

اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش شدت علائم افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی - جبری: پژوهش مورد منفرد

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۱۸

محمدصادق منتظری*، حمیدطاہر نشاط دوست**، محمدرضا عابدی***، احمد عابدی****

چکیده

مقدمه: طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش به وجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری کلاسیک برای درمان اختلالات منش شناختی بنا شده است. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم اختلال شخصیت وسواسی- جبری و افسردگی در یک مورد مبتلا به شخصیت وسواسی- جبری بود.

روش: شرکت کننده این پژوهش یک زن مجرد ۳۲ ساله مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری بود که با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته SCID برای اختلالات محور یک و دو تشخیص داده شد. برای سنجش علائم شخصیت وسواسی- جبری از پرسشنامه سنجش اختلال شخصیت وسواسی- جبری مارتوکویچ و برای سنجش علائم افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. در این پژوهش از روش پژوهش مورد منفرد با طرح A-B استفاده شد. در این روش پس از موقعیت خط پایه، مداخله آغاز شد و ۱۶ جلسه طرحواره درمانی برای این بیمار اجرا شد. دو جلسه پیگیری، یک ماه و دو ماه بعد از جلسه شانزدهم اجرا گردید.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش که طی تحلیل دیداری نمودار داده‌ها بر اساس شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل دیداری، در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه مداخله در کاهش افسردگی و علائم شخصیت وسواسی شرکت کننده مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه همسو با پژوهش‌های قبلی نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش علائم افسردگی و شخصیت وسواسی- جبری در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری می‌شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، اختلال شخصیت وسواسی- جبری، افسردگی، پژوهش مورد منفرد

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

sadeghmontenator@gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

h.neshat@ edu.ui.ac.ir

** استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

m.r.abedi@ edu.ui.ac.ir

*** دانشیار، گروه مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

a.abedi@gmail.com

**** استادیار، گروه کودکان نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

خطر بیشتری برای داشتن سبک‌های اسنادی هستند که فرد را برای کنترل ناپذیری ادراک شده آسیب پذیر می‌کند. بر اساس نظریه سلیگمن، کنترل ناپذیری ادراک شده باعث افسردگی و اضطراب می‌شود. بنابراین افراد دارای اختلال شخصیت وسواسی-جبری در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اضطراب و افسردگی هستند. وجود افسردگی در مطالعات مختلف در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری تأیید شده است [۶، ۷، ۸]. با وجود میزان بالای شیوع و مشکلات زیادی که در زندگی نزدیکان افراد دارای اختلال شخصیت به وجود می‌آید، به درمان و علت‌شناسی این اختلالات توجه تجربی کمی شده است. علاوه بر این، اختلالات شخصیت با اختلالات محور یک همپوشی زیادی دارند که برای درمان این اختلالات مشکل ایجاد می‌کند. اختلالات شخصیت هم بر نتیجه درمان‌های دارویی و هم بر درمان‌های روان‌شناختی تأثیر منفی می‌گذارند [۲]. طی سال‌های اخیر، کارایی درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات شخصیت نشان داده شده است [۹، ۱۰، ۱۱]. بر اساس نظریه شناخت درمانی، احساسات و رفتارهای ناکارآمد در اختلالات شخصیت به طور وسیعی تحت تأثیر کارکرد طرحواره‌های خاص است که موجب قضاوت‌های سوگیرانه و ایجاد خطاهای شناختی مداوم در انواع موقعیت‌های خاص می‌شوند [۱۲]. در یک مطالعه، بک و همکاران [۱۳] با استفاده از پرسشنامه باور شخصیتی^{۱۰}، باورهای ناکارآمد افراد مبتلا به اختلالات شخصیت را مشخص کردند. نتایج نشان داد که بیماران OCPD باورهایی را بیشتر ترجیح می‌دادند، که از لحاظ نظری با این اختلال ارتباط داشتند. به منظور درمان باورهای هسته‌ای و طرحواره‌های درگیر در اختلالات شخصیت، یانگ^{۱۱} درمانی یکپارچه به وجود آورد [۱۴]. طرحواره درمانی^{۱۲} که توسط یانگ به وجود آمد، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده

