

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

**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](mailto:Babakhani@riau.ac.ir)

**Pegah Farokhzad**

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

**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.

**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.

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف امکان‌سنجی پروتکل تدوین‌شده درمان تلفیق طرحواره و شفقت به خود بر دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به 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 ۱۴۰۰ بودند که 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) لیشرینگ (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 ( $P < 0.01$ ). 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.

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<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). این در حالی است که اختلال‌های شخصیت<sup>۲</sup> 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 ۳-۱۵ درصد در جمعیت عمومی است (خدابنده لو و همکاران، ۱۳۹۷). در میان اختلال‌های شخصیت، اختلال شخصیت مرزی<sup>۳</sup> در گروه «ب» از چالش برانگیزترین، جدی‌ترین و با نرخ شیوع ۳/۱ درصد از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (لابوزلی و لارستون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸؛ ولکرت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ گاندرسون<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ راتو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ مولای<sup>۸</sup> 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<sup>۹</sup> 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<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ استراتون<sup>۱۱</sup> 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<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ پاریس<sup>۱۳</sup>، 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 قطعاً موجب رنجش همسر می‌شود (سالترز-پدنهولت<sup>۱۴</sup>، 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<sup>۱۵</sup>، 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<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهد در افراد با اختلال شخصیت مرزی یکی از شرکای زندگی هیچ‌گاه از عملکرد عاطفی همسر خود مطمئن نیست (اولری<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). در این راستا گرابویز<sup>۱۸</sup> (۲۰۲۰) نشان داد که هرچه علائم شخصیت مرزی در زوجین (خصوصاً 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 (ولیتی 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 & Durmus  
 16 South & Thomas  
 17 O'Leary  
 18 Graboyes

در این بین، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی با رویکردهای جدید می‌تواند به زوجین کمک کند تا بتوانند تعارض‌های موجود در رابطه‌شان را با به‌کارگیری روش‌های مثبت و استفاده کمتر از تعاملات منفی مدیریت کنند (کاولری<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳). در این میان از جمله رویکردهای که در جهت درمان مشکلات خانواده‌ها و زوجین و همچنین بررسی تاثیر نگرش و باورهای گذشته بر ارتباطات کنونی ارائه می‌شود درمانی، طرحواره است (محمدی و همکاران، ۱۴۰۲). رویکرد طرحواره درمانی بر این باور است که شرایط بخصوصی که فرد در دوران کودکی تجربه می‌کند نقش مهمی در ایجاد باورهایی درباره خود و دیگران دارد که در مسیر زندگی تداوم داشته و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می‌شود (ریمرسال<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). بدین ترتیب، در طرحواره درمانی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با تخلیه هیجانی و شناخت نیازهای هیجانی ارضا نشده‌ای که باعث شکل‌گیری طرحواره ناسازگار می‌شود می‌توانند عواطف خود را بهتر مدیریت کرده و در بیان آن توانمندتر شوند (آرنتر و جندرن<sup>۳</sup>، 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 می‌شود (پوهل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)؛ چراکه، در این درمان افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند بلکه فرد با مهربانی، فهم و اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شود، به‌این ترتیب، هیجان‌های منفی به حالت احساسی 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 ناراحت‌کننده در زندگی زناشویی کمک می‌کند فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد و این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست (حکم آبادچی خوئی، ۱۴۰۱). این در حالی است که در طرحواره درمانی در مرحله تکنیک‌های رفتاری به فرد کمک می‌شود تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم در نظر بگیرند؛ در اثر کاربرد این رویکرد، اشخاص، طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند (نصیرهرند، ۱۴۰۱).

طرحواره درمانی، از طریق تغییرات شناختی، هیجانی، رفتاری و اتخاذ سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر 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 صمیمیت بیشتری داشته باشند و این صمیمت زمینه‌خشونودی و رضایت از زندگی زناشویی را فراهم می‌کند (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۷).

