MEJDS. 2022; 12:151.

Published online 2022 Oct. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Two Approaches of Psychoanalysis and Schema Therapy in the Treatment of Narcissistic Personality Disorder

Rahnemaee MJ[1], *Asadi J[1]

Author Address
1. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
Corresponding Author Email: ardeshir.asadi@yahoo.com

Received: 2020 August 29; **Accepted:** 2021 May 29

Abstract

Background & Objectives: Personality disorders are persistent patterns in the mind and behavior that do not conform to cultural norms and cause dissatisfaction and disruption of a person's functions. Among personality disorders, narcissistic personality disorder, due to remaining in the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, has a special diagnostic and therapeutic importance. People with this disorder arrogantly think they are very important and unique. Despite these feelings, they have fragile self–esteem and are vulnerable to even minor criticism. One of the treatments used for narcissistic personality is classical psychoanalytic treatment. An important part of the classical literature of classical psychoanalysis and the new wave of contemporary psychoanalysts have investigated this personality disorder. Another treatment used for narcissistic personality is schema therapy. Schemas are formed based on educational methods, cognitions and bodily feelings during childhood and adolescence and continue in other periods of life. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and psychoanalysis in treating narcissistic personality disorder.

Methods: The research method was quasi–experimental with a pretest–posttest design with a control group. The statistical population of the present study included all individuals referred to the Hamava Psychology Clinic and the Tehran Welfare Clinic who were diagnosed with narcissistic personality disorder in 2019. The study sample consisted of 20 patients from Hamava Clinic and 10 patients from Tehran Welfare Clinic who were diagnosed with the narcissistic disorder. The studied samples were randomly assigned to three groups: psychoanalytic group, schema therapy group, and control group. It should be noted that at the beginning of the study, 10 people were assigned to each group, and at the end of the test, three people remained in each group due to the drop in the subjects. The inclusion criteria were as follows: not receiving drug treatment and drug use, being literate in reading and writing, and providing informed consent. The exclusion criteria were as follows: not having acute mental disorders, participation in another intervention program, and absence of more than two sessions. The study data were collected in the pretest and posttest in three groups using Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (Millon et al., 1994) and Narcissistic Personality Inventory (Raskin & Terry, 1988). The first experimental group received traditional psychoanalytic treatment. The second experimental group received schema therapy for 8 sessions, one 90–minute session per week, and the subjects in the control group did not receive any treatment. To analyze the collected data, descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate covariance analysis or ANCOVA) were performed in SPSS version 21 statistical software. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed a significant difference between the control group and the psychoanalytic treatment group in the mean scores of the variable of narcissistic personality disorder (p<0.001). While the examination of the averages in the two control and schema therapy groups (p=0.069) and the two psychoanalytic treatment and schema therapy groups (p=0.081) showed no significant difference between them. Also, the eta coefficient indicated that 76.6% of the changes in narcissistic personality disorder were due to the intervention of psychoanalytic treatment.

Conclusion: Based on the findings of this study, psychoanalytic therapy is more effective in reducing the symptoms of narcissism than schema therapy. As a result, clinicians and researchers can pay more attention to dynamic therapies in narcissistic personality disorder interventions.

Keywords: Schema therapy, Psychoanalysis, Narcissistic personality disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-17]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۵۱.

انتشار برخط مهرماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی دو رویکرد روانکاوی و طرح‌واره‌درمانی در درمان اختلال شخصیت خودشیفته

محمد جمال رهنمایی[۱]، *جوانشیر اسدی[۱]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** ardeshir.asadi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸ شهریور ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۸ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات شخصیت، الگوهای درون‌ذهنی و رفتاری بادوامی هستند که با ملاک‌های فرهنگی مطابقت ندارند و موجب ناخشنودی فرد و مختل‌شدن کارکردهای وی می‌شوند؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و روانکاوی در درمان اختلال شخصیت خودشیفته بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی هم‌آوا و کلینیک بهزیستی تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته گرفتند. نمونهٔ مطالعه‌شده سی نفر از بیمارانی بودند که به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش روانکاوی و آزمایش طرح‌واره‌درمانی و یک گروه گواه قرار گرفتند. لازم به ذکر است، در آغاز مطالعه ده نفر به هر گروه اختصاص یافتند که در پایان آزمون با افت آزمودنی‌ها در هر گروه سه نفر باقی ماندند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامهٔ چندمحوری بالینی میلون ــ ویرایش سوم (میلون و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسش‌نامهٔ شخصیت خودشیفته (راسکین و تری، ۱۹۸۸) استفاده شد. گروه آزمایشی اول درمان روانکاوی سنتی و گروه آزمایشی دوم طرح‌واره‌درمانی را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ‌گونه درمانی ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۱ و روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین گروه گواه و گروه درمان روانکاوی در میانگین‌های نمرات متغیر اختلال شخصیت خودشیفته تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ درحالی‌که بررسی میانگین‌ها در دو گروه گواه و طرح‌واره‌درمانی (p=۰/۰۶۹) و دو گروه روانکاوی و طرح‌واره‌درمانی (p=۰/۰۸۱) نشان داد که تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود نداشت. همچنین ضریب اتا مشخص کرد، ۷۶/۶درصد از تغییرات اختلال شخصیت خودشیفته به‌واسطهٔ مداخلهٔ درمان روانکاوی بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان روانکاوی سنتی درمقایسه با طرح‌واره‌درمانی اثربخشی بیشتری بر درمان اختلال شخصیت خودشیفته دارد.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌درمانی، روانکاوی، اختلال شخصیت خودشیفته.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-17]

