رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۰، شماره پیاپی ۷۹، دی ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(10), 2023

اثربخشی درمان هیجان مداربرکابوس شبانه و بی ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

The effectiveness of emotionally focused therapy (eft) on nightmare and emotional instability in people with borderline personality disorder

پریا سادات صیادی
دانشجوی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه علم وهنر، یزد، ایران.
محسن سعیدمنش (نویسنده مسئول)
استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه علم وهنر، یزد، ایران.
فرنگیس دمهری
استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه علم وهنر، یزد، ایران.

چکیده
هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان مداربرکابوس شبانه و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به یک کلینیک مغز و اعصاب و روان در یزد در سال ۱۴۰۱ بودند. از بین آنها ۴۰ نفر از داوطلبین واجد شرایط، به شیوه نمونه گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج پژوهش وارد مطالعه شدند و در ادامه افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه درمان هیجان مدار دریافت کردند در حالی که گروه گواه در لیست انتظار ماندند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس شخصیت مرزی STB (جکسون وکلاریج،۱۹۹۱) پرسشنامه شاخص شدت کابوس و رؤیاهای آشفتهDDNSI (کراکوف و همکاران،۲۰۰۲) و پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجانی DERS (گراتز و روئمر، ۲۰۰۴) بودند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که با کنترل اثر پیش ازمون بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیرهای کابوس شبانه و بی ثباتی هیجانی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود(P<۰/۰۰۱ , F=۵۳). بر اساس یافته‌های این پژوهش، نتیجه گرفته‌می‌شود درمان هیجان مدار بر بهبود کابوس شبانه و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است.
واژه‌های کلیدی: *اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی، درمان هیجان مدار، کابوس شبانه.*

Paria sadat Sayadi
Master student of psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Science and Arts University, Yazd, Iran.
Mohsen Saeidmanesh*
Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Science and Arts University, Yazd, Iran. *M.saeidmanesh@yahoo.com*
Farangis Demehri
Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Science and Arts University, Yazd, Iran.

Abstract
The aim of the present study was to determine the effectiveness of emotionally focused therapy (eft) on nightmares and emotional instability in people with borderline personality disorder**.** The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the research was all patients with borderline personality disorder who were referred to a neuropsychiatric clinic in Yazd in 1401. Among them, 40 qualified volunteers were included in the study by Purposive sampling based on the entry and exit criteria of the research and then the people were randomly replaced into two experimental (20 people) and control (20 people) groups. The experimental group received 12 sessions of emotionally focused therapy, while the control group remained on the waiting list. The research tools included Schizotypal Trait questionnaire-Bform(STB) (Jackson & Claridge, 1991), Disturbing Dreams and Nightmares Severity Index (DDNSI) (Krakow, 2002), and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004). The results of multivariate covariance analysis showed that after controlling for the pre-test effect, there is a significant difference between the two experimental and control groups in the variables of nightmares and emotional instability in the post-test stage (P <0.001, F=53). based on the findings of this research, it is concluded that emotionally focused therapy is effective in improving nightmares and emotional instability of people with a borderline personality disorder.
Keywords: *Borderlinepersonalitydisorder, Emotionalinstability, Emotionally focoused thrapy, Nightmare.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : تیر ۱۴۰۱** | **پذیرش: دی ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]

مقدمه

مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در مرز روان رنجوری و روان پریشی قرار دارند و ویژگی اصلی آنها بر مبنای آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM_5)[1] الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط میان فردی، خود انگاره، عواطف و تکانشگری محسوس است که در اوایل بزرگسالی شروع و در زمینه‌های مختلف وجود دارد. تلاش‌های شتاب زده برای اجتناب از رها شدن واقعی و خیالی، الگوی روابط میان فردی بی ثبات و شدید که با نوسان بین دو حد افراطی آرمانی کردن و کوچک شمردن مشخص می‌شود، اختلال هویت، تکانشگری در حداقل دو زمینه خرج کردن، آمیزش جنسی، سوءاستفاده از مواد، رانندگی بی‌پروا، پرخوری، رفتار، ژست‌ها، یا تهدیدهای خودکشی یا رفتارهای جرح خویشتن مکرر، بی ثباتی عاطفی ناشی از واکنش پذیری محسوس خلق، احساسات پوچی مزمن، خشم نامناسب و شدید با مشکل کنترل خشم و اندیشه پردازی پارانویدی موقتی با استرس با نشانه‌های تجزیه‌ای شدید، ۹ علامت اصلی این اختلال هستند. شیوع متوسط این اختلال ۱/۶ درصد برآورد شده‌است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)[2]. در ایران شیوع علائم اختلال شخصیت مرزی در برخی جمعیت‌های غیربالینی نظیر جمعیت دانش آموزی در حدود دو تا هشت درصد گزارش شده‌است (ذاکرزاده و همکاران، ۱۳۹۹). علائم اختلال شخصیت مرزی از نوجوانی آغاز می‌شود، در اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد و در میان‌سالی کاهش می‌یابد (پاریس[3]و همکاران، ۲۰۱۳).

