

اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد منفرد

سعید خدابنده لو^۱، محمود نجفی^۲، اسحق رحیمیان بوگر^۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۲۹

تاریخ وصول: ۹۶/۰۹/۲۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت‌نفس آشکار و ناآشکار مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته انجام شد. در این پژوهش از طرح تجربی موردمنفرد از نوع خط‌پایه چندگانه استفاده گردید. نمونه این مطالعه شامل ۳ مورد از مراجعه‌کنندگان به کلینیک مشاوره در شهر قزوین در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به این صورت که پس از پاسخگویی به سومین نسخه پرسش‌نامه بالینی چندمحوری میلون (MMPI-III)، توسط روانپزشک مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفته و مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته (NPD) تشخیص داده شدند. ابتدا آزمودنی‌ها (۲ زن و ۱ مرد) در مرحله خط‌پایه به پرسش‌نامه عزت‌نفس آشکار روزنبرگ (RSES) و مقیاس عزت‌نفس ناآشکار حرف-نام (NLT) پاسخ دادند. پس از ترسیم خط‌پایه داده‌ها، روند درمان طبق اصول طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی دنبال شد و هر سه آزمودنی یکی پس از دیگری وارد طرح درمان شدند. طرحواره‌درمانی در ۲۰ جلسه انفرادی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای ۲ جلسه اجرا شد و دوره پیگیری درمان، ۱ ماه پس از پایان مداخله دنبال گردید. در پایان داده‌های بدست آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل دیداری نمودارها با شاخص‌های روند، ثبات، درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) و همپوش (POD) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل نشان داد که طرحواره‌درمانی درافزایش عزت‌نفس آشکار افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته موثر نبود ولی در افزایش عزت‌نفس ناآشکار آنها موثر واقع شد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار در بهبود و افزایش عزت‌نفس ناآشکار افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است و می‌تواند در درمان علائم ناشی از عزت‌نفس پایین بیماران خودشیفته مورد استفاده قرار گیرد.

*این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده مسئول در دانشگاه سمنان می‌باشد.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان (نویسنده مسئول) saeed_kh305@yahoo.com

۲. استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان m_najafi@semnan.ac.ir

۳. دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان e_rahimian@sun.semnan.ac.ir

واژگان کلیدی: طحواره‌درمانی، اختلال شخصیت خودشیفته، عزت‌نفس آشکار، عزت‌نفس ناآشکار

مقدمه

اختلالات شخصیت^۱ حالت‌های مزمنی هستند که نشانه‌های آنها از دوران نوجوانی یا کودکی شروع می‌شود، انعطاف‌ناپذیر و دارای ثبات نسبی‌اند و در زندگی استمرار پیدا می‌کنند. آنها الگوهای درون‌ذهنی و رفتاری بادوامی هستند که با ملاک‌های فرهنگی منطبق نیستند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهای وی می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). این طبقه از اختلالات موجب کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌های بالای اجتماعی می‌شود (مارتین، ولکات، کلارک، بارتون و هیکلینگ^۳، ۲۰۱۳). در بین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت خودشیفته^۴، به دلیل باقی‌ماندن در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ اهمیت تشخیصی و درمانی ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است و دارای نرخ شیوع بالای ۱۷ درصد در جمعیت بالینی و بین صفر تا ۶/۲ درصد در جمعیت عمومی می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ رانینگستام^۶، ۲۰۱۶). اسکودول، موری، بندر و آلدهام^۶ (۲۰۱۵) شیوع این اختلال را به دلیل ماهیت مزمن، بیش‌تر از آنچه در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی آمده است برآورد کرده‌اند. خودشیفتگی بالا، پرخاشگری را افزایش می‌دهد (بوشمن و بامیستر، ۱۹۹۸)، روابط بین‌فردی را مختل^۷ می‌کند (میلر، ویدیگر و کمپل، ۲۰۱۰) و با کاهش رضایت و کیفیت زندگی، احتمال آسیب به خود و اقدام به خودکشی همراه است (پینکوس و لوکویتسکی^۸، ۲۰۱۰، نقل از میلر، ویدیگر و کمپل^۹، ۲۰۱۰؛ رانینگستام^{۱۰}، ۲۰۱۳).

1. personality disorders
2. American Psychiatric Association (APA)
3. Martin, Walcott, Clarke, Barton & Hickling
4. Narcissistic Personality Disorder (NPD)
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
6. Skodol, Morey, Bender & Oldham
7. impaired relationships
8. Pincus & Lukowitsky
9. Miller, Widiger & Campbell
10. Ronningstam

راسکین، نواسک و هوگان^۱ (۱۹۹۱)؛ مورف و رودوالد^۲ (۱۹۹۳) خودشیفتگی را تلاش برای نظم‌بخشی به عزت‌نفس می‌دانند. پژوهش جلالی، برجعلی، حسین ثابت (۲۰۱۵) هم از اهمیت عزت‌نفس پایین در شکل‌گیری خودشیفتگی آشکار حمایت می‌کند. ارتباط عزت‌نفس و خودشیفتگی نتایج متناقضی داشته است که گاه در راستای تبیین‌های روان‌پویشی و گاه بر خلاف آن‌ها بوده است (برجعلی، عاشق آبادی و حسین ثابت، ۱۳۹۴). یک دیدگاه این است که خودشیفتگی شکل اغراق‌آمیز عزت‌نفس است که در آن ویژگی هیجانی فرد از ویژگی شناختی او برجسته‌تر است (بوشمن و بامیستر^۳، ۱۹۹۸). این دیدگاه با افسانه یونانی نرسیوس و تحلیل کوهات (۱۹۷۱) و کرنبرگ^۴ (۱۹۷۵)، از خودشیفتگی به عنوان "سرمایه‌گذاری لیبیدی در خود"^۵ و "خشم خودشیفتگی"^۶ مطابقت دارد. دیدگاه دیگر این است که خودشیفتگی، زیرشاخه یا نوعی عزت‌نفس بالا (عزت‌نفس متورم)^۷ است. سومین دیدگاه در ارتباط با خودشیفتگی و عزت‌نفس، این است که خودشیفتگی، عزت‌نفس ناپایدار بالایی است که با خشم^۸ همراه شده است (کرنس، کرنمن و بارکلی^۹، ۱۹۸۹، نقل از بوشمن و بامیستر، ۱۹۹۸). بسیاری از محققان بر این باورند که بزرگ‌نمایی ظاهری^{۱۰} خودشیفته‌ها، احساسات زیربنایی، حقارت و عزت‌نفس ناآشکاری پنهان^{۱۱} آن‌ها را که از تجارب اولیه زندگی حاصل می‌شود، می‌پوشاند و عزت‌نفس کلی و آشکار^{۱۲} آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد (کرنبرگ، ۱۹۷۵، نقل از واتر؛ ریتز، اسکرودر-ابی، اسکوز، لامرز^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۳؛ زیلر-هیل و جردن^{۱۴}، ۲۰۱۱). بر اساس نظریات بالینی (مثل؛ کرنبرگ، ۱۹۷۵) عزت‌نفس آشکار، زمینه‌ساز آسیب‌پذیری پنهان یا ضمنی در افراد دارای اختلال

-
1. Raskin, Novacek & Hogan
 2. Morf & Rhodewalt
 3. Bushman & Baumeister
 4. Kernberg
 5. libidinal investmevt in the self
 6. narcissistic rage
 7. inflated self-esteem
 8. hosility
 9. Kerins, Grannemann & Barclay
 10. outward grandiosity
 11. implicit self-esteem
 12. explicit self-esteem
 13. Voter, Ritter, Schröder-Abé, Schütz, Lammers & et al.
 14. Zeigler-Hill & Jordan

شخصیت خودشیفته می‌باشد. برعکس بر اساس نظریات یادگیری اجتماعی (مثل؛ میلون^۱، ۱۹۸۱)، بزرگ‌منشی ضمنی (عزت نفس آشکار پایین، عزت نفس ضمنی بالا)، مشخصه افراد اختلال شخصیت خودشیفته می‌باشد (واتر^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). روزنبرگ^۳ (۱۹۷۹)، عزت نفس آشکار را نگرش منفی یا مثبت افراد در باره خود تعریف می‌کند (استیدس و بورک^۴، ۲۰۱۴) در واقع ارزیابی‌های کلی از مفهوم خود که با مقیاس‌های خودگزارش‌دهی سنجیده می‌شود عزت نفس آشکار نامیده می‌شود. در مقابل ارزیابی‌های خودکار و غیرآگاهانه از خود، با کمک ابزارهایی مانند آزمون تداعی ضمنی عزت نفس^۵، آزمون حرف-نام^۶، پیمایش خود ارزشیابی ضمنی^۷، آزمون خود قدردانی^۸، تکلیف تداعی برو / نرو^۹، تکلیف عاطفه بیرونی سایمون^{۱۰} و اثر امضاء^{۱۱}، با عزت نفس ناآشکار یا ضمنی مرتبط است (گااورونسکی^{۱۲}، ۲۰۱۰، نقل از هاشمی پور، حیدری، فتح‌آبادی و نجات، ۱۳۹۱) که عکس‌العملی به محرک‌های مرتبط با خود است (واتر و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش واتر و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که بیماران اختلال شخصیت خودشیفته در مقایسه با گروه کنترل و بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، نمره‌های پایینی در عزت نفس آشکار کسب کردند. به علاوه در این پژوهش در بیماران گروه اختلال شخصیت خودشیفته، عزت نفس آسیب دیده (عزت نفس آشکار پایین، عزت نفس ناآشکار بالا) ارتباط بالایی با خودشیفتگی داشت. بنابراین بررسی عزت نفس به عنوان یک عامل بنیادین در مطالعه شخصیت خودشیفته، اهمیت بسزایی دارد و تمایز بین دو نوع عزت نفس آشکار و ناآشکار می‌تواند در تبیین ارتباط آن با سازه خودشیفتگی، و کمک به درمان و کاهش مشکلات افراد خودشیفته، موثر واقع شود.