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

اختلالات شخصیت[1]، حالت‌های مزمنی هستند که نشانه‌های آن‌ها از دوران نوجوانی یا کودکی شروع می‌شود و انعطاف‌ناپذیرند و ثبات نسبی دارند. آن‌ها الگوهای درون‌ذهنی و رفتاری بادوامی هستند که با ملاک‌های فرهنگی مطابقت ندارند و موجب ناخشنودی فرد و مختل‌شدن کارکردهای وی می‌شوند (۱). این طبقه از اختلالات، کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌های هنگفت اجتماعی را به‌دنبال دارد (۲).

در بین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت خودشیفته[2]، به‌دلیل باقی‌ماندن در پنجمین نسخهٔ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[3] اهمیت تشخیصی و درمانی ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است و نرخ شیوع بیشتر از ۲۱ درصد در جمعیت بالینی و بین صفر تا ۶درصد در جمعیت عمومی دارد (۳). افراد مبتلا به این اختلال خودبزرگ‌بینانه فکر می‌کنند، آدم بسیار مهمی هستند و از جهتی نظیر ندارند؛ اما در پشت این احساسات، عزت‌نفس شکننده‌ای دارند و حتی دربرابر انتقادات جزئی نیز آسیب‌پذیر هستند (۴). خودشیفتگی زیاد، پرخاشگری را افزایش می‌دهد، روابط بین‌فردی را مختل می‌کند و با کاهش رضایت و کیفیت زندگی، احتمال آسیب به خود و اقدام به خودکشی همراه است. بسیاری از محققان باور دارند که بزرگ‌نمایی ظاهری خودشیفته‌ها، احساسات زیربنایی، حقارت و عزت‌نفس[4] ناآشکار و پنهان آن‌ها را که از تجارب اولیهٔ زندگی حاصل می‌شود، می‌پوشاند و عزت‌نفس کلی و آشکار آنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۵-۳). مطابق الگوی روان‌شناسی خود کوهو ت[5] ، اختلال خودشیفتگی نتیجهٔ همدل‌نبودن والدین و نداشتن ارتباط صحیح با فرزند در دوران رشد است؛ درنتیجه، فرد ظرفیت کامل برای ایجاد عزت‌نفس را دریافت نمی‌کند (۵). نتایج پژوهش واتر و همکاران نشان داد، بیماران اختلال شخصیت خودشیفته درمقایسه با گروه گواه و بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، نمره‌های کمتری در عزت‌نفس آشکار کسب می‌کنند. به‌علاوه در این پژوهش در بیماران گروه اختلال شخصیت خودشیفته، عزت‌نفس آسیب‌دیده (عزت‌نفس آشکار ضعیف، عزت‌نفس ناآشکار قوی) ارتباط زیادی با خودشیفتگی داشت (۶)؛ بنابراین بررسی عزت‌نفس به‌عنوان عاملی بنیادین در مطالعهٔ شخصیت خودشیفته، اهمیت بسزایی دارد و تمایز بین دو نوع عزت‌نفس آشکار و ناآشکار می‌تواند در تبیین ارتباط آن با سازهٔ خودشیفتگی و کمک به درمان و کاهش مشکلات افراد خودشیفته مؤثر واقع شود.

یکی از درمان‌هایی که برای شخصیت خودشیفته به‌کار می‌رود، درمان روانکاوی کلاسیک[6] است. بخش مهمی از ادبیات کلاسیک روانکاوی کلاسیک و موج جدید روانکاوان معاصر به بررسی این اختلال شخصیتی پرداخته است که به‌زعم این مکتب، لایهٔ زیرین و مهم برخی از اختلالات شخصیتی دیگر و بیماری‌هایی مانند وسواس فکری و عملی[7] به‌شمار می‌رود (۷). اصطلاح خودشیفتگی، برحسب این شرح و بسط دیدگاه روانکاوی، دال بر نوعی انحراف است که تمام حیات جنسی شخص را به خود معطوف می‌کند و در مراحل بعدی، ویژگی‌هایی را بروز می‌دهد که در مطالعهٔ همهٔ انواع انحرافات مشاهده می‌شود. فروید[8] اعتقاد دارد، خودشیفتگی در ابتدای تولد با کودک همراه بوده و برای حفظ حیات و بقای او ضروری است؛ اما در صورت رشد بهنجار، این نیروی روانی باید به مسیرهای سالم‌تری هدایت شود. وی دربارهٔ این نیروگذاری‌های روانی در بخش امیال به‌تفصیل سخن گفته است (به‌نقل از ۸). بررسی ادبیات پژوهشی نیز نشان داد، مداخلات مرتبط با درمان‌های پویشی اثربخشی درخورتوجهی را در کاهش برخی معضلات روان‌شناختی نظیر افسردگی (۹)، اضطراب (۱۰)، رفتارهای خودآسیبی (۱۱) و اختلال‌های شخصیتی (۱۲) داشته است. دیاموند و همکاران بیان کردند، درمان روانکاوی از درمان‌های بسیار مهم در بهبود مشکلات اختلال شخصیت خودشیفته است (۱۳). رشن و همکاران در پژوهشی دریافتند، مداخلهٔ روان‌درمانی پویشی بلندمدت با رویکرد روابط موضوعی کرنبرگ بر تغییر ساختار شخصیت مبتلایان به اختلال شخصیت وابسته اثرگذار است (۱۴).