صفات شخصیت‌الگوهای پایداری از ادراک، برقراری ارتباط، و تفکر درباره محیط و خویش‌نم هستند که در گستره وسیعی از زمینه‌های اجتماعی و شخصی ظاهر می‌شوند. تنها هنگامی که صفات شخصیت انعطاف ناپذیر و ناسازگارند و موجب اختلال قابل ملاحظه در کارکرد یا پریشانی ذهنی می‌شوند، اختلال‌های شخصیت را تشکیل می‌دهند [۱]. اختلالات شخصیت^۱ پیامد تعامل پیچیده بین آمادگی ژنتیکی فردی و محیط هستند. اختلالات شخصیت بر حوزه‌های عملکرد فردی از قبیل، فرآیندهای خودکنترلی^۲، رفتاری، شناختی، عاطفی، بین فردی و زیستی تأثیر می‌گذارند [۲]. طبق تعریف انجمن روان‌شناسی آمریکا [۱] اختلال شخصیت وسواسی-جبری (OCPD)^۳ الگوی فراگیر اشتغال ذهنی نسبت به نظم و ترتیب، کمال‌گرایی و کنترل ذهنی و میان فردی به بهای از دست دادن انعطاف پذیری، گشاده رویی و کارآمدی است که از اوایل بزرگسالی آغاز و در زمینه‌های گوناگون ظاهر می‌گردد. متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR)^۴ [۱] شیوع اختلال شخصیت وسواسی-جبری در نمونه‌های جامعه را یک درصد و در افرادی که به کلینیک‌های بهداشت روانی مراجعه می‌کنند، سه تا ده درصد گزارش نموده است. انسل^۵ و همکاران [۳] شیوع اختلال شخصیت وسواسی-جبری را در جمعیت بالینی (بیماران سرپایی مراجعه کننده به کلینیک) اسپانیایی ۲۶ درصد برآورد کرده‌اند. گرانت^۶، مونی^۷ و کوشنر^۸ [۴] شیوع طول عمر اختلال شخصیت وسواسی-جبری را ۷/۸ درصد گزارش نمودند و بین زنان مردان تفاوتی مشاهده کردند. طبق پژوهش فاسیتی^۹ [۵] در مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی-جبری، درماندگی آموخته شده وجود دارد. همچنین این افراد در

- 1- Personality disorders
- 2- Self control
- 3- Obsessive compulsive personality disorder
- 4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)
- 5- Ansell
- 6- Grant
- 7- Mooney
- 8- Kushner
- 9- Faucette

- 10- Personality belief questionnaire (PBQ)
- 11- Young
- 12- Schema therapy

می‌شد و هیچ گونه مداخله‌ای جهت بهبود شخصیت و سواسی- جبری صورت نگرفت؛ پس از آن مداخله به مدت ۱۶ جلسه آغاز گردید. یک ماه پس از پایان جلسات مداخله، ۲ سری پرسشنامه در دو ماه متوالی به عنوان آزمون پیگیری تکمیل شد.

آزمودنی‌ها: شرکت کننده این پژوهش یک زن مبتلا به شخصیت و سواسی- جبری بود که با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته^۳ SCID-II تشخیص داده شد. ملاک‌های ملاک‌های ورود به پژوهش عدم همبودی در اختلال‌های محور یک، تشخیص OCPD تشخیص اصلی باشد و عدم ابتلا به سوء مصرف مواد بودند، که توسط مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته SCID-I بررسی شدند. و ملاک آخر عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی بود که با سؤال مستقیم از بیمار بررسی شد. و به مدت ۱۶ جلسه یک ساعته در هفته، در یک کلینیک مشاوره در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱ تحت درمان قرار گرفت. ویژگی‌های این مورد به شرح زیر است: الف متولد سال ۱۳۵۸ و مجرد بود. وی همراه مادر و مادر بزرگ زندگی می‌کند. بیمار کارمند می‌باشد و وضع خانواده‌اش هم از نظر اقتصادی بالا بود. بیمار در دوران کودکی با مادر بزرگ‌اش زندگی می‌کرده است. و در آن دوران از داشتن پدر و مادر محروم بوده است. در کودکی به خاطر بمباران جنگ لکنت زبان گرفته است اما از نوجوانی به بعد مشکلی نداشته است. در کار فعلی و در ارتباط با همکاران مشکلی ندارد، اما سابقه مشاجره در محل کار قبلی را داشته است. در تصمیم‌گیری‌ها، بخصوص انتخاب همسر مشکل داشت. بیمار سابقه درمان‌های روان‌پزشکی نداشته است و اولین مراجعه‌اش به کلینیک‌های بهداشت روان می‌باشد. و در طول پژوهش درمان دیگری دریافت نمی‌کرد. اگرچه او علائم و سواس (ملاک‌های A و B) را گزارش می‌کرد اما طبق ارزیابی با مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته SCID-I وی ملاک‌های کامل (ملاک C، پریشانی بیش از حد یا وقت گیر بودن) برای تشخیص OCD را نداشت. همچنین وی ملاک A (وجود خلق افسرده در بیشتر روزها) برای افسرده‌خویی را داشت، اما ملاک B را نداشت. قوی‌ترین طرحواره‌های بیمار معیارهای سرسختانه، منفی

