



Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and stress based mindfulness on the symptoms of vulnerable narcissism in people with borderline personality disorder

Negin Houshian¹, Bahman Akbari², Azar Kiamarsi³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran. E-mail: eginhoushian5@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran. E-mail: Bakbari44@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran. E-mail: A.kiamarsi52@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 16 November 2024

Received in revised form 21 December 2024

Accepted 25 December 2024

Published Online 23 September 2025

Keywords:

dialectical behavior therapy, stress-based mindfulness, vulnerable narcissism, borderline personality

ABSTRACT

Background: Borderline Personality Disorder (BPD) and vulnerable narcissism, although distinct constructs, are interconnected. Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) can play an effective role in addressing these aspects. However, there is a clear research gap due to the lack of studies directly examining the effects of DBT and MBSR on vulnerable narcissism symptoms in individuals with BPD, and no comparative studies have been conducted to date.

Aims: This study aimed to compare the effectiveness of DBT and MBSR on symptoms of vulnerable narcissism in individuals with BPD.

Methods: The present study employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, control group, and a three-month follow-up period. The statistical population consisted of all women with BPD who sought treatment at a therapeutic clinic in Rasht, Iran, in 2024. A total of 45 individuals were purposefully selected and randomly assigned to three groups of 15 participants (two intervention groups and one control group). The experimental groups underwent 8 sessions of MBSR (Kabat-Zinn, 2009) and 10 sessions of DBT (Linehan, 1993). Data were collected using the Pathological Narcissism Inventory (Pincus et al., 2009) and analyzed using repeated-measures ANOVA with SPSS version 26.

Results: The results revealed a significant difference between pre-test and post-test scores, as well as follow-up scores for narcissism ($P < 0.05$). While there was no significant difference between the two treatments over time, both treatments demonstrated significant improvements in narcissism compared to the control group ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the findings, DBT and MBSR are two effective therapeutic approaches for improving narcissism symptoms in individuals with BPD. These results can aid clinical psychologists in designing more.

Citation: Houshian, N., Akbari, B., & Kiamarsi, A., (2025). Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and stress based mindfulness on the symptoms of vulnerable narcissism in people with borderline personality disorder. *Journal of Psychological Science*, 24(151), 187-203. [10.52547/JPS.24.151.187](https://doi.org/10.52547/JPS.24.151.187)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 151, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.151.187](https://doi.org/10.52547/JPS.24.151.187)



✉ **Corresponding Author:** Bahman Akbari, Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

E-mail: Bakbari44@yahoo.com, Tel: (+98) 9111361102

Extended Abstract

Introduction

Personality disorders, particularly Borderline Personality Disorder (BPD) and Narcissistic Personality Disorder (NPD), represent profound challenges in mental health due to their complex clinical presentations and high rates of comorbidities (Linehan et al., 2015; Rimmington et al., 2024). BPD is often characterized by emotional dysregulation, impulsive behaviors, and unstable interpersonal relationships, whereas NPD is marked by grandiosity, entitlement, and vulnerability to self-esteem dysregulation (Di Pierro et al., 2022; Nook et al., 2022). Understanding the etiology, maintenance mechanisms, and treatment approaches for these disorders has been a critical focus in contemporary psychological research, as they significantly impact individuals' quality of life and impose a heavy burden on healthcare systems (Euler et al., 2019; Weinberg & Ronningstam, 2020).

The theoretical underpinnings of BPD and NPD emphasize the role of early attachment experiences, trauma, and interpersonal dynamics. Studies have shown that childhood adversity and disrupted attachment significantly contribute to the development of borderline and narcissistic traits (Ganji, 2024; Gholami et al., 2020). These findings align with psychodynamic theories that highlight the influence of internalized relationships and defense mechanisms in shaping personality pathology (Krüger, 2024). For example, the maladaptive coping strategies observed in individuals with BPD often reflect unresolved attachment conflicts and emotional neglect, while the compensatory grandiosity in NPD may stem from deep-seated feelings of inadequacy and vulnerability (Pincus et al., 2009; Drozek & Unruh, 2020).

In recent years, there has been a growing interest in understanding the role of emotional regulation and mindfulness in managing these disorders. Mindfulness-based interventions (MBIs) have gained empirical support for their effectiveness in reducing emotional dysregulation, impulsivity, and interpersonal difficulties, particularly in BPD populations (Dimidjian & Linehan, 2003; Kounidas

& Kastora, 2022). Dialectical Behavior Therapy (DBT), a mindfulness-informed treatment modality, has been extensively studied and demonstrated to improve emotional regulation, decrease self-harming behaviors, and enhance overall functioning in individuals with BPD (Linehan et al., 2015; Mohamadizadeh et al., 2018). Additionally, recent research has explored the potential benefits and limitations of mindfulness practices for individuals with NPD, suggesting that while mindfulness can foster self-awareness, it may also exacerbate feelings of alienation among psychologically vulnerable individuals (Kaufmann et al., 2021).

Another emerging area of research focuses on the role of narcissism as a protective factor against self-harming behaviors in BPD. Contrary to traditional views that primarily associate narcissistic traits with maladaptive outcomes, recent studies suggest that certain dimensions of narcissism may buffer against the risk of self-harm by enhancing self-preservation instincts (Iñigo et al., 2023). This nuanced understanding of pathological narcissism underscores the need for personalized treatment approaches that address the heterogeneity within personality disorders (Jakšić et al., 2014; Nook et al., 2022).

Moreover, psychotherapeutic interventions targeting defense mechanisms and cognitive distortions have shown promise in treating both BPD and NPD. For instance, studies have highlighted the efficacy of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Schema Therapy (ST) in fostering emotional insight and reducing maladaptive behaviors in individuals with severe personality pathology (Drozek & Unruh, 2020; Mohamadizadeh et al., 2018). These approaches emphasize the importance of understanding the underlying cognitive and emotional processes that drive interpersonal conflicts and self-dysregulation in these populations (Euler et al., 2019; Soleimani et al., 2015).

Despite advancements in treatment modalities, there remains a significant gap in addressing the co-occurrence of BPD and NPD traits, as well as the unique challenges posed by these comorbidities. The intersection of borderline and narcissistic features often amplifies interpersonal difficulties, emotional volatility, and treatment resistance, necessitating

innovative therapeutic strategies that integrate insights from multiple theoretical frameworks (Weinberg & Ronningstam, 2020; Seyed Ebrahimi, 2022). Furthermore, cultural and contextual factors play a critical role in shaping the expression of personality pathology, highlighting the need for culturally sensitive assessment tools and interventions (Jakšić et al., 2014; Greenland, 2010).

This study aims to build on the existing literature by examining the mechanisms underlying the development and maintenance of borderline and narcissistic traits, with a particular focus on emotional regulation, defense mechanisms, and interpersonal dynamics. By integrating findings from diverse therapeutic modalities and theoretical perspectives, this research seeks to contribute to the development of more effective and personalized interventions for individuals with BPD and NPD. Through this effort, the study addresses the pressing need for a holistic understanding of personality disorders and their treatment, ultimately improving outcomes for affected individuals and their families.

Method

This study was a quasi-experimental research with a pre-test, post-test design, including a control group and a three-month follow-up period. The statistical population consisted of all women diagnosed with borderline personality disorder who referred to a therapeutic clinic in Rasht in 2024. The total number of eligible individuals was 92, and 45 participants were purposefully selected from this population. These individuals were randomly assigned to two experimental groups (each with 15 participants) and one control group (15 participants).

The inclusion criteria included a confirmed diagnosis of borderline personality disorder through clinical interviews conducted by the research team psychologist, obtaining a score of 10 or higher on the Borderline Personality Disorder Questionnaire (Leichsenring, 1999), willingness to participate in the intervention, the ability to communicate verbally, basic literacy skills, and the ability to attend sessions regularly. Exclusion criteria included simultaneous participation in other therapeutic programs, absence from more than two sessions, and failure to participate in the follow-up stage.

The necessary permissions and ethical approvals were obtained before initiating the study. All participants completed the research instruments at baseline. The first experimental group underwent dialectical behavior therapy (DBT) over 10 weekly sessions of 90 minutes each for two and a half months. The second experimental group received mindfulness-based stress reduction therapy in 8 weekly sessions of 90 minutes each for two months. The control group did not receive any intervention. Post-tests were conducted after the interventions, and three months later, all participants completed the research questionnaires again to assess the interventions' effectiveness during the follow-up phase. Data were analyzed using SPSS (version 26), employing repeated measures ANOVA.

