افسر و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) در زمینه بهبود ادراک طردشدگی، پژوهش [عزیزی و همکاران \(۱۴۰۲\)](#) در مورد کاهش نشانگان اختلال شخصیت مرزی، و مطالعات مولر و همکاران (۲۰۲۴)، [استفان و همکاران \(۲۰۲۳\)](#) و [پیترز و همکاران \(۲۰۲۱\)](#) در زمینه کاهش اضطراب مزمن، بهبود سلامت روان و تنظیم هیجانی همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان به مکانیسم‌های متعددی اشاره نمود. بر اساس نظر [استفان و همکاران \(۲۰۲۳\)](#) زمانی که فرد دچار آشفتگی هیجانی می‌شود، طرحواره‌درمانی با شناسایی ارزیابی‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، به افزایش آگاهی درباره هیجان‌ها می‌پردازد. این فرآیند ترس و اجتناب هیجانی را مورد هدف قرار داده و به نوجوانان کمک می‌کند تا تجربه هیجانی را به صورت پدیده‌ای همگانی و بهنجار در نظر بگیرند. این بازشناسی منجر به عادی‌سازی، اعتباربخشی و پذیرش طیف گسترده‌ای از هیجان‌ها به جای قضاوت، سرکوب یا اجتناب از آنها می‌شود که به‌طور طبیعی با افزایش تحمل روانی و بهبود تاب‌آوری همراه است. همچنین، همان‌طور که [استفان و همکاران \(۲۰۲۳\)](#) اشاره کرده‌اند، منطق اساسی طرحواره‌درمانی مبتنی بر این اصل است که هیجان‌ها و شناخت‌ها به‌خودی‌خود مشکل‌ساز نیستند، بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای در پاسخ به هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از این ادراکات تعیین‌کننده هستند. این درمان با راهنمایی نوجوانان برای

یادگیری فنون تجربه هیجان به صورت موج‌وار و اتخاذ موضعی غیرقضاوت‌گرانه، به کاهش هیجان‌های آشفته و افزایش تاب‌آوری و تحمل‌پیشانی منجر می‌شود. از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در این فرآیند، به کارگیری راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین‌فردی برای تعدیل طرحواره‌ها است. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرحواره‌ها و استفاده از روش‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأییدکننده طرحواره، برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و ناسالم طرحواره، و تدوین کارت‌های آموزشی، آگاهی عقلانی نوجوانان را افزایش می‌دهد. این فرآیند آنان را از بند پردازش‌های ناکارآمد شناختی، هیجانی و روان‌شناختی رها ساخته و امکان نمایش پردازش‌های شناختی و هیجانی کارآمدتر را فراهم می‌کند. علاوه بر این، طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن نیازهای روانشناختی برآورده نشده در دوران کودکی و ایجاد درک عمیق‌تری از الگوهای ارتباطی ناسازگار، به نوجوانان کمک می‌کند تا با بهره‌گیری از قدرت حل مسئله و تحمل روانی، تاب‌آوری بیشتری از خود نشان دهند. این درمان با ارائه بستری امن برای بازسازی تجرب هیجانی و ایجاد الگوهای دلبستگی سالم‌تر، ظرفیت روانی فردی را برای مقابله با چالش‌های زندگی افزایش می‌دهد. در نهایت، این فرآیندهای درمانی نه تنها به کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی منجر می‌شوند، بلکه توانایی افراد را برای انطباق با شرایط استرس‌زا و حفظ عملکرد بهینه در مواجهه با نامالایمات تقویت می‌نمایند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بوده است که دامنه تعمیم‌پذیری یافته‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر خودانگاره و تاب‌آوری روانی، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و نیز عدم برگزاری مرحله پیگیری طولانی‌مدت (شش ماهه و یک ساله) اشاره نمود. به منظور افزایش قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در شهرها و مناطق مختلف با فرهنگ‌های گوناگون، بر روی دیگر گروه‌های سنی و نیز جامعه نوجوانان با ویژگی‌های خاص نظیر نوجوانان قربانی خشونت خانگی، نوجوانان دارای والدین معتاد و نوجوانان با اختلالات رفتاری-هیجانی درونی و برونی‌سازی شده اجرا گردد. همچنین کنترل عوامل مداخله‌گر و اجرای مرحله پیگیری طولانی‌تر از دیگر پیشنهادات پژوهشی است. در سطح عملی، با توجه به اثربخشی معنادار هر دو مداخله طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود خودانگاره و تاب‌آوری روانی، پیشنهاد می‌شود محتوای این مداخلات در قالب برشورها و کتابچه‌های علمی برای مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران مراکز مشاوره به ویژه مراکز وابسته به آموزش و پرورش تهیه و ارائه گردد. این امر به متخصصان امکان خواهد داد تا با بهره‌گیری از این پروتکل‌های درمانی، گام‌های عملی مؤثری در جهت ارتقای سلامت روانی نوجوانان بردارند. همچنین پیشنهاد می‌شود کارشناسان مشاوره و مدیران مراکز مشاوره ادارات آموزش و پرورش با همکاری معاونت پرورشی و معاونان آموزشی نواحی مختلف، نسبت به شناسایی نظام‌مند این نوجوانان و نیز ریشه‌یابی علل زیربنایی این اختلال با توجه به ویژگی‌های زیست‌بوم هر منطقه اقدام نمایند. پس از مرحله شناسایی، اجرای برنامه‌های آموزشی عمومی برای دانش‌آموزان با هدف بهبود خودانگاره و تاب‌آوری روانی ضروری است تا از تبدیل این فرآیند به رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی پیشگیری به عمل آید. در پیشنهادی دیگر توصیه می‌شود آموزش مهارت‌های پایه رفتاردرمانی دیالکتیکی (مانند شناسایی هیجانات، تحمل‌پیشانی) در قالب کارگاه‌های مهارت‌آموزی برای تمامی نوجوانان در مدارس، می‌تواند به عنوان یک برنامه پیشگیرانه سطح اول، از تشدید نشانه‌ها در جمعیت آسیب‌پذیر جلوگیری کند. نذ نهایت استفاده از ابزارهای غربالگری ساده برای شناسایی نوجوانان در معرض خطر اختلال شخصیت مرزی و ارائه مداخلات کوتاه‌مدت گروهی (مانند ۱۰ جلسه‌ای که در این پژوهش آزموده شد) می‌تواند از مزمن شدن اختلال و بار سنگین‌تر آن در آینده بکاهد.

