رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۶، شماره پیاپی۹۹، شهریور۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(6), 2024

تدوین پروتکل درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود و امکان سنجی آن بر دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

Compilation of an integrated treatment protocol of schema and self-compassion and its feasibility on marital burnout of women with borderline personality disorder

شیرین راد کرمانی
دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
نرگس باباخانی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
پگاه فرخزاد
استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Shirin Radkermani
PhD student in Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.
Narges Babakhani *
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.
Babakhani@riau.ac.ir
Pegah Farokhzad
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف امکان‌سنجی پروتکل تدوین‌شده درمان تلفیق طرحواره و شفقت به خود بر دلزدگی زناشویی زنان مبتلابه اختلال شخصیت مرزی انجام شد. این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل ب دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان با اختلال شخصیت مرزی ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰بودندکه از میان آن‌ها ۳۴ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. پروتکل درمانی تلفیقی طرحواره و شفقت به خود برای گروه آزمایشی طی ۱۵ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اختلال شخصیت مرزی (BPI) لیشنرینگ (۱۹۹۹) و دلزدگی زناشویی (CBM) پاینز (۱۹۹۶) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری دلزدگی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد (P <۰/۰۱). با توجه به مؤثر بودن شیوه درمانی در بهبود دلزدگی زناشویی زنان با اختلال شخصیت مرزی، از این بسته‌های درمانی می‌توان به‌عنوان مداخله روان‌شناختی مؤثر در مراکز سلامت جهت برای کاهش مشکلات زنان با اختلال شخصیت مرزی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *شفقت به خود، دلزدگی زناشویی، درمان تلفیق طرحواره، اختلال شخصیت مرزی.*

Abstract

The present study was conducted with the aim of the feasibility of the therapeutic protocol of integration of schema and self-compassion on the marital despondency of women with borderline personality disorder. This was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design of a control group and a 2-month follow-up. The statistical population included all women with borderline personality disorder living in Tehran in the year 1400, and among them, 34 were selected by purposive sampling and randomly placed in two experimental and control groups. The combined therapy protocol of schema and self-compassion was implemented for the experimental group during 15 sessions, one 90-minute session per week. Borderline personality disorder (BPI) questionnaires by Leishnering (1999) and marital burnout (CBM) by Pines (1996) were used to collect data. Data were analyzed using repeated measures to analyze variance. The results of repeated measurement variance analysis showed a significant difference between the groups in the post-test and follow-up of marital burnout (P<0.01). Considering the effectiveness of the treatment method in improving the marital burnout of women with borderline personality disorder, these treatment packages can be used as an effective psychological intervention in health centers to reduce the problems of women with borderline personality disorder.

Keywords: *Self-Compassion, Marital Burnout, Integration Schema Therapy, Borderline Personality Disorder.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۱۴۰۲** **پذیرش: اسفند ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

مقدمه

وجوه مختلف شخصیت افراد دربردارنده نحوه تفکر افراد در مورد خود، نحوه تفسیر فرد از رویدادهای محیط و برخورد وی با آن‌ها، نحوه ارتباط افراد با همکاران و نحوه واکنش هیجانی فرد نسبت به موقعیت‌ها است (مکدوول[1] و همکاران، ۲۰۲۰). این در حالی است که اختلال های شخصیت[2] که نوع ناسازگاری از صفات شخصیت عمومی هستند (یوسفی و همکاران، ۱۴۰۰) مجموعه‌ای از الگوهای ناپایدار شخصیتی می‌باشند که ویژگی اصلی‌شان ناسازگاری و انعطاف‌ناپذیری است و دارای نرخ شیوع بالای ۳ ـ ۱۵ درصد در جمعیت عمومی است (خدابنده لو و همکاران، ۱۳۹۷). در میان اختلال‌های شخصیت، اختلال شخصیت مرزی[3] در گروه «ب» از چالش برانگیزترین، جدی‌ترین و با نرخ شیوع ۳/۱ درصد از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (لایوزلی و لارستون[4]، ۲۰۱۸؛ ولکرت[5] و همکاران، ۲۰۱۸؛ گاندرسون[6] و همکاران، ۲۰۱۸؛ رائو[7] و همکاران، ۲۰۲۰؛ مولای[8] و همکاران، ۲۰۱۸). طبق تحقیقات، ۸۰ درصد مبتلایان به این بیماری تاریخچه‌ای از اقدام به خودکشی دارند و ۳۰ درصد افرادی که به دلیل خودکشی می‌میرند، جزء بیماران مرزی هستند (دریبه[9] و همکاران،۲۰۲۰). بدتنظیمی هیجان علت اصلی این اختلال است و این بیماران نسبت به محرک‌های هیجانی حساسیت زیادی دارند؛ بنابراین، مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، آسیب‌های مکرر و شدیدی در زندگی فردی در زمینه‌های مختلف شناختی، هیجانی و عملکردی به بار می‌آورد (برنینگ[10] و همکاران، ۲۰۲۰؛ استراتون[11] و همکاران، ۲۰۲۰). در این گروه از بیماران دامنه وسیع پریشانی در روابط بین فردی باعث ایجاد ناراحتی بیشتر و میزان کاهش کارایی نسبت به سایر اختلالات شخصیت می‌شود؛ در روابط بین فردی بسیار متوقع بوده و در معرض تجربه ناامیدی‌های هیجانی شدید در مواجهه با طرد یا فقدان، حتی در مقابل سرزنش‌ها یا انتقادهای خفیف قرار دارند (وینر[12] و همکاران، ۲۰۱۸؛ پاریس[13]، ۲۰۱۸). این درحالی است که مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی نسبت به طرد شدن و تنهایی در رابطه بین فردی هراس فراوان دارند. آن‌ها در آغاز رابطه بسیار به فرد وابسته شده به طوری که او را به ستوه می‌آورند و چون وی را قادر به برآوردن نیازهای عاطفی ناسالم خود نمی‌بینند احساس طردشدگی می‌کنند (وینر و همکاران، ۲۰۱۸). این گروه از افراد شریک زندگی‌شان را متهم به بی‌وفایی و بی‌عاطفگی کرده و رابطه را در مرحله بحرانی قرار می‌دهند و هم‌زمانی که از طرف مقابل احساس رنجش دارند به خود آسیب می‌رسانند؛ همچنین وقتی متوجه می‌شوند همسرشان را رنجانده‌اند احساس گناه کرده خود را می‌آزارند و این عدم احساس آرامش از رابطه زناشویی قطعا موجب رنجش همسر می‌شود (سالترز-پدنئولت[14]، ۲۰۲۰). این حالت می‌تواند موجب دلزدگی زناشویی شود؛ چراکه، دلزدگی زناشویی به‌واسطه ترکیبی از انتظارات نادرست و نابرابری‌های زندگی ایجاد می‌شود. زوجین با شکست در ایجاد یا رابطه محبت‌آمیز و صمیمانه احساس درماندگی و ناامیدی کرده و طی زمان دچار فرسودگی و از دست‌دادن انرژی فیزیکی و روانی برای ادامه زندگی مشترک می‌شوند (پاموک و دورماس[15]، ۲۰۱۵).