Results

The study included 45 participants equally distributed across three groups. The mean ($\pm$ SD) ages for the first experimental group (DBT), the second experimental group (mindfulness), and the control group were 34.3 ± 6.77 , 33.59 ± 7.87 , and 33.29 ± 5.47 years, respectively, showing homogeneity. Regarding education levels, in the DBT group, 1 participant (6.7%) held a high school diploma, 5 (33.3%) had associate degrees, 7 (46.7%) held bachelor's degrees, and 2 (13.3%) had master's degrees. These proportions were similar in the mindfulness group, while the control group showed slight variations in distribution.

The Shapiro-Wilk test confirmed data normality across time points and groups (P -Value > 0.05). Homogeneity of variances was verified using Levene's test for the pre-test (P -Value = 0.351), post-test (P -Value = 0.207), and follow-up (P -Value = 0.223). Mauchly's sphericity test for narcissism was significant (P -Value = 0.001, $\chi^2 = 27.66$), so adjusted indices such as Greenhouse-Geisser and Huynh-Feldt were used.

Table 1. Univariate Tests for Time Effects on Narcissism Symptoms

	SS	df	F	Sig	Power	Eta
Greenhouse-Geisser	574.68	2.72	38.12	0.001	1	0.62
Huynh-Feldt	574.68	2.90				
Epsilon Correction	574.68	1				

The results indicate a significant difference in narcissism symptoms over time. The Greenhouse-Geisser test shows an F-value of 38.12 with a P-value

less than 0.001, confirming that the improvement in symptoms over time is statistically significant. The Eta Squared value of 0.62 suggests a large effect size.

Table 2. Bonferroni Post-Hoc Tests for Within- and Between-Group Comparisons of Narcissism Symptoms

Source of Variation	Category	Mean Difference	P-Value
Time	Pre-Test vs Post-Test	10.20	0.001
	Pre-Test vs Follow-Up	11.46	0.001
	Post-Test vs Follow-Up	1.26	0.007
	DBT vs Mindfulness	-2.02	0.238
Group	DBT vs Control	-9.41	0.001
	Mindfulness vs Control	-7.38	0.001

The differences in narcissism symptoms between pre-test, post-test, and follow-up stages are significant ($P < 0.001$), with symptoms reducing most from pre-test to follow-up. However, the reduction between post-test and follow-up is smaller and still statistically significant ($P = 0.007$). Both DBT and mindfulness groups show significant improvements compared to the control group ($P < 0.001$). However, the difference between the DBT and mindfulness groups is not statistically significant ($P = 0.238$).

Conclusion

The present study aimed to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on reducing vulnerable narcissism symptoms in individuals with Borderline Personality Disorder (BPD). The first finding of the study indicated that DBT was effective in reducing narcissism symptoms. This finding aligns with the studies of Azarfar et al. (2019), McMinn et al. (2022), and Basereh et al. (2020). For instance, Basereh et al. (2022) demonstrated that DBT is an effective treatment for vulnerable narcissism, and Azarfar et al. (2019) showed the effectiveness of DBT in treating individuals with BPD.

To explain this finding, it is important to note that vulnerable narcissistic individuals experience feelings of shame due to their covert entitlement expectations. They are less likely to express themselves openly or reveal their needs, as they lack

overt self-enhancement strategies to support their fragile self-esteem. When their needs go unnoticed, they tend to deny their entitlement expectations, leading to a blend of anger and situational hostility outbursts (Basereh et al., 2022). DBT, with its focus on fundamental skill-building—including mindfulness, distress tolerance, emotional regulation, and effective interpersonal communication—helps reduce the intensity of these emotions (Azarfar et al., 2019).

Another finding revealed that MBSR was effective in reducing narcissism symptoms, which is consistent with the research of Kaufman et al. (2021), Druzick and Enra (2020), and Soori et al. (2023). Soori et al. (2023) examined the effectiveness of MBSR in addressing dark personality traits and found that this therapy reduced traits such as pathological narcissism.

In explaining this finding, it can be said that individuals with BPD gain a new perspective on their lives through MBSR. They learn to mindfully analyze their behaviors without fusion and focus their attention on their present experiences. In this state, individuals observe their inner experiences with acceptance, including painful memories, emotions, thoughts, and sensations, considering them as part of their mental state. This perspective helps them connect with their thoughts and emotions, reducing tendencies toward grandiosity and fantasy (Soori et al., 2023).

It is important to interpret and generalize the findings of this study within the context of its limitations. First, the study's sample was limited to women from a specific geographic area, selected purposefully and in small numbers, which necessitates cautious generalization of the results. Additionally, as this was a cross-sectional study, longitudinal research is needed to gather more comprehensive information on the topic. Other limitations include the inability to control variables such as personality traits, economic factors, and family-related variables.

Data collection relied on self-report questionnaires, making the results dependent on participants' honesty and self-assessment. This method inherently carries limitations, such as distractions, carelessness, judgment errors, and misinterpretation of instructions, potentially affecting the study's outcomes. To enhance future research, it is suggested to use other data collection methods such as interviews and observations. Future studies should also consider mediating variables such as subcultural influences and socio-economic conditions. Expanding the sample to include men and individuals from different social and cultural contexts is also recommended. Finally, it is suggested that these interventions be compared with other therapeutic approaches in future studies.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral dissertation and is approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Rasht Branch, under the code IR.IAU.RASHT.REC.1402.057.

Funding: This research was conducted as part of a doctoral dissertation and received no financial support.

Authors' contribution: The article is extracted from the first author's doctoral dissertation, supervised by the second author, and with consultation from the third author.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors express their gratitude to all participants who contributed to this research.



مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر علائم خودشیفتگی آسیب پذیر در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی

نگین هوشیان^۱، بهمن اکبری^۲، آذر کیامرئی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت. ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت. ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت. ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۶

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۵

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

رفتاردرمانی دیالکتیک،

ذهن آگاهی مبتنی بر استرس،

خودشیفتگی آسیب پذیر،

شخصیت مرزی

زمینه: اختلال شخصیت مرزی و خودشیفتگی آسیب پذیر، اگرچه به عنوان سازه‌ای متمایز شناخته می‌شوند اما با هم در ارتباط هستند. رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس می‌تواند در بهبود این جنبه نقش مؤثری داشته باشد. با این حال، شکاف پژوهشی موجود به دلیل کمبود مطالعاتی که به صورت مستقیم اثرات رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس را بر علائم خودشیفتگی آسیب پذیر در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، بررسی کرده‌اند، مشهود است و مطالعه مقایسه‌ای تا به حال انجام نشده است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر علائم خودشیفتگی آسیب پذیر در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به کلینیک درمانی بهار در سال ۱۴۰۳ در شهر رشت بود. در این پژوهش ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه مداخله و یک گروه گواه) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر استرس (کابات‌زین، ۲۰۰۹) و ۱۰ جلسه تحت مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک (لینهان، ۱۹۹۳) قرار گرفتند. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه خودشیفتگی مرضی (پینکاس و همکاران، ۲۰۰۹) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با بهره گیری از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پیش آزمون خودشیفتگی با نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ($P < ۰/۰۵$)، همچنین نتایج دلالت بر آن داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود نداشت، اما هر یک از درمان‌ها نسبت به گروه گواه تغییرات معناداری در خودشیفتگی داشتند ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: براساس نتایج رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس دو روش درمانی کارآمد در بهبود خودشیفتگی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی است. این نتایج می‌توانند به متخصصان حوزه روانشناسی بالینی در طراحی مداخلات دقیق تر و مؤثرتر کمک کرده و موجب ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به این اختلال شوند.