۵. تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش، مسئولین آموزش و پرورش شهر اصفهان و همچنین مسئولین مراکز مشاوره آموزش و پرورش نواحی ششگانه که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

۶. ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی برای شرکت در مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به نوجوانان حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، یکی از مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی را به شکل رایگان دریافت خواهند کرد. همچنین به نوجوانان حاضر در هر دو گروه آزمایش و گروه گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات فردی خود را درج نمایند. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1404.085 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد ثبت گردیده است.

۷. حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

۸. تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- افسر، م، حسنی، ف، فرزاد، و، و گلشنی، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت بر ادراک طردشدگی زنان با اختلال شخصیت مرزی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۳)، ۳۱۶۷-۳۱۷۷.
- <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19612>
- مکوندحسینی، ش، آذرفر، ف، و صباحی، پ. (۱۳۹۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک کوتاه مدت گروهی بر کیفیت زندگی دختران نوجوان با علایم اختلال شخصیت مرزی. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۳(۲)، ۱۰۰-۱۱۴. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-3423-fa.html>
- آقاجانی، س، قریب بلوک، م، و صمدی فرد، ح. (۱۳۹۸). رابطه خودپنداره، همجوشی شناختی و بهزیستی اجتماعی با اختلال بدریخت انگاری بدن در بین نوجوانان دختر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۳)، ۴۵۷-۴۶۶. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-681-fa.html>
- باقری شیخانگفته، ف، صوابی نیری، و، عزیزروستا، ص، سعیدی مقدم، ف، و فتحی آشتیانی، ع. (۱۴۰۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موقتی. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۶(۳)، ۸۷-۶۹.
- <https://doi.org/10.22059/japr.2025.381624.644998>
- پروانه، پ، خلعتبری، ج، و سعیدپور، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه. *سلامت جامعه*، ۱۵(۲)، ۸۱-۶۹.
- <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23456248.1400.15.2.8.8>
- پهلوان، ف، رضائی، خ، و رسولی، ی. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر نیازهای بنیادین روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *آموزش پرستاری*، ۱۳(۱)، ۶۱-۷۳. <http://dx.doi.org/10.22034/JNE.12.1.61>
- پیری، م، حسینی، ع، اسدی، ج، و شریعت نیا، ک. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر علایم اختلال شخصیت مرزی مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر. *علوم/عصاب شفای خاتم*، ۱(۴)، ۵۶-۶۹.
- <http://etiadpajohi.ir/article-1-2057-fa.html>

صبری، و.، یعقوبی، ح.، حسنی، ج.، و محمودعلیلو، م. (۱۴۰۰). تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی در تکانشگری، بد تنظیمی هیجانی و طرحواره های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹ (۲)، ۱-۱۶.

<https://doi.org/10.22070/cpap.2021.13899.1048>

عاشوری، آ.، پاشا، ر.، احدی، ح.، حافظی، ف.، مکوندی، ب. (۱۴۰۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهش های نوین روان شناختی*، ۱۹ (۷۳)، ۳۶-۴۵.

<https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.54269.5280>

عباسیان حدادان، م. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر پریشانی روانی و تنظیم هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *نشریه پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳ (۱)، ۱۷۴-۱۶۰.

<https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.1.13>

عزیزی، ک.، عارفی، م.، مرادی، ا.، و ناظمی، ع. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی فردی با و بدون درمان حمایتی در کاهش نشانگان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۰ (۳)، ۳۲-۴۲.

<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.3.32>

عقیلی، م.، کلتی، م.، بابائی، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودنهادسازی، شفقت به خود و رفتارهای خودجرمی دانش آموزان دختر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۳۰ (۶)، ۷۵۵-۷۴۲.

<https://doi.org/10.30468/jsums.2024.7569.2920>

فرمانبر، ف.، ماردپور، ع.، و ملک زاده، م. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و ذهنی سازی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۷ (ویژه نامه)، ۲۱۸-۲۲۸.

https://www.islamiilife.com/article_186043.html

قادرنژاد، م.، اعتمادیان، م.، و فرشایف مانی صفت، ف. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۲۰ (۴)، ۳۱۲-۳۲۳.