یکی دیگر از درمان‌هایی که برای شخصیت خودشیفته به‌کار می‌رود، طرح‌واره‌درمانی[9] است. طرح‌واره‌درمانی روشی ابتکاری و تلفیقی است که توسط یانگ و همکارانش پایه‌گذاری شد (۱۵). طرح‌واره‌ها، براساس شیوه‌های تربیتی، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی در دوران کودکی و نوجوانی تشکیل می‌شوند و در سایر دوران زندگی تداوم می‌یابند (۱۶). براساس نظر جفری یانگ[10]، چون طرح‌واره‌درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید دارد، به‌دنبال آن است که هستهٔ مرکزی مشکل را اصلاح کند و این عمل از میزان موفقیت زیادی در درمان اختلال‌های روانی و جلوگیری از برگشت آن‌ها برخوردار است (به‌نقل از ۱۷). طرح‌واره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامهٔ منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند. بنا به نظر استفا و واترز، آسیب روانی از شکل‌گیری و ثبات طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه ناشی می‌شود. فرض بر این است که تجربیات مبتنی‌بر غفلت یا سوءرفتار در دوران کودکی می‌تواند شکل‌گیری طرح‌واره‌های غیرانطباقی اولیه را در پی داشته باشد (۱۸). وجوه افتراق طرح‌واره‌درمانی با شناخت‌درمانی سنتی عبارت است از: تأکید بیشتر بر تجربه‌های آغازین کودکی؛ بهره‌گیری بیشتر از فنون هیجانی مانند خیال‌پردازی هدایت‌شده؛ به‌کاربردن روابط درمانی به‌عنوان وسیله‌ای برای تغییر و طولانی‌تربودن دورهٔ درمان به‌دلیل مقاومت طرح‌واره دربرابر تغییر (۱۹). دیکهوت و آرنتز در پژوهشی با بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر بهبود اختلالات شخصیت و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره‌درمانی باعث بهبود اختلالات شخصیت و افزایش رضایت از کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش می‌شود (۲۰). مالوگیانیس و همکاران در پژوهشی دریافتند، طرح‌واره‌های ناسازگار و پاسخ‌های مقابله‌ای

[1]. Personality disorder
[2]. Narcissistic personality disorder
[3]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
[4]. Self-esteem
[5]. Kohut
[6]. Classical psychoanalysis
[7]. Obsessive Compulsive Disorder
[8]. Freud
[9]. Schema Therapy
[10]. Jeffrey Young

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-17]

ناکارآمد در افراد مبتلا به افسردگی به‌میزان زیادی کاهش یافته است (۲۱). همچنین سایر پژوهش‌ها اثربخشی طرح‌واره‌درمانی را در بهبود علائم افسردگی (۲۲) و کاهش نشانه‌های خودشیفتگی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته (۲۳) تأیید کردند.

باوجود اثربخشی درمان‌های روان‌تحلیلی و طرح‌واره‌درمانی در کاهش برخی معضلات هیجانی، به‌ویژه اختلال شخصیت خودشیفته، شناسایی درمان‌هایی که از نظر اثربخشی و اقتصاد سلامت در شرایط مناسبی قرار دارند (۱۲)، از اهداف نظام‌های درمانی، بالینگران و پژوهشگران است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی دو رویکرد روان‌کاوی و طرح‌واره‌درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت خودشیفته انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی هم‌آوا و کلینیک بهزیستی تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته گرفتند. همسو با حداقل نمونهٔ لازم برای پژوهش‌های تجربی در برخی منابع (۲۴)، نمونهٔ مطالعه‌شده سی نفر از افراد با تشخیص اختلال خودشیفته بودند که به‌صورت تصادفی از بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی مذکور انتخاب شدند. سپس در هریک از گروه‌های مطالعه‌شده یعنی گروه آزمایش روانکاوی و گروه آزمایش طرح‌واره‌درمانی و گروه گواه (هر گروه ده نفر) به‌طور تصادفی قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش حاضر عبارت بود از: دریافت‌نکردن درمان‌های دارویی و مصرف مواد؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ رضایت آگاهانه. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، نداشتن اختلال‌های روانی حاد و شرکت در برنامهٔ مداخله‌ای دیگر و غیبت بیش از دوجلسه بود. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان‌خاطر داده شد که تمامی اطلاعات دریافتی از آن‌ها محرمانه خواهد بود.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارها و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

ـ پرسش‌نامهٔ چندمحوری بالینی میلون ـ ویرایش سوم[1]: این پرسش‌نامه آخرین ویرایش از این مقیاس ۱۷۵سؤالی است که توسط میلون و همکاران در سال ۱۹۹۴ ارائه شد (۲۵). این پرسش‌نامه به‌صورت بله/خیر پاسخ داده می‌شود و دارای ۲۸ مقیاس متفاوت است که چهارده الگوی بالینی شخصیت و ده نشانگان بالینی و چهار مقیاس اصلاح را شامل می‌شود (۲۵). میلون و همکاران میزان پایایی این ابزار را با استفاده از روش بازآزمایی بین ۰/۸۲تا۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ را از ۰/۶۶تا۰/۹۰ گزارش کردند (۲۵). در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در مطالعات متعددی بررسی و تأیید شد؛ به‌طوری‌که پژوهش چگینی و همکاران از مطالعات اخیری است که بر نمونه‌های بالینی و غیربالینی انجام گرفت. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش بازآزمایی در گروه بالینی (و غیربالینی) به‌ترتیب ۰/۶۱تا۰/۷۹ (۰/۷۹تا۰/۹۷) و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۴تا۰/۸۹ گزارش شد که بیانگر کفایت این ابزار در پژوهش‌های داخلی است (۲۶).