1. Millon
2. Vater
3. Rosenberg
4. Stets & Burke
5. Implicit Association Test (IAT)
6. name-Letter test
7. implicit self-evaluation survey
8. self- apperception test
9. go/no-go association task
10. extrinsic affective simon task
11. signature effect
12. Gawronski

درمان اختلال شخصیت خودشیفته به دلیل ماهیت مزمن و مقاومت در برابر درمان، نیازمند رویکردهایی است که به عوامل بنیادین در شخصیت مانند احساس ارزشمندی یا عزت نفس توجه کافی دارند. در سال‌های اخیر طرحواره‌درمانی به عنوان درمانی جامع نتایج مثبتی را در کاهش مشکلات بیماران مزمن داشته است (بامبر^۱، ۲۰۰۴). از جمله نقاط قوت این رویکرد در نظر گرفتن احتمال آسیب‌شناسی در لایه‌های عمیق شخصیتی و شناختی با طرح مفهومی با عنوان "طرحواره‌های ناسازگار اولیه"^۲ است. نتایج پژوهش‌ها از جمله؛ کالاهان، سامرز و ویدمن^۳ (۲۰۰۳)، نوراداهل و نیستر^۴ (۲۰۰۵)، نورداهل، هولت و هاگوم^۵ (۲۰۰۵) نشان داده است که رابطه معناداری بین شدت اختلال شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی-شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که ریشه در تجارب نامطلوب دوران کودکی و خلق و خوی اولیه دارند و منجر به برداشت‌های ناکارآمد (کلین دوس^۶، ۲۰۱۳)، هیجان‌ها و رفتارهای نامناسب می‌گردند (زیلر هیل، گرین، آران، سیسمور و مایرس^۷، ۲۰۱۱). هالفورد، برنوس دولان و ایده^۸ (۲۰۰۲)، طباطبایی، سهرابی و زارچی (۱۳۹۱) به نقش واسطه‌ای و تعدیل‌کنندگی طرحواره‌ها در اختلالات اشاره دارند. نتایج مطالعه زیلر-هیل و همکاران (۲۰۱۱) در زمینه ارتباط بین طرحواره‌های شناختی و خودشیفتگی، نشان داد که ارتباط بین خودشیفتگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بسیار پیچیده‌تر از آنچه یانگ و همکارانش تصور می‌کردند می‌باشد. طرحواره‌درمانی، مداخله‌ای یکپارچه است که علاوه بر تکنیک‌های شناختی و رفتاری، از تکنیک‌های تجربی به منظور آوردن انواع طرحواره‌ها به هشیاری فعال و غلبه بر فاصله هیجانی استفاده می‌کند (کلین دوس، ۲۰۱۳). اما درمان اختلالات مزمن شخصیتی با مدل طرحواره به سادگی قابل انجام نیست و مفهوم‌سازی خاصی را می‌طلبد. یانگ، کلسکو و ویشار^۹ (۲۰۰۳)، نوع خاصی از طرحواره‌درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به اختلال

1. Bamber
2. early maladaptive schemas
3. Callaghan, Summers & Weidman
4. Nordahl & Nysæter
5. Haugum & Holthe
6. Keulen-de Vos
7. Green, Aranau, Sisemore & Myers
8. Halford, Bernoth-Doolan & Eadie
9. Young, Klosko & Waushara

شخصیت مرزی و خودشیفته توصیف می‌کنند که بر اساس ذهنیت‌طرحواره‌ای^۱ است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۹؛ فیلیپسون^۲، ۲۰۰۹). تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت^۳، بخش مکمل طرحواره‌درمانی هستند. ذهنیت^۴، مجموعه‌ای از طرحواره‌ها یا عملیات طرحواره‌ای سازگار یا ناسازگار است که در حال حاضر در ذهن وجود دارد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۹). یانگ (۱۹۹۴) ذهنیت‌های طرحواره‌ای^۵ را پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و یا رفتارهای سالمی تعریف می‌کند که در حال حاضر در ذهن فعال می‌باشند. خورشیدزاده، برجعلی، سهرابی و دلاور (۱۳۹۰) در پژوهشی با طرح تجربی تک‌موردی، اثربخشی طرحواره‌درمانی را در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار دادند و شاهد کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌های طرحواره و در نتیجه کاهش شدت آماج‌های اصلی درمان بودند. پژوهش‌ها از جمله؛ آرنتز، کلوکمن و سیسویدا^۶ (۲۰۰۵)، فارل، شاو و وبر^۷ (۲۰۰۹) از کارایی مدل ذهنیت‌مدار طرحواره‌ای در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی حمایت کرده‌اند. همچنین طرحواره‌درمانی، شواهد غیرمستقیمی در حمایت از بهبود نیازهای هیجانی اصلی^۸ در بیماران خودشیفته فراهم کرده است. یانگ، هسته طرحواره‌های ناسازگار اولیه را استحقاق، محرومیت عاطفی و نقص می‌داند که زمینه خودشیفتگی را فراهم می‌کند (زیلر هیل، گرین، آراننا، سیسمور و مایرس، ۲۰۱۱). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خود شیفته بیش‌ترین مشکل را برای درمان‌گران پدید می‌آورند. این بیماران خود را حساس یا آسیب‌پذیر نشان نمی‌دهند ولی در سیر درمان دچار دوسوگرایی عاطفی می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۹). در طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته، هدف درمان کمک به شکل‌گیری ذهنیت بزرگسال سالم است (بیهری و دیکمن^۹، ۲۰۱۱). احتمالاً شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در

1. schema mode
2. Filipson
3. mode work
4. mode
5. schema mode
6. Arntz, Klokman & Siswida
7. Farrel, Shaw & Webber
8. core emotional needs
9. Behary & Dieckmann

مرحله اول و تغییر و تعدیل آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار در مرحله دوم، می‌تواند در عزت‌نفس، ارتباطات بین‌فردی (فیلیپسون، ۲۰۰۹) و کاهش علائم مبتلایان به اختلالات مزمن شخصیتی از جمله اختلال شخصیت خودشیفته موثر واقع شود. تلاش‌های درمانی در جهت افزایش سازگاری افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته، نتایج قابل‌قبولی نداشته است زیرا همدلی هیجانی پایین این افراد، کار را برای درمان و کاهش چالش‌ها، مشکل‌تر می‌کند (لوین و فاست^۱، ۲۰۱۳؛ باسکین-سامرز و همکاران^۲، ۲۰۱۴). علاوه بر مشکلاتی که در تشخیص و ارزیابی این نوع اختلال مزمن وجود دارد، گرایش به پایداری (الموند^۳، ۲۰۰۴؛ ایوی^۴، ۱۹۹۵؛ کرنبرگ^۵، ۲۰۰۷؛ آلدهام، ۱۹۸۸؛ شلکرت^۶، ۲۰۰۶؛ کرنبرگ^۷، ۲۰۱۳؛ یانگ و فلانگان^۸، ۱۹۹۸؛ نقل از باسکین-سامرز و همکاران، ۲۰۱۴)، فقدان همدلی افراد خودشیفته (باسکین-سامرز و همکاران، ۲۰۱۴)، ترس درمانگران از ارتباط با بیماران خودشیفته چالش‌های درمانی بسیاری را بوجود آورده است. اگرچه روان‌درمانی، درمان انتخابی برای این گروه از اختلالات در نظر گرفته می‌شود، اما پژوهش در اثربخشی آن هنوز در مراحل ابتدایی است و مشکلات روش‌شناختی به شدت در اختلال شخصیت مرزی متمرکز شده است (بملیس، اورز، اسپین‌هوون و آرنتز^۷، ۲۰۱۴). در مطالعه پیشینه پژوهشی، طرحواره‌درمانی عمدتاً برای اختلال شخصیت مرزی و سایر اختلالات مزمن انجام شده است و کمتر پژوهشی به بررسی مدل ذهنیت‌مدار طرحواره‌ای برای اختلال شخصیت خودشیفته پرداخته است، بنابراین خلا پژوهشی گسترده‌ای در این زمینه وجود دارد. با توجه به اهمیت بهبود عزت‌نفس در بیماران خودشیفته و احتمال افزایش آن در نتیجه تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در نهایت به کاهش مشکلات بین‌فردی منجر می‌شود، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت‌نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته پرداخته است. با توجه به این هدف پژوهشی دو فرضیه مورد بررسی قرار گرفته است. فرضیه اول: آیا طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار عزت‌نفس

-
1. Levine & Faust
 2. Baskin-Sommers & et al.
 3. Almond
 4. Ivey
 5. Shilkret
 6. Young & Flanagan
 7. Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz

آشکار مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته را افزایش می‌دهد؟ و فرضیه دوم: آیا طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار عزت‌نفس ناآشکار مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته را افزایش می‌دهد؟

روش

در این مطالعه از طرح تجربی موردمنفرد^۱ از نوع خط‌پایه چندگانه^۲ استفاده شده است. با توجه به عدم امکان دسترسی به نمونه‌های بیش‌تر و محدودیت استفاده از طرح آزمایشی، این طرح انتخاب گردید. پژوهش موردمنفرد که به آن آزمایش تک‌آزمودنی^۳ یا آزمایش سری‌های زمانی^۴ هم می‌گویند پژوهشی است که به صورت انفرادی یا گروهی انجام می‌شود. آزمایش‌های موردمنفرد را نباید با پژوهش موردی معادل دانست، هر چند هر دو به مورد معطوف‌اند، ولی از نظر طرح و هدف با یکدیگر تفاوت زیادی دارند (فراهانی، عابدی، آقامحمدی و کاظمی، ۱۳۹۲). در طرح پژوهشی موردمنفرد امکان کنترل شرایط وجود دارد و خود آزمودنی به عنوان کنترل خود عمل می‌کند. این طرح‌ها شبیه طرح‌های گروهی آزمایشی است که با دستکاری فعالانه‌ی متغیر مستقل (درمان)، امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی را فراهم می‌سازد. در طرح خط‌پایه چندگانه، پس از اطمینان از ثبات سطح و جهت روند، متغیر وابسته اعمال می‌گردد (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲). طرح پژوهش حاضر در دو مرحله خط‌پایه و مرحله مداخله انجام شد و آزمودنی‌ها در مرحله خط‌پایه، پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ و مقیاس عزت‌نفس ناآشکار حرف-نام را در ۳ نوبت (جهت ارزیابی ثبات داده‌ها) تکمیل کردند. پس از ترسیم خط‌پایه متغیرها، روند درمان طبق اصول طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی با خط‌پایه چندگانه انجام شد و آزمودنی‌ها یکی پس از دیگری وارد طرح درمان شدند طوری که آزمودنی دوم در جلسه دوم آزمودنی اول و آزمودنی سوم در جلسه سوم آزمودنی اول وارد مرحله درمان شدند و مرحله مداخله (طرحواره‌درمانی) در ۲۰ جلسه انفرادی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای ۲ جلسه اجرا گردید و متغیرها در طول مداخله ۴ بار (هر ۵ جلسه یک بار) اندازه‌گیری و ثبت شدند. یک ماه پس از پایان مرحله

-
1. single subject research
 2. multiple-baseline-across-subjects
 3. single subject experiment
 4. Time-series experiment

مداخله، دوره پیگیری هم دنبال گردید و متغیرهای وابسته، ۲ بار به فاصله ۲ هفته از هم اندازه‌گیری و ثبت شدند.

جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته بودند که در سال ۱۳۹۵ به دو کلینیک مشاوره رویش و ترنم در شهر قزوین مراجعه کرده بودند و روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری هدفمند بود. نمونه این مطالعه شامل سه مورد از مراجعه‌کنندگان به این دو کلینیک بودند که پس از پاسخگویی به سومین نسخه پرسش‌نامه بالینی چندمحوری میلون (MCMIII-III)^۱ بر اساس ملاک‌های پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط روانپزشک مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفته و مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته تشخیص داده شدند (N=۳). نوع پژوهش، شاخص اصلی انتخاب روش نمونه‌گیری است (برن و گراو^۲، ۲۰۰۵؛ نقل از جلالی، ۱۳۹۱). بنابراین با توجه به طرح و ماهیت پژوهش روش نمونه‌گیری هدفمند^۳ انتخاب گردید. نمونه این مطالعه شامل ۳ مورد از مراجعه‌کنندگان به کلینیک روان‌شناسی در شهر قزوین بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند در طی چند مرحله انتخاب شدند. با توجه به اینکه حداقل سن تشخیصی برای اختلال شخصیت ۱۸ سال می‌باشد و درمان‌پذیری و تغییرپذیری حوزه‌های طرحواره‌ها از ۵۰ سالگی به بعد مشکل است، مراجعه‌کنندگانی که شرط سنی ۵۰-۱۸ سال را داشتند در بازه زمانی ۳ ماهه، به پرسش‌نامه بالینی میلون پاسخ دادند و ۹ نفر از آنها نمره برش ۸۵ را در این پرسش‌نامه کسب کردند (به دلیل پیش‌بینی احتمال ریزش و عدم قبول درمان از طرف شرکت‌کننده‌های با نمره بالای خودشیفتگی ناشی از عدم همدلی و ماهیت خودشیفتگی، بازه زمانی برای نمونه‌گیری ۳ ماه تعیین شد). این ۹ نفر در مرحله بعدی بر اساس ملاک‌های DSM-5، توسط روانپزشک مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفته و ۵ نفر آنها مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته تشخیص داده شدند. پس از ارزیابی این ۵ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، ۳ نفر (۲ زن و ۱ مرد) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند (N=۳). ملاک‌های ورود به درمان شامل: تمایل به شرکت در طرح درمان، مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته بر اساس ملاک‌های DSM-5 و داشتن تحصیلات حداقل دیپلم جهت بهره‌گیری بهتر از آموزش و

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III
2. Bern & Grove
3. purposive sampling

بینش درمانی بود. ملاک‌های خروج شامل؛ دریافت درمان دارویی و سایر درمان‌ها هم‌زمان با اجرای طرح پژوهشی، مبتلا به سایکوز و یا سوء مصرف مواد به تشخیص روانپزشک بود. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی از مراجعان رضایت کتبی گرفته شد و به آن‌ها گفته شد که نتایج پژوهش بدون ذکر نام گزارش می‌شود. در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل دیداری نمودارها با شاخص‌های روند، ثبات، درصد داده‌های غیرهمپوش^۱ و درصد داده‌های همپوش^۲ استفاده گردید. تحلیل دیداری^۳، پرکاربردترین راهبرد تحلیل داده‌های پژوهشی موردمنفرد است این تحلیل مزیت بسیاری مثل کاربرد برای تحلیل داده‌های مربوط به گروه‌های کوچک و پویایی فرآیند تحلیل دارد و علمی بودن و پایایی این روش به اثبات رسیده است (سیدمن^۴، ۱۹۶۰؛ اسکینر^۵، ۱۹۵۷؛ نقل از، صورتیچی، بجستانی، کلانترکوشه، ۱۳۹۴).

ابزار پژوهش: نسخه سوم پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون (MCMIII): این پرسش‌نامه ابزار استاندارد است که اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به پرسش‌نامه را می‌سنجد و بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌های همراه آن‌ها، تاکید دارد. در پژوهش حاضر از مقیاس خودشیفتگی این پرسش‌نامه که دارای ۲۴ ماده است برای تشخیص اولیه استفاده گردید. این پرسش‌نامه شامل ۱۷۵ ماده سوال است و در کل ۲۸ مقیاس دارد که با نظریه‌ی شخصیت میلون و DSM-IV همخوانی دارد. سؤال‌های این آزمون برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا با حداقل ۸ کلاس سواد استفاده می‌شود. نسخه‌ی اصلی آن برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و از آن زمان تا کنون دوبار مورد تجدید نظر قرار گرفته است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۶). پایایی مقیاس‌های اختلالات شخصیت این پرسش‌نامه، همبستگی‌هایی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۸ با متوسط ۰/۷۸ می‌باشد (کالیچمن، شلی و کریگ^۶، ۱۹۹۱). راهنمای میلون میانگین ۰/۸۹ را برای مقیاس‌های شخصیت و میانگین ۰/۹۱ را برای مقیاس‌های بالینی گزارش کرده است (میلون، ۱۹۹۴، نقل از شریفی، ۱۳۸۶). در بررسی روایی تشخیصی این پرسش‌نامه، شریفی و همکاران (۱۳۸۶)، توان پیش‌بینی مثبت

1. Percentage of Non-Overlapping Data (PND)
2. Percentage of Overlapping Data (POD)
3. visual analysis
4. Sidman
5. Skinner
6. Kalichman, Shealy & Craig

مقیاس‌ها را در دامنه‌ی ۰/۹۲ تا ۰/۹۸ و توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها را بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ برآورد کرده‌اند. برای نمره‌گذاری و تفسیر نمرات، ابتدا پاسخ "بله" یا "خیر" شرکت‌کننده‌ها بر اساس کلید پرسشنامه میلون برای مقیاس خودشیفتگی نمره‌گذاری گردید و با توجه به حداقل نمره برش ۸۵ برای تشخیص شخصیت خودشیفته (شریفی و همکاران، ۱۳۸۶) نمرات خام به نمرات برش تبدیل شدند.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ (RSAS)^۱: این پرسش‌نامه عزت نفس کلی و آشکار را اندازه می‌گیرد و شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد. ۵ سوال از ۱۰ سوال به صورت مثبت و ۵ سوال دیگر به صورت منفی می‌باشد. در اصل این مقیاس به منظور ارائه یک تصویر کلی از نگرش‌های مثبت و منفی درباره خود به وجود آمده است (روزنبرگ، ۱۹۷۹، نقل از استیدس و بورک، ۲۰۱۴). مقیاس عزت نفس روزنبرگ، ضرایب همبستگی قوی‌تری نسبت به پرسش‌نامه عزت نفس کوپراسمیت دارد و در سنجش سطوح عزت نفس دارای روایی بالاتری می‌باشد. (سیلورستون و صلصالی^۲، ۲۰۰۳، نقل از رجبی، ۱۳۸۶). در ایران بر اساس پژوهش جوشن‌لو و قانلی (۱۳۸۷)، پایایی و اعتبار این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت و همسانی درونی آن ۰/۸۳ بدست آمده است. نمره‌گذاری و تفسیر این پرسشنامه به این صورت می‌باشد که پاسخ موافق به عبارت‌های ۱ تا ۵، نمره +۱ دریافت می‌کند و پاسخ مخالف به عبارت‌های ۱ تا ۵، نمره منفی دریافت می‌کند و از عبارت ۶ تا ۱۰، این نمره‌گذاری برعکس می‌باشد. نمرات بالا نشان‌دهنده عزت نفس آشکار بالا و نمرات پایین نشان‌دهنده عزت نفس آشکار پایین می‌باشد.

مقیاس عزت نفس ناآشکار حرف-نام (NLT): یکی از پرطرفدارترین ابزارهای سنجش عزت نفس ناآشکار، آزمون عزت نفس ناآشکار حرف-نام^۳ یا تکلیف حرف-نام^۴ می‌باشد. این مقیاس علاقه‌مندی افراد برای انتخاب حروف نام خود بخصوص حروف اول را می‌سنجد (کریزان و سالس^۵، ۲۰۰۹). فرض اساسی بر این است که افراد به طور ناخودآگاه گرایش

1. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)
2. Silverstone & Salsali
3. Name-Letters Test (NLT)
4. name-letters task
5. Krizan & Suls

دارند اهداف و اشیاء مرتبط با خود را مثبت‌تر ارزیابی کنند و در زمان پاسخگویی به این مقیاس به فرایندهای شناختی خودشان آگاه نیستند. در این آزمون آزمودنی با حداکثر سرعت، میزان علاقه‌مندی خود را نسبت به حروف الفبا که به صورت تصادفی ارائه شده است با استفاده از مقیاس لیکرت ۹ نمره‌ای درجه‌بندی می‌کند. سپس نمره‌گذاری با استفاده از الگوریتم خود تصحیحی^۱ در سه مرحله انجام می‌شود (۱) متوسط علاقه‌مندی هر حرف الفبا برای افرادی که نام آنها با آن حرف شروع نمی‌شود محاسبه و به عنوان نمره خط پایه هر حرف الفبا در نظر گرفته می‌شود (۲) نمره حرف الفبای اول نام هر آزمودنی از این نمره خط پایه کسر می‌گردد (برای حرف اول نام خانوادگی نیز به همین ترتیب عمل می‌شود. (۳) تفاوت دو نمره نام و نام خانوادگی، تشکیل دهنده میزان عزت نفس ناآشکار آزمودنی در این آزمون است (ملکی، علی پور، زارعی و شقاقی، ۱۳۹۳). هرچه نمره در این تکلیف بیشتر باشد نشان‌دهنده عزت نفس بالاتر آزمودنی است (کول، گاورن، چنگ و گالوچی^۲، ۲۰۰۹). این مقیاس در پژوهش‌های بسیاری برای سنجش عزت نفس ناآشکار مورد استفاده قرار گرفته است و نشان داده است که به طور معتبری می‌تواند عزت نفس ناآشکار را بسنجد. از جمله بوسون، سوان و پنی بیکر^۳ (۲۰۰۰) در پژوهش خود پایایی بازآزمایی قابل قبولی را برای آن در کنار سه ابزار دیگر بدست آوردند. همچنین همبستگی معنادار این مقیاس با مقیاس عزت نفس روزنبرگ ۰/۳۰ بدست آمد که نشان‌دهنده روایی همگرایی بالا می‌باشد. در مطالعه ملکی و همکاران (۱۳۹۳) که در ایران انجام گرفت میزان همبستگی بین نمرات مقیاس NLT به روش بازآزمایی ۰/۸۴ و ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن به ترتیب، ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بدست آمد.

محتوای طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار مبتنی بر اتحاد‌درمانی، شناسایی و ردیابی ریشه‌ای ذهنیت‌ها، بازوالدینی حد و مرزدار و همچنین راهبردهای شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری می‌باشد. این پروتکل درمانی با نظر متخصصین بالینی و بهره‌گیری از منابع معتبر (مثل؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۹) به تفکیک جلسات و به صورت جدول شماره ۱ تدوین و اجرا گردید.

-
1. self corrected
 2. Koole, Govorun, Cheng & Gallucci
 3. Bosson, Swann & Pennebaker

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار برای اختلال شخصیت خودشیفته

| عنوان | هدف | محتوا | تکلیف |
|----------------------|---|--|--|
| جلسات یک و دو | ایجاد رابطه درمانی و آموزش رویکرد طرحواره محور | - همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی بیمار - آموزش درمان طرحواره محور | ارائه پرسش‌نامه چندوجهی سرگذشت زندگی به بیمار |
| جلسات سه و چهار | شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه | تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با مشکلات فعلی | ارائه پرسش‌نامه‌های طرحواره و سبک فرزندپروری |
| جلسات پنج و شش | ارزیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای | - واریسی پرسش‌نامه‌ها به همراه بیمار، بحث و تبادل نظر در مورد آنها - تکنیک‌های تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها | - ارائه پرسش‌نامه‌های سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت به بیمار |
| جلسات هفت و هشت | مفهوم‌سازی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهنیت | شناسایی و نام‌گذاری ذهنیت‌ها، ردیابی مستمر آنها | - تکمیل و واریسی پرسش‌نامه ذهنیت به همراه بیمار |
| جلسات نه و ده | آگاه کردن بیمار از رنج هیجانی و ارزیابی پیامدهای منفی خودشیفتگی | - استفاده از شکایت‌های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان - تشویق بیمار به ادامه درمان و تاکید بر پیامدهای منفی خودشیفتگی | - نوشتن پیامدهای خودشیفتگی و مرور آنها |
| جلسات یازده و دوازده | آشناسازی بیمار با ذهنیت "کودک تنها" و کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها | - بکارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی - پیوند درمانگر با ذهنیت "کودک تنها" | |
| جلسات سیزده و چهارده | آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها | - استفاده از تکنیک‌های شناختی جهت بی‌اعتبارسازی طرح‌واره‌های غالب - ایجاد فضای توجه مثبت بی‌قید و شرط همراه بی‌توجهی به کمال‌گرایی و خاص بودن بیمار | تدوین کارت آموزشی |