استناد: هوشیان، نگین؛ اکبری، بهمن؛ و کیامرئی، آذر (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر علائم خودشیفتگی آسیب پذیر در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۱، ۱۸۷-۲۰۳.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۱، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.151.187](https://doi.org/10.52547/JPS.24.151.187)



مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱، اختلالی است که با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می‌شود که اختلال شدید و ناتوان‌کننده‌ای است و در یک تا دو درصد از جمعیت وجود دارد (خسروی و سپاه‌منصور، ۱۴۰۳). این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین‌شخصی و همچنین برانگیختگی شدید متمایز می‌شود (ریمینگتون و همکاران، ۲۰۲۴). شیوع آن در مردان و زنان برابر است، بیمار و نیز خانواده او به دلیل عدم آگاهی کافی درمورد این اختلال با مشکلات زیادی از جمله مراقبت ناکافی و طردشدن بیمار از جامعه روبرو هستند. به علت وخامت و مزمن شدن این بیماری و طول درمان آن، تقریباً ۲۱ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی به آن اختصاص داده می‌شود (مهرآزادصابر و زینعلی‌تاجانی، ۱۳۹۹). یکی از اختلالات شخصیتی که براساس مدل کرنبرگ (۲۰۰۶) در سازمان شخصیت مرزی^۲ ریشه دارد، اختلال شخصیت خودشیفته است. بر اساس تعریف چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، اختلال شخصیت خودشیفته عبارت است از الگوی فراگیری از خودبزرگ‌بینی^۴ در سطح خیالی یا رفتاری، نیاز به تحسین و فقدان همدلی، که در ابتدای دوران بزرگسالی آغاز گردیده و در بسیاری از زمینه‌ها خود را نشان می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ ترجمه گنجی، ۱۴۰۱). مروری بر توصیفات خودشیفتگی براساس نظریه‌های بالینی شخصیت نشان می‌دهد که دو نوع خودشیفتگی آسیب‌پذیر و بزرگ‌منشانه دو زمینه از کژکاری شخصیتی هستند. این مفهوم شامل یک پارادوکس حل نشده است: جنبه بزرگ‌منشانه آن هسته آسیب‌شناسی روانی را به تصویر می‌کشد اما اغلب با رضایت از زندگی و عملکرد کلی همراه است، درحالی‌که جنبه آسیب‌پذیر آن با پریشانی روانی همراه است، اما هنوز در سیستم‌های طبقه‌بندی بین‌المللی گنجانده نشده است (اینیگو و همکاران، ۲۰۲۳). خودشیفتگی آسیب‌پذیر^۵ با عزت‌نفس پایین، خودانتقادی و بی‌ارزش‌سازی، شرم، حساسیت به طرد شدن و انزوای اجتماعی، خشم محق، پنهان‌سازی خود مشخص می‌شود (غلامی و

همکاران، ۱۳۹۹). اختلال شخصیت مرزی و خودشیفتگی آسیب‌پذیر، اگرچه به عنوان سازه‌ای متمایز شناخته می‌شوند و ساختار کیفی متفاوتی دارند اما با هم در ارتباط هستند و الگوهای مشابهی را در عواطف غالب، عزت‌نفس و علائم آسیب‌شناسی روانی نشان می‌دهند، همخوانی بالایی در کاهش سازش‌پذیری و برون‌گرایی و سطوح بالایی از سطح روان‌رنجوری دارند و ممکن است در یک روان‌رنجور به صورت مفاهیمی مغایر و درون‌گرا نیز تفسیر شوند (دی‌پیرو و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌های متعدد حاکی از وجود علائم خودشیفتگی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی هستند (کروگر، ۲۰۲۴؛ اینیگو و همکاران، ۲۰۲۳؛ دی‌پیرو و همکاران، ۲۰۲۲). آن‌چه حائز اهمیت است این مساله است که انجمن روانپزشکی آمریکا درمان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی را چالش‌برانگیز دانسته‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ ترجمه گنجی، ۱۴۰۱). با این حال شناسایی درمان‌های موثر برای این دسته از افراد ضروری به نظر می‌رسد. یکی از مداخلات موثر در زمینه اختلالات، رفتاردرمانی دیالکتیک است. لینهان (۱۹۹۳) این نوع درمان را برای کمک به بیماران مرزی ابداع کرده است که به سطح سوم درمانی تعلق دارد. درمان بیمارانی که ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را به‌طور کامل دریافت می‌کنند، به صورت بستری بیمارستانی، هم‌گران تمام می‌شود و هم بسیار وسیع است (حدود ۴۰ درصد از خدمات روان‌پزشکی سطح بالای آمریکا)؛ لذا رفتاردرمانی دیالکتیک در ابتدا به عنوان یک برنامه درمانی سرپایی^۶ برای آن دسته از بیماران مرزی در نظر گرفته شد که به گونه‌ای، خودکشی‌گرا بودند (دیمیچیان و لینهان، ۲۰۰۳). درواقع، رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله^۷ شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (وکیلی و همکاران، ۱۴۰۳). درمان دیالکتیک جزو درمان‌های شناختی-رفتاری می‌باشد و بی‌ثباتی عاطفی و تکانشگری را هدف قرار داده است (گیلزپی و همکاران، ۲۰۲۲). طبق پژوهش‌های انجام شده، رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش تلاش خودکشی، افسردگی، افزایش کنترل خشم پیش از رخداد و کاهش خودآسیبی به کار رفته و نقش

5. American psychiatric association (APA)

6. vulnerable narcissism

7. outpatient

8. problem solving

1. borderline personality disorder

2. borderline personality organization

3. diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-4)

4. grandiosity

داشته است (محمدی زاده و همکاران، ۱۳۹۷). باصره و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی درمانی موثر برای خودشیفتگی آسیب پذیر است و آذرفر و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر می باشد. اگرچه این درمان برای کمک به بیماران مرزی به کار رفته است، با این حال ممکن است درمان های دیگر نیز به اندازه این درمان موثر واقع شوند. از دیگر درمان های روان شناختی که می تواند بر مشکلات ناشی از اختلال شخصیت مرزی تاثیر مثبت داشته باشد، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس^۱ است (کونیداس و کاستورا، ۲۰۲۲). ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی بوده و روشی موثر برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد است (کافمن و همکاران، ۲۰۲۱). حضور ذهن به این معنی است که شخص آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف کند (سرافرازنسب و همکاران، ۱۴۰۳). زمانی که فرد، در حال حاضر حضور داشته باشد واقعیت را با تمام جنبه های درونی و بیرونی اش می بیند و درمی یابد که ذهن به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می دهد دائماً در حال نشخوار و گفتگوی درونی است (گرینلند، ۲۰۱۰؛ ترجمه گودرزی، ۱۳۹۷). برخی پژوهش ها از اثربخشی این نوع درمان نیز در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت کرده اند (سیدابراهیمی، ۱۴۰۱). سوری و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر صفات تاریک شخصیت پرداخته و نشان دادند که این نوع از درمان موجب کاهش آن صفات از جمله خودشیفتگی مرضی می شود. ضرورت مطالعه حاضر از چندین جنبه قابل توجه است. اختلال شخصیت مرزی یکی از چالش برانگیزترین اختلالات روانشناختی است که با نوسانات شدید عاطفی، مشکلات بین فردی و رفتارهای خودآسیب رسان همراه است (کافمن و همکاران، ۲۰۲۱). در میان ویژگی های مرتبط با این اختلال، خودشیفتگی آسیب پذیر، که شامل احساسات عمیق عدم کفایت، حساسیت بیش از حد به انتقاد و میل به تأیید دیگران است، نقش مهمی در شدت و پایداری علائم دارد (دروژک و انراه، ۲۰۲۰). بااین حال، درمان های روانشناختی موجود برای این افراد، به ویژه در مورد جنبه های خاصی نظیر خودشیفتگی آسیب پذیر، محدودیت هایی دارند. این مسئله نیاز به