ـ پرسش‌نامهٔ شخصیت خودشیفته[2]: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۸ توسط راسکین و تری ساخته شد (۲۷). این پرسش‌نامه ۲۴ سؤال دارد و به‌صورت بلی و خیر نمره‌گذاری می‌شود. افرادی که در این پرسش‌نامه نمرهٔ بیشتری می‌گیرند، بیش‌ازحد به خود ارزش می‌دهند و ازخودراضی، متکبر و مغرور هستند؛ همچنین خود را دارای حق می‌دانند و به‌شکل خودمحورانه‌ای به خود مشغول هستند و اگر کسرشأن خود ندانند که در تعاملات اجتماعی شرکت کنند، برای رسیدن به مقصود خود می‌توانند خاضعانه و مطیع نیز باشند (۲۷). ادلستین و همکاران ضریب همسانی درونی کل پرسش‌نامه را ۰/۸۱ برآورد کردند (۲۸). در پژوهش حسنوند و همکاران، بررسی شاخص‌های روان‌سنجی داخلی این ابزار نشان داد، ضریب بازآزمایی (۰/۷۲، $p<$۰/۰۰۱) و ضریب همبستگی به‌روش دونیم‌کردن (۰/۷۵، $p<$۰/۰۰۱) و ضریب آلفای کرونباخ (۰/۶۵، $p<$۰/۰۰۱) برای کل پرسش‌نامه در شرایط پذیرفتنی قرار دارد (۲۹).

ـ درمان به‌شیوهٔ روانکاوی کلاسیک شامل مراحل ایجاد رابطهٔ درمانی، بررسی سازوکارهای دفاعی در جریان بروز انتقال و انتقال متقابل، افزایش سطح آگاهی و فعال‌ترکردن بخش هشیار فرد برای پیداکردن تعارض‌های درونی ازطریق تداعی آزاد بود. در ادامه درمانگر با مواجهه و توضیح و تعبیر به مُراجع امکان روبه‌روشدن با تعارضات خود و معنابخشیدن به آن‌ها را داد (۲۶). این شیوهٔ درمانی براساس پذیرش ناخودآگاه و ضمیر ناهشیار بنا شده است. رابطهٔ بین بیمار و درمانگر در اتاق درمان برقرار شد و رابطه‌ای همدلانه بود و باطن رابطه ازطریق ناخودآگاه دو طرف بود. جریان و جلسات درمان در طول فرایند درمان و باتوجه به اینکه انفرادی بود، از الگوی خاصی برای طول جلسات و مدت‌زمان پیروی نکرد.

ـ پروتکل طرح‌واره‌درمانی به‌کاررفته برمبنای الگوی طراحی‌شده توسط یانگ بود (۳۰) که در پژوهش‌های بسیاری اثربخشی آن به تأیید رسیده است؛ برای مثال بالجی و همکاران با مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی با درمان‌های شناختی‌رفتاری بر اختلال شخصیت اجتنابی اعتبار آن را تأیید کردند (۳۱). در جدول ۱ خلاصهٔ جلسات طرح‌واره‌درمانی آورده شده است. برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش به‌مدت هشت جلسه (هفته‌ای یک جلسهٔ نوددقیقه‌ای) طرح‌واره‌درمانی اجرا شد و آزمودنی‌های گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکردند. بعد از پایان جلسات درمانی درنهایت به‌علت افت آزمودنی‌ها و حذف پرسش‌نامه‌های ناقص در هریک از گروه‌های مطالعه‌شده سه نفر باقی ماندند که از آن‌ها خواسته شد به پرسش‌نامه‌های مذکور به‌عنوان پس‌آزمون پاسخ دهند.

[1]. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

[2]. Narcissistic Personality Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-17]