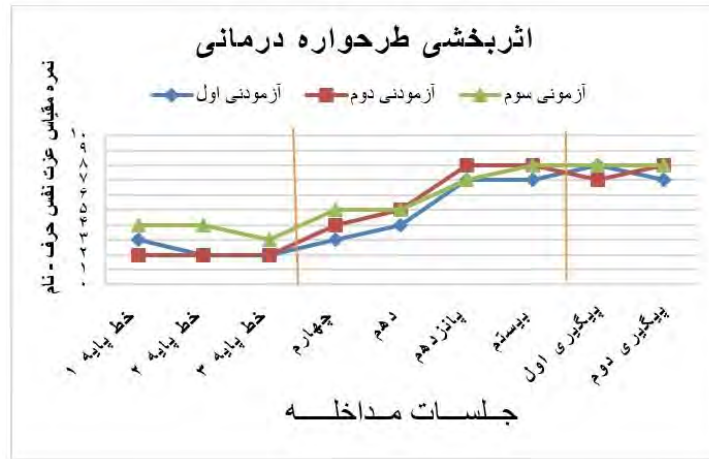
| | | |
|-----------------------|---|--|
| جلسات پانزده و شانزده | ارتباط با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و ماندن با ذهنیت کودک تنها | - بکارگیری تکنیک بازوالدینی حدو مرزدار به صورت مستمر در برابر طرحواره‌های نقص و محرومیت هیجانی |
| جلسات هفده و هجده | رویارسازی بیمار با سبک چالش‌زا و فخرفروشانه | - استفاده از رویکرد جرات‌مندانه - بکارگیری محتاطانه تکنیک رویارسازی همدلانه در مقابل استحقاق طلبی بیمار - بازگو کردن حقوق به صورت مودبانه و جرات‌مندانه از طرف درمانگر |
| جلسات نوزده و بیست | کمک به بیمار برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی و پیشگیری از عود | - تاکید بر مهارت‌های آموخته بیمار - ترغیب آزمودنی‌ها در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگاران |

یافته‌ها

نمره‌های خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط‌پایه، مداخله و پیگیری مربوط به داده‌های پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ برای هر سه آزمودنی در جدول ۲ و اثربخشی طرحواره‌درمانی بر عزت‌نفس آشکار در نمودار ۱ آمده است:

جدول ۲. نمرات خام مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ برای هر سه آزمودنی

| آزمودنی‌ها | خط پایه | | | جلسات | | | پیگیری |
|------------|---------|----|----|------------|-------------|------------|--------|
| | یک | دو | سه | جلسه چهارم | جلسه پنزدهم | جلسه بیستم | |
| اول | ۵ | ۵ | ۴ | ۴ | ۷ | ۷ | ۷ |
| دو | ۶ | ۵ | ۵ | ۶ | ۸ | ۷ | ۸ |
| سه | ۳ | ۲ | ۳ | ۳ | ۲ | ۶ | ۴ |



نمودار ۲. اثربخشی طرحواره‌درمانی بر عزت‌نفس ناآشکار هر سه آزمودنی

مراحل تحلیل دیداری در دو مرحله تحلیل داده‌های درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی انجام شد. در مرحله درون‌موقعیتی، پس از تعیین توالی و طول موقعیت‌ها با استفاده از سیستم علامت‌گذاری A-B برای دو موقعیت خط‌پایه (A) و مداخله (B)، ثبات سطح و دامنه تغییرات برای هر دو موقعیت محاسبه گردید. بعد از محاسبه میانگین و میانه، خط میانه‌ای موازی محور X رسم شد و دامنه تغییرات سطح برای میانه با توجه به ملاک ثبات (۸۰ درصد از نقاط داده‌ها باید در ۲۰ درصد میانه قرار گیرد) محاسبه گردید. خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی‌ها برای ارزیابی ثبات داده‌ها در نمودارهای جداگانه ترسیم شد و درصد نقاط داده‌هایی که زیر یا درون محفظه ثبات قرار دارند محاسبه گردید. با استفاده از روش آزادی عمل در موقعیت A و روش دو نیم کردن در موقعیت B، جهت روند ارزیابی می‌شود. روش آزادی عمل شامل بررسی دیداری داده‌های یک موقعیت و کشیدن خطی مستقیم در نقاط داده‌هاست که آن‌ها را نصف می‌کند (فراهانی و همکاران، ۱۳۸۹). در مرحله تحلیل بین‌موقعیتی هدف این است که تعیین گردد طرحواره‌درمانی (متغیر مستقل)، چه اثری بر میزان عزت‌نفس آشکار و ناآشکار (متغیرهای وابسته) داشته است، که با محاسبه تغییر سطح نسبی و مطلق، تغییر میانه و میانگین و در نهایت تخمین درصد همپوشی انجام گردید. در روش تحلیل دیداری، ملاک تعیین اثر آزمایشی و معناداری تفاوت بین داده‌های موقعیت خط‌پایه

و آزمایشی، همپوشی پایین و تغییر در میانگین نمره‌های بین موقعیت‌های مجاور است (بایلی و باستوا^۱، کوپر، هرولد و هوارد^۲، ۲۰۰۷؛ نقل از فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲).

جدول ۳. نتایج تحلیل دیداری داده‌های عزت نفس آشکار هر سه آزمودنی

| بین موقعیتی | | | درون موقعیتی | | | | | | توالی موقعیت |
|----------------|---------|------|--------------|---------|---------|---------|----------|---------|--------------|
| $\frac{B}{A}$ | | | B | | | A | | | |
| مقایسه موقعیت | اول | دوم | سوم | دوم | اول | سوم | دوم | اول | آزمودنی |
| تغییر جهت روند | + | - | + | ۴ | ۴ | ۴ | ۳ | ۳ | ۳ |
| سطح میانه | مثبت | | | ۴/۵ | ۷/۵ | ۵/۵ | ۲ | ۵ | ۵ |
| سطح میانگین | با ثبات | | | ۴/۲۵ | ۷/۲۵ | ۵/۵ | ۲/۶۶ | ۵/۳۳ | ۴/۶۶ |
| دامنه تغییرات | ۶ | ۳ | ۴ | ۰/۹ | ۱/۵ | ۱/۱ | ۰/۴ | ۱ | ۱ |
| محفظه ثبات | - | - | - | بی ثبات | با ثبات | با ثبات | بی ثبات | با ثبات | با ثبات |
| تغییر سطح نسبی | ۷/۵ | ۴/۵ | ۵/۵ | -۲/۵ | -۷ | ۴ | ۳-۳ | ۶-۵ | ۱ |
| تغییر سطح مطلق | ۷/۲۵ | ۴/۲۵ | ۵/۵ | ۶-۳ | ۷-۶ | ۴ | ۳-۳ | ۶-۵ | ۳ |
| جهت روند | ۵۰٪ | | | PND | صعودی | | بدون جهت | نزولی | |
| ثبات روند | ۵۰٪ | | | POD | | | با ثبات | | |
| مسیر چند گانه | | | | | | | خیر | | |

با توجه به نمودار ۱ و جدول ۳ مربوط به نتایج تحلیل دیداری داده‌های عزت نفس آشکار آزمودنی‌ها، آزمودنی اول ابتدا در مرحله خط پایه روندی با ثبات (با توجه به ملاک ثبات سطح) و نزولی (با توجه به شاخص ثبات و جهت روند) در نمره‌های عزت نفس آشکار

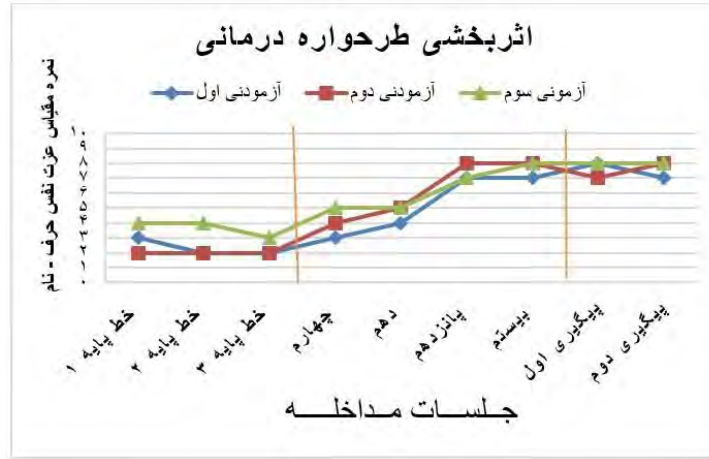
1. Bailey & Bostow
2. Cooper, Herond & Heward

داشته است. پس از شروع درمان تغییر بسیار اندکی در سطح و روند داده‌ها (طبق شاخص تغییر سطح نسبی و مطلق بین موقعیت‌ها) بوجود آمده است که نشان‌دهنده اثربخشی بسیار پایین درمان بود. نمره‌های این آزمودنی در موقعیت مداخله (B) افزایش صعودی بسیار اندکی (شاخص تغییر میانه=۰/۵ نمره و شاخص تغییر میانگین=۰/۸۴ نمره) در جهت اهداف درمان از جلسه دهم به بعد داشته است. درصد داده‌های غیرهمپوش، نشان‌دهنده این است که همپوشی بین نقاط داده‌های خط‌پایه و مداخله ۵۰٪ بوده است، بنابراین با توجه به تغییرات اندک میانگین و میانه و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD=۵۰٪) و غیرهمپوش (PND=۵۰٪)، طرحواره‌درمانی بر عزت‌نفس آشکار آزمودنی اول موثر نبود. در آزمودنی دوم تغییر شاخص میانه=۲/۵ نمره، تغییر شاخص میانگین=۱/۹۲ نمره و درصد داده‌های همپوش (POD=۵۰٪) و غیرهمپوش (PND=۵۰٪) نشان داد که مداخله طرحواره‌درمانی در افزایش عزت‌نفس آشکار آزمودنی دوم موثر نبود. به همین ترتیب در آزمودنی سوم تغییر شاخص میانه=۲/۵ نمره، تغییر شاخص میانگین=۱/۵۹ نمره و درصد داده‌های همپوش (POD=۵۰٪) و غیرهمپوش (PND=۵۰٪) نشان داد که مداخله طرحواره‌درمانی در افزایش عزت‌نفس آشکار آزمودنی سوم موثر نبود.

جهت بررسی فرضیه دوم، نمودار اثربخشی طرحواره‌درمانی برای هر سه آزمودنی برای داده‌های عزت‌نفس ناآشکار ترسیم و با استفاده از روش تحلیل دیداری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمره‌های خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط‌پایه، مداخله و پیگیری مربوط به داده‌های مقیاس عزت‌نفس ناآشکار حرف-نام برای هر سه آزمودنی در جدول ۴ و اثربخشی طرحواره‌درمانی در نمودار ۲ آمده است.