حدود ۵۰ درصد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کابوس شبانه را گزارش می‌دهند (سیمز[4]وهمکاران ، ۲۰۰۸). منظور از کابوس، خواب ناخوشایندی است که فرد مبتلا با پاسخ هیجانی منفی و با حالت وحشت‌زدگی از خواب بیدار شده و برای مدت زمان طولانی در خواب رفتن مجدد دچار مشکل می‌باشد. این اختلال خواب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند. همچنین اختلال کابوس حدود ۴٪ جمعیت را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند به کیفیت خواب و زندگی لطمه بزند و فرد را برای بی‌خوابی، خواب آلودگی در طول روز و خستگی مستعد کند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی جنبه‌های عاطفی منفی را از رؤیاهای خود گزارش کرده‌اند و رؤیاهای خود را بسیار آزاردهنده می‌دانند که تمایل به تأثیر طولانی تری بر خلق و خوی بیداری ان‌ها دارد. کابوس‌ها، خواب‌های بد و اضطراب رؤیاها به‌شدت به بی ثباتی عاطفی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مرتبط است (پیتر[5]سیموروهمکاران،۲۰۰۷).

همچنین یکی از پایدارترین ویژگی‌ها در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی بی ثباتی هیجانی می‌باشد و افراد دارای بی‌ثباتی هیجانی افکار غیرمنطقی دارند و کمتر قادر به کنترل تکانش‌های خود هستند و در کنار آمدن با شرایط استرس‌زا ضعیف عمل می‌کنند. (کوریا[6]وهمکاران،۲۰۱۰). مطالعات مختلف تاکنون از آسیب‌های هیجانی، رفتاری، ادراکی و شناختی، هویتی، اجتماعی و جسمی، بالاخص آسیب پذیری در برابر عدم تنظیم هیجان و بی‌ثباتی هیجانی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی سخن به میان آورده‌اند (سلوتما[7]و همکاران، ۲۰۱۹). افراد مرزی به‌دلیل ناتوانی در تنظیم هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف، اغلب مشکلات هیجانی و خلقی چندگانه نظیر حساسیت هیجانی، واکنش پذیری هیجانی و بازگشت کند به وضعیت عادی پس از هیجانی شدن را از خود بروز می‌دهند. مشکلات افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی در بی‌ثباتی عاطفی و هیجانی به این دلیل است که این افراد دارای مهارت‌های راهبردی برای تنظیم و کنترل هیجان‌های خود نیستند. به همین دلیل نیز اغلب اندیشمندان و درمانگران بر این باورند که این افراد برای دستیابی به مهارت‌های کنترل و تنظیم هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف نیازمند درمان هستند (دیکسون گوردون و همکاران، ۲۰۱۷).

بر اساس شواهد نظری مربوط به اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای آن اقدامات درمانی متعددی برای این اختلال مورد استفاده قرار گرفته‌است. در میان این اقدامات می‌توان به رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، روان‌درمانی متمرکز بر انتقال و طرحواره درمانی اشاره کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). درمان هیجان‌مدار [8](EFT) یک درمان یکپارچه نگر است که از تلفیق سه

1.Diagnostic and Statisticl Manual of Mental Disorder
2.American Psychiatric Association(apa)
3.paris
4.semiz
5.Peter simor
6.correa
7.slotema
8.emotionally focused therapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]

دیدگاه سیستماتیک، تجربه گرایی نظریه دل‌بستگی بزرگسالان برای مقابله با انواع اختلالات فردی و زوجی، اضطرابی، اختلالات شخصیت به‌خصوص اختلال شخصیت مرزی، گسترده‌ای از تروماها و پریشانی‌های ناشی از اتفاق‌های زندگی ارائه شده‌است (میکنتاش[1]و همکاران، ۲۰۱۹). درمان هیجان مدار گرینبرگ بر این عقیده استوار است که هیجانات اغلب توسط عقل غیر قابل درک و غیر قابل‌نفوذ است، او معتقد است افراد که نمی‌توانند احساسات منفی خود را دور بریزند و باید آنها را تشویق کرد که دوباره با آن احساسات تماس داشته‌باشند و درک مثبتی از آنها پیدا کنند. او همچنین معتقد است که وقتی افراد درک خود را در مورد یک شخص یا رویداد تغییر دهند، می‌توانند واکنش‌های هیجانی خود را به‌دنبال آن تغییر دهند (گرینبرگ[2]،۲۰۱۴). برخی شواهد پژوهشی موجود حاکی از آن است که استفاده از رویکرد درمانی هیجان مدار می‌تواند موجب استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجان و در مقابل موجب کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی در سبک شناختی منفی گردد (گرینبرگ،۲۰۱۴). در همین راستا افسر و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند درمان هیجان مدار بر ادراک طرد شدگی زنان با اختلال شخصیت مرزی مؤثر است. واروار[3] و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند که ادغام اصول درمان هیجان‌مدار در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی امیدوار کننده است. همچنین پوز[4]و همکاران (۲۰۱۲) نتیجه گرفتند کار با صندلی در درمان هیجان مدار باعث بهبود تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود.