^۱. Mindfulness-based stress therapy

مداخلاتی هدفمند و مبتنی بر شواهد را بیش از پیش آشکار می کند. شکاف پژوهشی اصلی در این حوزه، فقدان مطالعات مقایسه ای درباره تأثیر روش های درمانی مختلف بر کاهش علائم خودشیفتگی آسیب پذیر در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. رفتار درمانی دیالکتیک به عنوان یکی از مداخلات شناخته شده در درمان اختلال شخصیت مرزی، به تنظیم هیجانی، بهبود روابط بین فردی و کاهش رفتارهای پرخطر کمک می کند. از سوی دیگر، ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با تمرکز بر آگاهی لحظه به لحظه و پذیرش بدون قضاوت، می تواند حساسیت هیجانی و خودانتقادی را کاهش دهد. بااین حال، پژوهش های موجود بیشتر به اثربخشی کلی این روش ها پرداخته اند و تأثیرات خاص آن ها بر جنبه های شناختی و هیجانی نظیر خودشیفتگی آسیب پذیر کمتر بررسی شده است. نوآوری این مطالعه در دو جنبه اصلی نهفته است. نخست، این پژوهش برای اولین بار به طور خاص به مقایسه اثربخشی دو مداخله رفتار درمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر علائم خودشیفتگی آسیب پذیر در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می پردازد و پاسخی به شکاف پژوهشی موجود ارائه می دهد. دوم، تمرکز بر خودشیفتگی آسیب پذیر به عنوان یک جنبه کلیدی و کمتر مورد توجه قرار گرفته از اختلال شخصیت مرزی، می تواند راهگشای درک عمیق تر از مکانیسم های روانشناختی این اختلال باشد و همچنین مداخلات درمانی آینده را هدفمندتر سازد. نتایج این مطالعه می تواند به توسعه راهکارهای درمانی دقیق تر و مؤثرتر برای جمعیتی که اغلب به دلیل پیچیدگی علائم شان به درستی پاسخ درمانی دریافت نمی کنند، کمک کند. با توجه به اینکه رفتاردرمانی دیالکتیک برای کمک به بیماران مرزی ابداع شد و دارای نتایج مثبتی در این حوزه است همواره مورد توجه بوده در حالی که همانگونه که ذکر شد پژوهش ها حاکی از اثربخشی درمان ذهن آگاهی نیز هست. تعدد مداخلات در یک حوزه می تواند برای درمانگران آشنفگی فکری ایجاد نماید لذا مقایسه آن ها با یکدیگر به افراد متخصص این امکان را می دهد که بهترین و قوی ترین رویکرد را انتخاب نمایند. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش بود که آیا بین اثربخشی، رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر علائم خودشیفتگی آسیب پذیر در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به کلینیک درمانی بهار در شهر رشت در سال ۱۴۰۳ بود که تعداد آن‌ها ۹۲ نفر بود. تعداد ۴۵ نفر از جامعه موردنظر به شیوه هدفمند انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی در شرکت کنندگان براساس مصاحبه بالینی توسط روانشناس حاضر در تیم پژوهش و کسب نمره ۱۰ و بالاتر در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (لیشنرینگ، ۱۹۹۹)، تمایل به حضور در مداخله، توانایی صحبت کردن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، توانایی حضور منظم در جلسات درمانی و معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، غیبت بیش از دو جلسه، عدم شرکت در مرحله پیگیری.

ب) ابزار

پرسشنامه خودشیفتگی آسیب‌پذیر (NPI)^۱: پرسشنامه خودشیفتگی، یک پرسشنامه خودگزارشی ۵۲ آئمی است که توسط پینکاس و همکاران (۲۰۰۹) برای سنجش خودشیفتگی ساخته شده است. نمره گذاری آن بر

اساس طیف لیکرت انجام می‌شود که از نمره ۱ برای گزینه «اصلاً این گونه نیست» تا نمره ۶ برای گزینه «خیلی زیاد این گونه هستم» متغیر است. حداقل نمره برای این آزمون ۵۲ و حداکثر نمره قابل محاسبه ۳۱۲ است. براساس گزارش پینکاس و همکاران (۲۰۰۹)، تحلیل عاملی تأییدی اعتبار سازه این ابزار را نشان داده است. همچنین، در نسخه اصلی، این پرسشنامه با مقیاس شخصیت خودشیفته^۲ همبستگی مثبت متوسط (۰/۱۳) نشان داد. ضرایب آلفای کرونباخ برای تمامی مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ و ۰/۹۳ قرار داشت و آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه خودشیفتگی برابر با ۰/۹۵ بود (پینکاس و همکاران، ۲۰۰۹). نسخه فارسی پرسشنامه خودشیفتگی در ایران توسط سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) اعتباریابی شده و پایایی بازآزمایی نمرات مقیاس بزرگ‌منشی خودشیفته، آسیب‌پذیری خودشیفته و نمره کل خودشیفتگی مرضی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ گزارش شده است، همچنین ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نمره آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ بود.

مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر استرس^۳: در این پژوهش، ذهن آگاهی مبتنی بر استرس شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که براساس پروتکل تدوین شده براساس مدل درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (کابات‌زین، ۲۰۰۹)، به صورت هفته‌ای یک بار برای افراد اجرا شد.

جدول ۱. محتوای جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر استرس

جلسات	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
اول	آشنایی با برنامه و اصول توجه آگاهی	مرور موافقت و رهنمودهای شرکت در برنامه، معرفی کوتاه برنامه به وسیله درمان گر، گفتگو درمورد نگرشی که تمرین مراقبه بر مبنای آن ساخته شده، مورد بحث قرار دادن هفت مؤلفه توجه آگاهی.	تمرین خوردن کشمش، گرفتن بازخورد و بحث در مورد تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدن، گرفتن بازخورد و بحث در مورد تمرین واریسی بدن
دوم	آشنایی با واریسی بدن و تمرین تقویم رویدادهای خوشایند	انجام واریسی بدن، مرور تمرین خانگی، معرفی مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس به عنوان هدف اولیه توجه	ثبت روزانه رویدادهای خوشایند و انجام مراقبه نشسته در خانه
سوم	تقویت آگاهی نسبت به تنفس و بدن در مراقبه نشسته	مراقبه نشسته با تمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن، مرور تمرین‌های خانگی (واریسی بدن، مراقبه نشسته)، توجه آگاهی به فعالیت‌های روزمره، تقویم رویدادهای خوشایند و ناخوشایند	ادامه مراقبه‌های روزانه و تکمیل تقویم رویدادهای خوشایند و ناخوشایند
چهارم	شناخت استرس و اثر آن بر ذهن و بدن	مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس، حس‌های بدنی، صداها و افکار، مرور تکالیف خانگی، اکتشاف گروهی درمورد استرس و اثرات آن، بحث درباره تقویم رویدادهای ناخوشایند	ثبت رویدادهای ناخوشایند روزمره و مراقبه روزانه با تمرکز بر بدن
پنجم	بررسی واکنش‌ها به استرس و آگاهی از تغییرات زندگی	مراقبه نشسته هدایت شده، مرور تکالیف خانگی، خواندن شعر «مهمان‌خانه» مولوی، بحث درباره واکنش به استرس و ارتباط تغییرات زندگی با سلامتی	انجام مراقبه نشسته کوتاه و پیاده‌روی همراه با توجه آگاهی

3. stress-based mindfulness intervention

1. vulnerable narcissism questionnaire

2. narcissistic personality inventory (NPI)

جلسات	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
ششم	بررسی افکار و دیدگاه‌های جایگزین	مراقبه تجسم کوه و دریاچه، مرور تمرین خانگی، بررسی افکار و خلق‌ها، تمرین دیدگاه‌های جایگزین	انجام تمرین تجسم کوه و دریاچه، نوشتن دیدگاه‌های جایگزین در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا
هفتم	تقویت آگاهی نسبت به دلبستگی و ارزیابی پیشرفت	تمرین نشستن با استفاده از تنفس به‌عنوان لنگرگاه، مرور تکالیف خانگی، راه رفتن با توجه آگاهی، بحث در مورد دلبستگی به مکان	تمرین راه رفتن با توجه آگاهی و آماده شدن برای ارزیابی پایان برنامه
هشتم	مرور نهایی و ارزیابی پیشرفت	بررسی بدنی، مراقبه نشستن، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی.	تداوم تمرین‌های مراقبه و توجه آگاهی پس از پایان برنامه

خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک^۱: در این پژوهش، رفتاردرمانی دیالکتیک شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که براساس پروتکل تدوین شده یک بار برای افراد اجرا شد.