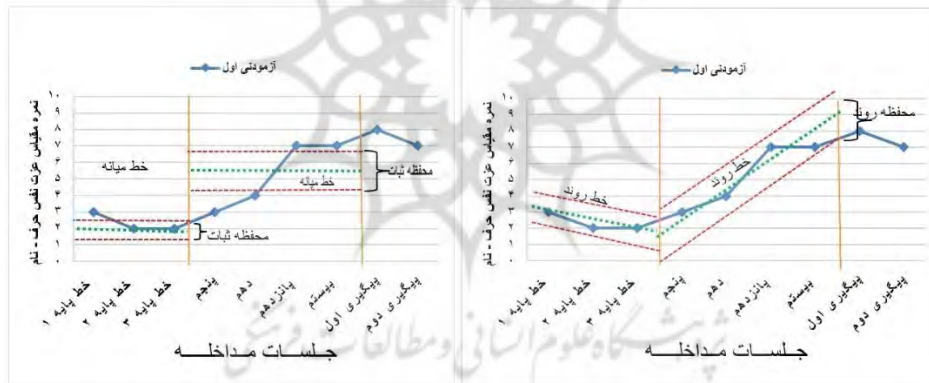
جدول ۴. نمرات خام مقیاس حرف-نام (NLT) برای هر سه آزمودنی

| آزمودنی‌ها | خط پایه | | | جلسات مداخله | | | | پیگیری |
|------------|---------|----|----|--------------|-----------|----------|-----------|--------|
| | یک | دو | سه | جلسه چهارم | جلسه پنجم | جلسه ششم | جلسه هفتم | |
| اول | ۳ | ۲ | ۲ | ۳ | ۴ | ۷ | ۷ | ۷ |
| دو | ۲ | ۲ | ۲ | ۴ | ۵ | ۸ | ۸ | ۷ |
| سه | ۴ | ۴ | ۳ | ۵ | ۵ | ۷ | ۸ | ۸ |



نمودار ۲. اثربخشی طرحواره‌درمانی بر عزت‌نفس ناآشکار هر سه آزمودنی

خط میانه، محفظه ثبات و خط روند داده‌های عزت‌نفس ناآشکار برای آزمودنی اول بر اساس نمودار ۳ تحلیل و نتایج تحلیل دیداری در جدول ۵ آمده است.



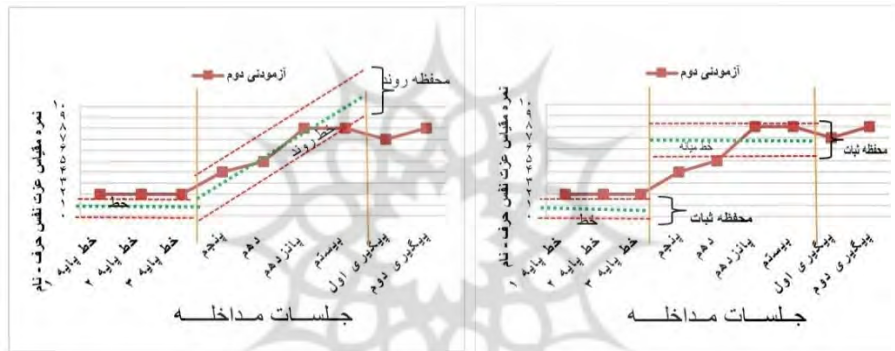
نمودار ۳. اثربخشی طرحواره‌درمانی بر عزت‌نفس ناآشکار آزمودنی اول (خط میانه و خطوط روند)

جدول ۵. نتایج تحلیل دیداری داده‌های عزت نفس ناآشکار هر سه آزمودنی

| بین موقعیتی | | | درون موقعیتی | | | | | | | |
|---|------|------|-------------------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|----------------|
| B / A | | | مقایسه موقعیت | B | | | A | | | توالی موقعیت |
| سوم | دوم | اول | آزمودنی | سوم | دوم | اول | سوم | دوم | اول | آزمودنی |
| | | | تغییر جهت روند | ۴ | ۴ | ۴ | ۳ | ۳ | ۳ | طول موقعیت |
| مثبت | | | اثر وابسته به هدف | ۶ | ۶/۵ | ۵/۵ | ۴ | ۲ | ۲ | سطح میانه |
| $\frac{\text{با ثبات}}{\text{با ثبات}}$ | | | تغییر ثبات | ۶/۲۵ | ۶/۲۵ | ۵/۲۵ | ۳/۶۶ | ۲ | ۲/۳۳ | سطح میانگین |
| ۵ | ۴ | ۳ | تغییر سطح مطلق | ۱/۲ | ۱/۳ | ۱/۱ | ۰/۸ | ۰/۴ | ۰/۴ | دامنه تغییرات |
| ۳ | ۲ | ۲ | | با ثبات | بی ثبات | بی ثبات | با ثبات | با ثبات | با ثبات | محفظه ثبات |
| ۶ | ۶/۵ | ۵/۵ | تغییر میانه | +۲/۵ | +۳/۵ | +۳/۵ | -۱ | بدون تغییر | -۱ | تغییر سطح نسبی |
| ۴ | ۲ | ۲ | | صعودی | صعودی | صعودی | نزولی | | نزولی | |
| ۶/۲۵ | ۶/۲۵ | ۵/۲۵ | تغییر میانگین | +۳ | +۴ | +۴ | -۱ | بدون تغییر | -۱ | تغییر سطح مطلق |
| ۳/۶۶ | ۲ | ۲/۳۳ | | صعودی | صعودی | صعودی | نزولی | | نزولی | |
| %۱۰۰ | %۱۰۰ | %۷۵ | PND | صعودی | صعودی | صعودی | نزولی | بدون جهت | نزولی | جهت روند |
| ۰ | ۰ | %۲۵ | POD | با ثبات | | | با ثبات | | | ثبات روند |
| خیر | | | | | | | | | | مسیر چند گانه |

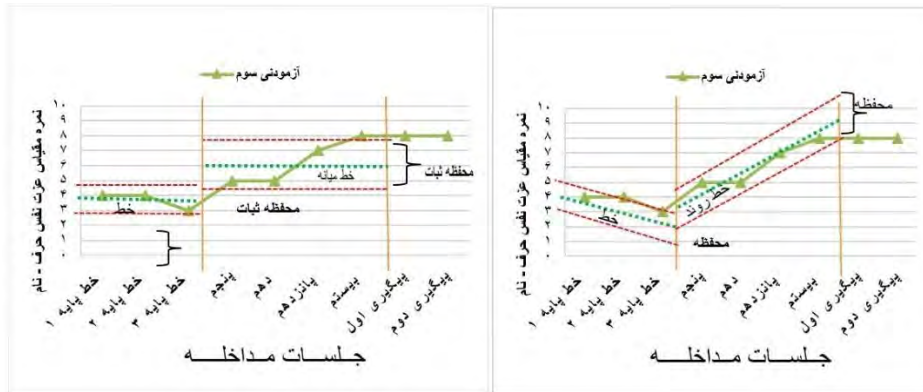
با توجه به نمودار ۳ و جدول ۵ مربوط به نتایج تحلیل دیداری داده‌های عزت نفس ناآشکار، آزمودنی اول ابتدا در مرحله خط پایه روندی باثبات (با توجه به ملاک ثبات سطح) و نزولی (با توجه به شاخص ثبات و جهت روند) در نمره‌های عزت نفس ناآشکار مقیاس

حرف-نام داشته است. پس از شروع درمان، تغییر تدریجی در سطح و روند داده‌ها (طبق شاخص تغییر سطح نسبی و مطلق بین موقعیت‌ها) بوجود آمده است که نشان‌دهنده شروع اثربخشی درمان بوده است. نمره‌های این آزمودنی در موقعیت مداخله (B) افزایش صعودی (شاخص تغییر میانه=۳/۵ نمره و شاخص تغییر میانگین=۲/۹۲ نمره) در جهت اهداف درمان از جلسه پنجم به بعد داشته است. درصد داده‌های همپوش (POD=۰/۲۵) و غیرهمپوش (PND=۰/۷۵)، نشان‌دهنده معناداری اثربخشی موقعیت مداخله است، بنابراین طرحواره‌درمانی بر عزت‌نفس ناآشکار آزمودنی اول با ۰/۷۵ نقاط غیرهمپوش در موقعیت مداخله موثر بود. نمودار ۴ خط میانه، محفظه ثبات و خط روند داده‌های عزت‌نفس ناآشکار برای آزمودنی دوم را نشان می‌دهد.



نمودار ۴. اثربخشی طرحواره‌درمانی بر عزت‌نفس ناآشکار آزمودنی دوم (خط میانه و خطوط روند)

نتایج تحلیل دیداری داده‌های دو موقعیت مجاور (خط پایه و مداخله) در جدول ۵ و نمودار شماره ۴ مربوط به تحلیل دیداری برای آزمودنی دوم، نشان‌دهنده این است که تغییر شاخص میانه در دو موقعیت A و B=۴/۵ نمره، تغییر شاخص میانگین=۴/۲۵ نمره و درصد داده‌های همپوش (POD=۰) و غیرهمپوش (PND=۰/۱۰۰) نشان داد که مداخله طرحواره‌درمانی در افزایش عزت‌نفس ناآشکار آزمودنی دوم بدون هیچ همپوشی در موقعیت خط پایه و مداخله موثر بود.



نمودار ۵. اثربخشی طرحواره درمانی بر عزت نفس ناآشکار آزمودنی سوم (خط میانه و خطوط روند)

فرضیه دوم برای آزمودنی سوم هم به ترتیب بالا با توجه به نمودار ۵ بررسی گردید و نتایج تحلیل در جدول ۵ آمده است. نتایج تحلیل دیداری داده‌های دو موقعیت مجاور (خط پایه و مداخله) در آزمودنی سوم نشان‌دهنده این است که تغییر شاخص میانه در دو موقعیت $A=2$ و $B=2$ نمره، تغییر شاخص میانگین $=2/59$ نمره و درصد داده‌های همپوش $(POD=0)$ و غیرهمپوش $(PND=100)$ بود. بنابراین مداخله طرحواره درمانی در افزایش عزت نفس ناآشکار آزمودنی سوم بدون هیچ همپوشی در موقعیت خط پایه و مداخله موثر بود.

با توجه به نمودار ۲ و جدول ۵، هر سه آزمودنی پس از دریافت درمان (موقعیت B)، افزایش قابل توجهی در نمره‌های مقیاس عزت نفس ناآشکار با روند صعودی و باثبات در جهت اهداف درمان نسبت به خط پایه داشته‌اند و این تغییر به لحاظ تحلیل دیداری معنادار و موثر بوده و تاثیر درمانی در دوره پیگیری حفظ شد. تحلیل دیداری نمودار ۳ مربوط به آزمودنی اول نشان‌دهنده این است که نمره‌های مقیاس عزت نفس ناآشکار ابتدا در مرحله خط پایه روندی باثبات (با توجه به ملاک ثبات سطح) و نزولی (با توجه به شاخص ثبات و جهت روند) داشته است. پس از شروع درمان تغییر تدریجی مثبت و در جهت هدف درمان (طبق شاخص تغییر سطح نسبی و مطلق بین موقعیت‌ها) در سطح و روند بوجود آمده است که این نشان‌دهنده اثربخشی درمان بود. نمره‌های مقیاس عزت نفس ناآشکار برای آزمودنی اول در موقعیت خط پایه با دامنه تغییر ۱ نمره‌ای دارای ثبات سطح و همراه با روند کاهشی بود که این کاهش مختصر می‌تواند حاصل آگاهی از اثرات درمان باشد. در شیوه تحلیل