<http://dx.doi.org/10.52547/unmf.20.4.312>

منجری، ف.، اسدپور، ا.، رسولی، م.، زهراکار، ک. (۱۴۰۳). تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی بر کاهش پریشانی روان شناختی نوجوانان طلاق. *پژوهش های کاربردی روانشناختی*، ۱۵ (۳)، ۱۷۹-۱۶۱.

<https://doi.org/10.22059/japr.2024.344238.644299>

ولی بیگی، م.، محب، ن.، هاشمی، ت.، و عبدی، ر. (۱۴۰۱). مدل سازی معادلات ساختاری برای تبیین رابطه بین خوش بینی، تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت مرزی. *مطالعات ناتوانی*، ۱۲ (۲)، ۲۳۴-۲۲۴.

<http://jdisabilstud.org/article-1-2364-fa.html>

یوسفیان، ز.، احدی، ح.، کراسکیان موجمناری، آ. (۱۳۹۸). اثربخشی معنویت درمانی بر پریشانی روان شناختی و تاب آوری بیماران تالاسمی، *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۱۸ (۸۴)، ۲۲۹۳-۲۲۸۵.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.84.1.8>

References

- Abbasian Hadadan, M. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress and Emotional Regulation in Individuals with Borderline Personality Disorder, *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(1), 174-160. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.1.13> (In Persian)
- Afsar, M., Hasani, F., Farzad, V., & Golshani, F. (2021). Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and Mentally Focused schema therapy on the perception of rejection in women with borderline personality disorder, *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64 (3), 3167-3177. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19612> (In Persian)
- Aghajani, S., Gharib Bolouk, M., & Samadifard, H.R. (2019). The Relationship between Self-Concept, Cognitive Fusion and Social Well-Being with Body Dysmorphic Disorder among Female Teenagers. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 17(3), 457-466. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-681-fa.html> (In Persian)
- Aghili, M., Kalteh, M., & Babae, E. (2023). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Self-disclosure, Self-compassion and Self-injurious Behaviors of Female Students. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 30(6), 742-755. <https://doi.org/10.30468/jsums.2024.7569.2920> (In Persian)
- Alfieri, M., Leucci, A.C., Bortolotti, B., Gibiino, S., Lia, L., Pelizza, L., & Menchetti, M. (2025). Dissociation and dysfunctional personality traits in patients with borderline personality

- disorder: A study based On DSM-5 alternative. *The European Journal of Psychiatry*, 39(1), 1002-1008. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100283>
- Ashouri, A., Pasha, R., Ahadi, H., Hafezi, F., & Makvandi, B. (2024). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on General Health and Quality of Life of People with Multiple Sclerosis, *The Journal of Modern Psychological Researches*, 19 (73), 45-36. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.54269.5280> (In Persian)
- Azizi, K., Arefi, M., Moradi, O., & Nazemi, A. (2023). Comparison of the effectiveness of individual schema therapy with and without supportive therapy in reducing the symptoms of patients with borderline personality disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10 (3), 32-42. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1623-fa.html> (In Persian)
- Backmann, J., Weiss, M., Schippers, M.C., & Hoegl, M. (2019). Personality factors, student resiliency, and the moderating role of achievement values in study progress. *Learning and Individual Differences*, 72, 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2019.04.004>
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Savabi Niri, V., Azizrousta, S., Saeedi Moghadam, F., & Fathi-Ashtiani, A. (2025). The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on the Tolerance of Ambiguity, Childhood Trauma, and External Shame in Women with Trichotillomania Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 69-87. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.381624.644998> (In Persian)
- Balje, A.E., Greeven, A., Deen, M., Giezen, A.E., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2024). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder and comorbid avoidant personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 104, 1028-1032. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102860>
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2018). Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiatry research*, 261, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.023>
- Barnett, B., Nurse, C.N., Wakschal, E., & O'Hayer, C.V. (2025). Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure (DBT PE) Adapted via Telehealth for Diverse Patient Populations – A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice, In Press, Journal Pre-proof*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2025.02.003>
- Butterfield, R. D., Grad-Freilich, M., & Silk, J.S. (2023). The role of neural self-referential processes underlying self-concept in adolescent depression: A comprehensive review and proposed neurobehavioral model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 149, 1051-1055. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105183>
- Chen, Z., Jin, L., Hao, H., Zhao, Y., Joyce, R.L., & Lyu, H. (2024). The relationship of self-concept clarity, future time perspective, grit, and life satisfaction among Chinese adolescents: A cross-sectional and longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 230, 1127-1131. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112781>
- Ciesinski, N.K., Sorgi-Wilson, K.M., Cheung, J.C., Chen, E.Y., & McCloskey, M.S. (2022). The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 154, 1041-1045. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104122>
- Conner, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience scale (CD- RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2), 36-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cui, Z., Xue, H., Liu, H., Liu, F., Feng, S., Chen, H., Huang, C., Wang, J., & Liu, D. (2024). A latent class analysis of depressive symptoms among rural Chinese adolescents and their association with psychological resilience. *Preventive Medicine Reports*, 38, 1026-1031. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102625>
- Dahlenburg, S.C., Bartsch, D.R., & Gilson, K.J. (2024). Global prevalence of borderline personality disorder and self-reported symptoms of adults in prison: A systematic review and meta-

