مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۰، شماره پیوسته ۱۱۸، ۶ آبان ۱۴۰۲ https://doi.org/10.47176/rjms.30.118

مقاله پژوهشی

اثربخشی اسکما تراپی مبتنی بر ذهنیت و سینمادرمانی در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی

مائده آقائی پور گواسرائی: دانشجو دکتری، گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

مسعود محمدی: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران (* نویسنده مسئول) mmohamadis@yahoo.com

قاسم نظیری: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

اعظم داوودی: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی برای کسب امنیت به سختی از رفتارهای اجتنابی خود دست می‌کشند و منفعل هستند، بنابراین می‌توان چالش زیادی در درمان ایجاد کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی اسکما تراپی مبتنی بر ذهنیت و سینمادرمانی در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع تک آزمودنی با طرح خطپایه چندگانه و پیگیری سه ماهه است. جامعه آماری شامل کلیه افراد ۲۰ تا ۳۵ ساله بودند که در بازه زمانی ۱۳۹۹/۱۱/۰۱ تا ۱۴۰۰/۰۴/۱۵ به مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی آرمانا در شهر تهران مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند بود، به این صورت که ۴ نفر از مراجعه‌کنندگان با تشخیص روانپزشکی اختلال شخصیت اجتنابی که با استفاده از پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت، انتخاب شدند، در فرایند درمان قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و دوره سه ماهه پیگیری به پرسشنامه میلون پاسخ دادند. مداخله درمانی در ۳۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد. برای تحلیل داده‌ها از روش ترسیم نمودار، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته‌ها: پیگیری سه ماهه نشان داد که نمرات شرکت‌کنندگان در اختلال شخصیت اجتنابی نسبت به خط پایه کاهش داشت. همچنین اندازه اثر به دست آمده به ترتیب برابر ۲/۴۱-، ۲/۵۹-، ۷/۵۵- و ۳/۳۱-، بیانگر نقش مؤثر روش درمانی در کاهش علائم اختلال شخصیت اجتنابی است ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: ترکیب اسکما تراپی متمرکز بر ذهنیت و سینمادرمانی در کاهش علائم اختلال شخصیت اجتنابی موثر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها

اسکما تراپی،

سینمادرمانی،

اختلال شخصیت اجتنابی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۸/۰۶

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Aghaeepour Gavasaraee M, Mohammadi M, Naziri G, Davoodi A. Effectiveness of Integrated Treatment Focused on Schema and Cinema Therapy in the Treatment of Avoidant Personality Disorder. Razi J Med Sci. 2023(28 Oct);30.118.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

Razi Journal of Medical Sciences. 2023(28 Oct);30.118. https://doi.org/10.47176/rjms.30.118

Original Article

Effectiveness of Integrated Treatment Focused on Schema and Cinema Therapy in the Treatment of Avoidant Personality Disorder

Maedeh Aghaeepour Gavasaraee : PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Masoud Mohammadi: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran (* Corresponding author) mmohamadis@yahoo.com

Ghasem Naziri: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Azam Davoodi: Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Abstract

Background & Aims: Studies have estimated the percentage of people with personality disorders in the entire population to be close to 10% and in some cases 25% (1). Meanwhile, avoidant personality disorder is a relatively common disorder, which has an estimated prevalence of approximately 2.4% in the entire population (2). Avoidant personality disorder, such as borderline personality disorder, has a lot of similarities with other personality disorders and axis one disorders, especially mood disorders, anxiety and physical symptoms (1). Patients with avoidant personality disorder are not able to focus on the therapeutic relationship, and avoidance makes the process of attracting therapeutic participation in them due to the transference and cross-transference processes a difficult and long task (6).

In this regard, and in recent years, schema therapy has entered the field of psychotherapy as a method for treating complex psychological problems and has expanded greatly (8). Schema therapy is an integrated and multifaceted approach that considers the psychological elements that make up personality traits as a result of the combination of emotional temperament with basic emotional needs and early childhood experiences that are perpetuated through confirmation bias, ineffective coping styles and manifest themselves in adult life (9).