از آنجا که اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت است و مشکلاتی از قبیل کمتر شدن سن اختلال، روند رو به رشد و تفکرات خودکشی و همچنین تأثیرات منفی که کابوس شبانه هم بر کیفیت خواب این افراد و هم در بیداری آنها دارد و از آنجا که بی ثباتی هیجانی در این افراد این‌قدر شدید بوده که حتی گاه این اختلال را بی ثباتی هیجانی می‌نامند و اساس بسیاری از مشکلاتی که در زندگیشان پیش می‌اید محسوب‌می‌شود، درمان این اختلال با تأکید بر کابوس شبانه و بی‌ثباتی هیجانیشان یک اولویت پژوهشی است. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان هیجان مدار بر کابوس شبانه و بی ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی به‌روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به یک کلینیک مغز و اعصاب در یزد در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، تعداد ۴۰ نفر از داوطلبین واجد شرایط انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جای‌گذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از:۱) داشتن پرونده روانپزشکی و دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی در ارزیابی توسط روان‌پزشک و همچنین کسب نمره مورد نیاز (حداقل نمره ۱۲) برای تشخیص اختلال در مقیاس شخصیت مرزی (جکسون وکلاریج[5]،۱۹۹۱) ۲) تکمیل رضایت نامه جهت شرکت در پژوهش ۳) نداشتن مشکل جسمانی خاص مانند بیمارهای قلبی_عروقی ۴) عدم مصرف هرگونه داروی روانپزشکی ۵) حداقل تحصیلات دیپلم ۶) توانایی برقراری ارتباط ۷) هوشیاری و آگاهی از اختلال خود ۸) تنها گروه سنی ۱۸تا۴۵سال؛ ملاک‌های خروج عبارت بودند از :۱) عدم تمایل برای ادامه همکاری ۲) داشتن غیبت بیش از دو جلسه در طی مداخله درمان ۳) عدم تکمیل پرسشنامه‌ها. برای جلب رضایت و مشارکت شرکت کنندگان ابتدا هدف پژوهش برای آنها بیان شد و ذکر گردید که نیازی به ذکر نام افراد در ابزارهای پژوهش نیست. در ضمن تأکید شد که داده‌های پژوهش به‌صورت کدگذاری و نه فردی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت و برای اهداف علمی و دانشگاهی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در زمان تکمیل ابزارهای پژوهش، دستیاران گردآوری داده‌ها در کنار شرکت کنندگان حضور داشته و در صورت نیاز به‌کمک، توضیحات لازم ارائه گردید. شایان ذکر است جهت رعایت اخلاق پژوهش، به شرکت کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنها به‌صورت محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به سؤالات پژوهش پاسخ دهند می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی که هستند، همکاری خود را ادامه ندهند. بعد از کسب رضایت از شرکت کنندگان و اجرای پیش آزمون ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان مدار بر

1.macintosh
2.greenberg
3.Warwar
4. pos
5.Jackson & Claridge

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]

روی افراد گروه آزمایش انجام شد درحالی که گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند و در پایان جلسات از هر دو گروه آزمایش و گواه پس آزمون گرفته شد و در نهایت پس از گردآوری داده‌ها به‌منظور جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره[1] به‌کمک نرم‌افزار $SPSS_{22}$ استفاده شد. علاوه بر این سطح معناداری آزمون‌ها ۰٫۰۵ در نظر گرفته شد.

ابزار سنجش:

مقیاس شخصیت مرزی [2](STB): مقیاس شخصیت مرزی توسط جکسون و کلاریج در سال ۱۹۹۱ در آکسفورد و براساس ملاک‌های DSM ساخته شده‌است که یکی از وضعیت‌های رایج مرزی یعنی اختلال شخصیت مرزی را توصیف می‌کند که الگوهای رفتاری بی ثبات بین فردی از قبیل دوسوگرایی و مشکلات هیجانی را شامل می‌شود. مقیاس شخصیت مرزی STB شامل ۱۸ ماده باخرده مقیاس‌های ناامیدی، تکانشگری، علائم تجزیه‌ای / پارانوئیدی می‌باشد که به‌صورت بلی / خیر جواب داده‌می‌شود؛ جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد و گرفتن نمره ۱۲ به بالا نشان دهنده ی اختلال شخصیت مرزی می‌باشد (کلاریج و بروکس[3]،۱۹۸۴) در بررسی روایی و پایایی این مقیاس، جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ضریب پایایی باز آزمایی در فاصله ۴ هفته را ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولنیگز [4]و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفاکرونباخ ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده‌اند. روایی همزمان STB با مقیاس‌های رنجور خویی و روان پریشی گرایی در فرهنگ اصلی به‌ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده‌است. همچنین بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی در دانشجویان دانشگاه شیراز توسط محمد زاده و همکاران (۲۰۰۵) انجام شد و نتایج این پژوهش روایی و پایایی خوبی را نشان داد، ضریب پایایی کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست امده است. روایی مقیاس از منظر همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ می‌باشد که از نظر روان سنجی مطلوب می‌باشد. علاوه بر این، همبستگی بین عامل‌ها هم بین ۰/۳۷ تا ۰/۴۴ بود که نشان‌می‌دهد عامل‌ها ضمن اینکه از یکدیگر مستقل هستند، با کل مقیاس و همچنین با یک دیگر همبستگی مناسبی دارند .در ارتباط با روایی همزمان، نتایج این پژوهش نشان داد که STB با شاخص‌های روان رنجورخویی و روان پریش گرایی به‌ترتیب همبستگی ۰/۲۹ و ۰/۶۴ دارد. (محمدزاده و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین در پژوهش حاضر، پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ به‌دست امده است.