- analysis. *International Journal of Law and Psychiatry*, 97, 1020-1025. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.102032>
- Decker, S.E., Kroll-Desrosiers, A., Mattocks, K.M., Aunon, F.M., Galliford, E., DeRycke, E.C., Doran, N., Baird, S., Rielage, J.K., Ridley, J., Bannister, J., Giovannelli, T.S., Fuehrlein, B.S., Shriver, C., Spana, E., Honsberger, M., Demirelli, S.A., Shest, E., Landes, S.J., Goodman, M., & Martino, S. (2025). Study protocol of a hybrid type 1 effectiveness-implementation multisite trial: Dialectical behavior therapy skills group for Veterans at high-risk for suicide attempt. *Contemporary Clinical Trials*, 151, 1078-1082. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2025.107828>
- Delaquis, C.P., Joyce, K.M., Zalewski, M., Katz, L.Y., Sulymka, J., Agostinho, T., & Roos, L.E. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 305-313. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jad.2021.12.062>
- Farmanbar, F., Maredpour, A., & Malekzadeh, M. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Ambivalence in Emotional Expression and Mentalization in Patients with Borderline Personality Disorder. *Islamic Life Journal*, 7, 218-228. https://www.islamiilife.com/article_186043.html?lang=en (In Persian)
- Frazier, S.N., & Vela, J. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 156-163. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.001>
- Ghadernejad, M., Etemadnia, M., & Farshbaf Mani Sefat, F. (2022). comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and the combination of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with borderline personality disorder. *Nursing and Midwifery Journal*, 20 (4), 312-323. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4657-en.html> (In Persian)
- Gottlieb, A. L. B., Klinger, C. L., & Sampaio, D. (2022). Introduction to Dialectical Behavior Therapy for Psychiatrists and Psychiatry Residents. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 2(1), 241-251. <https://doi.org/10.1016/j.ypsc.2022.03.008>
- Harris, L. M., Weiss, E. R., Davis, M. T., Daniel, T. A., Hart-Derrick, V. R., Barnes, S., & Cawood, C. D. (2024). Changes in Emotion Regulation During the Course of Dialectical Behaviour Therapy: Effects on Non-Suicidal Self-Injury and Binge Eating Across Two Samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(6), e70018. <https://doi.org/10.1002/cpp.70018>
- Ip, J. W. Y., McMain, S. F., Chapman, A. L., & Kuo, J.R. (2024). The role of emotion dysregulation and interpersonal dysfunction in nonsuicidal self-injury during dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 180, 1045-1050. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104594>
- Kim, M., Kim, J., Park, H., Choi, S., Oh, W., & Seok, J. (2018). Early life stress, resilience and emotional dysregulation in major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 236, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.119>
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104>
- Leucci, A.C., Giorgi, I.D., Pelizza, L., Bortolotti, B., D'Adda, F., Gammino, L., Gibiino, S., Lia, L., Magro, M., Pellegrini, L., & Menchetti, M. (2024). Borderline personality disorder and aggressive behavior: A study based on the DSM-5 alternative model. *Journal of Psychiatric Research*, 173, 367-371. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.03.020>
- Liu, C., Ye, X., & Chen, M. (2024). Sertraline medications plus dialectical behavior therapy for depressed adolescents with nonsuicidal self-injury behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 55(1), 1313-1316. <https://doi.org/10.1111/sltb.13132>