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات طرح‌واره‌درمانی یانگ

جلسه	اهداف محتوایی	اهداف هر جلسه
اول	آشنایی و معرفی برنامه	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (ازجمله رازداری، احترام، گوش‌دادن و...)، بستن قرارداد، شناخت مشکل کنونی مُراجع، سنجش مُراجعان برای طرح‌واره‌درمانی با تمرکز بر تاریخچهٔ زندگی
دوم	اجرای پیش‌آزمون	آموزش دربارهٔ طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و طرح‌واره‌ها با ارائهٔ مثال
سوم	تعریف طرح‌واره‌درمانی و اصول درمان	راهبردهای شناختی، ارائهٔ منطق تکنیک‌های شناختی، اجرای آزمون اعتبار طرح‌واره با ارائهٔ مثال مربوط به امیدواری و روابط اجتماعی، استفاده از سبک درمانی رویارویی‌سازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره
چهارم	آموزش و شناخت طرح‌واره‌های ناسازگار	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، برقراری گفت‌وگو بین جنبه‌های سالم و جنبهٔ طرح‌واره، به‌چالش‌کشیدن طرح‌واره‌ها، آموزش تدوین کارت‌های آموزشی
پنجم	معرفی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و به‌کارگیری تکنیک‌های درمان	ارائهٔ منطق تکنیک تجربی (جنگیدن با طرح‌واره‌ها در سطح عاطفی)، تصویرسازی ذهنی، ربط‌دادن تصویرسازی ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفت‌وگوی خیالی
ششم	آموزش و شناخت طرح‌واره‌ها و به‌کارگیری تکنیک‌های درمانی	ارائهٔ منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، ارائهٔ راه‌هایی برای تهیهٔ فهرست رفتار، اولویت‌بندی و مشخص‌کردن مشکل‌سازترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار
هفتم	استفاده از انواع راهبردهای طرح‌واره‌درمانی	تکنیک‌های رفتاری، افزایش برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم ازطریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر و ایجاد تغییرات مهم زندگی
هشتم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	مرور و جمع‌بندی جلسات قبل، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی، اجرای پس‌آزمون

پس از جمع‌آوری داده‌ها به‌منظور تجزیه‌وتحلیل آن‌ها، از شاخص‌ها و روش‌های آماری ازجمله شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای بررسی میزان نمرات آزمودنی‌های دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، آزمون لون برای بررسی همسانی واریانس‌ها در سه گروه (پیش‌شرط انجام آزمون پارامتری) و آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها در سه گروه در پس‌آزمون استفاده شد. همچنین مقدار احتمال مشاهده‌شده برای اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون به‌منظور بررسی همسانی شیب خطوط رگرسیون به‌کار رفت. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش در نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۱ انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی در گروه درمان روانکاوی ۴۳/۰۰±۶/۵۵۷ سال و در گروه طرح‌واره‌درمانی ۳۳/۰۰ ± ۷/۵۴۹ سال و در گروه گواه ۴۳/۶۶۶±۶/۶۵۸ سال بود. سطح معناداری آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها را نشان داد (p>۰/۰۵). برای بررسی پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج این آزمون بیانگر همسانی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته بود (p>۰/۰۵). همچنین فرض همگنی خطوط رگرسیون برای متغیر وابسته تأیید شد (p>۰/۰۵).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر شخصیت خودشیفته در سه گروه مطالعه‌شده

متغیر	مرحله	گواه (N=۳)		روانکاوی (N=۳)		طرح‌واره‌درمانی (N=۳)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شخصیت خودشیفته	پیش‌آزمون	۲۶/۳۳	۲/۸۸	۲۶/۰۰	۱/۷۳	۲۵/۶۶	۱/۱۵
	پس‌آزمون	۲۴/۶۶	۳/۷۸	۱۵/۰۰	۲/۶۴	۱۸/۶۶	۱/۵۲

در جدول ۲، شاخص‌های آمار توصیفی متغیر شخصیت خودشیفته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه‌های مطالعه‌شده گزارش شده است. براساس جدول ۲، میانگین خودشیفتگی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون برای گروهای درمانی درمقایسه با گروه گواه کاهش درخورتوجهی داشت.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای متغیر اختلال شخصیت خودشیفته

متغیر	مقدار F	مقدار p	اندازهٔ اثر	توان آماری
گروه	۸/۱۷۰	۰/۰۲۷	۰/۷۶۶	۰/۸۹
پیش‌آزمون	۰/۶۸۲	۰/۴۴۶	۰/۷۲۰	۰/۷۶

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-17]

باتوجه به نتایج جدول ۳ می‌توان گفت، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری در میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر اختلال شخصیت خودشیفته بین گروه‌های مطالعه‌شده مشاهده شد (p=۰/۰۲۷)؛ بنابراین می‌توان گفت، حداقل بین دو گروه مطالعه‌شده تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین مقدار توان آزمون ۰/۸۹ نشان می‌دهد، باوجود کم‌بودن حجم نمونه می‌توان به نتایج آزمون اعتماد کرد. برای مقایسهٔ دوبه‌دوی میانگین نمرات متغیر اختلال شخصیت خودشیفته بین گروه‌های مطالعه‌شده از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌های مطالعه‌شده در پس‌آزمون متغیر اختلال شخصیت خودشیفته

ارزیابی (I)	ارزیابی (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	مقدار p
گواه	درمان روانکاوری	-۹/۶۶	۱/۷۲	<۰/۰۰۱
	طرح‌واره‌درمانی	۵/۶۰	۲/۱۱	۰/۰۶۹
طرح‌واره‌درمانی	درمان روانکاوری	۳/۴۰	۱/۷۲	۰/۰۸۱