مطالعاتی که رابطه بین اختلالات شخصیت و کیفیت روابط عاشقانه را بررسی می‌کنند، نشان می‌دهند که اختلال شخصیت مرزی با کاهش کیفیت روابط عاشقانه در مقایسه با سایر اختلالات شخصیت مرتبط است (سوت و توماس[16]، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می دهد در افراد با اختلال شخصیت مرزی یکی از شرکای زندگی هیچ‌گاه از عملکرد عاطفی همسر خود مطمئن نیست (اولری[17] و همکاران، ۲۰۲۳). در این راستا گرابویز[18](۲۰۲۰) نشان داد که هرچه علائم شخصیت مرزی در زوجین (خصوصا در مردان) بیشتر باشد، میزان ناسازگاری زناشویی هم بالاتر است. درواقع، در روابط بین زوجین، اختلال شخصیت مرزی با نارضایتی و عدم سازگاری زناشویی ارتباط دارد (برزگر و همکاران، ۱۴۰۲). در پژوهش دیگری نشان داده شد که در بین زوجین متقاضی طلاق و زوجین غیر متقاضی طلاق از لحاظ اختلال مرزی تفاوت معناداری وجود دارد (ولیئی و همکاران، ۱۳۹۹).

1 MacDowell
2 personality disorders
3 borderline personality disorder
4 Livesly & Larstone
5 Volkert
6 Gunderson
7 Rao
8 Mulay
9 Dreybe
10 Brenning
11 Stratton
12 Weiner
13 Paris
14 Salters-Pedneault
15 Pamuk & Durmuş
16 South & Thomas
17 O'Leary
18 Graboys

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

در این بین، اســـتفاده از درمان‌های روان‌شـــناختی با رویکردهای جدید می‌تولند به زوجین کمک کند تا بتوانند تعارض‌های موجود در رابطه‌شان را با به‌کارگیری روش‌های مثبت و استفاده کمتر از تعاملات منفی مدیریت کنند (کاوالری[1] ، ۲۰۲۳). در این میان ازجمله رویکردهای که در جهت درمان مشـکلات خانواده‌ها و زوجین و همچنین بررســی تاثیر نگرش و باورهای گذشـته بر ارتباطات کنونی ارائه می‌شـود درمانی، طرحواره اسـت (محمدی و همکاران، ۱۴۰۲). رویکرد طرحواره درمانی بر این باور اسـت که شـرایط بخصـوصـی که فرد در دوران کودکی تجربه می‌کند نقش مهمی در ایجاد باورهایی درباره خود و دیگران دارد که در مســـیر زندگی تداوم داشـــته و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می‌شـود (ریمرسـال[2] و همکاران، ۲۰۲۳). بدین ترتیب، در طرحواره درمانی مبتلایان به اختلال شـخصـیت مرزی با تخلیه هیجانی و شـناخت نیازهای هیجانی ارضـا نشـده‌ای که باعث شـکل‌گیری طرحواره ناسـازگار می‌شـود می‌توانند عواطف خود را بهتر مدیریت کرده و در بیان آن توانمندتر شوند (آرنتز وجندرن[3]،۲۰۲۱)؛ از سویی مهارت شفقت به خود نیز با هدف قرار دادن پیامدهای منفی آسیب‌دیدگی دوران کودکی و بکارگیری مولفه‌های مهربانی، احساسات مشترک بشری و ذهن آگاهی بر روی نشانگان اختلال شخصیت مرزی تاثیر گذاشته موجب بهبود این بیماران می‌شـود (پوهل[4] و همکاران ،۲۰۲۰).؛ چراکه، در این درمان افراد می‌آموزند که از احسـاسـات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند بلکه فرد با مهربانی، فهم و اشـتراکات انسـانی به آن‌ها نزدیک می‌شـود، به‌این‌ترتیب، هیجان‌های منفی به حالت احسـاسـی مثبتی تبدیل می‌شود و افراد نگرش مشفقانه به خود خواهند داشت (رضایی و همکاران، ۱۳۹۷). در این راستا و طی پژوهشی بیان شد که شفقت به خود به‌عنوان یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت کننده در زندگی زناشویی کمک می‌کند فرد به خاطر شـکسـت‌ها یا نرسیدن به اسـتانداردها به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد و این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شـکسـت‌ها نیسـت (حکم آبادچی خوئی، ۱۴۰۱). این در حالی اسـت که در طرحواره درمانی در مرحله تکنیک‌های رفتاری به فرد کمک می شـود تا از طرحواره‌ها فاصـله بگیرد و به‌جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مســـلم درباره خود بدانند، آن را به صـــورت یک موجود مزاحم در نظر بگیرند؛ در اثر کاربرد این رویکرد، اشـــخاص، طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با اســـتفاده از شـــواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند (نصیرهرند، ۱۴۰۱).