- Makvand Hosseini, S., Azarfar, F., & Sabahi, P. (2019). Effectiveness of a Short-term Group Dialectic Behavior Therapy on Quality of Life of Girl Adolescents with Borderline Personality Disorder Symptoms. *Research in psychological health*, 13 (2), 100-114. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-3423-fa.html> (In Persian)
- Mandaglio, S., & Pyryt, M.C. (1995). Self-concept of gifted students: Assessment-Based Intervention. *Teaching Exceptional Children*, 27(3), 40-45. <https://doi.org/10.1177/004005999502700309>
- Michel, C.A., Schneck, N., Mann, J.J., Ochsner, K.N., Brodsky, B.S., & Stanley, B. (2024). Prefrontal cortex engagement during an fMRI task of emotion regulation as a potential predictor of treatment response in borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 364, 240-248. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.041>
- Moeller, S. B., Arendt, I. T. P., Meline, J. S. J., & Øibakken, R. (2024). Case report: Schema therapy for a case of treatment resistant schizotypal and paranoid personality disorder with a trauma history. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(3), 1004-1008. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100414>
- Mohammadzadeh, A. (2011). Validation of the borderline personality inventory in Iran. *International Journal of Behavioral Sciences*, 5(3), 269-277. https://www.behavsci.ir/article_67743.html
- Monjezi F., Asadpour, E., Rasouli, M., & Zaharakar, K. (2024). The Effect of Schema Therapy-Based Group Counseling on Reducing the Psychological Distress Adolescents of Divorce. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(3), 161-179. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.344238.644299> (In Persian)
- Pahlavan, F., Ramezani, K., & Rasouli, Y. (2023). A Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Training Based on Metacognition on Basic Psychological Needs of Type 2 Diabetes Patients. *Journal of Nursing Education*, 12 (1), 61-73. <http://jne.ir/article-1-1460-en.html> (In Persian)
- Parvaneh, P., Khalatbari, J., & Saeedpoor, F. (2021). Comparison of the Effectiveness of Dialectical-Behavioral and Cognitive-Behavioral Therapy on Irrational Beliefs, Emotion Regulation, and Impulsive Behaviors of High School Female Students, *Health Journal*, 15 (2), 69-81. https://chj.rums.ac.ir/article_137410.html?lang=en (In Persian)
- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W.J., Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder, *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68-76. <https://doi.org/10.1111/bjc.12271>
- Peeters, N., Passel, B., Hendriks, G., Becker, E., & Krans, J. (2025). Schema-therapeutic exposure for treatment resistant anxiety and obsessive-compulsive disorders: A multiple baseline case series design study. *Psychiatry Research Case Reports*, 4(1), 1002-1007. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2024.100241>
- Piri, M., Hosseinaei, A., Asadi, J., & Shariatnia, K. (2020). Comparison of the Effectiveness of Group Psychotherapy by Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Symptoms of Antisocial Personality Disorder among Addicts Residing in Treatment Camp. *Journal of Shefaye Khatam*, 13 (52), 137-162. <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.4.56> (In Persian)
- Richards, G., Kelly, S., Johnson, D., & Galvin, J. (2023). Autistic traits and borderline personality disorder traits are positively correlated in UK and US adult men and women. *Personality and Individual Differences*, 213, 1122-1128. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112287>
- Sabri, V., Yaghubi, H., Hasani, J., & Mahmodalilo, M. (2021). The effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder, *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 19 (2), 1-16. <https://doi.org/10.22070/cpap.2021.13899.1048> (In Persian)
- Stefan, S., Stroian, P., Fodor, L., Matu, S., Nechita, D., Boldea, I., Fechete, I., Mătiță, D., & Mustățea, M. (2023). An online contextual schema therapy workshop for social anxiety symptoms – A

- randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.005>
- Thomas, K.N., & Bardeen, J.R. (2020). The buffering effect of attentional control on the relationship between cognitive fusion and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 132, 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103653>
- Uzun, M.E., Kara, O., Şirin, H., & Kaymaz, N. (2023). Examination of relationship factors between psychological resilience and social support in adolescent obesity. *Archives de Pédiatrie*, 30(5), 277-282. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2023.02.008>
- Valibeygi, M., Moheb, N., Hashemi, T., & Abdi, R. (2022). Structural Equation Modeling to Explain the Relationship Between Optimism, Resilience, and Emotional Cognitive Regulation With Psychological Well-Being in Students With Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of Disability Studies*, 12 (2), 236-224. <http://jdisabilstud.org/article-1-2364-en.html> (In Persian)
- Varma, S., Traynor, J., & Fitzpatrick, S. (2021). A mixed methods examination of emotional expression and its impact on emotion regulation effectiveness in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 75, 1017-1022. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101712>
- Vonderlin, R., Boritz, T., Claus, C., Senyüz, B., Mahalingam, S., Tennenhouse, R., Lis, S., Schmah, C., Margraf, J., Teismann, T., Kleindienst, N., McMain, S., & Bohus, M. (2025). Acceptance, Safety, and Effect Sizes in Online Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Interventional Pilot Study. *JMIR Formative Research*, 9, 202-207. <https://doi.org/10.2196/66181>
- Wang, Y., Yan, X., Liu, L., Lu, X., Luo, L., & Ding, X. (2024). The Influence of Vulnerable Narcissism on Social Anxiety among Adolescents: The Mediating Role of Self-Concept Clarity and Self-Esteem. *International Journal of Mental Health Promotion*, 26(6), 429-438. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2024.050445>
- Wang, Y., & Wang, S. (2024). Short-video applications use and self-concept clarity among adolescents: The mediating roles of flow and social media self-expansion. *Acta Psychologica*, 249, 1044-1049. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104469>
- Weiner, A.S., Ensink, K., & Normandin, L. (2018). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 729-746. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.005>
- Wojciechowski, T. (2019). Borderline personality disorder symptoms and exposure to violence as risk factors for opioid use in adulthood. *Psychiatry Research*, 281, 1125-1129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112549>
- Xiang, G., Li, W., Xiao, Y., Liu, Y., Du, X., He, Y., & Chen, H. (2023). Mediation of self-concept clarity and self-control between negative emotional states and emotional eating in Chinese adolescents. *Appetite*, 183, 1064-1068. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106457>
- Yang, Y., Ma, X., Kelifa, M.O., Li, X., Chen, Z., & Wang, P. (2022). The relationship between childhood abuse and depression among adolescents: The mediating role of school connectedness and psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*, 131, 1057-1062. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105760>
- Yoosefian, Z., Ahadi, H., & Keraskian Mojmanari, A. (2019). The effectiveness of spirituality therapy on psychological distress and resilience of thalassemia patients. *Journal of Psychological Science*, 18(84), 2293-2285. <http://psychologicalscience.ir/article-1-368-en.html> (In Persian)
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=pS5uAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.E.,+Klosko,+J.S.,+%2526+Weishaar,+M.E.+\(2003\).+Schema+therapy:+A+practition](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=pS5uAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.E.,+Klosko,+J.S.,+%2526+Weishaar,+M.E.+(2003).+Schema+therapy:+A+practition)