On the other hand, from the perspective of schema therapy, art therapy methods, including cinema therapy, can be conceptualized as "schema stimulation techniques" that may be more difficult to reach through conventional treatments. Cinematherapy is one of the contemporary cognitive approaches, and is considered as a creative intervention, in which the therapist uses watching a movie as a metaphor to promote awareness and change. As an indirect and non-verbal cognitive approach, cinema therapy can stimulate people's thinking and feelings (13) and act as a tool to bring out the hidden aspects of the emotional world of patients, which is similar to the use of dreams in the psychoanalytic approach to penetrate deep into the psyche (12).

Examining the research records related to the research topic showed that the schema therapy approach is effective in the treatment of avoidant personality disorder (14, 8) and other personality disorders (15, 16). Also, the research conducted on the effectiveness of cinema therapy on the improvement of psychological disorders has been reported by Raymond, Wibowo & Jafar (2018) (17) and Dunham & Dermer (2020) (18). Peled et al. (2017) showed in a research that 60 sessions of mindfulness-based schema therapy resulted in a significant reduction of symptoms in patients with cluster c personality disorders, including avoidant personality disorder (19). van den Broek et al. (2011) also reported in a study that was conducted using a single subject method; the combination of schema therapy and art therapies, including cinema therapy, is effective in invoking schema mentalities in people with personality disorders (13). According to the search conducted and the review of seminars, congresses and scientific-research journals of psychology, the point of interest compared to borderline personality disorder and other cluster c personality disorders is that, in the field of avoidant personality disorder treatment, especially single studies Subject, in the research background of Iran and the world, we are facing research poverty. Therefore, in the present research, the researcher intends to answer the question of whether schema therapy based on mentality and cinema therapy is effective in treating the symptoms of avoidant personality disorder?

Keywords
Schema Therapy,
Cinema Therapy,
Avoidant Personality Disorder

Received: 05/08/2023

Published: 28/10/2023

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

Methods: The present study is of a single test with a multiple baseline design and three-month follow-up. The statistical population included all clients, ranging 20-35 years old, who referred to Armana Psychological services and counseling center from 11/01/1399 to 04/15/1400 (from 01/20/2021 to 07/06/2021). By a purposive sampling, four of the clients with psychiatric diagnose of avoidant personality disorder which were diagnosed by Millon Clinical Multiaxial Inventory and structured clinical interview for personality disorders were selected. The participants responded to the Millon Inventory at the base-line position, the seventh, fourteenth, twenty-first, twenty-eighth, and thirty-fourth session, and at three times with a month interval between each time after finishing the intervention. The treatment intervention was held in thirty-four sixty-minute sessions.
Results: The data analysis was performed by visual analysis of the chart, recovery percentage, the effect size and reliable change index, and the percentage of overlapping and non-overlapping data. The three-month follow-up demonstrated that mentality-based schema therapy with cinema therapy significantly decreased the symptoms of avoidant personality disorder in the participants at the end of the treatment and follow-up.
Conclusion: The results of the present study show that clients have been successful in reducing the signs and symptoms of their avoidant personality traits. Therefore, it can be said that the client's score in treatment has changed to such an extent that his position has moved from the group of people with dysfunction due to avoidant personality disorder to the group of people with normal functioning. Regarding the percentage of improvement, considering that the scores of each person in the baseline have the role of the control group and the criterion is the comparison of the individual's own scores over time and at different stages before and during the intervention. is facing Therefore, it can be said that the first references have progressed reliably. Among the other reasons that can be stated to explain the lower rate of improvement of the first referral than the other three referrals is the presence of depressive personality disorder as a co-occurring disorder.