طرحواره درمانی، از طریق تغییرات شـــناختی، هیجانی، رفتاری و اتخاذ ســـبک‌های مقابله‌ای کار آمدتر در روابط زوجی، به زوجین کمک می‌کند تا با درک بهتر تعارض، اختلافات زناشویی، عوامل سرخوردگی و الگوهای تعاملی ناکارآمد که باعث مسائلی در رابطه می‌شوند به سطح بالاتری از رضایت در زندگی زناشویی دست یابند (احمدی،۱۳۹۹) ؛ در همین راستا تکنیک‌های خودشفقتی با افزایش گذشت، انعطاف‌پذیری، گسترش مهربانی، بهبود پذیرش، عدم قضاوت همسر موجب می‌شود زوجین در هنگام تجربه شکست و ناتوانی خودتنظیمی مثبتی از خود نشان داده و با هم صـمیمیت بیشـتری داشـته باشـندو این صـمیمت زمینه خشـنودی و رضـایت از زندگی زناشـویی را فراهم می‌کند (خلعتبری و همکاران،۱۳۹۷)

لازم به ذکر است که طرحواره درمانی با بکارگیری تکنیک‌های تجربی و کاهش قابل‌توجه اعتبار باورهای هسته منفی عمدتا با ایجاد تغییر در شـــرایط بیماران مبتلابه اختلال شـــخصـــیت مرزی ســـبب بهبود آن‌ها می‌شـــود (بوگ [5] و همکاران، ۲۰۲۳؛ کاشـــو[6] و همکاران، ۲۰۲۳)؛ همچنین،تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا زوجین با بررســـی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی زمینه را برای بهبود طرحواره مهیا سازند (نصیرهرند،۱۴۰۱). در همین راستا در شفقت درمانی با بکارگیری فنون مختلفی چون تصویرسازی، نوشتن نامه شفقت گونه به خود و یادگیری دانش روانشـــناختی بر آرمیدگی، ذهن آرام و مشـــفق و توجه آگاهی تاکید می‌شـــود که در آرامش ذهن فرد، کاهش اضـطراب و اسـترس نقش بسـیاری دارد (پورعبدل،۱۳۹۸). بدین ترتیب رویکرد خود شـفقت ورزی بعنوان یک سـازه خودمراقبه‌ای، سـلامت هیجانی زوجین دارای مشـکلات زناشـویی را ترمیم می‌کند. همچنین رویکرد شـفقت‌ورزی در حل صـدمات هیجانی و تاب‌آوری افراد مبتلابه مشکلات روان‌شناختی ثمربخش است (جلاوند و همکاران، ۱۴۰۲). در این راستا، در بررسی تاثیر شفقت بر خود در بیماران با اختلال شخصیت مرزی نشـان داده شـد که شـفقت به خود کم با اختلال شـخصـیت مرزی مرتبط بود و ازنظر طولی، شـفقت بیشـتر به خود کاهش یک‌ماهه را در ویژگی اختلال شخصیت مرزی پیش‌بینی کرد (استودوارد[7] و همکاران، ۲۰۲۳؛ سالگو[8] و همکاران، ۲۰۲۱).

استحکام خانواده در گرو بهداشت روانی اعضای آن است. تعارض زوجین که خود را در جریان یک رابطه زناشویی نشان می‌دهند می‌تواند زمینه تزلزل این رابطه را فراهم می‌آورد. از سویی در روابط بین زوجین، افراد با اختلال شخصیت مرزی با داشتن وابستگی های شدید، ترس

1 Cavaleri
2 Remmerswaal
3 Arntz & Genderen
4 Pohl
5 Boog
6 Khasho
7 Southward
8 Salgó

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

از طرد شدن، متهم کردن شریک زندگی به بی‌وفایی و بی‌عاطفگی با نارضایتی و عدم سازگاری زناشویی روبرو هستند. لذا با توجه به مطالب بیان شده در اثرگذاری تکنیک‌های طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر علائم بیماری اتلال شخصیت مرزی و دلزدگی زناشویی و از آنجایی که تأثیرپذیری درمان تلفیقی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در پژوهش‌های دیگر بررسی نشده استو با توجه به اهمیت و کاربرد آن هم در حوزه زوج درمانی و هم درمان اختلال‌های شخصیت جهت دستیابی به روش مداخله ای موثرتر با کاهش هزینه‌های درمانی این پژوهش با هدف امکان سنجی پروتکل تدوین‌شده درمانی تلفیق طرحواره و شفقت به خود و بررسی تاثیر آن دلزدگی زناشویی زنان مبتلابه اختلال شخصیت مرزی شکل گرفت.