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، بین گروه گواه و گروه درمان روانکاوی در میانگین‌های نمرات متغیر اختلال شخصیت خودشیفته تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱). با مراجعه به جدول توصیفی می‌توان دریافت که میانگین نمرات گروه درمان روانکاوی درمقایسه با گروه گواه در متغیر اختلال شخصیت خودشیفته کاهش پیدا کرد؛ بدین‌معنا که درمان روانکاوی درمقایسه با گروه گواه نشانه‌های اختلال شخصیت خودشیفته را به‌طور معناداری کاهش داد؛ درحالی‌که بررسی میانگین‌ها در دو گروه گواه و طرح‌واره‌درمانی (p=۰/۰۶۹) و دو گروه روانکاوی و طرح‌واره‌درمانی (p=۰/۰۸۱) نشان داد که تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود نداشت.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی دو رویکرد طرح‌واره‌درمانی و روانکاوی در درمان اختلال شخصیت خودشیفته بود. براساس یافتهٔ اول پژوهش مشخص شد، شیوهٔ درمان روانکاوی در درمان اختلال شخصیت خودشیفته مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش شاه‌حسینی تازیک و زمانی زارچی (۳۲) همسوست. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند، رویکرد روان‌پویشی در درمان اختلال شخصیت وابسته مؤثر است. مجدآرا و همکاران در پژوهشی دریافتند، روان‌درمانی ساخت‌زدای پویشی بر کاهش نشانگان مرکزی اختلال شخصیت مرزی و افسردگی این بیماران اثربخش است (۸). کراسکی در پژوهشی دریافت، درمان روانکاوی به‌دلیل تأکید بر اختلالات و مشکلات کودکی از درمان‌های بسیار مهم برای اختلال‌های شخصیت است (۳۳). دیاموند و همکاران بیان کردند، درمان روانکاوی از درمان‌های بسیار مهم در بهبود مشکلات اختلال شخصیت خودشیفته به‌شمار می‌رود (۱۳). رشن و همکاران در پژوهشی دریافتند، مداخلهٔ روان‌درمانی پویشی بلندمدت با رویکرد روابط موضوعی کرنبرگ بر تغییر ساختار شخصیت مبتلایان به اختلال شخصیت وابسته اثرگذار است (۱۴).

در تبیین اثربخشی درمان روان‌پویشی بر نشانه‌های اختلال شخصیت خودشیفته، می‌توان گفت که مداخلات روان‌تحلیلی با تمرکز بر ابعاد گوناگونی ازقبیل بینش و سازوکارهای دفاعی (۳۳)، راهبردهای مقابله‌ای شخص را برای مواجههٔ سازگارانه با تعارض‌ها و تنش‌های روزمره آماده می‌سازد؛ یعنی مداخلات می‌تواند با افزایش هشیاری، سازوکارهای ناپخته و آسیب‌زا را به سطح رشدیافته‌ای برساند (۳۴). بررسی ادبیات نظری و پژوهشی مشخص کرد، همبستگی معناداری بین سازوکارهای آسیب‌زا و اختلال شخصیت خودشیفته وجود دارد (۳۵،۳۶). اظهارات آنا فروید نیز بیانگر آن بود که استفادهٔ غیرمنعطف از سازوکارهای دفاعی، اختلال‌های روانی را در پی خواهد داشت؛ بنابراین مداخلات روان‌پویشی با تعدیل و بازسازی سازوکارهای دفاعی که در بستر بین‌فردی صورت می‌گیرد، می‌تواند در کاهش معضلات روانی ازجمله خودشیفتگی نقش داشته باشد (۳۷). همچنین می‌توان گفت، تأکید رویکرد تحلیلی بر ساختارهای بنیادین سازمان روانی در سبب‌شناسی و درمان موجب شده است که این شیوهٔ درمانی در درمان طیفی از معضلات روان‌شناختی مزمن اثربخشی معناداری داشته باشد (۳۸).

براساس یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر مشخص شد، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در کاهش اختلال شخصیت خودشیفته معنادار نبود. بررسی پیشینهٔ پژوهشی نشان داد که این یافته با نتایج پژوهش ثیم همسوست. وی در پژوهشی دریافت، مشکلات شخصیت خودشیفته بسیار پیچیده‌تر از آن است که بتوان راحت درمان شود. ارتباط بین اختلال شخصیت خودشیفته با لایه‌های عمیق شخصیت بسیار پیچیده‌تر و سخت‌تر از آن است که درمانگران طرح‌واره‌درمانی تصور می‌کنند (۳۹)؛ بااین‌حال یافتهٔ پژوهش حاضر با نتایج تحقیق دیکمن و بهری ناهمسوست. آن‌ها در پژوهشی دریافتند، میان اختلال شخصیت خودشیفته و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ارتباط معناداری وجود دارد (۴۰). همچنین خدابنده‌لو و همکاران اثربخشی طرح‌واره‌درمانی را بر کاهش نشانه‌های خودشیفتگی تأیید کردند (۲۳) که با یافتهٔ پژوهش حاضر ناهمسوست. تفاوت در یافته‌های پژوهشی را می‌توان به استفادهٔ مطالعات مختلف از ابزارهای پژوهشی متعدد یا تعداد اندک نمونهٔ مطالعه‌شده در پژوهش حاضر نسبت داد. همچنین شاید بتوان گفت، استفاده از تکنیک‌های تجربی مانند «برانگیختن هیجانات مرتبط با طرح‌واره‌های ناساگار اولیه» (۴۱) روشی است که تاحدودی «آگاهی و تنظیم هیجانی» را تعدیل می‌سازد (۲۳)؛ بااین‌حال می‌توان بیان کرد، دستیابی به هدف مذکور زمانی میسر می‌شود که مداخلات و تمرین‌های مرتبط با طرح‌واره‌درمانی استمرار و تداوم بیشتری داشته باشد. بررسی مطالعات انجام‌شده نیز مشخص کرد، برخلاف پژوهش حاضر جلسات درمانی بیشتری در

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-17]