[er%E2%80%99s+guide.+New+York:+The+Guilford+Press.&ots=C_Ggh_8-P0&sig=sfld5YXXHY2S1B92Q-v64RaLC-c](https://www.guilford.com/Products/9781462511929?srsltid=AOLB5YXXHY2S1B92Q-v64RaLC-c)

Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy on Self-Concept and Psychological Resilience of Adolescents with Symptoms of Borderline Personality Disorder

Abstract

Aim

Personality-related issues can be considered among the most challenging social and medical problems. This category of problems has received special attention from mental health professionals, psychiatrists, and sociologists. Reported statistics indicate that the prevalence of various types of personality disorders in the general population ranges from 11 to 23 percent, which is undoubtedly an alarming rate (Wojciechowski, 2019). Among personality disorders, borderline personality disorder has a special place due to the many difficulties it causes for the individual, those around them, and society (Alfieri et al, 2025). People with this disorder exhibit a pattern of instability in mood, interpersonal relationships, and self-image. Studies such as Dahlenburg, Bartsch, Gilson (2024) have shown that four characteristic features of this disorder, including impulsivity, passionate but unstable relationships, intense and uncontrollable anger, and emotional instability, have been observed in 75% of a clinical sample with borderline personality disorder. It seems that people with borderline personality disorder are most often in critical and psychologically disturbed situations, and mood swings are quite common among this group of patients (Richards et al., 2023). Clinical manifestations of this disorder generally include deficits in cognitive strategies for emotion regulation, aggression and impulsivity, repeated attempts at self-harm, and chronic thoughts about suicide (Weiner, Ensink, Normandian, 2018). In addition, difficulty in applying cognitive strategies for emotion, as well as the inability to establish healthy interpersonal relationships, can serve as a platform for the formation and exacerbation of impulse control problems (Michel et al., 2024). This vicious cycle ultimately confronts the individual with a multitude of communication and social obstacles, resulting in the formation of a shaky and negative self-image. This is while psychological resilience is considered one of the variables that can improve the psychological tolerance capacity and coping ability of adolescents in facing the symptoms of borderline personality disorder and strengthen their internal resources (Valibeygi et al., 2022). In line with this finding, the research of Kim et al. (2018) shows that psychological resilience plays a significant role in increasing the level of tolerance of individuals against psychological pressures. According to this the present study was conducted to investigate comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and schema therapy on self-concept and psychological resilience of adolescents with symptoms of borderline personality disorder.

Methodology

The current study was a experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included adolescents with symptoms of borderline personality disorder who were studying in the second year of high school in Isfahan in the academic year 2024-2025 and were referred to counseling centers and psychological services of education due to symptoms of borderline personality disorder. In this research, 60 adolescent with symptoms of borderline personality disorder were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (20 adolescents in the first experimental group, 20 adolescents in the second experimental group, and 20 adolescents in the control group). The adolescents in the experimental groups received the dialectical behavior therapy (Frazier, Vela, 2014) and schema therapy (Young et al, 2003) during ten weeks. During the research process, for various reasons, including personal and family problems or unwillingness to continue cooperation, 2 adolescents from the first experimental group (dialectical behavior therapy), 2 adolescents from the second experimental group (schema therapy), and 3 adolescents from the control group withdrew from continuing their participation in the research. Therefore, ultimately, 53 adolescents remained in the research, including 18 adolescents in the dialectical behavior therapy group, 18 adolescents in the schema therapy group, and 17

adolescents in the control group. All stages of the research were carried out in full compliance with ethical standards and under the direct supervision of the researchers. Borderline Personality Disorder Questionnaire (BPDQ) (Leichsenring, 1999), Adolescent Self-Concept Questionnaire (ASQ) (Mandaglio, Pyryt, 1995) and Psychological Resilience Questionnaire (PRQ) (Conner, Davidson, 2003) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software. In this study, two levels of descriptive and inferential statistics were used to analyze the data. At the descriptive statistics level, mean and standard deviation were used. At the inferential statistics level, Shapiro-Wilk test was used to check the normality of the distribution of variables (optimal limit greater than 0.05), Levine test was used to check the equality of variances (optimal), Mauchly analysis was used to check the sphericity hypothesis of the research data (optimal limit greater than 0.05), and mixed variance analysis and Bonferroni post hoc test were used to test the hypotheses. Statistical results were analyzed using SPSS-23 statistical software.