روش

این مطالعه از نوع آمیخته و در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول تدوین پروتکل درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود و اعتباریابی آن با استفاده از روش روایی محتوا صورت گرفت. مرحله دوم این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پژوهشی پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان با اختلال شخصیت مرزی ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰بودند. حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی برای هر زیرگروه ۱۵ نفر است (دلاور، ۱۳۹۹) نمونه پژوهش شامل ۳۴ نفر زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از مراکز مشاوره شهر تهران انتخاب شدند و پس از انتخاب اعضای نمونه، افراد انتخاب‌شده به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری قرار گرفتند. پس از نمونه‌گیری در گروه آزمایش و کنترل بسته درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود شامل زنان متاهل دارای اختلال شخصیت مرزی (براساس پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی لیشرینگ با در نظر گرفتن حداقل نمره ۱۰)، سن بین ۳۵ تا ۴۵ سال، تحت درمان نبودن همزمان با رویکردهای دیگر، فقدان مصرف داروهای روان‌پزشکی و دارا بودن حداقل ۸ طرحواره ناسازگار بر اساس طرحواره‌های ناسازگار یانگ بود و ملاک‌های خروج غیبت بیش از ۲ جلسه در فرایند درمان، عدم پاسخ دهی به پرسشنامه‌ها، اعلام عدم تمایل به ادامه همکاری بود. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ضمن ورود داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش، به آن‌ها اطمینان داده شد که یافته‌های به‌دست‌آمده از آن‌ها محرمانه خواهد ماند. همچنین جهت جلب رضایت شرکت‌کنندگان به آن‌ها گفته شد در صورت عدم تمایل به ادامه حضور در کار پژوهشی می‌توانند از آن خارج‌شده و انصراف دهند. پس از گردآوری اطلاعات از بین افرادی که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند در مرحله پیش آزمون، مقیاس دلزدگی زناشویی را تکمیل کرده‌لند. پس از پایان جلسات درمان، در مرحله پس آزمون مجددا گروه آزمایش و کنترل مقیاس دلزدگی زناشویی را تکمیل کرد ه‌اند و بار دیگر در پایان دوره ۶۰ روزه، در مرحله پیگیری بار دیگر افراد شرکت کننده در هر ۲ گروه توسط مقیاس دلزدگی زناشویی ارزیابی‌شده‌اند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی [1] (BPI): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط لیشنرینگ [2] بر اساس نظریه کرنبرگ از سازمان‌بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته‌شده است که به‌منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی ساخته‌شده است. که به‌صورت بله و خیر نمره‌گذاری می‌شود (بله=۱ و خیر=۰) اما در سوال ۱۳ نمره‌گذاری معکوس است (بله=۰ و خیر=۱). این پرسشنامه در اصل دارای ۵۳ سوال است اما دو سوال آخر این پرسشنامه در هیچ‌یک از طبقات عاملی یا سایر طبقات این پرسشنامه قرار نمی‌گیرند؛ به همین دلیل، در نسخه ایرانی حذف‌شده و پرسشنامه ۵۱ سوالی ارائه‌شده است. لیشنرینگ در پژوهش خود نشان داد که نتایج همسانی درونی به روش کودر ریچاردسون برای مولفه‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ بود. همچنین، روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ بود (لیشنرینگ، ۱۹۹۹). در ایران نیز در بررسی این پرسشنامه به روش تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش پروماکس چهار عامل استخراج شد. علاوه بر این، روایی (همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع پایایی بازآزمایی، تنصیفی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به‌دست آمد (محمدزاده و رضایی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب اعتبار کلی آزمون به روش کودرریچاردسون ۰/۷۸ برآورد شد.

1Borderline Personality Inventory (BPI) 1
2 Leichsenring

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

مقیاس دلزدگی زناشویی [1](CBM): این مقیاس توسط پاینز [2] (۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری درجه دلزدگی زناشویی در بین زوج‌ها طراحی گردیده است. این مقیاس ۲۱ ماده دارد که ۱۷ ماده آن شامل عبارت‌های منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی‌ارزش بودن و ۴ ماده آن عبارت‌های مثبت مانند خوشحال بودن و پرانرژی بودن است که همه این‌ها نشان‌دهنده نشانگان دلزدگی است و شامل ۳ جزء اصلی جنبه جسمی (۶ ماده)، جنبه عاطفی (۷ ماده) و جنبه روانی (۸ ماده) می‌باشد؛ تمام این موارد روی طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (ازهرگز=۱ تا همیشه=۷) پاسخ داده می‌شوند (لازم به ذکر است که سوالات ۳-۶-۱۹ و ۲۰ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند). در این مقیاس، نمرات بالاتر نشان‌دهنده دلزدگی بیشتر است و حد بالای نمره، ۱۴۷ و حد پایین نمره، ۲۱ است. . برای تفسیر نمره‌ها باید آنها را تبدیل به درجه کرد و جهت تعیین درجه دلزدگی ۵ مرحله باید سپری کرد که پس از آن و با توجه به عدد بدست آمده درجه دلزدگی به این شیوه تفسیر می گردد؛ درجه دلزدگی ۲ یا کمتر، نشان دهنده وجود رابطه خوب؛ درجه ۳ نشان دهنده خطر دلزدگی؛ درجه ۴، نشان دهنده وجود دلزدگی؛ درجه ۵، نشان دهنده وجود بحران است و درجه ۶ یا بیشتر، لزوم کمک فوری را بیان می کند.. پاینز ضریب اطمینان بازآزمایی را برای یک دوره یک‌ماهه ۰/۸۹، برای دوره دوماهه ۰/۷۶ و برای دوره چهارماهه ۰/۶۶ گزارش کرد؛ همچنین، همسانی درونی برای اغلب آزمودنی‌ها با ضریب آلفا بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ به‌دست آمد. همچنین، این مقیاس با ویژگی‌های ارتباطی مثبت مانند نظر مثبت در مورد ارتباط ، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی روایی همگرای معنی‌داری نشان داد

(پاینز، ۱۹۹۶). در ایران، اسلامی و شهابی زاده (۱۳۹۱) جهت برآورد پایایی از طریق همسانی درونی ضرایب آلفای محاسبه‌شده برای دلزدگی زناشویی ۰/۸۴ به‌دست آوردند. در پژوهش دیگر نیز جهت بررسی روایی واگرای مقیاس دلزدگی زناشویی از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ استفاده شد که ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۰- به‌دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است (سبز چمنی، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر ضریب اعتبار کلی آزمون به روش کودرریچاردسون ۰/۸۱ برآورد شد.

تدوین بسته درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود [3](tpss): در این مطالعه با مبنا قرار دادن دو پروتکل طرحواره درمانی یانگ و درمان متمرکز بر شفقت به خود گیلبرت به همراه شاخص‌های مدنظر پژوهشگر بسته درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود طراحی گردید. لذا پس از طراحی بسته درمانی جهت بررسی روایی صوری این پروتکل چند نفر از متخصصان در حوزه روانشناسی پروتکل را مورد بازبینی قرار داده و پیشنهادها و اشکالات آن‌ها مرتفع گردید. سپس محتوای جلسه‌های درمان پروتکل نوترکیب به‌منظور بررسی روایی محتوایی به‌صورت کمی در فرمی با سوالاتی در مورد هماهنگی محتوای پروتکل با فرایند و راهبردهای پروتکل همراه با توضیح اهداف پروتکل تدوین شد و تطابق محتوای هر جلسه توسط ۱۰ متخصص این حوزه جهت مورد ارزیابی قرار گرفت؛ آن‌ها هر یک از مراحل را با طیف سه‌بخشی نسبت روایی محتوا (ضرورتی ندارد، مفید است ولی ضروری نیست و ضروری است) بررسی کردند. سپس پاسخ‌ها برای هر یک از محتواهای جلسات بررسی شد و در نهایت با استفاده از جدول لاوشه ماده‌هایی که نمره بالاتر از ۰/۶۲ (همه متخصصان با ضروری بودن گویه موافق بودند) به‌دست آمد مورد ضروری و مهم تشخیص داده شدند بیانگر روایی محتوایی خوب پروتکل هستند. در زیر خلاصه پروتکل مداخله با شرح جلسات آن گزارش‌شده است.