شاخص شدت کابوس و رؤیاهای آشفته [5](DDNSI): این پرسشنامه در واقع نسخه بسط یافته از پرسشنامه‌ی معتبر فراوانی کابوس[6](NFQ) می‌باشد که در سال ۲۰۰۲ توسط کراکوف تدوین شده‌است (کراکوف و همکاران، ۲۰۰۲) این شاخص شامل ۵ مورد زیر است:۱) تعداد شب‌هایی که شخص، طی هفته اخیر یا ماه اخیر یا سال اخیر کابوس دیده است ۲) تعداد کابوس‌هایی که در این شب‌ها دیده است ۳) دفعات بیدار شدن شخص با این کابوس‌ها ۴) اهمیت مشکل کابوس‌ها برای بیمار ۵) عذاب‌آور بودن این کابوس‌ها برای بیمار. این شاخص دارای ۱۵ سؤال است که ۵ سؤال اول این شاخص از ۰ تا ۳۷ امتیازبندی می‌شوند و همچنین سؤالات ۶ الی ۱۵ را می‌توان از ۰ تا ۳ امتیاز داد. امتیاز ۱۰ و بالاتر نشان‌دهنده اختلال کابوس است. همبستگی پرسشنامه شاخص شدت کابوس و رؤیاهای آشفته کراکوف با پرسشنامه اصلی فراوانی کابوس از ۰/۷۱ تا ۰/۹۰ در نوسان بوده که این همبستگی بیانگر روایی ملاکی خوبی است. پایایی این پرسشنامه با روش آلفا کرونباخ محاسبه شده و برابر ۰/۹۲ می‌باشد (کراکوف و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش نادریفر (۱۳۹۵) روایی سازه و تشخیصی به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۹ گزارش شد و ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفا کرونباخ برابر با ۰/۶۳ به‌دست امده است (نادریفر و نگین، ۱۳۹۵). همچنین در پژوهش حاضر، پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ به‌دست امده است.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی [7](DERS): این مقیاس توسط گراتز و روئمر در سال ۲۰۰۴ ساخته شده‌است که یک مقیاس ۳۶ آیتمی چند بعدی خودگزارشی است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را می‌سنجد و در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود. این مقیاس شامل ۶ خرده مقیاس عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در مهار رفتارهای

1. MANCOVA
2.Schizotypal trait questionnaire-Bform
3.Broks
4.Rawlings
5. Disturbing dreams and nightmares severity index(DDNSI)
6.Nightmare frequendy questionnaire (NFQ)
7. Difficulties in emotion regulation scale(DERS)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]

تکانشی، دستیابی محدود به راهبرد تنظیم هیجان فقدان، آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی می‌باشد. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس نیز پرداختند. این مقیاس در نمره کل (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۳) و در همه زیر مقیاس‌ها (ضریب آلفا بزرگ‌تر از ۰/۸) همسانی درونی خوبی نشان داد و پایایی باز آزمایی آن نیز در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای ۰/۶۷ گزارش شد (گراتز و روئمر،۲۰۰۴). کرمانی و همکاران(۱۳۹۷) به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در ایران پرداختند. پایایی این مقیاس با دو روش آلفا کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به‌ترتیب برابر ۰/۸۴ و ۰/۷۶ حاکی از پایایی مناسب آن است. روایی همزمان این مقیاس نیز با پرسشنامه هیجان خواهی زاکرمن همبستگی ۰/۴۶ دارد که بیانگر برخورداری مقیاس تنظیم هیجانی از روایی لازم می‌باشد (کرمانی و طالع پسند، ۱۳۹۷). همچنین در پژوهش حاضر، پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ دست امده است.

پروتکل درمان هیجان مدار گرینبرگ(۱۹۸۰): جلسات درمان هیجان مدار در ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دوبار بر روی گروه آزمایش انجام گردید. خلاصه جلسات درمانی در جدول شماره ۱ ارائه شده‌است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان مدارگرینبرگ

جلسات	خلاصه محتوای محتوا
اول	آشنایی و بیان اهداف و روش انجام کار برقراری رابطه درمانی همدلانه و ایجاد تعهد در درمان خلق رابطه ایمن با پذیرش مثبت نامشروط
دوم	توضیح درباره‌ی شخصیت بردرلاین، شناساندن بی ثباتی هیجانی به ان‌ها، ارزیابی محتوای کابوس‌هایشان، مشاهده و ارزیابی مشکلات آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی و مفهوم سازی درمان متمرکز بر هیجان
سوم	آگاهی از هیجان، پذیرش ان، ابراز کلامی و غیرکلامی ان، تنظیم هیجان، شناخت هیجان، تبدیل هیجان، تجربه هیجان اصلاحی
چهارم	ایجاد شرایط برای بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی در بافت ارتباطی و خانوادگی و به چالش کشیدن آنها و ایجاد چرخه هیجانی مطلوب
پنجم	هر روایت در قالب یک طرح هیجانی شامل ۵ عنصر مطرح می‌شود: موقعیت ادراکی، بدن، شناخت نمادین، گرایش عمل و شناخت هسته هیجانی اولیه
ششم	ابراز نیازهای برآورده نشده و اعتباربخشی به ان‌ها از طریق توجه به مارکرها (اشارات غیرکلامی: زبان بدن، کیفیت صدا، بیان نامتناجس و بیان ناگوار)
هفتم	برای مسائل میان فردی ناتمام و جراحت‌های هیجانی، فراخوانی حضور فرد مهم دیگر، بازیابی تجربه و پاسخ جدید به موقعیت قدیم
هشتم	برای دوپارگی مربوط به خودارزشیابی (خودمنتقد، خودتجربه گرا،خودبازداری) و تعارض در تصمیم‌گیری،، شکستن احساس دوگانگی در خود و کاوش درباره دو جنبه متفاوت تجربه خود
نهم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی
دهم	کوچینگ مراجع در حین بازنمایی ابژه ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای
یازدهم	تقویت و انسجام خویشتن آسیب‌پذیر، حمایت کردن و توجه داشتن به خود و شفقت با خود
دوازدهم	پردازش مجدد روایت، خلق معنای جدید در زندگی، افزایش هوشمندی (شناسایی هیجان خود و دیگری)