Results

The results showed that the time factor (assessment stages including pre-test, post-test and follow-up) had a significant effect on self-concept and psychological resilience scores, explaining 61% of the variance in self-concept scores and 54% of the variance in psychological resilience scores. This finding indicates that the difference in the scores of the aforementioned variables in the post-test and follow-up stages compared to the pre-test stage is statistically significant. In addition, the group membership factor (receiving dialectical behavior therapy and schema therapy interventions) also showed a significant effect on self-concept and psychological resilience, explaining 49% and 48% of the variance in the scores of these variables, respectively, which indicates a significant difference between the experimental and control groups without considering the effect of the assessment stages. The interaction effect between the type of treatment and the assessment stages was also reported to be significant, as this interaction explained 52% of the variance in self-concept scores and 51% of the variance in psychological resilience scores, which indicates the different effects of interventions at different stages of measurement. To examine the differences between stages more closely, the Bonferroni post hoc test was used, the results of which in Table 4 indicate a significant difference between the pre-test and post-test scores and between pre-test and follow-up scores in both dependent variables, while the difference between post-test and follow-up was not significant, indicating the stability of the effects of the interventions during the follow-up period. Also, the calculated statistical power of 100% indicates the adequacy of the sample size and the desired statistical precision in this study. Finally, the results of the follow-up test showed that the difference between the mean scores of the self-concept and psychological resilience variables of adolescents with symptoms of borderline personality disorder in the schema therapy experimental group and the dialectical behavior therapy experimental group was not statistically significant. This finding indicates that there is no significant difference between the effectiveness of schema therapy and dialectical behavior therapy on the self-concept and psychological resilience variables of adolescents with symptoms of borderline personality disorder. In contrast, comparing both experimental groups with the control group shows a statistically significant difference. This means that both therapeutic interventions have significantly improved the self-concept and psychological resilience of adolescents. In the final conclusion, it can be stated that both schema therapy and dialectical behavior therapy have had a significant effect on increasing the self-concept and psychological resilience of adolescents with symptoms of borderline personality disorder, but no significant difference was observed in terms of the effectiveness of these two therapeutic methods.

Analysis of mixed variance analysis for examining within and between group effects on self-concept and psychological resilience variables.

variables		Sum of Squares	df	Means Square	F	Sig	Partial Eta Squared	Observed Power
self-concept	Factor1	1119.71	2	559.85	81.39	<0.001	0.61	1
	Groups	2328.16	2	1164.08	25.42	<0.001	0.49	1
	Factor*group	747.95	4	186.98	27.18	<0.001	0.52	1
	error	687.84	100	6.87				
psychological resilience	Factor1	1291.99	2	645.99	59.84	<0.001	0.54	1
	Groups	1101.05	2	550.52	24.33	<0.001	0.48	1
	Factor*group	1155.69	4	288.92	26.76	<0.001	0.51	1
	error	1079.42	100	10.79				

Table 2: Examining pairwise differences to compare the effects of the experimental groups (dialectical behavior therapy and schema therapy) using the Bonferroni post hoc test

variables	Base group		Difference in averages	Standard deviation error	sig
self-concept	schema therapy	dialectical behavior therapy	1.09	1.96	0.26
		Control group	8.68	2	0.0001
	dialectical behavior therapy	schema therapy	-1.09	1.96	0.26
		Control group	7.59	2	0.0001
psychological resilience	schema therapy	dialectical behavior therapy	-1.59	1.49	0.19
		Control group	4.71	1.53	0.001
	dialectical behavior therapy	schema therapy	1.59	1.49	0.19
		Control group	6.23	1.53	0.0001

Conclusion

The first finding of the present study, which is based on the effectiveness of dialectical behavior therapy on the self-concept of adolescents with symptoms of borderline personality disorder, is consistent with the results of the study by Ashouri et al. (2024) on the effectiveness of this method on the general health and quality of life of people with multiple sclerosis, with the findings of Ghadernejad et al. (2022) on the improvement of symptoms in people with borderline personality disorder, with the report by Sabri et al. (2021) on the effect of this method on reducing impulsivity, emotional dysregulation, and emotional schemas in patients with borderline personality disorder, and with the study by Barnett et al. (2025) on the effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing patients' thought fusion. In the present explanation, it should be said that during the dialectical behavior therapy process, adolescents observe their depressed mood and its physiological, mental, behavioral, and emotional consequences without judgment through a combination of mindfulness exercises with behavioral exercises (Ghadernejad et al, 2022). These exercises help them, in addition to accepting and tolerating these states, learn the mechanisms for overcoming this state, and with continuous repetition, automatically institutionalize these skills in their minds, which ultimately leads to distancing themselves from automatic ineffective cognitions and creating more efficient cognitive and emotional processes. Also, given that problems related to cognitive strategies for emotion and communicating with others in people with borderline personality disorder can be a precursor to impulse control problems and reduced self-esteem, dialectical behavior therapy, by teaching emotion regulation skills, helps adolescents effectively identify and regulate their emotions instead of getting caught up in a cycle of negative thinking. By replacing healthy coping strategies such as distress tolerance and problem solving, this approach helps adolescents respond more adaptively to intrusive thoughts and thus experience a more positive self-esteem.

The second finding of the present study, which is based on the effectiveness of dialectical behavior therapy on the psychological resilience of adolescents with symptoms of borderline personality disorder, is consistent with the results of several studies. This finding is consistent with the study by Aghili, Kalteh, Babae (2023), which showed the effectiveness of this method on self-concealment, self-compassion, and reduction of self-injurious behaviors. Internationally, these results are consistent with the studies of Delaquis et al. (2022) and Ip et al. (2024) on improving adolescent mental health, and the studies of Liu, Ye, and Chen (2024) and Harris et al. (2024) on reducing suicidal thoughts in depressed adolescents. In explaining this finding, the central role of distress tolerance skills in dialectical behavior therapy can be pointed out. Teaching this skill helps adolescents increase their sense of continuity and internal coherence and deal with disruptive life events in a more adaptive manner. As Liu, Ye & Chen (2024) have pointed out, this process leads to a better understanding and acceptance of emotions and life events. This approach, which is based on self-acceptance and simultaneous efforts to change, also teaches adolescents that mistakes and weaknesses are part of being human and can be improved. Accordingly, adolescents learn how to deal with stressful situations without impulsive reactions and build more stable and healthy relationships by teaching effective communication skills such as assertiveness and

conflict resolution. These capabilities not only increase their social support, but also strengthen their psychological resilience to life's adversities.