جدول ۲. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
اول	آشنایی اعضا با هدف و ساختار جلسات	خوش آمدگویی، توضیح اهداف و ساختار جلسات، معرفی مفروضه‌ها و قواعد گروه، فعالیت برای شکستن سکوت، آشنایی اعضا با یکدیگر	تمرین معرفی خود به افراد دیگر خارج از جلسه و فکر کردن به انتظارات از جلسات
دوم	آشنایی با مدل زیستی-اجتماعی و مفهوم دیالکتیک	توضیح مدل زیستی-اجتماعی، آموزش روانی در مورد مفهوم دیالکتیک، بازی گروهی برای یادگیری اسامی	تفکر درباره تأثیرات زیستی و اجتماعی در زندگی خود و ثبت آن‌ها
سوم	مقدمه‌ای بر ذهن آگاهی و مهارت‌های «چه چیزی»	مرور تکالیف خانگی، آموزش هدف ذهن آگاهی و فواید آن، توضیح مهارت‌های «چه چیزی»	تمرین مشاهده بدون قضاوت در فعالیت‌های روزمره و ثبت آن‌ها
چهارم	معرفی مهارت‌های مقابله با بحران	تمرین ذهن آگاهی کوتاه، آموزش مهارت‌های ACCEPTS (منحرف کردن ذهن) و تسکین خود با حواس پنج‌گانه	انجام مهارت‌های ACCEPTS در مواقع استرس و یادداشت احساسات پس از استفاده از آن‌ها
پنجم	تحلیل زنجیره‌ای و مهارت‌های رهایی از بحران	تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی، راه‌اندازی تحلیل زنجیره‌ای، آموزش مهارت‌های رهایی از بحران	تکمیل یک تحلیل زنجیره‌ای از موقعیت‌های چالش‌برانگیز گذشته
ششم	پذیرش و تغییر ذهن	تمرین ذهن آگاهی تصویری سازی ذهنی، آموزش پذیرش متضاد و استراتژی‌های پذیرش، تغییر ذهن و میل	تمرین پذیرش متضاد در موقعیت‌های استرس‌زا و ثبت تجربه
هفتم	تقویت مهارت‌های ذهن آگاهی و پذیرش	تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف، آموزش مهارت‌های «چه چیزی» شامل بدون قضاوت، مؤثر بودن، و ذهن آگاه بودن، تمرین لبخند و تمرین «رئیس و سرخ‌پوستان»	تمرین مؤثر بودن در تعاملات روزانه و ثبت بازخوردهای دریافتی
هشتم	اثربخشی در روابط و احترام به خود	مرور تکالیف، توضیح تفاوت‌های اثربخشی عینی، روابط و احترام به خود، آموزش مهارت GIVE برای اثربخشی روابط	تمرین مهارت GIVE در یک تعامل خاص و ثبت نتایج
نهم	مواجهه با هیجانات دردناک و پرت کردن حواس	تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف، بازخورد در مورد مفیدترین مهارت‌ها، آموزش راهبردهای پرت کردن حواس و رویارویی با هیجانات دردناک	شناسایی موقعیت‌های هیجانی دشوار و استفاده از راهبردهای پرت کردن حواس
دهم	تقویت تحمل پریشانی و پذیرش بنیادین	تعریف پذیرش بنیادین، آموزش استفاده از آن، تغییر شیوه‌های تفکر و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه	تمرین پذیرش بنیادین در یک موقعیت چالش‌برانگیز و ثبت تجربه

(ج) روش اجرا

دقیقه‌ای به مدت ۲ ماه و نیم (رفتاردرمانی دیالکتیک) و گروه آزمایش دوم به مدت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۲ ماه (درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس) را دریافت کردند اما گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکرد. در پایان مداخلات، از هر سه گروه پس از آزمون به عمل آمد. پس از گذشت ۳ ماه، جهت پیگیری نتایج و اثربخشی مداخلات، مجدداً از تمامی آزمودنی‌های هر سه گروه درخواست شد تا به پرسش‌نامه‌های پژوهش

با توجه به روش پژوهش، ابتدا مجوزهای لازم و تأییدیه اخلاقی کسب شد، سپس تمامی افراد مراجعه کننده با اختلال شخصیت شناسایی شده و همچنین درخواست ارجاع افراد با اختلال شخصیت مرزی به مرکز مشاوره بهار برای سایر مراکز ارسال شد و تمامی شرکت کنندگان به ابزار پژوهش پاسخ دادند و پس از آن گروه آزمایش اول به مدت ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰

¹. dialectical behavior therapy

پاسخ دهند. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ با بهره‌گیری از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ نفر نهایی در سه گروه ۱۵ نفری شرکت داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش اول (رفتاردرمانی دیالکتیک) $34/3 \pm 66/77$ ، گروه آزمایش دوم (ذهن آگاهی) $33/3 \pm 87/59$ ، برای گروه گواه $33/29 \pm 5/47$ ، بر حسب سال همگن بود. میزان تحصیلات برای گروه آزمایش اول (رفتاردرمانی دیالکتیک) در رده دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، فوق دیپلم ۵ نفر (۳۳/۳ درصد)، کارشناسی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد)،

کارشناسی ارشد ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) بود که در مقایسه با گروه آزمایش دوم (ذهن آگاهی) که در رده دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، فوق دیپلم ۵ نفر (۳۳/۳ درصد)، کارشناسی ۸ نفر (۵۰ درصد)، کارشناسی ارشد ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) و گروه گواه که در رده دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، فوق دیپلم ۱ نفر (۶/۷ درصد)، کارشناسی ۱۲ نفر (۷۰ درصد)، کارشناسی ارشد ۳ نفر (۱۷/۶ درصد) بودند، ناهمگنی خاصی در این مورد نیز دیده نشد. در جدول ۳ به ارائه شاخص‌های توصیفی خودشیفتگی بین دو گروه آزمایشی دیالکتیک و ذهن آگاهی و نیز گروه گواه پرداخته شده است. برای ارزیابی نرمال بودن داده‌ها نیز از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی علائم خودشیفتگی به تفکیک گروه‌های آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس و کنترل

متغیر	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون شاپیرو ویلک
					آماره معنی داری
خودشیفتگی	پیش آزمون	رفتار درمانی دیالکتیک	۱۸۶/۵۳	۱۰/۷۰	۰/۵۵
		ذهن آگاهی	۱۸۹/۲۵	۸/۶۸	۰/۷۸
		کنترل	۱۹۱/۱۱	۱۱/۰۱	۰/۶۶
	پس آزمون	رفتار درمانی دیالکتیک	۱۷۶/۳۳	۱۲/۴۴	۰/۹۲
		ذهن آگاهی	۱۸۱/۱۲	۸/۹۱	۰/۵۹
		کنترل	۱۹۰/۴۱	۱۰/۹۴	۰/۸۰
پیگیری		رفتار درمانی دیالکتیک	۱۷۵/۰۶	۱۲/۳۵	۰/۸۳
		ذهن آگاهی	۱۸۰/۶۲	۸/۹۸	۰/۶۶
		کنترل	۱۸۹/۸۸	۱۰/۷۲	۰/۴۵

نتایج حاصله از جدول ۳ نشان داد که خودشیفتگی در هر دو گروه آموزشی دیالکتیک و ذهن آگاهی پس از مداخله و در مرحله پس آزمون کاهش داشته که این میزان برای گروه دیالکتیک بیشتر از گروه ذهن آگاهی بود. در دوره پیگیری نیز میزان خودشیفتگی نسبت به پس آزمون روند کاهشی را در هر دو گروه نشان می‌دهد ولی این کاهش نسبت به پیش آزمون کمتر بوده است. آزمون شاپیرو نیز بر اساس زمان‌های مختلف و به تفکیک گروه‌ها نشان از نرمال بودن داده‌ها داشت ($P\text{-Value} > 0/05$). جهت بررسی همگونی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که میزان آن برای پیش آزمون ($P\text{-Value} = 0/351$)، پس آزمون ($P\text{-Value} = 0/207$) و پیگیری ($P\text{-Value} = 0/223$) حاصل شد که تخطی از همگونی واریانس‌ها دیده نشد. نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار بود ($P\text{-Value} > 0/05$). آزمون کرویت موخلی

برای خودشیفتگی ($\chi^2 = 27/66$ ، $P\text{-value} = 0/001$) نیز معنی دار حاصل شد. از این رو برای بررسی از شاخص‌های اصلاح شده اپسیلون و ناپامتریك تک متغیره جهت مقایسه اثربخشی بین زمان‌ها استفاده شده است که در جدول ۴ ارائه گردیده است.