دیداری، شاخص تغییر سطح بین موقعیت‌ها (تغییر نسبی و مطلق)، شاخصی است که برای تعیین اثربخشی فوری و ناگهانی مداخله بکار می‌رود. نمره‌های این شاخص در مورد آزمودنی اول (تغییر نسبی = $1/5$ و تغییر مطلق = ۱)، نشان‌دهنده شروع تغییر تدریجی است. با توجه به ماهیت طرحواره‌درمانی و پروتکل درمانی عملاً شروع درمان از جلسات ۵ به بعد است و جلسات ۱ تا ۵ به مرحله سنجش و آموزش اختصاص دارد بنابراین نمی‌توان انتظار داشت همانند سایر طرح‌های پژوهشی تک‌آزمودنی تغییری ناگهانی و سریع، بلافاصله پس از شروع درمان با تغییر زیاد حاصل شود. با توجه به جدول تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی این آزمودنی، سطح میانه از ۲ در مرحله خط پایه، به $5/5$ در مرحله مداخله افزایش یافته است و این تغییر افزایشی با روندی با ثبات (طبق ملاک ثبات سطح و دامنه تغییرات محفظه ثبات) در جهت هدف درمان (افزایش نمرات مقیاس عزت نفس ناآشکار) بوده است. بنابراین اثر درمانی در هر دو موقعیت مداخله و پیگیری با ثبات توصیف می‌شود. بررسی شاخص همپوشی داده‌ها در دو موقعیت A و B هم نشان داد که همپوشی بین نقاط داده‌های خط پایه و مداخله ۲۵ درصد است ($POD = 25\%$). و طرحواره‌درمانی با ۷۵ درصد ناهمپوشی موثر بوده است ($PND = 75\%$). آزمودنی دوم در موقعیت خط پایه دارای ثبات سطح کامل و ثابت بود. شاخص تغییر سطح بین موقعیت‌ها (تغییر نسبی و مطلق)، در مورد آزمودنی دوم (تغییر نسبی = $2/5$ و مطلق = ۲) نشان‌دهنده شروع فرایند تغییر پس از مداخله بود. با توجه به جدول ۵ تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی، شاخص تغییر سطح میانه برای این آزمودنی، $4/5$ نمره و شاخص تغییر میانگین = $4/25$ بوده و این تغییر افزایشی در جهت هدف درمان است. بررسی شاخص همپوشی در موقعیت پایه و درمان نشان می‌دهد که هیچ همپوشی در دو موقعیت وجود ندارد و طرحواره‌درمانی با ناهمپوشی بالا ($PND = 100\%$) موثر بوده است. با توجه به جدول تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی آزمودنی سوم تغییرات سطح میانه و میانگین در جهت افزایش نمرات عزت نفس ناآشکار بوده و بین دو موقعیت همپوشی وجود ندارد ($PND = 100\%$). بنابراین اثر درمانی در موقعیت مداخله با توجه به شاخص سطح میانه با ثبات توصیف می‌شود و در مرحله پیگیری این ثبات حفظ شده است. به طور کلی به نظر می‌آید با توجه به شاخص تغییر میانه و میانگین، درصد داده‌های همپوش (POD) و درصد داده‌های ناهمپوش (PND)، اثربخشی طرحواره‌درمانی در عزت نفس ناآشکار آزمودنی‌ها بر خلاف عزت نفس آشکار معنادار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار بر افزایش عزت‌نفس آشکار و ناآشکار در مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته انجام شد. در پایان نتایج بدست آمده از تحلیل دیداری نمودارها نشان داد که افزایش نمرات عزت‌نفس آشکار افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته در نتیجه طرحواره‌درمانی به لحاظ تحلیل دیداری معنادار نبود ولی تاثیر طرحواره‌درمانی در افزایش عزت نفس ناآشکار معنادار بود. نتایج بدست آمده را می‌توان به این صورت تبیین و بررسی کرد.

الف) با وجود افزایش معنادار عزت نفس ناآشکار در نتیجه طرحواره‌درمانی، تغییر معناداری در نمره‌های عزت‌نفس آشکار بوجود نیامد: در تبیین این موضوع می‌توان گفت که به نظر می‌آید در افراد خودشیفته اعتقاد واقعی به برتری و خوبی کلی^۱ وجود ندارد. به عبارت دیگر اعتقاد به برتری جنبه انگیزشی و هیجانی دارد نه شناختی و عقلانی (بوشمن و بامیستر، ۱۹۹۸). بنابراین ممکن است خودگزارش‌دهی آشکار عزت‌نفس در آزمودنی‌های پژوهش حاضر تابع هیجان‌ات آنها باشد و این موضوع می‌تواند بی‌ثباتی و تغییر نامنظم نمره‌های عزت‌نفس آشکار را توجیه کند، یعنی آزمودنی‌های خودشیفته گزارش آگاهانه منظمی از سطح عزت‌نفس خود با مقیاس‌های آشکار سنج عزت‌نفس مثل مقیاس روزنبرگ ارائه نمی‌دهند و ممکن است تغییرات پنهانی حاصل شده به صورت پایدار و واقعی در پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ که بیش‌تر جنبه کلی و آشکار عزت‌نفس را می‌سنجد، انعکاس پیدا نکند. با توجه به نظریه شناختی - تجربی^۲ اپستین^۳ (۲۰۰۳)، نقل از هاشمی‌پور، حیدری، فتح‌آبادی و نجات، (۱۳۹۱)، مفاهیم صریح در سیستم شناختی (هشیار) و مفاهیم ضمنی در سیستم تجربی (ناهشیار) پردازش می‌شود. عزت‌نفس ضمنی ارزشیابی خودکار و ناهشیاری است که واکنش‌های خودکار را در مورد خود هدایت می‌کند (گرینوالد و برکلی^۴، ۱۹۹۵، نقل از هاشمی‌پور و همکاران، ۱۳۹۱). افزایش معنادار عزت‌نفس در دو بخش آشکار و ناآشکار با نتایج پژوهش جردن و همکاران^۵ (۲۰۰۶) همسو می‌باشد، در

-
1. overall goodness
 2. Cognitive-experiential self-theory (CEST)
 3. Epstein
 4. Greenwald & Breckler
 5. Jordan & et al.

پژوهش آنها افراد خودشیفته می‌توانند سطوح متفاوتی از عزت‌نفس آشکار و ضمنی را هم‌زمان داشته باشند همچنین عدم تغییر موازی در دو نوع عزت‌نفس در نتیجه طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت طرحواره‌ای با نتایج پژوهش‌های ها و شارپ^۱ (۲۰۰۸)؛ زیلرهیل (۲۰۰۶) همسو می‌باشد. آنها در بررسی خود نشان دادند که همبستگی پایینی بین عزت‌نفس آشکار و خودشیفتگی ناشی از عزت‌نفس ناآشکار وجود دارد. برخلاف نتایج حاصل در این پژوهش، یافته‌های پژوهش واتر و همکاران (۲۰۱۳)؛ جردن و همکاران (۲۰۰۳)، حاکی از آن است که افراد دارای بالاترین نمره‌های خودشیفتگی که عزت‌نفس شکننده و ناآشکار پایینی دارند، در نمره‌های عزت‌نفس آشکار روزنبرگ هم دارای نمره‌های بالایی بودند. هماهنگی با پژوهش‌های بوسون، لاکی، کمپل، زیلرهیل، جردن و کرنیس^۲ (۲۰۰۸) ارتباط بین عزت‌نفس آشکار و ناآشکار و خودشیفتگی بر خلاف تلاش‌های پژوهشی مختلف برای تصریح این رابطه همچنان نامشخص و گاه متناقض است. نکته قابل ملاحظه این است که در این پژوهش افزایش اندکی در نمرات عزت‌نفس آشکار آزمودنی‌های اول و دوم حاصل شد. هرچه که این افزایش معنادار نبود ولی می‌توان گفت که این دو نوع عزت‌نفس کاملاً بی‌ارتباط به هم نیستند و نوع انعکاس آنها در پرسشنامه‌های آشکارسنج یا مبتنی بر سنجش ناآگانه می‌تواند متفاوت باشد در هر صورت یافته‌های این پژوهش نیاز به بررسی دقیق‌تر تغییرات عزت‌نفس آشکار و ناآشکار را در افراد خودشیفته همگام با تعدیل طرحواره‌ها و شناسایی ذهنیت‌های حاکم بر افراد خودشیفته را دوچندان می‌کند.

ب) مداخله طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار یا مبتنی بر ذهنیت طرحواره‌ای، عزت‌نفس ناآشکار یا پنهان آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این پژوهش را به طور معناداری افزایش داد: در پژوهش حاضر، تکنیک‌های طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار برای تعدیل طرحواره‌های شناسایی شده شامل: رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، استحقاق/بزرگ منشی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی و تنبیه، بکار گرفته شدند تا با آوردن انواع طرحواره‌ها به هشیاری فعال و غلبه بر فاصله هیجانی، زمینه احساس ارزشمندی واقعی که در عزت‌نفس

1. Ha & Sharp

2. Bosson, Lakey, Campbell, Zeigler-Hill, Jordan & Kernis

ناآشکار تداعی می‌یابد فراهم گردد. با توجه به نتایج پژوهش نوردال و نیستر (۲۰۰۵) رابطه معناداری بین شدت اختلال شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار وجود دارد. یانگ، استحقاق، محرومیت عاطفی و نقص را هسته طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد خودشیفته می‌داند که زمینه شکنندگی عزت‌نفس و در نتیجه خودشیفتگی آنان را فراهم می‌کند. همسو با یافته‌های پژوهش نورداهل، هولت و هاگوم^۱ (۲۰۰۵)، رابطه معناداری بین شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال شخصیت و افراد بدون اختلال شخصیت وجود دارد. در پژوهش حاضر هر سه آزمودنی دارای طرحواره‌های ناسازگاری بودند که عمده این طرحواره‌ها با ذهنیت‌های کودک آسیب‌پذیر، کودک‌عصبانی و کودک‌تکانشی بی‌انضباط مرتبط بود. میانگین ذهنیت‌های طرحواره‌ای در هر سه ذهنیت و سایر ذهنیت‌های شناسایی‌شده برای نمونه‌های این پژوهش، با توجه به جدول میانگین و انحراف استاندارد ذهنیت‌های طرحواره‌ای بالاتر از میانگین گروه سالم می‌باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۹). در آزمودنی اول، احتمالاً خلق و خوی مضطرب و تحریک‌پذیر، سبک تربیتی سخت‌گیرانه والدین، در کنار ضعف آن‌ها برای ارضاء نیازهای هیجانی همچنان که از خاطرات و تصاویر مهم زندگی او بر می‌آید، زمینه‌ساز رشد و شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه او شامل: رهاسدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، استحقاق/بزرگ‌منشی و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی بوده است و مشکلات فعلی زندگی مانند انتخاب و رضایت پایین از همسر (هم‌به‌عنوان زمینه‌ساز و هم‌نتیجه داشتن طرحواره‌های ناسازگار) در تداوم طرحواره‌ها و عدم بهبود آن‌ها موثر بوده است. بکارگیری تکنیک‌های شناختی پس از ۲۰ جلسه مداخله، تا حد زیادی توانست تحریف‌های شناختی این آزمودنی را در جهت اهداف درمانی بهبود ببخشد. این تغییرات شناختی، به همراه تغییرات رفتاری و تجارب هیجانی اصلاحی در نهایت منجر به تعدیل طرحواره‌ها و کاهش عزت‌نفس شکننده و افزایش عزت‌نفس پنهان در آزمودنی اول گردید.