گرایی^۱ و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است [۱۴]. چندین مطالعه اثربخشی طرحواره درمانی را در درمان اختلال‌های روانی از جمله اختلال شخصیت مرزی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلالات شخصیت و سوء مصرف مواد تأیید کرده‌اند [۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸]. طبق مطالعه مختاری [۱۹]، طرحواره درمانی گروهی باعث افزایش رضایت زناشویی افراد متأهل مبتلا به اختلال شخصیت و سواسی- جبری شد. این مداخله به صورت گروه درمانی انجام شد؛ اما طبق مفروضه‌های طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکاران [۱۴] مطرح شد این نوع درمان به صورت فردی اجرا می‌شود. اگرچه شناخت درمانی تغییر یافته برای اختلالات شخصیت، در کاهش افسردگی و علائم بیماران مبتلا به اختلال شخصیت و سواسی در یک جمعیت چینی مؤثر بود [۲۰]، اما طبق دانش پژوهشگران مقاله حاضر، تاکنون در خصوص کارایی طرحواره درمانی در درمان فردی مبتلایان به اختلال شخصیت و سواسی- جبری پژوهشی در داخل و خارج از کشور انجام نگرفته است. با توجه به مطالب فوق می‌توان این گونه بیان داشت که مبتلایان به اختلال شخصیت و سواسی- جبری، مشکلات زیادی دارند که باعث مشکلاتی در روابط بین فردی و افسردگی برای فرد مبتلا می‌شود، لذا کمک به این افراد امری ضروری است. مسأله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره درمانی علائم اختلال شخصیت و سواسی- جبری و افسردگی را کاهش می‌دهد؟ هدف این مطالعه تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم اختلال شخصیت و سواسی- جبری و افسردگی در یک مورد مبتلا به اختلال شخصیت و سواسی- جبری بود. بدین منظور فرضیه‌های زیر مورد بررسی و آزمون قرار گرفته است:

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد^۲ است. و از طرح A-B استفاده شد. به طور کلی موقعیت اول (A) خط پایه است. در موقعیت دوم (B) یک مداخله‌ی درمانی اجرا می‌شود و سپس متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بنابراین در پژوهش حاضر در ۳ جلسه‌ی اول فقط پرسشنامه‌ها توسط شرکت کننده تکمیل

1- Constructivism

2- single-case designs

3- Semistructured

نسخه‌ی دوم پرسشنامه‌ی افسردگی بک را روی یک نمونه‌ی ۳۵۴ نفری از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و افرادی که در حال بهبودی بودند اجرا کردند و ضریب اعتبار آن را ۰/۹۱ گزارش کردند. روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس افسردگی ۶ ماده‌ای ۰/۸۷ به دست آمد.

۴- پرسشنامه سنجش اختلال شخصیت وسواسی- جبری^۴ (OCPDQ): این پرسشنامه دارای ۸۰ سؤال است که ۸ ملاک اشتغال ذهنی با جزئیات، کمال‌گرایی، تخصیص وقت بیش از اندازه به کار، با وجدان بودن، احتکار، بی‌میلی نسبت به واگذار کردن کارها، حساست و انعطاف ناپذیری را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای مقیاس صحیح و غلط می‌باشد. در پژوهش مارتوکویچ^۵ [۲۵] این پرسشنامه دارای سطح بالایی از پایایی و با آلفای کرونباخ (۰/۸۲) به دست آمد. ضریب پایایی این پرسشنامه پس از اجرا بر روی یک نمونه مقدماتی ایرانی، ۰/۸۹ به دست آمد که نشانه پایایی خوب آن است.

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۶ نمودارها و شاخص روند^۷، ثبات^۸، درصد داده‌های غیر همپوش^۹ (PND) و درصد داده‌های همپوش^{۱۰} (POD) استفاده شده است [۲۶]. در دو جلسه ابتدایی آشنایی انجام شد و با بیمار ارتباط برقرار گردید. و مصاحبه نیمه ساختاریافته SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک و مصاحبه نیمه ساختاریافته SCID-II برای سنجش اختلالات محور دو اجرا گردید. سپس سه جلسه خط پایه اجرا گردید که در این جلسات پرسشنامه‌های افسردگی و شخصیت وسواسی- جبری به منظور ارزیابی خط پایه درمان اجرا گردید. پس از آن بیمار وارد مرحله مداخله گردید. در جلسات یک تا پنج درمان، سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌ها و فرمول‌بندی مشکل بیمار طبق

گرایی، بدبینی و محرومیت هیجانی بودند که با استفاده از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه [۲۱] و مصاحبه بالینی سنجیده شدند. وی بیشتر از سبک مقابله‌ای اجتناب برای کنار آمدن با طرحواره‌ها استفاده می‌کرد که توسط پرسشنامه اجتناب یانگ- رای [۲۲] و مصاحبه بالینی سنجیده شدند.

ابزار:

۱- SCID-I (مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک): SCID-I یک مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته است که برای تشخیص گذاری اختلال‌های عمده محور یک بر اساس DSM IV-TR به کار می‌رود. در مطالعه روی سوء مصرف کنندگان مواد که توسط کرانزلز و همکاران انجام شد، تشخیص‌هایی که با استفاده از SCID انجام شدند از روایی بالاتری در مقایسه با مصاحبه بالینی استاندارد برخوردار بودند. نتایج پایایی به طور چشمگیری در بعضی از تشخیص‌ها و بخش‌ها متفاوت بود [۲۳].