The third finding of the present study, which is based on the effectiveness of schema therapy on the self-concept of adolescents with symptoms of borderline personality disorder, is consistent with a series of domestic and international studies. These results are consistent with the findings of Farmanbar et al. (2024) on the effect of schema therapy on improving emotional expression and mentalization of individuals with borderline personality disorder. This finding is also consistent with the studies of Peeters et al. (2025) and Baljé et al. (2024) on the effectiveness of schema therapy on personality disorder symptoms and depressive symptoms. Several mechanisms can be mentioned in explaining this finding. As Peeters et al. (2025) have pointed out, schema therapy reduces chronic interpersonal problems and emotional instability by using cognitive techniques, thereby improving the individual and social functioning of individuals. Baljé et al. (2024) have also shown that this treatment method, by replacing adaptive emotional management strategies, leads to improved emotion regulation strategies and, as a result, an increase in positive self-concept. Based on the findings of Piri et al. (2020), schema therapy, by focusing on changing maladaptive schemas and coping styles and explaining how they affect the processing of life events, helps adolescents distance themselves from their avoidant and negative evaluations and replace them with adaptive strategies. These adaptive strategies not only increase the psychological capacity of individuals, but also improve problem-solving skills and strengthen positive self-perception.

The fourth finding of the present study, which is based on the effectiveness of schema therapy on the psychological resilience of adolescents with symptoms of borderline personality disorder, is consistent with a series of domestic and international studies. These results were consistent with the findings of Azizi et al. (2023) regarding the effect of schema therapy on reducing borderline personality disorder symptoms. Also, Moeller et al. (2024) and Stefan et al. (2023) showed that schema therapy is effective in reducing chronic anxiety, improving mental health, and emotional regulation. Several mechanisms can be mentioned in explaining this finding. According to Moeller et al. (2024), when an individual experiences emotional turmoil, schema therapy increases awareness of emotions by identifying ineffective appraisals and coping strategies. This process targets emotional fear and avoidance and helps adolescents to consider emotional experience as a universal and normal phenomenon. This recognition leads to normalization, validation, and acceptance of a wide range of emotions rather than judging, suppressing, or avoiding them, which is naturally associated with increased psychological tolerance and improved resilience.

The present study has limitations that affect the generalizability of the findings. These limitations include the statistical population being limited to adolescents with symptoms of borderline personality disorder who referred to education and counseling centers in Isfahan, the lack of control over environmental, family, and social variables affecting self-concept and psychological resilience, the lack of use of random sampling, and the lack of a long-term follow-up phase (six months and one year). In order to increase the generalizability of the findings, it is suggested that future research be conducted in different cities and regions with different cultures, on other age groups, and on adolescents with specific characteristics such as adolescents who are victims of domestic violence, adolescents with addicted parents, and adolescents with internalizing and externalizing behavioral-emotional disorders. Also, controlling for confounding factors and implementing a longer follow-up phase than other research proposals. At a practical level, given the significant effectiveness of both schema therapy and dialectical behavior therapy interventions on improving self-concept and psychological resilience, it is suggested that the content of these interventions be prepared and presented in the form of scientific brochures and booklets for counselors, psychologists, and therapists of counseling centers, especially centers affiliated with education. This will allow specialists to take effective practical steps to improve the mental health of adolescents by utilizing these treatment protocols. It is also suggested that counseling experts and managers of counseling centers of education departments, in cooperation with the deputy director of education and the deputy directors of education in different regions, systematically identify these adolescents and also find the root causes of this disorder, considering the characteristics of the ecosystem of each region. After the identification stage, it is necessary to implement general educational programs for students with the aim of improving self-concept and psychological resilience in order to prevent this process from turning into self-harming behaviors and suicidal thoughts.

Key words: Borderline Personality Disorder, Dialectical Behavior Therapy, Self-Concept, Schema Therapy, Psychological Resilience

Ethical considerations

In order to comply with research ethics, consent was obtained from adolescents with symptoms of borderline personality disorder to participate in dialectical behavior therapy and schema therapy interventions. They were also informed about all stages of the research. In addition, adolescents in the control group were assured that after completing the research process, they would receive one of the dialectical behavior therapy and schema therapy interventions free of charge. Also, adolescents in both the experimental and control groups were assured that their information would remain confidential with the researcher and that they did not need to include their personal details in the questionnaires. The present study has been registered with the ethics code IR.IAU.SHK.REC.1404.085 at Islamic Azad University, Shahrekord Branch.

Acknowledgments

This article was derived from the first author's doctoral dissertation at Islamic Azad University, Shahrekord Branch. We would like to express our gratitude to all the people involved in the research, the education officials of Isfahan city, and the officials of the education counseling centers in the six regions who fully cooperated in carrying out the research.

Conflict of Interest

No government or private organization has financially supported this research. In this study, no conflict of interest was reported by the authors.

In press/ Accepted