در پژوهش حاضر اصلاح و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم در جلسات درمانی منجر به بهبود و افزایش عزت‌نفس ناآشکار گردید و این تغییر افزایشی در دوره پیگیری با ثبات باقی ماند. موثر بودن ذهنیت‌درمانی در پژوهش حاضر

با آزمایش مدل ذهنیت‌طرحواره‌ای آرنتز و همکاران (۲۰۰۵) همسو می‌باشد. در پژوهش آنها از تقویت ذهنیت بزرگسال سالم در مقابل ذهنیت‌های فعال شده محافظ بی‌تفاوت، والد تنبیه‌گر، کودک رها شده و کودک تکانشگر/عصبانی استفاده شد و نتیجه گرفتند که این مدل در مداخله بیماران مرزی کارایی دارد. رویکرد ذهنیت‌طرحواره‌ای در درمان بیماران مرزی و خودشیفته بکار گرفته می‌شود. بیماران خودشیفته در مقایسه با بیماران مرزی، اغلب خودشان را آسیب‌پذیر یا حساس نشان نمی‌دهند. اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار در این پژوهش با نتایج مطالعه تک‌موردی بامبر (۲۰۰۴)، نوراداهل و نیستر (۲۰۰۵)، فارل و همکاران^۱ (۲۰۰۹) همسو می‌باشد. هماهنگی با رویکرد طرحواره‌درمانی یانگ، به نظر می‌رسد بکارگیری تکنیک‌های تجربی در این پژوهش تأثیرات درمانی مهمی در آزمودنی‌ها داشت. در واقع تکنیک‌های تجربی دو هدف عمده دارند: (۱) برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه که به شناسایی رفتارها و ذهنیت‌هایی منجر می‌شود که ارزش شخصی و عزت‌نفس را تهدید می‌کنند (۲) بازوالدینی بیمار به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضاء نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی به منظور افزایش عزت‌نفس. بازوالدینی نیازهای برآورده نشده اولیه، یکی از مفاهیمی است که در طرحواره‌درمانی روی آن تأکید شده است (بهری و دیکمن، ۲۰۱۱). عزت‌نفس پیش‌بینی‌کننده پیامدهای مهمی از قبیل پیشرفت تحصیلی، افسردگی، نارضایتی از روابط بین‌فردی، بزهکاری، سلامت روان، عواطف مثبت و منفی و بسیاری متغیرهای مهم دیگر است (بامیستر، کمپل، کروگر و وس^۲، نقل از ملکی و همکاران، ۱۳۹۳). به نظر می‌رسد در این پژوهش، افزایش عزت‌نفس ناآشکار در نتیجه استفاده از تکنیک‌های ذهنیت‌طرحواره‌ای توانست تا حدودی احساس مثبت از خود را بهبود بخشد و لمس هیجان‌ها را تسهیل کند. طوری که استفاده از مداخله طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار، در آزمودنی اول توانست رفتارهای تسلیمی مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مثل؛ قبول ازدواج با همسری بد رفتار و زورگو، بزرگ جلوه‌دادن موفقیت‌ها، ازدواج با همسری که احتمالاً دارای محرومیت هیجانی و عدم ابراز احساسات است را شناسایی کند و با شناخت ذهنیت‌های طرحواره‌ای شامل؛ کودک بزرگ‌منش، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت و ذهنیت کودک بی‌انضباط، رفتارهای جبران‌افراطی

1. Farell & et al.

2. Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs

(مثل؛ بی‌توجهی به حق و حقوق دیگران و سوء استفاده از آن‌ها، عدم توجه به قوانین و اعتقادات مذهبی و بایدها و نبایدها) و رفتارهای اجتنابی (مثل؛ عدم دخالت در انتخاب همسر و نداشتن معیارهای مشخص، اجتناب از موقعیت‌هایی که افراد متوسط و معمولی در آن‌ها هستند. انجام ندادن کارهای روزمره و وظایف خانه داری) را آماج مداخلات درمانی قرار دهد. تقویت ذهنیت بزرگسال سالم مهمترین هدفی بود که در طول مداخله، سعی می‌شد انجام شود و نوسان‌های ذهنیت‌ها به سمت این ذهنیت متمرکز گردند. در مورد آزمودنی دوم، آنچه که روند مداخله را با مشکل روبه‌رو می‌ساخت حاکمیت ذهنیت خودبزرگ‌منش در بیش‌تر مواقع بر افکار و هیجان‌های او بود که در کنار ذهنیت‌های ناسالم دیگر شامل؛ ذهنیت کودک‌عصبانی، کودک‌تکانشی/بی‌انضباط، ذهنیت محافظ‌بی‌تفاوت، ذهنیت زورگو و تهاجمی و ذهنیت والد تنبیه‌گر و طرحواره‌های مرتبط (طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، استحقاق/بزرگ‌منشی و معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی و تنبیه) حفظ رابطه درمانی و پایبندی این آزمودنی به اصول درمانی و انجام تکالیف خانگی بود که با پیش‌روی جلسات درمانی کیفیت بهتری پیدا کرد. به نظر می‌رسد برخورداری از حمایت‌های عاطفی و عوامل بهبود بخش طرحواره‌ها در تعدیل طرحواره، تقویت ذهنیت بزرگسال و در نهایت احساس ارزشمندی یکی از عوامل اثربخشی مداخله در پژوهش حاضر بود چنان‌که در مورد آزمودنی سوم علی‌رغم مشکلات بین‌فردی، احساس تنهایی، عدم لذت از زندگی و همچنین تحریف‌های شناختی، اثربخشی خوبی در افزایش خودارزشمندی مشاهده شد.

با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش و مقایسه آن با نتایج سایر پژوهش‌های مشابه، طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار در افزایش عزت نفس ناآشکار افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است و می‌تواند در درمان علائم ناشی از عزت نفس ناآشکار پایین مبتلایان به این اختلال بکار گرفته شود. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بوده است. تعداد جلسات درمانی کم با توجه به ماهیت مزمن بودن اختلال، کوتاه بودن دوره درمان و دوره پیگیری، کم بودن تعداد دفعات اندازه‌گیری در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری و مهمتر از همه طرح پژوهش موردمنفرد با حجم نمونه پایین که امکان تعمیم‌پذیری را با مشکل مواجه می‌کند، از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد با توجه به مشکلات تعمیم‌پذیری نتایج پژوهشی در طرح پژوهشی

مورد منفرد، پژوهش‌های بیشتری با شرایط آزمایشی کنترل شده و با تعداد نمونه‌های بیشتر تکرار شوند. همچنین پژوهش‌های جدیدی مورد نیاز است تا با ارزیابی‌های دقیق و شواهد کافی، نقش واسطه‌گری و تعدیل‌کنندگی طرحواره‌ها را در انواع عزت نفس و خودشیفتگی تعیین سازد. استفاده از طرحواره‌درمانی در گستره وسیع اختلالات باید با دقت بیشتری همراه باشد و کاربرد این رویکرد نیاز به آشنایی کامل با مبانی نظری و مفهومی و مهارت کافی در درمان شناختی-رفتاری و کار با طرحواره‌ها دارد.

منابع

- آرتنز، آرنود؛ و خندرن، هنی فن. (۲۰۰۹). *طرحواره‌درمانی اختلال شخصیت مرزی*. ترجمه حسین زیرک و حسن حاجی پور. (۱۳۹۳). چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- آقامحمدی، سمیه؛ کجباف، محمدباقر؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عابدی، احمد؛ کاظمی، زینب؛ و صادقی، سعید. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر روابط اجتماعی دختران فراری: پژوهش موردمنفرد. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۲)، ۸۹-۷۹.
- احمدی، نسرین؛ و قریشی راد، فخرالسادات. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار و سبک‌های فرزند پروری در افراد دارای رگه‌های اختلالات شخصیت دسته ب. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۰(۲۱)، ۹۸-۸۷.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، (۱۳۹۳). چاپ اول، تهران: انتشارات ساوالان.
- اعلمی‌نیا، منصوره. (۱۳۹۳). بررسی و تحلیل پژوهش‌های حوزه طرحواره‌درمانی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵(۱۸)، ۱۲۵-۱۰۰.
- اسماعیلی، علی؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ و فرخی، نورعلی. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر بهبودی وسواس-اجبار همایند و نا همایند با افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- جلالی، رستم. (۱۳۹۱). نمونه‌گیری در پژوهش‌های کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۱(۴)، ۳۲۰-۳۱۰.

- جوشن لو، محسن؛ و قانلی، غلامحسین. (۱۳۸۷). بررسی مجدد پایایی و اعتبار مقیاس حرمت خود روزنبرگ در ایران. *مجله دانشور*، ۱۵(۳۱)، ۴۹-۵۶.
- حمیدپور، حسن؛ دولتشاهی، بهروز؛ پورشهباز، عباس؛ و دادخواه، اصغر. (۱۳۸۹). کارآیی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴(۱۶)، ۴۲۶-۴۲۰.
- خدایاری فرد، محمد؛ و صیادشیرازی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال شخصیت خودشیفته: مطالعه موردی. *مجله رویش روانشناسی*، ۴(۱۰)، ۲۵-۳۶.
- خورشیدزاده، محسن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ و دلاور، علی. (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره‌درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۲)، ۲۴-۵.
- دیویسیون، جerald؛ نیل، جان؛ کرینگ، ان‌ام؛ و جانسون، شری ال. (۲۰۱۴). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. ترجمه مهدی دهستانی. (۱۳۹۵). جلد دوم، چاپ اول، تهران: انتشارات ویرایش.
- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۳(۲)، ۳۳-۴۸.
- رستمی، مصطفی؛ برجعلی، احمد؛ و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر علائم مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع ۱: پژوهش موردمنفرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). روان‌درمانی‌های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم‌انداز، با تاکید ویژه بر طرحواره‌درمانی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی*، ۵(۱۸)، ۱-۱۴.
- شریفی، علی اکبر؛ مولوی، حسین؛ و نامداری، کوروش. (۱۳۸۶). روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۴(۳۴)، ۲۷-۳۸.
- صفاری نیا، مجید؛ شقاقی، فرهاد؛ ملکی، بهرام. (۱۳۹۱). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه شخصیت خودشیفته (NPI-40). *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲(۸)، ۷۱-۹۲.

- صورتیچی، طوبی؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ کلانتر کوشه، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش فنون نظم بخشی هیجانی بر کاهش ترس از صمیمیت زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- طباطبایی برزکی، سعید؛ سهرابی، فرامرز؛ و کریمی زارچی، مهدی. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره‌های افراد افسرده. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی، ۳(۱۱)، ۷۵-۸۰.
- فراهانی، حجت‌اله؛ عابدی، احمد؛ آقامحمدی، سمیه؛ و کاظمی، زینب. (۱۳۹۲). مبانی کاربردی طرح‌های موردمنفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی. تهران: انتشارات روان‌شناسی و هنر.
- قربانعلی پور، مسعود. (۱۳۸۹). اثربخشی و مقایسه طرحواره درمانی و معنادرمانی بر هراس از مرگ در افراد مبتلا به خودبیمار پنداری. رساله دکتری. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- کاپلان، هارولد. و سادوک، بنجامین. (۲۰۰۳). خلاصه روان پزشکی و علوم رفتاری. ترجمه نصرت اله پورافکاری. (۱۳۸۲). جلد دوم. چاپ اول، تهران: انتشارات شهرآب.
- قریشی راد، فخرالسادات. (۱۳۹۴). اعتباریابی و تحلیل عاملی پرسش‌نامه شخصیت خودشیفته (NPI-40) در جمعیت غیرعاملی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۵(۱۲۴)، ۸۴-۹۳.
- کاملی، زهرا؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام علی؛ محمدیان شهرباف، حمیدآقا. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست. مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۱)، ۸۱-۹۸.
- کردلو، منیره. (۱۳۸۹). شناخت درمانی اختلالات شخصیت رویکرد طرحواره محور. انتشارات مشاور مدرسه، ۵(۳)، ۲۳-۲۱.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. تهران: انتشارات ساوالان.
- موسوی اصل، علی؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ فرخی، نورعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم تجربه مجدد ضربه درجانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD). فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۲(۸)، ۷۱-۹۲.