The results of the present research on the effectiveness of schema therapy and cinema therapy in reducing symptoms of avoidant personality disorder in sufferers are consistent with research (14, 19, 32). In explaining the above results, it should be said that patients with avoidant personality disorder do not feel comfortable in the communication and intimacy process when talking (Peld et al., 2017), which can be problematic in the treatment room and in their living environment due to avoidant behaviors. Schema therapy, which considers the therapeutic relationship as an essential part in all stages of treatment, uses two important characteristics and techniques of borderline parenting and empathic confrontation to satisfy the needs of damaged childhood (6).
On the other hand, we know that avoidance in all dimensions is one of the most important and dominant characteristics of people with avoidant personality disorder. Experiential (emotional) techniques used in schema therapy increase the efficiency of therapeutic techniques and subsequently increase positive treatment results. Watching your behavior pattern on the movie screen creates a perspective of your situation by maintaining the necessary emotional distance and away from the threat. This transient perception helps a person take a step back and see the past from behind (25). In order to explain the small recovery of the clients according to the findings of the research, it can be said that the treatment protocol based on Arntz's mentality (2012) for clients suffering from avoidant personality disorder, which is the main basis of the treatment program of this research, was developed in 50 sessions, the first 40 sessions of which are Its weekly and 10 final sessions include monthly reinforcement sessions. Even Arntz (2012) (30) and Yang et al. (2006) (10) suggest more sessions if needed. In other words, schema therapy for personality disorders is a long-term treatment and requires flexibility in the way of holding meetings, the number of meetings and the duration of meetings. Among the limitations of the current research, he pointed out the spread of the corona disease and the obstacles created related to this disease in the type and quality of therapeutic communication and the holding of meetings, as well as the lack of control of external variables affecting the treatment process; Therefore, to increase confidence in the results, it is suggested to repeat the research after the end of the Corona pandemic and without the obstacles mentioned in the limitations. Mentality-based schema therapy and cinema therapy could be effective in decreasing the symptoms of avoidant personality disorder.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Aghaeepour Gavasaraee M, Mohammadi M, Naziri G, Davoodi A. Effectiveness of Integrated Treatment Focused on Schema and Cinema Therapy in the Treatment of Avoidant Personality Disorder. Razi J Med Sci. 2023(28 Oct);30.118.

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

مقدمه

مطالعات درصد مبتلایان به اختلالات شخصیت را در کل جمعیت نزدیک به ۱۰٪ و در مواردی ۲۵٪ برآورد نموده اند (۱). در این بین اختلال شخصیت اجتنابی، اختلالی نسبتاً شایع است، که در کل جمعیت تخمین شیوع تقریباً ۲/۴ در صدی داشته است (۲). همچنین شیوع آن در دستنامه روانپزشکی آکسفورد، در جمعیت بالینی ۲۴/۶- ۲۱/۵ و در جمعیت عمومی ۲/۵- ۱/۴، گزارش شده است (۳). اختلال شخصیت اجتنابی مانند اختلال شخصیت مرزی همبودی زیادی با سایر اختلالات شخصیت و اختلالات محور یک به ویژه اختلالاتی خلقی، اضطرابی و نشانه جسمانی دارد (۱). اختلالات همراه با اختلال شخصیت اجتنابی عبارت‌اند از: اختلالاتی افسردگی، طیف دوقطبی، و اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب اجتماعی، نشانه جسمانی و اختلالاتی مرتبط، و اغلب همراه با اختلالات شخصیت وابسته، مرزی، اسکیزوئید، پارانوئید، اسکیزوتایپال، و منفعل- پرخاشگر می‌باشد (۲و۴). بی اشتهای عصبی، پرخوری عصبی و سوء مصرف مواد نیز از جمله اختلالات شایع همراه با اختلال شخصیت اجتنابی هستند. غالباً افسردگی اساسی همراه با سوء مصرف مواد احتمال خودکشی را در این افراد افزایش می‌دهد (۵). مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی توان تمرکز بر رابطه درمانی را ندارند و اجتناب، فرایند جلب مشارکت درمانی را در آنها به خاطر فرایندهای انتقال و انتقال متقابل مستلزم کاری دشوار و طولانی می سازد (۶). آنها در مرحله اولیه درمان مستعد خاتمه پیش از موعد هستند و در صورتی که درگیر درمان شوند در خاتمه درمان با مشکل مواجه می‌شوند. احتمال عود و بازگشت به الگوی اجتنابی بعد از درمان نیز از جمله مشکلات جدی در مبتلایان می‌باشد، که فرایند طولانی تر و فرسایشی، هزینه‌های درمانی، ارتباطی و شغلی جدی‌تری را به دنبال خواهد داشت و می‌توان منجربه ناامیدی مبتلایان و پیگیری درمان شود (۶و۷)