۲- SCID-II (مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلال‌های محور دو): SCID-II یک مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیتی محور دو، DSM IV-TR است. آرنتر و همکارانش با استفاده از یک طرح روایی مشترک، روایی فرم SCID-II را در نمونه ۷۰ نفری از بیماران بستری مورد بررسی قرار دادند. کاپا از ۰/۷۷ برای اختلال شخصیت وسواسی- جبری تا ۰/۸۲ برای اختلال شخصیت اجتنابی بود، وزن کاپا برای همه اختلال‌های شخصیت ۰/۸۰ به دست آمد [۲۳].

۳- پرسشنامه افسردگی بک، نسخه‌ی دوم^۱: در این پژوهش از فرم ۲۱ ماده‌ای استفاده می‌شود. علائم افسردگی که توسط این آزمون سنجیده می‌شود عبارت است از علائم هیجانی و عاطفی، انگیزشی و شناختی، جسمی و نباتی. این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه جمله، و هر گروه شامل چهار گزینه می‌باشد که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. دابسون^۲ و محمدخانی [۲۴]،

4- Obsessive Compulsive Personality Disorder Questionnaire
5- Martukovich
6- Visual analysis
7- Trending
8- Stability
9- Percentage of Non-Overlapping Data
10- Percentage of Overlapping Data

1- Duch
2- Beck depression inventory-II
3- Dobson

رویکرد طرحواره درمانی انجام شد. در جلسات شش تا نه تکنیک‌های شناختی اجرا شد مثل: آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره. سپس از جلسه ۱۰ تا ۱۳ بیمار وارد مراحل تجربی درمان شد که شامل اجرای تکنیک‌های هیجانی مثل انجام گفتگوهای خیالی، باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه می‌باشد. تکنیک‌های رفتاری از جلسه ۱۳ در حین تکنیک‌های هیجانی شروع شد و تا جلسه ۱۶ ادامه یافت. یک ماه پس از درمان اولین جلسه پیگیری اجرا شد. و یک ماه بعد از اولین جلسه دومین جلسه پیگیری نیز اجرا شد. لازم به ذکر است که مراحل سنجش و درمان توسط یک پژوهشگر اجرا شد. جهت رعایت اخلاق پژوهش به بیمار گفته شد که هویت وی در مورد پرسشنامه‌ها و گزارش پژوهش مخفی می‌ماند، این یک درمان جهت انجام کار پژوهشی است و در صورت تمایل می‌تواند از روند درمان خارج شود.

یافته‌ها

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۱ آمده است. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر پرسشنامه، در مرحله اول با استفاده از میانه‌ی داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه‌ی داده‌ها موازی با محور x کشیده شد و یک محفظه‌ی ثبات^۱ روی خط میانه قرار گرفت (نمودار شماره یک سمت چپ). محفظه‌ی ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه‌ی بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه‌ی ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد [۲۶]. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، در موقعیت خط پایه از روش آزادی عمل و در موقعیت مداخله از روش دو نیم کردن^۲ استفاده شد. و محفظه‌ی ثبات خط روند بر اساس معیار

۲۰-۸۰ درصدی رسم شد (نمودار شماره یک سمت راست). پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان دهنده‌ی درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده‌ی متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه‌ی وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین، هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست [۲۶].

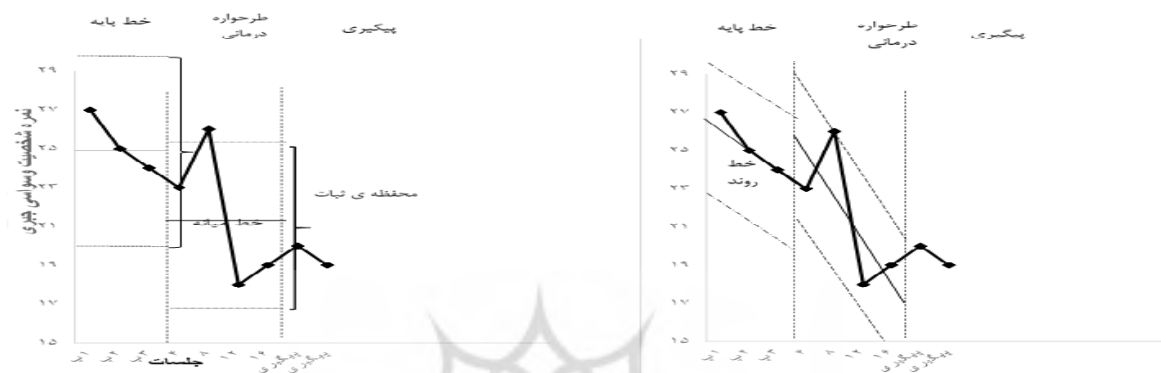
بر اساس تحلیل دیداری برای نمره شخصیت و سواسی جبری، خط میانه، خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها طبق نمودار یک است: جدول دو، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های شخصیت و سواسی جبری طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد: شاخص‌های تغییر روند بین موقعیتی برای بیمار تغییر روند در جهت هدف پژوهش را نشان می‌دهند (خانه ۲ سمت چپ جدول ۲). همچنین شاخص‌های تغییر سطح بین موقعیتی (خانه ۳ سمت چپ جدول ۲) تغییرات را نشان می‌دهند. نتایج جدول ۲ و نمودار ۱ برای بیمار نشان داد که طرحواره درمانی در درمان اختلال شخصیت و سواسی مؤثر بود (PND برای بیمار ۷۵٪ بود). بدین ترتیب نتایج حاصل از نا همپوشی داده‌های بین داده‌های دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر علائم اختلال شخصیت و سواسی مؤثر بود و فرضیه اول این پژوهش تأیید شد.