جدول ۱ .محتوای جلسات درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود

جلسات	محتوای درمان
جلسه ۱	پس از برقراری رابطه اولیه و ارزیابی شدت مشکلات مراجع و بررسی وضعیت فعلی مشکلات انجام می‌شود و از مراجع خواسته می‌شود که اهدافش را از جلسات بنویسد و همراه خود برای جلسه بعد بیاورد.
جلسه ۲	انجام تکنیک بردن به کودک درون و مشکلات و احساساتی که فرد دارد و در آن تکنیک بیان می‌کند و احساسی که به دیدن خود دارد آگاه می‌شود. همچنین توضیح دادن طرحواره¬ها و کشیدن ذهنیت‌ها و بررسی اهداف انجام می‌شود. **تمرین:** عکس خود را بگذار و احساسی که به خوددارید بنویسید.
جلسه ۳	بررسی تمرین و پرسیدن سؤال‌هایی در مورد اینکه چرا خود را دوست ندارد و یا دوست‌داشتنی نمی‌داند. انجام تکنیک تجربی، بیرون آوردن باور مرکزی فرد **تمرین:** دلیلی که خود را دوست ندارد و دوست‌داشتنی نمی‌داند و خاطراتی که دارد، نوشتن افکار منفی

1Couple Burnout Measure (CBM) 1
2 Pines
3 therapeutic protocol based on schema therapy and self-compassion

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

جلسه ۴	بررسی دلایل تمرین جلسه قبل، آموزش تکنیک افکار منفی، گفتگو با ذهنیت سرزنشگر (بیرون آوردن خود از نقش قربانی) **تمرین:** نوشتن صداهای عذاب‌آور
جلسه ۵	انجام تکنیک شناختی روی باور مرکزی، انجام تکنیک قول دادن به خود، آموزش مهارت‌های ارتباطی، بررسی صداهای عذاب‌آور تمرین: جایگزین صداهای عذاب‌آور و آگاهی به آن؛ تأکید بر آنکه حواسش ازلحاظ رفتاری به خودش باشد
جلسه ۶	آموزش قضاوت‌ها، آموزش همدلی و درک خود، استفاده از تکنیک شناختی روی باورها و صداها **تمرین:** نوشتن نامه برای والدی که خشم داره
جلسه ۷	تخلیه خشم والدین **تمرین:** پاسخ از طرف والد به خود
جلسه ۸	استفاده ازتکنیک تجربی در مورد خاطرات، آموزش حضور ذهن، آموزش تنظیم هیجان. **تمرین:** انجام تکنیک توجه آگاهی (رفتاری همدلی (حواسش به خودش باشد)) و تنظیم هیجان
جلسه ۹	بررسی افکار و رفتارها در زمان فعال شدن طرحواره‌ها، آموزش مهارت بین فردی **تمرین:** افکار و رفتارها در زمان فعال شدن طرحواره
جلسه ۱۰	گفتگو با صدای ذهنیت سرزنشگر و طرد کننده، جایگزین کردن با صدای والد سالم **تمرین:** نوشتن صداهای ناسالم و جایگزین کردن آن با صدای سالم
جلسه ۱۱	بررسی شفقت فرد به خود، دادن فلش کارت برای طرحواره رهاشدگی، شناسایی رفتار مقابله‌ای **تمرین:** استفاده از فلش کارت
جلسه ۱۲	بررسی استفاده از فلش کارت و برطرف کردن مشکلات بوجودآمده، آموزش بادی اسکن **تمرین:** استفاده از تکنیک بادی اسکن، نوشتن روزانه برای خود
جلسه ۱۳	نوشتن فلش کارت‌های نقص و شرم، معیارهای سرسختانه، بررسی مهارت‌های ارتباطی **تمرین:** استفاده از فلش کارت‌ها
جلسه ۱۴	بررسی مشکلاتی که در استفاده از فلش کارت دارند؛ برطرف کردن موانع بررسی شفقتی که خود دارد.
جلسه ۱۵	مرور کلی از جلسات قبل و صحبت درباره کیفیت جلسات. بررسی فرد در مورد شفقت که به خود دارد و میزان کنترل بر روی طرحواره¬های ناسازگار

یافته ها

طبق یافته‌های جمعیت شناختی پژوهش، از لحاظ سن بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش معادل ۸ نفر (۴۷/۱ درصد) در دامنه سنی بین ۳۸ تا ۴۰ سال قرار گرفتند، این در حالی است که در گروه کنترل بیشتر آزمودنی‌ها معادل ۷ نفر (۴۱/۲ درصد) در همین دامنه سنی قرار گرفتند. در ادامه در جدول ۲ اطلاعات توصیفی دلزدگی زناشویی به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش ارائه شده است، همچنین در این نتایج نرمال بودن دادهها با بهره‌گیری از آزمون شاپیروویلک ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه های آزمایشی و کنترل

متغییر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	S-W	سطح معناداری
دلزدگی زناشویی	پیش آزمون	آزمایش	۱۱۶/۲۳	۵/۹۲	۰/۹۷۷	۰/۹۲۷
		کنترل	۱۱۵/۲۹	۶/۹۷	۰/۸۷۹	۰/۰۵۱
	پس آزمون	آزمایش	۱۰۵/۱۸	۶/۸۹	۰/۹۷۲	۰/۸۵۷
		کنترل	۱۱۶/۳۵	۷/۹۴	۰/۹۰۴	۰/۰۸
	پیگیری	آزمایش	۱۰۰/۸۲	۶/۷۴	۰/۹۴۱	۰/۳۳۳
		کنترل	۱۱۵/۵۳	۶/۷۹	۰/۹۳	۰/۲۱۹