طرح‌واره‌درمانی مشاهده می‌شود که با اثربخشی در اختلال‌های شخصیت به‌ویژه شخصیت خودشیفته همراه است (۲۳).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد محدود شرکت‌کنندگان در گروهای مطالعه‌شده و کم‌بودن جلسه‌های درمانی اشاره کرد. وجودنداشتن مرحلهٔ پیگیری و سنجش متغیرها به‌صورت خودگزارشی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین استناد به نتایج حاصل باید بااحتیاط صورت گیرد؛ زیرا به‌دلیل حجم زیاد اطلاعات خواسته‌شده ممکن است برخی از آزمودنی‌ها بادقت به سؤالات پاسخ نداده باشند یا به‌صورت ناخودآگاه پرسش‌نامه‌ها را درجهت خودتأییدی پر کرده باشند؛ بنابراین باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آینده برای جمع‌آوری داده‌ها، روش‌های دیگری نظیر مصاحبه و مشاهده نیز به‌کار رود. همچنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده متغیرهای جمعیت‌شناختی ازقبیل وضعیت اقتصادی و دین و مذهب کنترل شود. در پایان باتوجه به تأثیر و تأیید اثربخشی درمان روانکاوی بر درمان اختلال شخصیت خودشیفته، لزوم توجه بیشتر به درمان روان‌شناختی توسط کلینیک‌ها و درمانگران دست‌اندرکار توصیه می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان روانکاوی درمقایسه با طرح‌واره‌درمانی (فشرده)، اثربخشی بیشتری بر کاهش نشانه‌های خودشیفتگی دارد؛ درنتیجه بالینگران و پژوهشگران می‌توانند توجه بیشتری به درمان‌های پویشی در مداخلات اختلال شخصیت خودشیفته نشان دهند.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری مدیریت و همکاران و مراجعه‌کنندگان کلینیک روان‌شناسی هم‌آوا و کلینیک بهزیستی تهران تقدیر و تشکر فراوان کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش رضایت آگاهانهٔ همه شرکت‌کنندگان دریافت شد و به آن‌ها اطمینان‌خاطر داده شد که تمامی اطلاعات دریافتی از آن‌ها محرمانه خواهد بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها

همهٔ داده‌ها و تحلیل‌ها دردسترس تمامی نویسندگان است.

تزاحم منافع

مقالهٔ حاضر برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشجو نویسندهٔ اول است. نحوهٔ جمع‌آوری و گزارش داده‌ها و تمامی اطلاعات پایان‌نامه در اختیار همهٔ نویسندگان است. در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

تمامی هزینه‌های این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

هر دو نویسندهٔ این تحقیق در ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی، جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها و نوشتن مقاله سهم برابر داشتند و دست‌نوشته را قبل از ارسال خوانده و تأیید کردند. همچنین فرم تعهد اخلاقی را امضا کردند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Hickling FW, Martin J, Walcott G, Paisley V, Hutchinson N, Clarke T, et al. The creation and validation of the Jamaica Personality Disorder Inventory. West Indian Med J. 2013;62(5):389–96. https://doi.org/10.7727/wimj.2013.211
3. Skodol AE, Bender DS, Oldham JM. An alternative model for personality disorders: DSM-5 Section III and beyond. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS; editors. The American psychiatric publishing textbook of personality disorders. American Psychiatric Publishing, Inc; 2014.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock'S synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Lippinott Wiliams and Wilkins; 2014.
5. Heinze PE, Fatfouta R, Schröder–Abé M. Validation of an implicit measure of antagonistic narcissism. J Res Pers. 2020;88:103993. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.103993
6. Vater A, Schröder-Abé M, Ritter K, Renneberg B, Schulze L, Bosson JK, et al. The narcissistic personality inventory: a useful tool for assessing pathological narcissism? evidence from patients with narcissistic personality disorder. J Pers Assess. 2013;95(3):301–8. https://doi.org/10.1080/00223891.2012.732636
7. Skodol AE, Morey LC, Bender DS, Oldham JM. The alternative DSM–5 model for personality disorders: a clinical application. Am J Psychiatry. 2015;172(7):606–13. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101220
8. Majdara E, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Gregory R J. The efficacy of dynamic deconstructive psychotherapy in treatment of borderline personality disorder: introducing an evidence-based therapeutic model. Studis in Medical Sciences. 2018;29(6):1–19. [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-4447-en.html
9. Khorianian M, Heidarinasab L, Tabibi Z, Agha Mohammadian Sherbaf HR. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in decreasing the symptoms of depression and increasing emotional disclosure in

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-17]