در بهبود علائم خودشیفتگی در روند زمانی روش تصحیح اپسیلون، گرین هاوس گریز و هیون فیلد تفاوت معنی داری را بین زمان‌ها نشان داد و از این رو می‌توان نتیجه گرفت که بهبود علائم خودشیفتگی در طول زمان تفاوت معنی داری را در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ داشت ($P\text{-Value} < 0/001$). برای بررسی دقیقتر روند تغییرات درون گروهی و بین گروهی و اثر متقابل آن‌ها نتایج تحلیل اندازه‌های تکراری برای آن‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. جدول روش‌های مختلف تک متغیره برای بررسی زمان علائم خودشیفتگی

آزمون	میانگین مربعات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی داری	توان آماری	ضریب مجذور اتا
گرین هاوس گریز	۵۷۴/۶۸	۲/۷۲	۳۸/۱۲	<۰/۰۰۱	۱	۰/۶۲
هیون فیلد	۵۷۴/۶۸	۲/۹۰				
تصحیح اسپیلون	۵۷۴/۶۸	۱				

جدول ۵. نتایج تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر برای علائم خودشیفتگی در سه مرحله اندازه‌گیری و سه گروه

متغیر	منبع تغییرات	میانگین مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
گروه		۱۶۷۵/۸۷۹	۲	۸۳۷/۹۳۹	۱۰/۱۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸۱
زمان		۱۰۹۳/۷۵۷	۱	۱۰۹۳/۷۵۸	۱۵/۰۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹۶
علائم خودشیفتگی	زمان * گروه	۱۲۶۷/۰۷۸	۲	۶۳۳/۵۳۹	۹/۴۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۷۶
خطا		۱۴۶۸/۵۶	۴۲	۷۱/۳۱	-	-	-	-
بین گروهی		۱۱۶۸/۲۲	۲	۶۵۷/۵۵	۴/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۵	۰/۸۸

نتایج آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که در علائم خودشیفتگی در بین گروه‌ها تفاوت معنی داری در سطح معنای داری کمتر از ۰/۰۵ وجود داشت و این تفاوت دارای اندازه اثر شدیدی بود ($P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۱۵$ ، $F = ۴/۳۳$ ، $P = ۰/۰۰۱$). این تفاوت برای اختلاف زمان‌ها ($P = ۰/۰۰۱$)

($\eta^2 = ۰/۴۴$ ، $F = ۱۵/۰۷$ ، $\text{Value} < ۰/۰۰۱$) نیز دیده شد. جهت بررسی مقایسه‌های زوجی زمان‌ها و گروه‌ها برای علائم خودشیفتگی از آزمون تعقیبی بونفرونی برای این منظور استفاده شد که در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و برون گروهی علائم خودشیفتگی در مراحل سنجش

منبع تغییرات	رده	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
پیش آزمون	پس آزمون	۱۰/۲۰	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	۱۱/۴۶	۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۱/۲۶	۰/۰۰۷
گروه رفتار درمانی دیالکتیک	گروه ذهن آگاهی مبتنی بر استرس	-۲/۰۲	۰/۲۳۸
گروه رفتار درمانی دیالکتیک	کنترل	-۹/۴۱	۰/۰۰۱
گروه ذهن آگاهی مبتنی بر استرس	کنترل	-۷/۳۸	۰/۰۰۱

براساس نتایج بدست آمده از آزمون بونفرونی میزان علائم خودشیفتگی در زمان‌ها بین پیش آزمون با پس آزمون ($M = ۱۰/۲۰$ ، $P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنی داری را نشان داد که براساس آن کاهش علائم خودشیفتگی نسبت به پیش آزمون را می‌توان مشاهده کرد. اختلاف بین پیش آزمون و پیگیری کاهش علائم خودشیفتگی در دوره پیگیری نسبت به پیش آزمون و معنی داری اختلاف آن‌ها را نشان داد ($M = ۱۱/۴۶$ ، $P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$). اختلاف بین پس آزمون و پیگیری نیز نشان از بیشتر بودن و معنی دار بودن علائم خودشیفتگی در پس آزمون نسبت به پیگیری داشت ($M = ۱/۲۶$ ، $P\text{-Value} < ۰/۰۰۷$). کمتر بودن علائم خودشیفتگی برای گروه رفتار درمانی دیالکتیک در مقابل گروه کنترل نیز برقرار بود

($M = -۹/۴۱$ ، $P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$). کمتر بودن علائم خودشیفتگی برای گروه ذهن آگاهی مبتنی بر استرس در مقابل گروه کنترل هم برقرار بود ($M = -۷/۳۸$ ، $P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$). در اختلاف بین دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد ($M = -۲/۰۲$ ، $P\text{-Value} < ۰/۲۳۸$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی مبتنی بر استرس بر علائم خودشیفتگی آسیب‌پذیر در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته اول پژوهش نشان داد که

رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش علائم خودشیفتگی موثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های آذرفر و همکاران (۱۳۹۸)، مک‌مین و همکاران (۲۰۲۲)، باصره و همکاران (۲۰۲۰) در یک راستا می‌باشد. باصره و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی درمانی موثر برای خودشیفتگی آسیب‌پذیر است و آذرفر و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیک برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر می‌باشد. در تبیین این یافته توجه به این نکته ضروری است که افراد خودشیفته آسیب‌پذیر به خاطر داشتن توقعات محق بودن پنهانشان، احساس شرم می‌کنند و احتمالاً کمتر به بیان خود می‌پردازند و کمتر می‌خواهند که نیازهایشان آشکار شود. آن‌ها کمتر به استفاده از راهبردهای خودتقویتی دهی آشکار برای حمایت از عزت نفس شکننده‌شان مجهزند. بنابراین، وقتی نیازهایشان دیده نمی‌شوند تمایل دارند که توقعات محق بودنشان را انکار کنند. کناره‌گیری از این توقعات منجر به درآمیختگی خشم و طغیان‌های خصومت وابسته به موقعیت می‌شود (باصره و همکاران، ۲۰۲۲)، درمان دیالکتیک با آموزش‌های مهارت‌های بنیادین شامل مهارت ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، نظم‌بخشی هیجانی و ارتباط بین-فردی موثر شدت این هیجان‌ها را کاهش می‌دهد (آذرفر و همکاران، ۱۳۹۸). این درمان موجب می‌شود تا بی‌ثباتی عاطفی و تکانشگری موردتوجه قرار گیرد این درمان یک شیوه درمانی یکپارچه‌نگر است که در آن به بیمار آموخته می‌شود تا تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آن‌ها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد (مک‌مین و همکاران، ۲۰۲۲) در نتیجه علائم خودشیفتگی آسیب‌پذیر در فرد کاهش می‌یابد. در واقع این روش بر تقویت مهارت‌های خود آگاهی، تنظیم هیجانات و ارتباطات بین فردی تمرکز دارد. افراد با شخصیت مرزی معمولاً با نوسانات شدید عاطفی و احساس عدم ثبات در هویت مواجه‌اند که می‌تواند منجر به رفتارهای خودشیفته و دفاعی شود. رفتار درمانی دیالکتیک با فراهم آوردن ابزارهایی برای مدیریت این احساسات، به آن‌ها کمک می‌کند تا به جای واکنش‌های خودشیفته، به شیوه‌ای سازنده‌تر به چالش‌ها پاسخ دهند. یکی از جنبه‌های کلیدی رفتار درمانی دیالکتیک، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی است که به افراد کمک می‌کند تا در لحظه حاضر باقی بمانند و به احساسات و افکار خود آگاهی پیدا کنند. این مهارت‌ها به افراد اجازه می‌دهد تا خود را از

الگوهای خودشیفتگی دور کرده و به جای تمرکز بر نیازهای خود، به نیازهای دیگران نیز توجه کنند. با تمرین این مهارت‌ها، افراد می‌توانند روابط بین فردی سالم‌تری برقرار کنند و احساس ارزشمندی بیشتری از طریق تعاملات مثبت تجربه کنند. علاوه بر این، رفتار درمانی دیالکتیک بر اهمیت پذیرش و تغییر تأکید دارد. این رویکرد به افراد یاد می‌دهد که باید احساسات و تجربیات خود را بدون قضاوت بپذیرند و در عین حال برای تغییر رفتارهای غیرسازنده تلاش کنند (نوک و همکاران، ۲۰۲۲). این فرآیند کمک می‌کند تا الگوهای خودشیفتگی آسیب‌پذیر کاهش یابد و افراد بتوانند با اعتماد به نفس بیشتری در روابط خود عمل کنند. در نهایت، رفتار درمانی دیالکتیک به ایجاد تعادل میان پذیرش و تغییر کمک می‌کند که برای مدیریت علائم خودشیفتگی آسیب‌پذیر در افراد دارای شخصیت مرزی بسیار حیاتی است.