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۲/۳۶ ± ۲۸/۰۳ سال و در گروه گواه ۳/۳۳± ۲۷/۴۰ سال بود. به‌منظور مقایسه سنی دو گروه از آزمون تی مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد، تفاوت میانگین سنی گروه‌های مطالعه شده از نظر آماری معنادار وجود ندارد (p=۰/۲۳۳)؛ بنابراین گروه‌های مطالعه شده از نظر سن یکسان بودند. همچنین از لحاظ تحصیلات در گروه آزمایش ۷ نفر دیپلم (۳۵ درصد)، ۹ نفر لیسانس (۴۵ درصد)، ۵ نفر فوق‌لیسانس (۲۵ درصد) و در گروه گواه ۱۲ نفر دیپلم (۶۰ درصد)، ۳ نفر لیسانس (۱۵ درصد)،۴ نفر فوق‌لیسانس (۲۰ درصد) بودند. به‌منظور همسانی گروه‌های مطالعه شده از نظر تحصیلات از آزمون خی دو استفاده شد. نتایج مشخص کرد تفاوت میان گروه‌های مطالعه شده از نظر آماری معنادار نیست (p=۰/۷۱۲)؛ بنابراین تفاوتی بین توزیع سطح تحصیلات در دو گروه وجود نداشت. در گروه آزمایش تعداد ۱۰ نفر متاهل (۵۰ درصد) و ۱۰ نفر مجرد (۵۰ درصد) و در گروه گواه ۱۲ نفر متاهل (۶۰ درصد) و ۸ نفر مجرد (۴۰ درصد) بودند. به‌منظور همسانی گروه‌های مطالعه شده از نظر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]

وضعیت تاهل از آزمون خی دو استفاده شد. نتایج نشان داد، تفاوت میان گروه‌های مطالعه شده از نظر آماری معناداری وجود ندارد (p=۰/۳۵۴). در گروه آزمایش ۱۴ زن (۷۰ درصد) و ۶ مرد (۳۰ درصد) و در گروه گواه ۱۱ زن (۵۵ درصد) و ۹ مرد (۴۵ درصد) بودند. به‌منظور همسانی گروه‌های مطالعه شده از نظر جنسیت از آزمون خی دو استفاده شد. نتایج نشان داد، تفاوت میان گروه‌های مطالعه شده از نظر آماری معناداری وجود ندارد (p=۰/۴۸۱). میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون هر یک از گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده‌است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیر کابوس شبانه و بی ثباتی هیجانی، پیش و پس از مداخله در دو گروه گواه و آزمایش

گروه‌ها / متغیّر		میانگین قبل از مداخله		میانگین بعد از مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کابوس شبانه	آزمایش	۱۹/۱۵	۵/۸۶	۱۶/۵۰	۴/۸۰
	گواه	۱۹/۴۵	۴/۹۲	۱۶/۸۵	۳/۱۷
بی ثباتی هیجانی	آزمایش	۱۹/۴۰	۱/۶۹	۱۷/۳۰	۳/۳۱
	گواه	۱۹/۸۰	۵/۴۹	۱۷/۷۲	۳/۳۱

جدول ۲، یافته‌های توصیفی مربوط به هر کدام از متغیرهای پژوهش را به تفکیک برای گروه‌های آزمایشی و گواه نشان‌می‌دهد . همان‌طور که اطلاعات جدول فوق نشان‌می‌دهد، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت پیدا کرده‌است.