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه آزمایش نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در دلزدگی زناشویی داشته است؛ در واقع روند تغییرات متغیر دلزدگی زناشویی در گروه آزمایش کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

در مراحل مختلف سنجش به تفکیک ها دارای توزیع نرمال می‌باشند (p>۰/۰۵). نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (p>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیردلزدگی زناشویی (p=۰/۰۰۲ و W=۰/۰۶۷) معنادار می‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح دارد و جهت تفسیر آن جهت بررسی معناداری سطح سخت‌تری اعمال می‌گردد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آنها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۳ :نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چندمتغییری (میکس آنوا) برای متغیر دلزدگی زناشویی

اثر	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب ایتا	معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۴۱	۸۱/۹۰۷	۲	۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۱	۱
	ویلکز لامبدا	۰/۱۵۹	۸۱/۹۰۷	۲	۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۱	۱
	هتلینگ	۸/۲۸۴	۸۱/۹۰۷	۲	۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۱	۱
	بزرگترین ریشه روی	۵/۲۸۴	۸۱/۹۰۷	۲	۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۱	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیر وابسته به‌طور همزمان (p=۰/۰۰۰۱ و F=۸۱/۹۰۷ و ۰/۸۴۱= اثرپیلایی) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن (میکس آنوا) ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
گروه	۱۰۱۱/۸۴۳	۲	۵۰۵/۹۲۲	۷۸/۱۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۹	۱
زمان	۱۱۴۵/۰۲	۲	۵۷۲/۵۱	۸۸/۴۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۴	۱
گروه* زمان	۴۱۴/۴۷۱	۶۴	۶/۴۷۶	۸۸/۴۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۴	
بین گروهی	۷۱۶۲/۵۱	۳۲	۱۲۹/۹۷۴	۱۳/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۸	۰/۹۴۶

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر دلزدگی زناشویی(p=۰/۰۰۱ و F=۱۳/۵۶ و ۰/۲۹۸=انازه اثر) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ :نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی

مراحل سنجش		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		تفاوت میانگین	معناداری	تفاوت میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۰۵۹	۰/۰۰۰۱	-۱/۰۵۹	۰/۱۳۲
پیش‌آزمون	پیگیری	۱۵/۴۱۲	۰/۰۰۰۱	-۰/۲۳۵	۰/۸۵
پس آزمون	پیگیری	۴/۳۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۴	۰/۴۸۶

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس آزمون (p=۰/۰۰۱ و MD=۱۱/۰۵۹) و پیش‌آزمون و پیگیری (p=۰/۰۰۱ و MD=۱۵/۴۱۲) و پس آزمون و پیگیری (p=۰/۰۰۱ و MD=۴/۳۵۳) تفاوت وجود دارد. در مجموع می‌توان گفت که مداخله درمانی تاثیرات ماندگاری داشته و بر کاهش دلزدگی زناشویی موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر با هدف تدوین و بررسی امکان سنجی درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود بر دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود نقش موثری بر کاهش سطح دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته است نتیجه حاضر تا حدودی با مطالعات ریمرسال و همکاران (۲۰۲۳)، کاولری (۲۰۲۳)، کاشو و همکاران (۲۰۲۳)، بوگ و همکاران ۲۰۲۳، عباس-زاده (۱۴۰۲)، چکانی‌آزران (۱۳۹۹)، آرنتز وجندرن (۲۰۲۱)، پوهل و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین می‌توان گفت طرحواره درمانی با ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری در زوجین با به‌کارگیری فنون طرحواره درمانی باعث می‌شود تا زوجین دچار دلزدگی با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازند (تنباکوچیان و همکاران، ۱۴۰۰)؛ در این شیوه همچنین با تأکید بر حمایت زوجین از یکدیگر زمینه‌ای برای شکل‌گیری تعاملات جدید در رابطه، مراقبت از همسر، شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی و حذف آن‌ها در زندگی زناشویی ایجاد می‌شود تا افراد ارتباط خود را با همسرشان بازسازی کرده و در پرتوی یک ارتباط سالم و مؤثر از میزان دلزدگی‌شان کاسته شود (عسگری و گودرزی، ۱۳۹۷)؛ در این میان مهارت‌های شفقت به خود با آگاهی از پردازش‌های شناختی و روان‌شناختی به افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی دارای دلزدگی زناشویی که بااحساس رهاشدگی روبرو هستند می‌آموزد که فقط مشاهده‌گر افکار بوده و از به هم آمیختگی با آن‌ها بپرهیزند؛ در واقع، آن‌ها به این نگرش حمایت‌گرانه‌ای نسبت به خود دست می‌یابند که دردها را نمی‌توان درمان کرد، اما تمام رنج‌ها را می‌توان با شفقت تسکین بخشید؛ این نوع نگرش با پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل مشکلات و تعارضات شخصی و بین فردی، حل سازنده مسأله و ثبات زناشویی در ارتباط است و آنها را بهبود می‌بخشد (عمادی فر و همکاران، ۱۴۰۱). بدین ترتیب، افرادی که به دلیل اختلال شخصیت مرزی دچار بی‌ثباتی هیجانی شده و خودتنظیمی و ارتباط زناشویی‌شان در اثر مشکلات ناشی از بیماری آسیب دیده می‌توانند پریشانی ناشی از تجارب منفی حالات آشفته ناشی از بیماری را که سبب تهدید احساساتشان شده کاهش دهند. از سوی دیگر این مسأله سبب می‌شود که بیماران یا شناخت ماهیت ناراحتی خود و با دادن پاسخ‌های مثبت همچون لبخند زدن، همدلی و صمیمیت را در ارتباط با همسرشان افزایش دهند؛ همچنین، آن‌ها از این طریق خودتنظیمی می‌توانندارتباط خود را بهبود بخشند (زراستوند و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین با توجه به آنچه بیان شد می‌توان نتیجه گرفت که مداخله نوترکیب تکنیک‌های طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند مداخله‌ای موثر برای کاهش دلزدگی زناشویی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باشد