یافته دیگر نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر کاهش علائم خودشیفتگی موثر بوده است، این یافته با پژوهش‌های کافمن و همکاران (۲۰۲۱) و دروزک و انراه (۲۰۲۰)؛ سوری و همکاران (۲۰۲۳) همسو می‌باشد. سوری و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر صفات تاریک شخصیت پرداخته و نشان دادند که این نوع از درمان موجب کاهش آن صفات از جمله خودشیفتگی مرضی می‌گردد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دارای اختلالات شخصیت مرزی با استفاده از درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس دیدگاه دیگری درباره زندگی خود کسب می‌کنند و یاد می‌گیرند هشیارانه بدون آمیختگی و با تحلیل کارکردی رفتار توجه خود را به تجربه‌ای که اینجا و اکنون از سر می‌گذرانند، معطوف نمایند، در چنین شرایطی افراد می‌آموزند که تجربه‌های درونی خود را با پذیرش نظاره کنند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس‌های دردناک خود را به عنوان یک توجه به وضعیت روانی خود در نظر بگیرند، در نهایت این عقیده به آن‌ها کمک می‌کند تا با افکار و احساسات خود ارتباط برقرار سازند و کمتر درگیر بزرگ‌منشی در فکر و خیال گردند (سوری و همکاران، ۲۰۲۳)، همچنین این درمان به آن‌ها کمک می‌کند تا از اشتغال فکری یا خیال‌پردازی به این که خاص و دارای قدرت و زیبایی هستند اجتناب نمایند و نسبت به دیگران همدلی بیشتری داشته و از حسادت نسبت به اطرافیان دوری کنند (کافمن و همکاران، ۲۰۲۱). لذا ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به عنوان یک

روش درمانی مؤثر، به افراد کمک می‌کند تا با افزایش آگاهی از لحظه حال، احساسات و افکار خود را بهتر مدیریت کنند. این تکنیک به افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، که معمولاً نوسانات عاطفی شدیدی را تجربه می‌کنند، این امکان را می‌دهد تا به جای واکنش‌های فوری و خودشیفته، به احساسات خود توجه کنند و آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرند (دروژک و انراه، ۲۰۲۰). این پذیرش می‌تواند منجر به کاهش اضطراب و تنش‌های ناشی از خودشیفتگی آسیب‌پذیر شود. با تمرین ذهن آگاهی، افراد یاد می‌گیرند که چگونه به الگوهای فکری منفی و خودانتقادی خود آگاهی پیدا کنند. این آگاهی به آن‌ها کمک می‌کند تا از دام‌های خودشیفتگی آسیب‌پذیر خارج شوند و به جای تمرکز بر نیازهای خود، به نیازهای دیگران نیز توجه کنند. این تغییر در تمرکز می‌تواند به بهبود روابط بین فردی و کاهش احساس انزوا و تنهایی کمک کند، که از ویژگی‌های رایج در افراد با اختلال شخصیت مرزی است. علاوه بر این، ذهن آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد که مهارت‌های تنظیم هیجانات خود را تقویت کنند (کافمن و همکاران، ۲۰۲۱). با یادگیری کنترل بهتر بر روی هیجانات و واکنش‌ها، افراد می‌توانند از رفتارهای خودشیفته و دفاعی که ناشی از ترس از طرد یا عدم پذیرش است، دوری کنند. در نتیجه، ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به عنوان یک ابزار مؤثر برای کاهش علائم خودشیفتگی آسیب‌پذیر در افراد دارای شخصیت مرزی عمل می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا زندگی سالم‌تر و رضایت‌بخش‌تری داشته باشند.

در مقابل نتایج نشان داد که بین دو درمان در بهبود علائم خودشیفتگی تفاوت معناداری وجود نداشت. در واقع هر دو درمان به یک اندازه منجر به کاهش علائم خودشیفتگی شده‌اند. در واقع می‌توان گفت خودشیفتگی آسیب‌پذیر به صورت تجربه احساس درماندگی، خودپنداره منفی با احساس شرم و حساسیت نسبت به طرد و انتقاد به دلیل ناکامی در تحسین و تأیید ایجاد می‌شود (کروگر، ۲۰۲۴). درمان دیالکتیک و همچنین درمان ذهن آگاهی با استفاده از مکانیسم‌های درمانی چون مهارت‌های ذهن آگاهی و تحمل‌پیشانی به افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی این امکان را می‌دهند تا بتوانند تضادهای خود را شناخته و در نهایت درک درستی از خود ایجاد کنند. به نظر می‌رسد هر دوی این درمان‌ها با استفاده از مؤلفه‌های شناختی در این زمینه به افراد مبتلا به اختلالات شخصیت کمک می‌نمایند.

باید توجه داشت که یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم شوند. نخست آنکه نمونه پژوهش حاضر منحصر به زنان منطقه جغرافیایی خاص، با تعداد محدود و به صورت هدفمند بوده است، شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند، همچنین با توجه به این که این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود، پژوهش‌های طولی برای اطلاعات جامع‌تر در این خصوص لازم است. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم کنترل متغیرهایی همچون ویژگیهای شخصیتی، متغیرهای اقتصادی و متغیرهایی در ارتباط با خانواده بود. در این پژوهش جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه صورت گرفته است و پاسخ‌ها بر اساس خود گزارش دهی ارزیابی شده و پاسخ‌های داده شده به صداقت فرد و ارزیابی از خود وابسته است؛ از آنجاکه این روش ذاتاً دارای محدودیت‌هایی همچون حواس‌پرتی، بی‌دقتی، خطای قضاوتی، تعبیر نادرست دستورالعمل است که این امر می‌تواند در نتایج پژوهش اثرگذار باشد. در ادامه به منظور ارتقاء نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات همچون مصاحبه و مشاهده نیز استفاده گردد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی متغیرهای مداخله‌گری چون تأثیر خرده‌فرهنگ‌ها و شرایط اجتماعی، اقتصادی نیز لحاظ شود. پیشنهاد می‌گردد پژوهش بعدی با زنان و مردان و از جوامع و محیط‌های اجتماعی دیگری نمونه‌گیری شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تا مداخلات این پژوهش برای بررسی بیشتر با رویکردهای دیگر نیز مقایسه شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی نویسنده اول و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.RASHT.REC.1402.057 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت می‌باشد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همکاری تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

بابایی گرمخانی، محسن؛ رسولی، محسن و داوودنیا، رضا. (۱۳۹۶). اثر زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش استرس زناشویی زوج‌ها. *مجله علوم پزشکی زانکو*، ۱۸(۵۶)، ۶۹-۵۶.

<http://zanko.muk.ac.ir/article-1-168-fa.html>

خسروی، رعنا و سپاه‌منصور، مژگان. (۱۴۰۳). مقایسه صفات شخصیت مرزی، بخشودگی بین فردی و سبک‌های شنیداری در زنان متقاضی و غیرمتقاضی طلاق. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳(۱۳۷)، ۲۰۷-۱۹۱.

[doi:10.52547/JPS.23.137.1187](https://doi.org/10.52547/JPS.23.137.1187)

سرافرازنسب، مهدی؛ احمدی، رضا و غضنفری، احمد. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی، پسخوراند زیستی و روش ترکیبی بر کیفیت زندگی جنسی مردان دارای انزال زودرس. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳(۱۳۹)، ۱۷۷-۱۶۳.

[doi:10.52547/JPS.23.139.1707](https://doi.org/10.52547/JPS.23.139.1707)

سلیمانی، مهدی؛ پاست، نگین؛ مولایی، مهری؛ محمدی، ابوالفضل؛ دشتی پور، معصومه؛ صفا، یاسمین و پینکاس، آیرون. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودشیفتگی مرضی. *روانشناسی معاصر*، ۱۰(۱۹)، ۹۵-۱۱۰.

<http://bjcp.ir/article-1-768-fa.html>

سیدابراهیمی، سیدعلی اصغر. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر تنظیم هیجان و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بهبود ترومای پس از آسیب مغزی. *نشریه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۴(۱۱)، ۲۴-۱۳.

<https://ensani.ir/file/download/article/1667193373-10443-11-2.pdf>

غلامی، فریده؛ بقولی، حسین؛ برزگر، مجید و کوروش نیا، مریم. (۱۳۹۹). ارائه یک الگوی علی جهت تبیین اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۱(۴۱)، ۱۴۰-۱۱۳.

https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4532.html

گرینلند، سوزان کایزر. (۲۰۱۰). کودک و ذهن آگاهی: چگونه به فرزندمان کمک کنیم تا اضطراب را مدیریت کند و شادتر و مهربان‌تر زندگی کند. ترجمه سارا گودرزی (۱۳۹۷). تهران: پرنده.