برای تحلیل داده‌ها و به‌منظور کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیّره استفاده شد و برای استفاده از این روش آماری، رعایت مفروضه‌های نرمال بودن، همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون در مراحل پیش آزمون ضروری است. برای اطمینان از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، از آزمون کولموگروف اسمیرونف استفاده شد. نتایج این آزمون در هر یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبودند، بنابراین فرض صفر یعنی پیروی داده‌ها از توزیع نرمال تأیید می‌شود، بنابراین پیش فرض اول تحلیل کوواریانس یعنی طبیعی بودن توزیع نمرات رعایت شده‌است. به‌منظور بررسی مفروضه یکسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که این پیش‌فرض نیز برقرار است (P>۰/۰۵ وF=۱/۴۸ و M= ۰/۴۵). جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از ازمون لوین استفاده شد. نتایج به‌دست امده از این ازمون برای کابوس شبانه (P>۰/۰۵،F=۰/۰۳۱) و برای بی ثباتی هیجانی(P>۰/۰۵،F=۰/۴۴) به‌دست آمد که نشان‌دهنده‌ی همگنی واریانس‌های دو گروه بود. به‌منظور یکسانی رابطه متغیر وابسته و متغیر کمکی (نمره پیش ازمون) برای گروه‌های پژوهشی از رگرسیون استفاده شد نتایج حاصل از اجرای این ازمون برای کابوس شبانه(P>۰/۰۵،F=۴/۸۴۹) و برای بی ثباتی هیجانی(P>۰/۰۵،F=۲/۲۱۶) به‌دست آمد که حاکی از یکسانی رابطه متغیر وابسته و پیش ازمون برای هردو گروه بود. بنابراین با توجه به برقراری فرض‌های تحلیل کوواریانس برای متغیرهای کابوس شبانه و بی ثباتی هیجانی از تحلیل کوواریانس چند متغیره به‌منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد که نتایج ان در جدول ۳ ارائه شده‌است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نمرات پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان ازمون
اثر پیلایی	۰/۷۴۰	۵۲/۶۲۹	۲	۳۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۶۰	۵۲/۶۲۹	۲	۳۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱
اثر هوتلینگ	۲/۸۴۵	۵۲/۶۲۹	۲	۳۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]

بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۸۴۵	۵۲/۶۲۹	۲	۳۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱

مطابق با جدول ۳ مشخص است که سطوح معناداری همه ازمون ها بیانگر ان است که بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیرهای کابوس شبانه و بی ثباتی هیجانی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود(F=۰/۵۳ و P < ۰/۰۰۰۱). میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۰/۷۴ است؛ به‌عبارت دیگر ۷۴ درصد تفاوت‌ها در نمرات کابوس شبانه و بی ثباتی هیجانی گروه آزمایشی مربوط به تأثیر درمان هیجان مدار می‌باشد. برای بررسی نقطه تفاوت تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. نتیجه این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده‌است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری به‌منظور مقایسه نمرات پس آزمون در گروه‌های آزمایش وگواه

متغیر وابسته	مرحله	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
کابوس شبانه	پس آزمون	پیش ازمون	۱۰۱/۶۰۰	۲	۵۰/۸۰۰	۳۴/۵۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۶	۱
		گروه	۴۴/۰۶۷	۲	۲۲/۰۳۳	۱۴/۹۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۹	۱
		خطا	۱۱۱/۶۶۷	۷۶	۱/۴۶۹	-	-	-	-
بی ثباتی هیجانی	پس آزمون	پیش ازمون	۳۳۴/۳۱۷	۲	۱۶۷/۱۵۸	۵۳/۸۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۶	۱
		گروه	۲۶۷/۰۱۷	۲	۱۳۳/۵۰۸	۴۲/۹۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۱	۱
		خطا	۲۳۶/۰۰۰	۷۶	۳/۱۰۵	-	-	-	-

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین شرکت کنندگان گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معناداری در متغیرهای وابسته دیده‌می‌شود، به‌گونه‌ای که درمان هیجان مدار روی افراد گروه آزمایشی توانسته است به‌طور معناداری در کاهش کابوس شبانه و بهبود بی‌ثباتی هیجانی نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون مؤثر باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار برکابوس شبانه و بی ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در اســـتان یزد بود. یافته‌های پژوهش نشـــان داد که درمان هیجان مدار بر کابوس شـــبانه و بی ثباتی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شـخصـیت مرزی تأثیر معناداری دارد. از آنجایی که پژوهش حاضـر از جمله پژوهش‌های بدیع در این زمینه اسـت، مطالعات زیادی برای تبیین آن وجود ندارد و تنها برخی از پژوهش‌ها به اثربخشی بخشی از متغیرهای پژوهش حاضر پرداخته‌اند.

یافته‌های پژوهش نشـان داد که درمان هیجان مدار بر کابوس شـبانه در افراد مبتلا به اختلال شـخصـیت مرزی تأثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاترینا[1]و همکاران (۲۰۲۰)، گازرانی (۲۰۲۱)، ســـیمور[2] و همکاران (۲۰۱۰)، پاول[3] و همکاران (۲۰۱۵) همســو می‌باشـد. در تبیین نتیجه پژوهش حاضـر می‌توان گفت کابوس شـبانه افراد مبتلا به اختلال شـخصـیت مرزی به‌علت عدم تنظیم هیجانات و و سرکوب هیجانات و آسیب‌های دوران کودکی این افراد بوده است و از آنجا که کابوس‌ها ممکن است در افراد مبتلا به اختلال شـخصـیت مرزی به احتمال زیاد با واقعیت اشـتباه گرفته شـوند، و احساسـات منفی را در این افراد بر انگیزند و به وجود آورند توجه به این مشـکل و یافتن راهی برای کاهش کابوس‌ها یک امر جدی تلقی می‌شـود (اورملند[4]،۲۰۱۴).پژوهش گرینبرگ(۲۰۱۴) نشان‌می‌دهد، اصول درمان هیجان مدار شـامل ارزیابی احسـاسـی اسـت که به‌شـکل همه جانبه به یک اتحاد درمانی قوی به‌عنوان زمینه لازم برای درمان تأکید

1 .Katrina
2. Simor
3 Paul
4 Oremland

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]

دارد. رابطه درمانی راهی هست که هیجان را از طریق همدلی و اعتباردهی به آن تنظیم می‌کند و با تنظیم کردن هیجانات و عمق بخشی به آن‌ها و بازسازی خاطرات دوران کودکی می‌تواند موجب کاهش کابوس شبانه این افراد گردد.