عبدی، رضا؛ و نصیری، احد. (۱۳۹۴). نقش ابعاد نابهنجار شخصیت در پیش‌بینی ویژگی‌های شخصیت خودشیفته. *مجله اندیشه و رفتار*، ۳۷(۹) ۲۱-۹۴.

هاشمی، حمید؛ حیدری، محمود؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ و نجات، پگاه. (۱۳۹۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون تداعی ضمنی عزت‌نفس. *فصلنامه مطالعات اندازه‌گیری و ارزشیابی آموزشی*، ۱(۱)، ۳۳-۴۸.

یانگ، جفری. (۱۹۹۴). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت*. ترجمه حسن حمیدپور و علی صاحبی. (۱۳۹۲). چاپ سوم، تهران: انتشارات ارجمند.

یانگ، جفری؛ کلوסקو، ژانت؛ ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). *طرحواره‌درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. (۱۳۸۹). چاپ ششم، تهران: انتشارات ارجمند.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Anderson, J., Snider, S., Sellbom, M., Krueger, R., & Hopwood, C. (2014). A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry Research*, 216(3), 363-372.
- Arntz, A. (2012). Schema therapy for cluster C personality disorders. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*, 397-414.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 226-239.
- Bamber, M. (2004). 'The good, the bad and defenceless Jimmy'—a single case study of Schema Mode Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(6), 425-438.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., & Arntz, A. (2012). Design of a multicentered randomized controlled trial on the clinical and cost effectiveness of schema therapy for personality disorders. *BMC public health*, 12(1), 1.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.
- Ball, G. A., Brandon, M. B., Plus, D., Richland, W. A. (2015). Frequency of narcissistic personality disorder in pastors: A preliminary study. *American Association of Christian Counselors*. 11(2)1-18.

- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 323.
- Behary, W. T., & Dieckmann, E. (2011). Schema therapy for narcissism: The art of empathic confrontation, limit-setting, and leverage. *The Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*, 445-456.
- Bosson, J. K., Lakey, C. E., Campbell, W. K., Zeigler-Hill, V., Jordan, C. H., & Kernis, M. H. (2008). Untangling the links between narcissism and self-esteem: A theoretical and empirical review. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(3), 1415-1439.
- Bosson, J. K., Swann, W. B., & Penebaker, J. W. (2000). Stalking the perfect measure of implicit self-esteem: The blind men and the elephant revisited?. *Journal of personality and social psychology*, 79(4), 631-643.
- Brookes, J. (2015). The effect of overt and covert narcissism on self-esteem and self-efficacy beyond self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 85, 172-175
- Bushman, B. J., & Baumeister, R. F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence?. *Journal of personality and social psychology*, 75(1), 219.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1996). The biopsychosocial model of arousal regulation. *Advances in experimental social psychology*, 28, 1-51.
- Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2011). *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*. John Wiley & Sons.
- Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415-422.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 33(4), 321-339.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical psychology review*, 28(4), 638-656.
- Cozma, H., Javadian, J., Gupta, V.K., & Canever, M. (2014). Narcissistic personality inventory: An assessment of measurement equivalence across countries and gender. *The international journal of management and business*, 5(1), 108-116

- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of personality disorders, 17*(3), 188-207.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(2), 317-328.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry, 63*(6), 649-658.
- Ha, C., Petersen, N., & Sharp, C. (2008). Narcissism, self-esteem, and conduct problems. *European child & adolescent psychiatry, 17*(7), 406-413.
- Hammond, D., & Gast, D. L. (2010). Descriptive Analysis of Single Subject Research Designs: 1983—2007. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 187-202*.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders-a review. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*(2), 171-185.
- Jalali Asheghabadi, P., Borjali, A., & Hosseinsabet, F. (2015). Overt and Covert Narcissism in Iranian Students: The Role of Self-esteem and Shame. *Practice in Clinical Psychology, 3*(2), 79-88.
- Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders, 18*(5), 467-478.
- Kalichman, S. C., Shealy, L., & Craig, M. E. (1991). The use of the MMPI in predicting treatment participation among incarcerated adult rapists. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 3*(2), 105-119.
- Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. S. (2012). Pathological narcissism: A front-line guide. *Practice, 24*(3), 161-174.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology, 62*(4), 445-458.
- Keulen-de Vos, M. E. (2013). Emotional states, crime and violence: a schema therapy approach to the understanding and treatment of forensic patients with personality disorders.
- Kernberg, O. F. (2014). An overview of the treatment of severe narcissistic pathology. *The International Journal of Psychoanalysis, 95*(5), 865-888.
- Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger clinic, 77*(1), 1-22.
- Koole, S. L., Govorun, O., Cheng, C. M., & Gallucci, M. (2009). Pulling yourself together: Meditation promotes congruence between implicit and

- explicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(6), 1220-1226.
- Krizan, Z., & Suls, J. (2008). Are implicit and explicit measures of self-esteem related? A meta-analysis for the Name-Letter Test. *Personality and Individual Differences*, 44(2), 521-531.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., & Reynoso, J. S. (2011). A historical review of narcissism and narcissistic personality. *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder*, 3-13.
- Levine, A. B., & Faust, J. (2013). A psychodynamic approach to the diagnosis and treatment of closet narcissism. *Clinical Case Studies*, 12(3), 199-212.
- Logan, L. R., Hickman, R. R., Harris, S. R., & Heriza, C. B. (2008). Single-subject research design: recommendations for levels of evidence and quality rating. *Developmental medicine & child neurology*, 50(2), 99-103.
- Martin, J., Walcott, G., Clarke, T. R., Barton, E. N., & Hickling, F. W. (2013). The prevalence of personality disorder in a general medical hospital population in Jamaica. *West Indian Medical Journal*, 62(5), 463-467.
- Ministry of Justice. (2011). Working with Personality Disordered Offenders. A Practitioner's Guide.
- Miller, J. D., Widiger, T. A., & Campbell, W. K. (2010). Narcissistic personality disorder and the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 640.
- Morf, C. C., & Rhodewalt, F. (1993). Narcissism and self-evaluation maintenance: Explorations in object relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(6), 668-676.
- Myers, E. M., & Zeigler-Hill, V. (2012). How much do narcissists really like themselves? Using the bogus pipeline procedure to better understand the self-esteem of narcissists. *Journal of Research in Personality*, 46(1), 102-105.
- Nadort, M., van Genderen, H., & Behary, W. (2012). Training for and Registrations of Schema Therapists. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice*, 441.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-149.
- Nordahl, H. M., & Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254-264.
- Nysæter, T. E., & Nordahl, H. M. (2008). Principles and clinical application of schema therapy for patients with borderline personality disorder. *Nordic Psychology*, 60(3), 249.

- Ogrodniczuk, J. S. (2013). *Understanding and treating pathological narcissism*. American Psychological Association.
- Păunescu, C., Pițigoi, G., Gagea, G., & Păunescu, M. (2014). Study on the Self-evaluation of Self-esteem among Young Adults. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 117, 705-709.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.
- Philippson, P. (2009). Schema Therapy: A Gestalt-Oriented Overview Scott H. Kellogg New York University and The Schema Therapy Institute. *Gestalt*, 10(1).
- Rad, F. G. Validation and Factor Analysis of Persian Version of the Narcissistic Personality Inventory-40 in Non-clinical Population.
- Rahimian, S., & Ghaffary, T. (2014). Schema therapy as a treatment for chronic disorder. *Indian J. Sci. Res*, 4(3), 437-446.
- Rhodewalt, F., Madrian, J. C., & Cheney, S. (1998). Narcissism, self-knowledge organization, and emotional reactivity: The effect of daily experiences on self-esteem and affect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(1), 75-87.
- Rahimian, Sh., & Ghaffari, T. (2014). Schema therapy as a treatment for chronic disorders. *Indian J.Sci.Res*. 4(3), 437-446.
- Raskin, R., Novacek, J., & Hogan, R. (1991). Narcissism, Self-Esteem, and Defensive Self-Enhancement. *Journal of personality*, 59(1), 19-38.
- Rosario, P.M., & White, R.M. (2005). The narcissistic personality inventory: Test-retest stability and internal consistency. *Pers Individ Dif* 39(6): 1075-1081.
- Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: Progress in recognition and treatment. *Focus*, 11(2), 167-177.
- Ronningstam, E. (2013). An update on narcissistic personality disorder. *Current opinion in psychiatry*, 26(1), 102-106.
- Ronningstam, E. (2016). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Recent Research and Clinical Implications. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 3(1), 34-42.
- Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: Progress in recognition and treatment. *Focus*, 11(2), 167-177.
- Rosenthal, S.A., Montoya, R.M., Ridings, L.E., Rieck, S.M., & Hooley, J.M. (2011). Further evidence of the Narcissistic Personality Inventory's validity problems: A meta-analytic investigation-Response to Miller, Maples, and Campbell. *Journal of Research in Personality*, 45, 410-414.
- Roediger, E. & Laireiter, A.R. (2013). The schema therapeutic mode cycle in behavior therapy supervision. (English Version of) *Verhaltenstherapie*. 23,91-99

- Rosenthal, S. A., Montoya, R. M., Ridings, L. E., Rieck, S. M., & Hooley, J. M. (2011). Further evidence of the Narcissistic Personality Inventory's validity problems: A meta-analytic investigation—Response to Miller, Maples, and Campbell (this issue). *Journal of Research in Personality, 45*(5), 408-416.
- Ritter, K. (2014). *The Narcissistic Personality Disorder: Empirical Studies* (Doctoral dissertation, Berlin, Humboldt Universität zu Berlin, Diss., 2014).
- Say, B. (2010). *Unfolding the Myth of Narcissus: Towards a Process Oriented Approach to Working with Narcissism*. Portland, Oregon.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., & Morey, L. C. (2014). Narcissistic personality disorder in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(4), 422.
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: a clinical application. *American Journal of Psychiatry, 172*(7), 606-613.
- Stets, J. E., & Burke, P. J. (2014). Self-esteem and identities. *Sociological Perspectives, 57*(4), 409-433.
- Vater, A., Schröder-Abé, M., Ritter, K., Renneberg, B., Schulze, L., Bosson, J. K., & Roepke, S. (2013). The narcissistic personality inventory: a useful tool for assessing pathological narcissism? Evidence from patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 95*(3), 301-308.
- Vater, A., Ritter, K., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Lammers, C. H., Bosson, J. K., & Roepke, S. (2013). When grandiosity and vulnerability collide: Implicit and explicit self-esteem in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 44*(1), 37-47.
- Vaknin, S. (2015). *Malignant self love: Narcissism revisited*. Narcissus Publishing.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2015). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. John Wiley & Sons.
- Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons.
- Widiger, T. A. (Ed.). (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford University Press.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of personality and social psychology, 61*(4), 590.
- Young, J., & Behary, W. T. (1998). Schema-focused therapy for personality disorders.

- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev.* Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: Implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of personality*, 74(1), 119-144.
- Zeigler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B., & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 96-103.