لازم به ذکر است که طرحواره درمانی با بکارگیری تکنیک‌های تجربی و کاهش قابل توجه اعتبار باورهای هسته منفی عمدتاً با ایجاد تغییر در شرایط بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی سبب بهبود آن‌ها می‌شود (بوگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ کاشو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳)؛ همچنین، تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا زوجین با بررسی 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 شفقت‌گونه به خود و یادگیری دانش روان‌شناختی بر آرمیدگی، ذهن آرام و مشفق و توجه آگاهی تاکید می‌شود که در آرامش ذهن فرد، کاهش اضطراب و استرس نقش بسیاری دارد (پورعبدل، ۱۳۹۸). بدین ترتیب رویکرد خود شفقت‌ورزی به‌عنوان یک سازه خودمراقبه‌ای، سلامت هیجانی زوجین دارای مشکلات زناشویی را ترمیم می‌کند. همچنین رویکرد شفقت‌ورزی در حل صدمات هیجانی و تاب‌آوری افراد مبتلا به مشکلات روان‌شناختی ثمربخش است (جلالوند و همکاران، ۱۴۰۲). در این راستا، در بررسی تاثیر شفقت بر خود در بیماران با اختلال شخصیت مرزی نشان داده شد که شفقت به خود کم با اختلال شخصیت مرزی مرتبط بود و از نظر طولی، شفقت بیشتر به خود کاهش یک‌ماهه را در ویژگی اختلال شخصیت مرزی پیش‌بینی کرد (استودوار<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ سالگو<sup>۸</sup> 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 زمینه‌تزلزل این رابطه را فراهم می‌آورد. از سویی در روابط بین زوجین، افراد با اختلال شخصیت مرزی با داشتن وابستگی‌های شدید، ترس

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

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 است 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 مبتلا به 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 پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان با اختلال شخصیت مرزی ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. 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 متأهل دارای اختلال شخصیت مرزی (براساس پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی لیشرنینگ 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 خارج شده و انصراف دهند. پس از گردآوری اطلاعات از بین افرادی که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند در مرحله پیش‌آزمون، مقیاس دلزدگی زناشویی را تکمیل کرده‌اند. پس از پایان جلسات درمان، در مرحله پس‌آزمون مجدداً گروه آزمایش و کنترل مقیاس دلزدگی زناشویی را تکمیل کردند و بار دیگر در پایان دوره ۶۰ روزه، در مرحله پیگیری بار دیگر افراد شرکت‌کننده در هر ۲ گروه توسط مقیاس دلزدگی زناشویی ارزیابی شده‌اند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

## ابزار سنجش

**پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> (BPI):** این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط لیشرنینگ<sup>۲</sup> بر اساس نظریه کرنبرگ از سازمان‌بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است که به‌منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی ساخته شده 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 حذف شده و پرسشنامه ۵۱ سوالی ارائه شده است. لیشرنینگ 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 (لیشرنینگ، ۱۹۹۹). در ایران نیز در بررسی این پرسشنامه به روش تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش پرومکس چهار عامل استخراج شد. علاوه بر این، روایی (همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها 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 کودر ریچاردسون ۰/۷۸ برآورد شد.

1 Borderline Personality Inventory (BPI) 1

2 Leichsenring

**مقیاس دلزدگی زناشویی (CBM):** این مقیاس توسط پاینز<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری درجه دلزدگی زناشویی در بین زوج‌ها طراحی گردیده است. این مقیاس ۲۱ ماده دارد که ۱۷ ماده آن شامل عبارات‌های منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی‌ارزش بودن و ۴ ماده آن عبارات‌های 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 (از هرگز=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 می‌گردد؛ 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 می‌کند. 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 به دست آمد. همچنین، این مقیاس با ویژگی‌های ارتباطی مثبت مانند نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی روایی همگرایی معنی‌داری نشان داد.

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

**تدوین بسته درمان تلفیقی طرحواره و شفقت به خود (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 نو ترکیب به منظور بررسی روایی محتوایی به صورت 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) به دست آمد مورد ضروری و مهم تشخیص داده شدند بیانگر روایی محتوایی خوب پروتکل هستند. در زیر خلاصه پروتکل مداخله با شرح جلسات آن گزارش شده 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 طرحواره‌ها 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

1 Couple Burnout Measure (CBM) 1

2 Pines

3 therapeutic protocol based on schema therapy and self-compassion

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

## یافته‌ها

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 شاپیروویلیک ارائه شده است.