گنجی، مهدی. (۱۴۰۳). آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5. تهران: ساوالان. محمدزاده، علی و رضایی، اکبر. (۱۳۹۰). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در جامعه ایرانی. *علوم رفتاری*، ۵(۳)، ۲۷۸-۲۶۹.

<https://www.sid.ir/paper/494613/fa>

محمدی‌زاده، لادن؛ مکوندی، بهنام؛ پاشا، ر؛ بختیار پور، سعید و حافظی، فریبا. (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر کاهش میزان رفتار تکانشی در آشفتگی شخصیت مرزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۹(۱۰۶)، ۴۴-۵۳.

<https://journal.gums.ac.ir/article-1-1663-fa.html>

مهرآزادصابر، مریم و زینعلی‌تاجانی، شینا. (۱۳۹۹). بررسی ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت و همجواری شناختی با نقش واسطه‌ای عملکرد خانواده در افراد با اختلال شخصیت مرزی، اولین همایش ملی آسیب‌شناسی روانی، اردبیل.

<https://civilica.com/doc/1151537>

وکیلی، مونیکا؛ باقرزاده گل‌مکانی، زهرا و بلقان‌آبادی، مصطفی. (۱۴۰۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به پرخوری. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳(۱۴۰)، ۲۱۷-۱۹۹.

[doi:10.52547/JPS.23.140.1973](https://doi.org/10.52547/JPS.23.140.1973)

References

- Babaei Gharmkhani, M., Rasouli, M., & Davarniya, R. (2017). The effect of emotionally-focused couples therapy (EFCT) on reducing marital stress of married couples. *Zanko Journal of Medical Sciences*, 18(56), 56-69. (In Persian). <http://zanko.muk.ac.ir/article-1-168-fa.html>
- Basereh, S., Safarzadeh, S., & Hooman, F. (2022). Comparison of the effect of two interventions of group dialectical behavior therapy and structured matrix treatment on pathological narcissism and craving for drugs among drug abusers. *Journal of Multidisciplinary Care*, 11(2), 77-82. (In Persian). <https://doi.org/10.34172/jmdc.2022.43>
- Di Pierro, R., Amelio, S., Macca, M., Madeddu, F., & Di Sarno, M. (2022). What if I feel rejected? Borderline personality, pathological narcissism, and social rejection in daily life. *Journal of Personality Disorders*, 36(5), 559-582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.5.559>
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg019>
- Drozek, R. P., & Unruh, B. T. (2020). Mentalization-based treatment for pathological narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 177-203. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.sup.177>

- Euler, S., Stalujanis, E., Allenbach, G., Kolly, S., De Roten, Y., Despland, J. N., & Kramer, U. (2019). Dialectical behavior therapy skills training affects defense mechanisms in borderline personality disorder: An integrative approach of mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1074–1085.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497214>
- Ganji, M. (2024). *Psychopathology based on DSM-5*. Tehran: Savalan. (In Persian).
- Gholami, F., Baghouli, H., Barzegar, M., & Koroshnia, M. (2020). Providing a causal model for explaining the development of borderline personality disorder. *Journal of Psychological Models and Methods*, 11(41), 113–140. (In Persian).
https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4532.html
- Greenland, S. (2010). *Children and mindfulness: How to help our children manage anxiety and live happier and kinder lives*. Translated by Sara Goodarzi (2018). Tehran: Parandeh.
- Íñigo, A. P., Germán, M. H., Dolores, S. G. M., Marina, F. F., Del Pilar, P. O. M., Marina, D. M., & Luis, C. P. J. (2023). Narcissism as a protective factor against the risk of self-harming behaviors without suicidal intention in borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 51(1), 21.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10309055/>
- Jakšić, N., Milas, G., Ivezić, E., Wertag, A., Jokić-Begić, N., & Pincus, A. L. (2014). The Pathological Narcissism Inventory (PNI) in transitional post-war Croatia: Psychometric and cultural considerations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 640–652.
<https://doi.org/10.1007/s10862-014-9425-2>
- Kabat-Zinn, J. (2023). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hachette UK.
- Kaufmann, M., Rosing, K., & Baumann, N. (2021). Being mindful does not always benefit everyone: Mindfulness-based practices may promote alienation among psychologically vulnerable people. *Cognition and Emotion*, 35(2), 241–255.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2020.1825337>
- Khosravi, R., & Sepahmansour, M. (2024). Comparison of borderline personality traits, interpersonal forgiveness and listening styles in applicant woman and non-applicant divorce. *Journal of Psychological Science*. 23(137), 191–207. (In Persian). doi:10.52547/JPS.23.137.1187
- Kounidas, G., & Kastora, S. (2022). Mindfulness training for borderline personality disorder: A systematic review of contemporary literature. *Personality and Mental Health*, 16(3), 180–189.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1529>
- Krüger, R. T. (2024). Personality disorders, narcissism, and borderline-organization. In *Disorder-specific psychodrama therapy in theory and practice* (pp. 111–179). Springer Nature Singapore.
https://doi.org/10.1007/978-981-99-7508-2_4
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63.
<https://doi.org/10.1207/s15327752jpa730104>
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Mehr-Azad Saber, M., & Zeinali Tajani, S. (2019). Investigating the dimensions of personality pathology and cognitive fusion with the mediating role of family functioning in individuals with borderline personality disorder. *First National Conference on Psychopathology, Ardabil*. (In Persian). <https://civilica.com/doc/1151537>
- Mohamadizadeh, L., Makvandi, B., Pasha, R., BakhtiarPour, S., & Hafezi, F. (2018). Comparison of the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT) and schema therapy (ST) on impulsive behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 27(106), 44–53. (In Persian).
<http://journal.gums.ac.ir/article-1-1663-fa.html>
- Mohammadzadeh, A., & Rezaei, A. (2011). Validation of the Borderline Personality Questionnaire in Iranian society. *Behavioral Sciences*, 5(3), 269–278. (In Persian). <https://www.sid.ir/paper/494613/fa>
- Nook, E. C., Jaroszewski, A. C., Finch, E. F., & Choi-Kain, L. W. (2022). A cognitive-behavioral formulation of narcissistic self-esteem dysregulation. *Focus*, 20(4), 378–388.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220055>
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological

- Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365. <https://doi.org/10.1037/a0016530>
- Rimmington, D., Roberts, R., Sawyer, A., & Sved-Williams, A. (2024). Dissociation in mothers with borderline personality disorder: A possible mechanism for transmission of intergenerational trauma? A scoping review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-024-00250-7>
- Sarafraznasab, M., Ahmadi, R., & Ghazanfari, A. (2024). Comparison of the effectiveness of mindfulness therapy, biofeedback and combined method on sexual quality of life in men with premature ejaculation. *Journal of Psychological Science*. 23(139), 163-177. (In Persian). doi:10.52547/JPS.23.139.1707
- Seyed Ebrahimi, S. E. (2022). The effectiveness of mindfulness-based therapy and positive thinking on emotion regulation and defense mechanisms in people with borderline personality disorder in improving post-traumatic brain injury. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 4(11), 11-24. (In Persian). <https://ensani.ir/file/download/article/1667193373-10443-11-2.pdf>
- Soleimani, M., Past, N., Molaei, M., Mohammadi, A., Dashtipour, M., Safa, Y., & Pinkas, A. (2015). Psychometric properties of the morbid narcissism scale. *Contemporary Psychology*, 10(19), 95-110. (In Persian). <http://bjcp.ir/article-1-768-fa.html>
- Soori, M., Akhondzadeh, M., Ghorbani, P., & Yazdani, M. (2023). Effectiveness of mindfulness-based therapy on dark personality traits and experiential avoidance in individuals with cardiovascular diseases. *Health Nexus*, 1(3), 97-105. <https://doi.org/10.61838>
- Vakili, M., Bagherzadeh Golmakani, Z., & Bolghan-Abadi, M. (2024). The effectiveness of dialectical behavior therapy on self-blame and mental rumination in binge-eating patients. *Journal of Psychological Science*. 23(140), 199-217. (In Persian). doi:10.52547/JPS.23.140.1973
- Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2020). Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 122-142. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.122>