یافته‌های پژوهش نشـان داد که درمان هیجان مدار بر بی ثباتی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شـخصـیت مرزی تأثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش پوز، گرینبرگ[1](۲۰۱۲) و گرینمن و جانسـون [2](۲۰۲۱)، افسـر و همکاران (۱۴۰۰) همسـو می‌باشـد. در تبیین نتیجه پژوهش حاضـر می‌توان گفت در درمان هیجان مدار، کار با صـندلی تاحدودی باعث تحریک آگاهی فراشـناختی و تنظیم احسـاسـات و تخلیه هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شـخصـیت مرزی می‌شـود که نهایتاً در بهبود تنظیم هیجانی این افراد مؤثر واقع می‌شـود. همچنین این درمان کیفیت پیوندهای عاطفی افراد با افراد مهم و احسـاس ذهنی آنها از ارتباط اجتماعی را افزایش می‌دهد و به‌دنبال آن تقویت پیوندهای عاطفی و بین فردی، که تمرکز اصلی درمان متمرکز بر هیجان است، می‌تواند به تنظیم هیجانی کمک کند، بدین صـورت که در جلسـات درمانی با ایجاد تجارب هیجانی اصـلاحی جدید از پیوند هیجانی و ایجاد دل‌بسـتگی ایمن بین درمانگر و مراجع فرد در جلسه احساس تنهایی نمی‌کند، درمانگر با آن‌ها در فرایند تغییر همراه می‌شود و آن‌ها را برای داشتن تجارب ذهنی شان مورد سـرزنش قرار نمی‌دهد و هیجانات منفی افراد مبتلا به اختلال شـخصـیت مرزی به‌عنوان واکنش طبیعی به شـرایط فعلی خود مورد بررسـی قرار می‌گیرد و همراهی همدلانه درمانگر با به تجربه درآوردن هیجانات منفی به شـیوه‌ای اصـلاح شـده می‌تواند هم در یادگیری بهتر نحوه واکنش به این گونه هیجانات و هم در ایجاد حس توانمندی برای انجام مکرر الگوهای سـالم نقش داشـته باشـد، در نتیجه باعث کاهش بی ثباتی هیجانی و تنظیم هیجانات افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود (پوز، ۲۰۱۴).

در یک جمع بندی کلی می‌توان گفت یکی از آسیب‌های اساسی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کابوس شبانه در ان‌ها می‌باشد که موجب کاهش کیفیت خواب ان‌ها شده و تأثیرات منفی در بیداری ان‌ها دارد و همچنین، مشخصه اصلی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی هیجانی است که اساس بسیاری از مشکلاتی هست که این افراد در زندگی خود تجربه می‌کنند. لذا در این پژوهش نتیجه گرفتیم که درمان هیجان مدار با تنظیم هیجانات افراد مبتلا به اختلال شـخصـیت مرزی موجب بهبود بی ثباتی هیجانی و کاهش کابوس شبانه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود.

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای بود و مثل سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بوده است از جمله اینکه در این پژوهش از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شده که پیشنهاد می‌شود در پژوهش آتی برای تعمیم پذیری بیشتر از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شود. همچنین پژوهش حاضر روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کلینیک مغز و اعصاب و روان بهمن یزد انجام شد که تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهرهای دیگر انجام شود و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین عدم کنترل تأثیر دارودرمانی و عدم کنترل بیماری‌های همبود (اختلال دوقطبی، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و.....) از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تأثیر دارو و بیمارهای همبود کنترل و بررسی شود. پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران آتی این پژوهش را بر روی سایر گروه‌ها و افراد مبتلا به سایر اختلالات شخصیتی انجام دهند. همچنین به‌منظور بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌گردد که مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی دنبال نمایند. در مجموع می‌توان گفت که درمان مبتنی بر هیجان به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید با پیشینه پژوهشی خوب، راهبردی مناسب در بهبود بی ثباتی هیجانی و کابوس شبانه ی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوه مداخله‌ای مؤثر در درمان اختلال شخصیت مرزی استفاده‌کرد.

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳) .راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ویراست پنجم، ترجمه یحیی، سیدمحمدی (۱۳۹۳).نشر روان: تهران. https://yahyalib.mubabol.ac.ir/download/?id=7867

افسر، م.، و 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*، ۳ (۶۴)، ۳۱۷۷- ۳۱۶۷ .