مطالعه کنونی دارای محدودیت‌هایی بود. ابتدا اینکه داده‌های پژوهش از راه پرسشنامه خودگزارشی حاصل شده‌اند و احتمال دارد با داده‌هایی که از طریق مشاهده بالینی حاصل می‌شوند متفاوت باشند. دوم اینکه این مطالعه تنها در شهر تهران با حجم نمونه کوچک انجام شد. همچنین استفاده روش نمونه‌گیری هدفمند، مهم‌ترین محدودیت این مطالعه است، که تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. بنابراین، به محققان آینده توصیه می شود که مطالعات مشابه را در محیط‌های دیگر با حجم نمونه بزرگتر با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام دهند. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که جهت کاهش دلزدگی زناشویی زنان داری اختلال شخصیت مرزی از درمان تلفیقی طرحواره درمانی و درمان شفقت به خود در مراکز روان‌درمانی و زوج درمانی استفاده شود.

منابع

احمدی، س.، ماردپور، ع ر.، و محمودی، آ. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز. *فصلنامه علمی روشها و مدلهای روانشناختی*، ۱۱(۴۱)، ۵۳-۷۰. https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1399.11.41.4.8

اسلامی، ا.، و شهابی زاده، ف. (۱۳۹۱). الگوی دلزدگی زناشویی و ویژگی‌های شخصیت. *مجموعه مقالات چهارمین کنگره انجمن روانشناسی ایران*. ۷، ۱۸۷-۱۹۱. https://www.sid.ir/paper/825194/fa

اعلمی، م.، تیموری، س.، آهی، ق.، و بیاضی، م ح. (۱۳۹۹). اثربخشی رویکرد تلفیقی طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی و میل به طلاق زوجین متقاضی طلاق. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۱)، ۱۳۲-۱۴۱. http://dx.doi.org/10.52547/rbs.18.1.13

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

برزگر، م.، باقری، م.، و خسروپور، ف. (۱۴۰۲). رابطه ویژگی‌های شخصیت مرزی و سبک‌های دفاعی با سازگاری زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۶(۵۹)، ۱۶۱-۱۷۵. https://doi.org/10.30495/jwsf.2022.1947602.1638

پورعبدل, س. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *ناتوانی های یادگیری*, ۹(۱), ۳۲-۵۲. https://jld.uma.ac.ir/article_832.html?lang=fa

تنباکوچیان، ر، زنگنه مطلق، ف.، و بیات، م ر. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۱)، ۱-۱۲. http://dx.doi.org/10.52547/rbs.19.1.1

جلالوند، د.، گودرزی، ک.، کریمی، ج.، و یعقوبی، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی زوج درمانی رفتاری تلفیقی و زوج درمانی گاتمن بر کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زناشویی. *خانواده پژوهی*، ۱۹(۱ (پیاپی ۷۳))، ۱۰۷-۱۲۴. https://doi.org/10.48308/JFR.19.1.107

چکانی آزران، مرتضی. (۱۳۹۹). *اثربخشی طرح واره درمانی بر تعارضات زناشویی و دلزدگی زناشویی در زوجین متقاضی طلاق*. پایان نامه کارشناسی ارشد موسسه آموزش عالی ناصرخسرو.

حکم آبادچی خوئی، م. (۱۴۰۱). *ارتباط مدیریت تاثیر و شفقت به خود با تعهد سازمانی مدیران*. آذربایجان غربی: انتشارات گنجه

خدابنده‌لو، س.، نجفی، م.، و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت مدار بر عزت نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد منفرد، *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۸(۳۰)، ۶۵-۱۰۱. https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8579

خلعتبری، جواد.، همتی ثابت، وحید.، و محمدی، حبیبه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. *بیماری‌های پستان ایران*، ۱۱ (۳)،۲۰-۷. http://dx.doi.org/10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7

دلاور، ع. (۱۳۹۹). *مبانی نظری و علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران انتشارات رشد.

رضایی، ن.، سهرابی، ا.، و ذوقی پایدار، م ر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی برشفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی وخودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۹(۴)، ۵۵-۴۴. https://doi.org/10.30486/jsrp.2018.545636

زراستوند، ع.، تیزدست، ط، خلعتبری، ج.، و ابوالقاسمی، شهنام. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی زناشویی و خود انتقادی زنان نابارور. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۷ (۴)، ۵۹۴-۶۰۵. http://dx.doi.org/10.52547/rbs.17.4.594

سبزچمنی، ش (۱۳۹۹). پیش بینی دلزدگی زناشویی بر اساس سبک های تفکر و ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد رودهن. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۴ (۸)، ۱-۱۱. http://jnip.ir/article-1-491-fa.html

عباس زاده، ا.، خواجوند خوشلی، ا.، و اسدی، ج. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر همدم گزینی-دوری گزینی و دلزدگی زناشویی در زنان نابارور. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۴ (۱)، ۱۰۱-۱۱۲. http://dx.doi.org/10.52547/jspnay.4.1.101

عمادی‌فر، ف، فلاح یخدانی، م ح.، وزیری یزدی، س.، و چابکی نژاد، ز. (۱۴۰۱). اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد. *فصلنامه روانشناسی تحلیلی شناختی*، ۸۳-۱۰۰. https://doi.org/10.22038/mjms.2022.20155

محمدزاده، ع.، و رضایی، ا. (۱۳۹۰). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیتی مرزی در جامعه ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۳)، ۲۷۷- ۲۶۹. https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/916824/

محمدی، م.، شیرافکن کوپکن، ع.، شفیع آبادی، ع.، و فرهنگی، ع ح. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های دلبستگی و صمیمیت زناشویی زوجین شهر تهران. *زن و مطالعات خانواده*. HTTPS://JWSF.TABRIZ.IAU.IR/ARTICLE_702133.HTML

موسوی، ف.(۱۴۰۰). بهزیستی و دلزدگی در روابط همسران: نقش پیش‌بین فضیلت‌های اخلاقی در رابطه زوجی. *پژوهش‌های مشاوره*،۲۰ (۸۰)، ۱۲۹- ۸۰. http://dx.doi.org/10.18502/qjcr.v20i80.8499