1- stability envelope

2- split-middle

جدول ۱) نمرات پرسشنامه‌ی افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی - جبری

متغیرها		خط پایه				جلسات درمان		پیگیری	
جلسه‌ی اول	جلسه‌ی دوم	جلسه‌ی سوم	جلسه‌ی چهارم	جلسه‌ی هشتم	جلسه‌ی دوازدهم	جلسه‌ی شانزدهم	یک (ماه اول)	دو (ماه دوم)	
شخصیت وسواسی	۲۷	۲۵	۲۴	۲۳	۲۶	۱۸	۲۰	۱۹	
افسردگی	۲۹	۲۳	۲۹	۱۵	۲۷	۱۸	۲۲	۱۹	



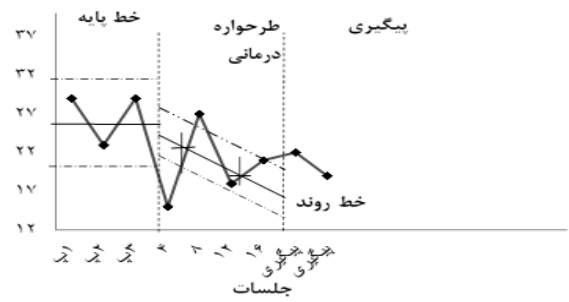
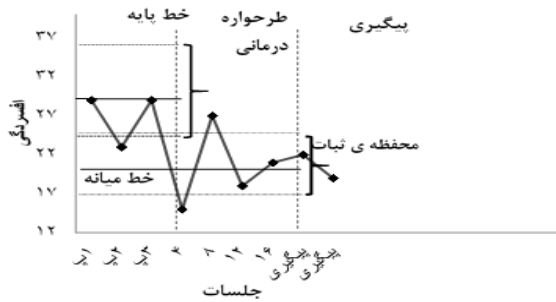
نمودار ۱) خط میانه، خط روند و محفظه‌ی ثبات نمره شخصیت وسواسی - جبری

وسواسی - جبری طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد: شاخص‌های تغییر روند بین موقعیتی برای بیمار تغییر روند در جهت هدف پژوهش را نشان می‌دهند (خانه ۲ سمت چپ جدول ۲). همچنین شاخص‌های تغییر سطح بین موقعیتی (خانه ۳ سمت چپ جدول ۲) تغییرات را نشان می‌دهند. نتایج جدول ۲ و نمودار ۱ برای بیمار نشان داد که طرحواره درمانی در درمان اختلال شخصیت وسواسی مؤثر بود (PND برای بیمار ۷۵٪ بود). بدین ترتیب نتایج حاصل از نا همپوشی داده‌های بین داده‌های دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر علائم اختلال شخصیت وسواسی مؤثر بود و فرضیه اول این پژوهش تأیید شد. بر اساس تحلیل دیداری برای نمره افسردگی، خط میانه، خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها طبق نمودار دو است: جدول سه، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های افسردگی طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد: شاخص‌های تغییر روند بین موقعیتی برای بیمار تغییر روند در جهت هدف پژوهش را نشان می‌دهند (خانه ۲ سمت چپ جدول ۳). همچنین شاخص‌های تغییر سطح بین موقعیتی (خانه ۳

پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان دهنده‌ی درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده‌ی متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه‌ی وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین، هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست [۲۶]. بر اساس تحلیل دیداری برای نمره شخصیت وسواسی - جبری، خط میانه، خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها طبق نمودار یک است: جدول دو، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های شخصیت

داده‌های دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر علائم افسردگی مؤثر بود و فرضیه دوم این پژوهش تأیید شد.

سمت چپ جدول ۳) تغییرات را نشان می‌دهند. نتایج جدول ۳ و نمودار ۲ برای بیمار نشان داد که طرحواره درمانی در درمان افسردگی بیمار مؤثر بود (PND برای بیمار ۷۵٪ بود). بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین



نمودار ۲) خط میانه، خط روند و محفظه‌ی ثبات نمره افسردگی

جدول ۲) متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شخصیت وسواسی-جبری

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B A	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
	تغییرات روند	۴	۳	طول موقعیت‌ها
	۲.۱- تغییر جهت			سطح
	۲.۲- اثر وابسته به هدف	۲۱	۲۵	۳.۱- میانه
مثبت	۲.۳- تغییر ثبات	۲۱/۵	۲۵/۳۳	۳.۲- میانگین
با ثبات به با ثبات	۱- تغییر در سطح	۱۸-۲۶	۲۴-۲۷	۳.۳- دامنه‌ی تغییرات
	۳.۱- تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات	۳.۴- دامنه‌ی تغییرات محفظه‌ی ثبات ۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
۲۴/۵ به ۲۵	۳.۲- تغییر مطلق			تغییر سطح
۲۳ به ۲۴	۳.۳- تغییر میانه	۱۸/۵-۲۴/۵	-	۴.۱- تغییر نسبی
۲۱ به ۲۵	۳.۴- تغییر میانگین	۱۹-۲۳	۲۴-۲۷	۴.۲- تغییر مطلق
۲۱/۵ ۲۵/۳۳	همپوشی داده‌ها			روند
	PND-۴.۱	نزولی	نزولی	۵.۱- جهت
۷۵٪	POD-۴.۲	با ثبات	با ثبات	۵.۲- ثبات
۲۵٪		خیر	خیر	۵.۳- مسیرهای چندگانه

بحث

علائم شخصیت‌وسواسی-جبری و افسردگی مؤثر بود. همچنین طبق جلسات پیگیری که تا دو ماه پس از درمان ادامه یافت علائم کاهش یافته پابرجا بود. اگرچه تاکنون پژوهش آزمایشی کنترل شده تصادفی دقیقی بر روی طرحواره درمانی اختلالات شخصیت انجام نشده است.

هدف از مطالعه حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم اختلال شخصیت‌وسواسی-جبری و افسردگی در یک مورد مبتلا به شخصیت‌وسواسی-جبری بود. نتایج تحلیل دیداری پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر

جدول ۳) متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای افسردگی

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
B A	مقایسه‌ی موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
	تغییرات روند	۴	۳	طول موقعیت‌ها
	۲۰.۱- تغییر جهت			سطح
مثبت	۲۰.۲- اثر وابسته به هدف	۱۹/۵	۲۹	۳۰.۱- میانه
بی ثبات به بی ثبات	۲۰.۳- تغییر ثبات	۲۰/۲۵	۲۷	۳۰.۲- میانگین
	۱- تغییر در سطح	۱۵-۲۷	۲۳-۲۹	۳۰.۳- دامنه‌ی تغییرات
۲۱ به ۲۹	۳۰.۱- تغییر نسبی	بی ثبات	بی ثبات	۳۰.۴- دامنه‌ی تغییرات محافظه‌ی ثبات ۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
۱۵ به ۲۹	۳۰.۲- تغییر مطلق			تغییر سطح
۱۹/۵ به ۲۹	۳۰.۳- تغییر میانه	۱۹/۵-۲۱	-	۴۰.۱- تغییر نسبی
۲۰/۲۵ به ۲۷	۳۰.۴- تغییر میانگین	۲۱-۱۵	۲۹-۲۹	۴۰.۲- تغییر مطلق
	همپوشی داده‌ها			روند
٪۷۵	۴۰.۱- PND	نزولی	شیب صفر	۵۰.۱- جهت
٪۲۵	۴۰.۲- POD	بی ثبات	-	۵۰.۲- ثبات
		خیر	بله	۵۰.۳- مسیرهای چندگانه

کاهش در نمرات در مرحله پیگیری باقی ماند. میانه نمرات این شرکت کننده از ۱۰۵ در خط پایه به ۱۰۱ در درمان رسیده است، که نشانگر تغییر اندک می‌باشد. شاخص PND نشان می‌دهد که مداخله طرحواره درمانی در کاهش علائم شخصیت‌وسواسی-جبری با ۷۵ درصد اطمینان مؤثر بوده است. چون صفات شخصیت‌الگوهای پایداری از ادراک، برقراری ارتباط، و تفکر درباره محیط و خویشتن هستند بنابراین اکثر رویکردهای درمانی برای این

[۲۷]، اما بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه طرحواره درمانی حاکی از کارایی این درمان برای اختلال شخصیت‌مرزی می‌باشد [۱۷، ۱۸، ۲۸، ۲۹] و نتایج این پژوهش به طور کلی همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی در مورد کارایی طرحواره درمانی در بهبود اختلالات شخصیت بود. نمودار یک نشان می‌دهد که شرکت کننده در خط پایه روند نزولی اندکی داشته است. با شروع مداخله، وی در علائم شخصیت‌وسواسی-جبری روند نزولی نشان داد. و این

چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای، در افراد دارای اختلال شخصیت وسواسی-جبری علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده از جمله خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خود انگیزشی و دلبستگی ایمن به دیگران، طی سال‌های کودکی می‌شود. نتایج این پژوهش که در غالب یک پژوهش مورد منفرد به صورت دقیق و عمیق انجام شد، نشان داد طرحواره درمانی بر علائم اختلال شخصیت وسواسی-جبری و افسردگی مؤثر می‌باشد. درمانگران می‌توانند در کنار سایر درمان‌ها از این روش که با روش شناسی خاصی انجام شد استفاده نمایند. در مجموع این نتایج نشان داد که طرحواره درمانی در کاهش علائم اختلال شخصیت وسواسی مؤثر است اما برای حداکثر کارایی به جلسات بیشتری نیاز است و با توجه به قرار داشتن در مرحله مقدماتی بررسی طرحواره درمانی شخصیت وسواسی، نیاز به پژوهش‌های بیشتر در آینده احساس می‌شود. در این پژوهش درمانگر و ارزیاب به منظور تشخیص و سنجش علائم یک نفر بودند که یکی از محدودیت‌های این مطالعه است. ارزیاب در اجرای مصاحبه نیمه ساختاریافته SCID از هدف پژوهش اطلاع داشت، و ممکن است به بیش برآورد ملاک‌های OCPD اقدام کرده باشد. و همچنین پرسشنامه‌ها که در فرایند درمان اجرا می‌شد توسط درمانگر رویت می‌شد و ممکن است بر روند درمان تأثیر داشته است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به منظور کاستن از سوگیری‌های احتمالی، از دو پژوهشگر استفاده شود. به دلیل عدم امکان بررسی جامع پیشینه مراجع، پنج مارک^۴ بررسی نشد. که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده پنج مارک نیز بررسی شود. محدودیت دیگر این پژوهش این است که فقط از یک نوع درمان و یک شرکت کننده برای درمان اختلال شخصیت وسواسی-جبری استفاده شد، لذا استفاده همزمان از سایر رویکردها و مقایسه آنها با طرحواره درمانی با تعداد شرکت کنندگان بیشتر پیشنهاد می‌شود.

اختلالات درمان‌های بلند مدتی را در نظر گرفته‌اند [۱۲، ۱۴]. لذا این درمان کوتاه مدت (۱۶ جلسه درمانی) نشان داد که طرحواره درمانی در درمان علائم اختلال شخصیت وسواسی-جبری مؤثر است اما برای کارایی بهتر به تعداد جلسات بیشتری نیاز است. نتایج این مطالعه همسو با پژوهش‌های قبلی در زمینه اثربخشی درمان شناختی برای اختلال شخصیت وسواسی-جبری می‌باشد [۱۹، ۲۰]. طبق نمودار دو که نمره افسردگی را نشان می‌دهد شرکت کننده در خط پایه روند ثابتی داشته است. با شروع درمان، تغییری ناگهانی و سریع (طبق شاخص تغییر سطح نسبی و مطابق جدول چهار) در داده‌ها ایجاد شده است. که ناشی از یک حادثه مثبت در زندگی وی در هنگام اجرای پرسشنامه (جلسه چهار درمان) بود. اما پس از آن وی روندی نزولی در جهت کاهش افسردگی نشان داد که تا مرحله پیگیری باقی ماند. کاهش میانه افسردگی از ۲۹ (افسردگی متوسط) در موقعیت خط پایه به ۱۹/۵ (افسردگی خفیف) در موقعیت مداخله نشان دهنده اثربخش بودن مداخله است. شاخص PND نشان می‌دهد که مداخله طرحواره درمانی در کاهش افسردگی با ۷۵ درصد اطمینان مؤثر بوده است. همسو با نتایج ام کا^۱ [۲۰] و استراس^۲ و همکاران [۳۰]، درمان باعث کاهش افسردگی در مبتلایان به شخصیت وسواسی شد. همچنین در یک مطالعه طرحواره درمانی در درمان افسردگی مزمن [۳۱] مؤثر بود، که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک تجربی، که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند، به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی می‌شود، کمک زیادی می‌کند. در مطالعه ویرتمن و آرنتز^۳ [۳۲] معلوم شد شناخت درمانی خاطرات کودکی نسبت به خاطرات حال نتایج بهتری را در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ایجاد می‌کند. اختلال شخصیت وسواسی-جبری با مجموعه‌ای از افکار ناکارآمد، رفتارهای کنترل کننده، رابطه محدود عاطفی، عدم ابراز هیجانی و عدم اطمینان به رابطه درمانی خود را نشان می‌دهد. رویکرد طرحواره درمانی با تلفیق

1- Mk

2- Strauss

3- Weertman, Arntz

4- Benchmark

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد که در سال ۱۳۹۱ در دانشگاه اصفهان به انجام رسیده است.