patients suffering from depression. Thoughts & Behavior in Clinical Psychology. 2013;7(26):37–46. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_29.html?lang=en
10. Taghavi F, Mirzaie P, Azandariani M, Rezaei Shojaei S. The effectiveness of short-term dynamic psychotherapy on anxiety, depression and happiness in women with generalized anxiety. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2020;62(Special Issue):456–66. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_15075.html?lang=en
11. Moradzadeh Khorasani L, Mirzaian B, Hassanzadeh R. The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on mentalization in non-suicidal self-injurious people. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2020;8(3):22–35. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1561-en.html
12. Benecke C, Huber D, Staats H, Zimmermann J, Henkel M, Deserno H, et al. A comparison of psychoanalytic therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety (panic–agoraphobia) and personality disorders (APD study): presentation of the RCT study design. Z Psychosom Med Psychother. 2016;62(3):252–69. https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.3.252
13. Diamond D, Yeomans F, Levy KN. Psychodynamic psychotherapy for narcissistic personality. In: Campbell WK, Miller JD; editors. The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical approaches, empirical findings, and treatments. John Wiley & Sons, Inc; 2011.
14. Rashn Sh, Makvand-Hosseini Sh, Rezaei AM, Tabatabaee SM. The effect of long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with dependent personality disorder. Journal of Clinical Psychology. 2018;9(4):1–12. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2901_en.html
15. Young J, Behary WT. Schema-focused therapy for personality disorders. In: Terrier N, Wells A, Haddock G; editors. Treating complex cases: the cognitive behavioural therapy approach. John Wiley & Sons, Inc;1998.
16. Lobbestael J, Van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A. Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). Behav Cogn Psychother. 2010;38(4):437–58. https://doi.org/10.1017/s1352465810000226
17. Rahimaghaee F, Hatamipour K, Ashoori J. The effect of group schema therapy on symptoms of depression and increase quality of life among nurses. Journal of Nursing Education. 2017;6(3):17–23. [Persian] http://dx.doi.org/10.21859/jne-06033
18. Stopa L, Waters A. The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. Psychol Psychother. 2005;78(1):45–57. https://doi.org/10.1348/147608304x21383
19. Rezaei F. Tarhvare darmani dar afsordegi mozmen (hamrah ba chekide maghalat dahomin hamayesh peyapey salianeye anjoman elmi ravan pezeshkan Iran) [Schema-focused therapy and chronic depression]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010;16(3):387. [Persian]
20. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2014;45(2):242–51. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004
21. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2014;45(3):319–29. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.02.003
22. Yarmohamadi Vasel M, Borjali A, Golzari M, Delavar A. The effect of schema therapy in patients with recurrent depression disorder: a single-case study. Culture Counseling. 2013;3(12):21–48. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_5907.html?lang=en
23. Khodabandelow S, Najafi M, Rahimian-Boogar I. The effectiveness of schema mode therapy on reducing the narcissism's symptoms in narcissistic personality disorder: a single-subject research. J Res Behav Sci. 2017;15(3):321–30. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/article-1-548-en.html
24. Delavar A. Ravesh haye tahghigh dar ravan shenasi va oloome tarbiati [Research methods in psychology and educational sciences]. Tehran: Payame Noor University; 2006.
25. Millon T, Millon C, Davis R, Grossman S. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Pearson; 1994.
26. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Vizhegi haye ravan sanji porseshname balini chand mehvari Millon–3 [Psychometric characteristics of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III]. Modern Psychological Research. 2013;8(29):135–62. [Persian]
27. Raskin R, Terry H. A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. J Pers Soc Psychol. 1988;54(5):890–902. https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.5.890
28. Edelstein RS, Yim IS, Quas JA. Narcissism predicts heightened cortisol reactivity to a psychosocial stressor in men. J Res Pers. 2010;44(5):565–72. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.06.008
29. Zeini Hasanvand N, Javanmard K, Goodarzi M. Validation of The Narcissistic Personality Inventory–40. Journal of Psychology. 2015;19(1):102–18. [Persian]
30. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange; 1990.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-17]

31. Baljé A, Greeven A, van Giezen A, Korrelboom K, Arntz A, Spinhoven P. Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2016;17(1):487. https://doi.org/10.1186/s13063-016-1605-9
32. Shah Hosseini Tazik S, Zamani Zarchi MS. Asar bakhshiye tarkib darman haye shenakhti-raftari (CBT) va ravan pooyeshi dar tadile sefat mokharreb ekhtelal shakhsiat vabaste [The effectiveness of the combination of cognitive-behavioral therapies (CBT) and psychodynamics in modifying the destructive traits of dependent personality disorder]. In: International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences [Internet]. Tehran; 2015. [Persian] https://civilica.com/doc/436121
33. Carsky M. Supportive psychoanalytic therapy for personality disorders. Psychotherapy (Chic). 2013;50(3):443–8. https://doi.org/10.1037/a0032156
34. Rorie K. Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a systematic review. [Thesis for MSc]. [US]: St Catherine University; 2016.
35. Cramer P. Personality, personality disorders, and defense mechanisms. J Pers. 1999;67(3):535–54. https://doi.org/10.1111/1467-6494.00064
36. Di Giuseppe M, Gennaro A, Lingiardi V, Perry JC. The role of defense mechanisms in emerging personality disorders in clinical adolescents. Psychiatry. 2019;82(2):128–42. https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1579595
37. Freud A. The ego and the mechanisms of defence. London: Routledge; 2018.
38. Taubner S, Volkert J. Evidence-based psychodynamic therapies for the treatment of patients with borderline personality disorder. Clin Psychol Eur. 2019;1(2):e30639. https://doi.org/10.32872/cpe.v1i2.30639
39. Thimm JC. Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2010;41(1):52–9. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.001
40. Dieckmann E, Behary W. Schema therapy: an approach for treating narcissistic personality disorder. Fortschr Neurol Psychiatr. 2015;83:463-77.
41. Behary WT, Dieckmann E. Schema therapy for narcissism: the art of empathic confrontation, limit-setting, and leverage. In: Campbell WK, Miller JD; editors. The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2012. https://doi.org/10.1002/9781118093108.ch40

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-17]