نصیرهرند، م.، مکوندی، ب.، باوی، س.، و پاشا، ر. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زناشویی و طرحواره های ناسازگار زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۹(۲)، ۱۰۵-۱۲۸. https://doi.org/10.22055/psy.2022.39426.2765

ولیئی، س.، شریفی، ش.، کاشفی ،ه.، و خان پور، ف. (۱۳۹۹).بررسی مقایسه‌ای اختلالات شخصیت بین زوجین متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاور خانواده و زوجین غیر متقاضی طلاق شهر سنندج. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*،۷ (۱)، ۲۹-۱۵. http://dx.doi.org/10.52547/shenakht.7.1.15

یارمحمدی واصل، م، مهرابی، م.، و پایدار، م ر. (۱۴۰۰). پیش‌بینی فرسودگی زناشویی براساس انواع طرحواره‌های عشق و جهت‌گیری اهداف زناشویی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۶(۶۲)، ۹۰-۱۰۸. https://en.civilica.com/doc/1616768/

یوسفی، ز.گل، ع ر.، آقامحمدیان شعرباف، ح ر.، سیدزاده، ا.، و ولی پور، م. (۱۴۰۰). بررسی رابطه ی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی با میانجی‌گری خصومت مرضی و عاطفه منفی. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۴)، ۱۲۳-۱۳۲. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.4.15.1

Arntz. A., & Genderen, H. V. (2021). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. PP7-21.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

Boog, M., Goudriaan, A. E., Wetering, B. J. V., Franken, I. H., & Arntz, A. (2023). Schema therapy for patients with borderline personality disorder and comorbid alcohol dependence: A multiple-baseline case series design study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *30*(2), 373-386. https://doi.org/10.1002/cpp.2803

Brenning, K. M., De Clercq, B., Wille, B., & Vergauwe, J. (2020). Towards a fine-grained analysis of the link between borderline personality pathology and job burnout: Investigating the association with work-family conflict. *Personality and Individual Differences*, 162, 110030. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110030

Cavaleri, P. A. (2023). Conflict in Couple Relationships as Space for Recognition. *Psychopathology of the Situation in Gestalt Therapy: A Field-oriented Approach*.

Dreybe. K., Beller. J., Armbrust, M., & Kroger. C. (2020). A hierarchical analysis of the latent trait of borderline personality disorder and its possible clinical implications. *Psychiatry Research*, 17, 113-123. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113023

Graboys, B (2020). *Antisocial & Borderline Personality Disorder TraitsImpact on Marital Adjustment Mechanisms*. Adler University. ProQuest Dissertations Publishing. [Thesis]. https://www.proquest.com/openview/22519553a98adfe40a9a2b4abb78ef97/1?pq-origsite=gscholar&cbl=51922&diss

Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*(1), 1-20. http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2018.29

Khasho, D. A., van Alphen, S. P., Ouwens, M. A., Arntz, A., Heijnen-Kohl, S. M., & Videler, A. C. (2023). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: A multiple-baseline case series design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. https://doi.org/10.1002/cpp.2900

Lamar, S., Wiatrowski, S., & Lewis –Driver. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*. ,7 (3),103-125. http://dx.doi.org/10.4236/jssm.2014.73019

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://psycnet.apa.org/doi/10.1207/S15327752JPA730104

Livesly, W. J., & Larstone, R. (2018). *Handbook of personality disorders: theory, research and treatment* .2nd ed.New Yourk:The Guilford Publications

Mulay, A. L., Waugh, M. H., Fillauer, J. P., Bender, D. S., Bram, A., Cain, N. M., Caligor, E., Forbes, M. K., Goodrich, L. B., Kamphuis, J. H., Keeley, J. W., Krueger, R. F., Kurtz, J. E., Jacobsson, P., Lewis, K. C., Rossi, G., Ridenour, J. M., Roche, M., Sellbom, M., Sharp, C., & Skodol, A. E. (2019). Borderline personality disorder diagnosis in a new key. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6, 18. https://psycnet.apa.org/doi/10.1186/s40479-019-0116-1

Neff, K. D., & Gerimer, C. K. A. (2013). pilot study and randomized controlled trial of the mindful self compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923

O'Leary, A. M., Landers, A. L., & Jackson, J. B. (2023). "I'm fighting with BPD instead of my partner": A dyadic interpretative phenomenological analysis of the lived experience of couples navigating borderline personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*. https://doi.org/10.1111/jmft.12669

Paris, J. (2018). Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4): 575-582. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2018.07.001

Pohl. S., Steuwe, C., Mainz, V., & Driessen, M. (2020).Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the buffering role of self-compassion and self-esteem. *Journal of Clinical Psychology*,77(4). http://dx.doi.org/10.1002/jclp.23070

Rao, S., Heidari, P., & Broadbear, J. H. (2020). Developments in diagnosis and treatment of people with borderline personality disorder. *Current opinion in psychiatry*, 33(5), 441–446. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000625

Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *51*(2), 174-179. https://doi.org/10.1017/S1352465822000625

Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., & Unoka, Z. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *Plos one*, *16*(3). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409

South, S. C., & Thomas, K. M. (2020). Personality Disorders and Romantic Relationships: Introduction to the Special Section. *Journal of Personality Disorders*, *34*(4), 433-438. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_01

Southward, M. W., Howard, K. P., Pacella, K. A. C., & Cheavens, J. S. (2023). Protective factors in borderline personality disorder: A multi-study analysis of conscientiousness, distress tolerance, and self-compassion. *Journal of Affective Disorders*, *338*, 589-598. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.067

Stratton, N., Mendoza Alvarez, M., Labrish, C., Barnhart, R., & McMain, S. (2020). Predictors of dropout from a 20-week dialectical behavior therapy skills group for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 34(2), 216-230. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_391

Titus, C.E., & DeShong, H.L. (2020). Thought control strategies as predictors of borderline personality disorder and suicide risk. Journal of Affective Disorders. 266, 349-355. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.163

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://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2018.07.005

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]