منابع

- 11- Dobson KS. Handbook of cognitive behavioral therapies. 3th ed. New York London: The Guilford press; 2010.
- 12- Beck A, Freeman A, Davis D, et al. Cognitive therapy for personality disorders. New York: Guilford press; 2004.
- 13- Beck AT, Butler AC, Brown GK, Dahlsgaard KK, Newman CF, Beck JS. Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. Behave res ther. 2001; 39(10): 1213-1225.
- 14- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. translate: hamidpoor, H. [Schema therapy: A practitioner's guide]. Tehran : Arjmand; 2003. [Persian].
- 15- Hamidpoor H. comparison The effectiveness of cognitive behavior therapy and schema therapy in treatment women who suffer from generalized anxiety disorder. [PHD dissertation]. Tehran: university of behzisti sciences and rehabilitation; 2009. [Persian].
- 16- Nordahl HM, Nysæter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. [doi: DOI: 10.1016/j.jbtep.2005.05.007]. j behave ther Exp psychiatr. 2005; 36(3): 254-264.
- 17- Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. [doi: DOI: 10.1016/j.brat.2009.07.013]. Behave res ther. 2009; 47(11): 961-973.
- 18- Ball SA, Cobb-Richardson P, Connolly AJ, Bujosa CT, O'Neill, TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. [doi: DOI: 10.1016/j.comppsy. 2004.11.003]. Compr psychiatr. 2005; 46(5): 371-379.
- 19- Mokhtari S. investigation effectiveness of schema therapy on marietal satisfaction in patients with obsessive compulsive personality disorder in Isfahan city. [MA dissertation]. Tehran: Alzahra University; 2009. [Persian].
- 20- MK NG R. Cognitive therapy for obsessive compulsive personality disorders-a pilot study in Hong kong Chinese patients. Hong kong j psychiatr. 2005; (15): 50-53.
- 21- Yoosefi N. Compared the efficacy of two family therapy approach according to schema therapy and bowens emotional system in early maladaptive schemas, self differentiation, attachment styles and tendency to divorce in couple who wanted to be divorcein city of saghez. [PHD dissertation]. Isfahan: Isfahan University; 2010. [Persian].
- 22- Salavati M. The main schemas and Effectiveness of schema therapy on the patients suffering from borderline personality disorder.
- 1- American psychological association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM IV, 4th ed. Tehran: sokhan; 2000. [Persian].
- 2- Lewis-Smith J. An examination of the common and unique processes associated with early symptom change as a function of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders [Dissertation]. Unpublished 3285393, United States-Florida: University of Miami; 2007.
- 3- Ansell EB, Pinto A, Crosby RD, Becker DF, Añez LM, Paris Manuel, Grilo CM. The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. J behave ther exp psychiatr. 2010; 45(5): 325-332.
- 4- Grant JE, Mooney ME, Kushner MG. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J psychiatr res. 2012; 1-7.
- 5- Faucette RC. The role of learned helplessness in the onset of depression in obsessive compulsive personality disorder [Dissertation]. Unpublished 9502674, United States-North Carolina: The University of North Carolina at Greensboro; 1994.
- 6- Rees A, Hardy GE, Barkham M. Covariance in the measurement of depression/anxiety and three Cluster C personality disorders (avoidant, dependent, obsessive-compulsive). [doi: DOI: 10.1016/S0165-0327(97)00071-2]. J affect disord. 1997; 3(45): 143-153.
- 7- Frost RO, Steketee G, Williams LF, Warren R. Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. [doi: DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00137-0]. Behave res ther. 2000; 38(11): 1071-1081.
- 8- Barber JP, Muenz LR. The Role of Avoidance and Obsessiveness in Matching Patients to Cognitive and Interpersonal Psychotherapy: Empirical Findings From the Treatment for Depression Collaborative Research Program. [doi:]. J consult clin psychol. 1996; 64(5): 951-958.
- 9- Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. Behave res ther. 2010; (48): 832-839.
- 10- Hoffart A, Sexton H. The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. Behave res ther. 2002; (40): 611-623.

- [PHD dissertation]. Tehran: psychiatry institute of Tehran; 2007. [Persian].
- 23- First MB, Spitzer RL, Giben M, Williams JBW. Translate: Mohammad khani. Semistructred clinical interview for disorders of DSM-IV-TR. Tehran: danzhe; 2010. [Persian].
- 24- Dobson K, Mohammadkhani, P. The psychometric properties of beck-II depression inventory in patients with major depression in relative recovery. J rehabil. 2007; 8(2): 80-86. [Persian].
- 25- Martukovich R. A reexamination of the obsessive compulsive personality disorder questionnaire reliability and validity in a college student sample. [MA Dissertation]. Wittenberg University; 2004.
- 26- Farahani HA, abedi A, aghamohammadi S, kazemi Z. methodology of single case series in behavioural sciences and medicine (applicant approach). Tehran: danzhe; 2010. [Persian].
- 27- Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA. A systematic review of the evidence base for schema therapy. [DOI:10.1080/16506073.2011.614274]. J cogn behave ther. 2011; 1-18.
- 28- Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Becker MH. "Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities." Clin Psychol Rev. 2013; 33(3): 426-447.
- 29- Reiss N, Lieb K, Arntz A, Shaw LA, Farrel J. (2013). "Responding to the Treatment Challenge of Patients with Severe BPD: Results of Three Pilot Studies of Inpatient Schema Therapy." Behav Cogn Psychother: 1-13.
- 30- Strauss JL, Hayes AM, Johnson SL, Newman CF, Brown GK, Barber jP, Laurenceau JP, Beck AT. Early Alliance, Alliance Ruptures, and Symptom Change in a Nonrandomized Trial of Cognitive Therapy for Avoidant and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. J consult clin psychol. 2006; 74(2): 337-345.
- 31- Zerehpooosh A. The effectiveness of schema therapy on chronic depression in Isfahan University students. [MA Dissertation]. Isfahan: Isfahan University; 2011. [Persian].
- 32- Weertman A, Arntz A. Effectiveness of treatment of childhood memories incognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. Behave res ther. 2007; (45): 2133-2143.