1 Pos,Greenberg

2 Greenman,Johnson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]

https://dx.doi.org/10.22038/mjms.2021.19612
ذاکرزاده، ز.، گلپرور، م.، اقایی، ا. (۱۳۹۹). طراحی الگوی آسیب شناختی و درمان یکپارچه نگر و تعیین اثربخشی آن بر بی‌ثباتی هیجانی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*، ۱۷ (۶۱)،۴۶۳-۴۲۵.
https://dorl.net/dor/20.1001.1.25382799.1400.10.37.1.3
کرمانی مامازندی، ز.، و طالع پسند، س. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه سمنان. *آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)*، ۱۱(۴۲)، ۱۱۷-۱۴۲. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=499851
محمدزاده، ع.، گودرزی، م. ع.، تقوی، م. ر.، ملازاده، ج. (۱۳۸۵) . بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی واستانداردسازی مقیاس شخصیت مرزی (STB) دردانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله اصول بهداشت روان*. ۷(۲۸):۸۹-۷۵.https://dx.doi.org/10.22038/jfmh.2005.1842
نادریفر، ن. (۱۳۹۵).بررسی تأثیرات تامسولسین برروی خواب‌های اشفته و کابوس‌های شبانه در بیماران مبتلا به اختلال کابوس: یک مطاله کراس اور پایلوت. پایان نمامه دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدعلوم دارویی، تهران.https://fa.irct.ir/trial/3126?revision=3126
Correa, T., Hinsley, A. W., Dezuniga, H. G. (2010). Who interacts on the Web? The intersection of users' personality and social media use. *Computers in Human Behavior*, 26(2), 247-253. https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.09.003
Claridge, G., Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function—I: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, *5*(6), 633-648. https://doi.org/10.1016/0191-8869(84)90111-9
Dixon-Gordon, K. L., Peters, J. R., Fertuck, E. A., & Yen, S. (2017). Emotional processes in borderline personality disorder: An update for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, *27*(4), 425–438. https://doi.org/10.1037/int0000044
Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, *51*(3), 350–357. https://doi.org/10.1037/a0037336
Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2021). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health of people with borderline personality disorder .*Current Opinion in Psychology*, *43*, 146-150. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015
Gratz, K.L., Roemer, L. (2004) . Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* **26,** 41–54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
Gazerani, P. (2021). Nightmares in migraine: A focused review. *Behavioral Sciences*, *11*(9), 122. **https://doi.org/10.3390/bs11090122**
Jackson, M., Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, *30*(4), 311-323. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00952.x
Krakow, B. J., Melendrez, D. C., Johnston, L. G., Clark, J. O., Santana, E. M., Warner, T. D., Hollifield, M. A., Schrader, R., Sisley, B. N., & Lee, S. A. (2002). Sleep dynamic therapy for Cerro Grande fire evacuees with posttraumatic stress symptoms: A preliminary report. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(8), 673–684. https://doi.org/10.4088/JCP.v63n0804
Krakow, B., Schrader, R., Tandberg, D., Hollifield, M., Koss, M. P., Yau, C. L., & Cheng, D. T. (2002). Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *Journal of anxiety disorders*, 16(2), 175-190. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00093-2
Krakow, B. (2006). Nightmare complaints in treatment-seeking patients in clinical sleep medicine settings: diagnostic and treatment implications. *Journal of Sleep*, 29(10), 1313-1319. https://doi.org/10.1093/sleep/29.10.1313
Katrina, A., Rufino, A. B., Erin F. Ward-Ciesielski, C., Christopher, A. Webb, D., Michael, R. Nadorff, E. (2020). Emotion regulation difficulties are associated with nightmares and suicide attempts in an adult psychiatric inpatient sample, *journal psychiatry research*, 29(3), 113-437. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113437
MacIntosh, H. B., Fletcher. K., Ainsworth, L. (2019). Measuring Mentalizing in Emotionally Focused Therapy for Couples With Childhood Sexual Abuse Survivors and Their Partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 18(4), 303-329. https://doi.org/10.1080/15332691.2019.1590274
Oremland, J. D. (2014). Dreams in the treatment of the borderline personality. In The Borderline Patient (pp. 81-101). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315803494
Paris, J., Gunderson, J., Weinberg, I.(2013).The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry* ; 481145-54. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2006.10.001
Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing Awareness and Increasing Emotion Regulation: Revising Chair Work in Emotion-Focused Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26, 84-107. https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.1.84.
Pos, A. E. (2014). Emotion focused therapy for avoidant personality disorder: Pragmatic considerations for working with experientially avoidant clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *44*(2), 127-139. https://doi.org/10.1007/s10879-013-9256-6
Paul, F., Schredl, M., & Alpers, G. W. (2015). Nightmares affect the experience of sleep quality but not sleep architecture: An ambulatory polysomnographic study. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 2, Article 3. https://doi.org/10.1186/s40479-014-0023-4

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]

Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J., L. (2001). Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Personality and Individual Differences*, *31*(3), 409-419. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00146-X

Simor, P., Csóka, S., Bódizs, R. (2010). Nightmares and bad dreams in patients with borderline personality disorder: Fantasy as a coping skill? *The European Journal of Psychiatry*, 24(1), 28–37. https://doi.org/10.4321/S0213-61632010000100004

Semiz, U. B., Basogolu, C., Ebrinc, S., Cetin, M. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 62, 48–55. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01789.x

Slotema, C.W., vandenBerg, D.P.G., Driessen, A., Wilhelmus, B., Franken, I. H. A. (2019). Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*; 10(1): 1614822. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1614822

Warwar, S. H., Paul, S. L., Greenberg, L., Bergmans, Y. (2008). eEmotion-focused principles for working with borderline personality disorder, *Journal of Psychiatric Practice*, 14 (2),94-104. https://doi.org/10.1097/01.pra.0000314316.02416.3e

Wolff, S., Stiglmayr, C., Bretz, H. J., Lammers, C. H., Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 347-360. https://doi.org/10.1348/014466507X173736

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-07-09]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.10.11.6]