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

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	S-W	سطح معناداری
دلزدگی زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱۶/۲۳	۵/۹۲	۰/۹۷۷	۰/۹۲۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۱۵/۲۹	۶/۹۷	۰/۸۷۹	۰/۰۵۱
پیگیری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰۵/۱۸	۶/۸۹	۰/۹۷۲	۰/۸۵۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۱۶/۳۵	۷/۹۴	۰/۹۰۴	۰/۰۰۸
کنترل	پیش‌آزمون	کنترل	۱۰۰/۸۲	۶/۷۴	۰/۹۴۱	۰/۳۳۳
	پس‌آزمون	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 کاهش یافته است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلیک نشان داد، داده‌ها

در مراحل مختلف سنجش به تفکیک ها دارای توزیع نرمال می باشند ( $p > 0.05$ ). نتایج نشان داد که خطای واریانس ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در حالت چندمتغیره برقرار است ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر دلدگی زناشویی ( $p = 0.002$  و  $W = 0.067$ ) معنادار می باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح دارد و جهت تفسیر آن جهت بررسی معناداری سطح سخت تری اعمال می گردد. با توجه به برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری 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 اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

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

اثر	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اینتا	معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۴۱	۸۱/۹۰۷	۲	۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۱	۱
	ویلز 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 اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب متغیر وابسته به طور همزمان ( $p = 0.0001$  و  $F = 81.907$  و  $W = 0.067$ ) اثر پیلایی) تفاوت معنی داری وجود داشت. به عبارتی یافته های 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 نیست 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 گیری های 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 <sup>۲</sup> 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 اندازه گیری مکرر نشان داد که بین گروه ها در متغیر دلدگی زناشویی ( $p = 0.0001$  و  $F = 13.56$  و  $W = 0.298$ ) اثر) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی به تفکیک گروه ها در جدول ۵ ارائه شده است.

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

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

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 ...

نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $p=0/001$  و  $MD=11/059$ ) و پیش‌آزمون و پیگیری ( $p=0/001$  و  $MD=15/412$ ) و پس‌آزمون و پیگیری ( $p=0/001$  و  $MD=4/353$ ) 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)، چکانی-آزبان (۱۳۹۹)، آرنتر و جندرن (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 مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای دلزدگی زناشویی که با احساس 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، حل‌سازنده 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 می‌توانند ارتباط 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 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 می‌شود 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 دارای 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 طرحواره‌های 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 شهبایی 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>



- برزگر، م.، باقری، م.، و خسروپور، ف. (۱۴۰۲). رابطه ویژگی‌های شخصیت مرزی و سبک‌های دفاعی با سازگاری زناشویی زوجین مراجعه‌کننده 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. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۹(۱)، ۵۲-۳۲. [https://jld.uma.ac.ir/article\\_832.html?lang=fa](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(پیاپی ۷۳)، ۱۰۷-۱۲۴. <https://doi.org/10.48308/JFR.19.1.107>
- چکانی آرزو، مرتضی. (۱۳۹۹). *اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تعارضات زناشویی و دلزدگی زناشویی در زوجین متقاضی طلاق*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد موسسه آموزش عالی ناصرخسرو.
- حکم آبادچی خونی، 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)، ۲۰-۲۷. <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 بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹(۴)، ۴۴-۵۵. <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 خودانتقادی زنان ناباور. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۴)، ۵۹۴-۶۰۵. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.17.4.594>
- سبزچمنی، ش. (۱۳۹۹). پیش‌بینی دلزدگی زناشویی بر اساس سبک‌های تفکر و ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد رودهن. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۴(۸)، ۱-۱۱. <http://jnip.ir/article-1-491-fa.html>
- عباس زاده، ا.، خواجهوند خوشلی، ا.، و اسدی، ج. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر همدم‌گزینی-دوری‌گزینی و دلزدگی زناشویی در زنان ناباور. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۴(۱)، ۱۰۱-۱۱۲. <http://dx.doi.org/10.52547/jspnav.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.TABRIZIAU.IR/ARTICLE\\_702133.HTML](https://jwsf.tabriziau.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 طرحواره‌های ناسازگار زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۹(۲)، ۱۰۵-۱۲۸. <https://doi.org/10.22055/psy.2022.39426.2765>
- ولیی، س.، شریفی، ش.، کاشفی، ه.، و خان‌پور، 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>
- یارمحمدی‌واصل، 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 شهرباف، ح. ر.، سیدزاده، ا.، و ولی‌پور، م. (۱۴۰۰). بررسی رابطه‌ی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی با میانجی‌گری خصومت مرضی و عاطفه منفی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۴)، ۱۲۳-۱۳۲. <http://dori.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.4.15.1>

## Compilation of an integrated treatment protocol of schema and self-compassion and its feasibility on marital burnout ...

- 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>
- Graboyes, B. (2020). *Antisocial & Borderline Personality Disorder Traits Impact 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/S15327752JPA731014>
- Livesly, W. J., & Larstone, R. (2018). *Handbook of personality disorders: theory, research and treatment*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: 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/ycp.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](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., & McMMain, 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](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>