دراین راستا و طی سال‌های اخیر اسکما تراپی به عنوان روشی برای درمان مشکلات پیچیده روانشناختی وارد حوزه رواندرمانی شده و گسترش زیادی داشته است. این رویکرد درمانی معاصر به خوبی نشان داد که می‌تواند توسط مطالعات آزمایشی کنترل شده تصادفی مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد. همچنین به طور فزاینده‌ای برای مفهوم سازی و معالجه اختلالات هیجانی طولانی مدت و آسیب شناسی شخصیت مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن تائید شده است (۸). اسکما تراپی یک رویکرد یکپارچه و چند وجهی است که درون مایه های روانشناختی تشکیل دهنده ویژگی‌های شخصیت را حاصل ترکیب خوی هیجانی با نیازهای هیجانی اساسی و تجارب اولیه کودکی در نظر می‌گیرد که از طریق سوگیری تائیدی، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد تداوم یافته و خود را در زندگی بزرگسالی ما حفظ می‌کنند (۹). هدف اولیه اسکما تراپی ایجاد «آگاهی روانشناختی» توسط کمک به بیمار در شناسائی اسکما، خاطرات، هیجان‌ها، احساسات بدنی، افکار، تصاویر ذهنی، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، نیازها و خواسته‌های مرتبط با اسکما می‌باشد. به موجب این آگاهی و بینش، تسلطی نسبی بر پاسخ‌های بیمار روی می‌دهد که با تمرین مستمر این کنترل افزایش خواهد داشت (۱۰)

از طرفی، اجتناب به عنوان راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد غالب در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی، از مهمترین موانع به هنگام استفاده از تکنیک‌های تجربی به ویژه تصویرسازی ذهنی در مراحل مختلف سنجش و درمان در اسکما تراپی مطرح می باشد. مبتلایان در اجتناب شناختی از فکر درباره چیزهایی که احساس ملال ایجاد کند، اجتناب می‌کنند و به جهت آستانه تحمل پایین برای احساس ملال از نظر رفتاری توجه خود را از شناخت های منفی بر می‌گردانند. آنان به دنبال راه های انحرافی و خودتخریبی برای فاصله گرفتن از افکار و احساسات منفی هستند. این الگوی اجتناب شناختی و رفتاری با کاهش موقت احساس ملال تقویت و به تدریج خودآیند می‌شوند (۵و۱۱). یانگ و گلر بر این عقیده اند گروه‌درمانی، عکس های خانوادگی یا مرتبط با دوران کودکی، بحث و تبادل نظر درباره رویاها، مطالعه کتاب ها یا دیدن فیلم های خاص، می‌توان بر اجتناب غلبه کند و روند درمان را تسهیل نماید (۱۲). از دیدگاه اسکما تراپی روش‌های هنردرمانی از جمله سینمادرمانی را می‌شود به عنوان «تکنیک های برانگیختن اسکما» مفهوم‌سازی کرد که ممکن است دسترسی به آنها توسط درمان‌های مرسوم دشوارتر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

باشد. سینمادرمانی از جمله رویکردهای شناختی معاصر، و به عنوان مداخله‌ای خلاقانه، که در آن متخصص از تماشای فیلم به عنوان یک متافور برای ارتقاء آگاهی و تغییر استفاده می‌کند، در نظر گرفته می‌شود. شخصیت‌های فیلم و آنچه در فیلم مستتر است، به عنوان یک همیار- درمانگر درونی و یک ایگو کمکی عمل می‌کند و حتی بعد از پایان درمان به عنوان یک همراه در تثبیت ایگو موثر می‌باشد (۱۳).

بررسی سوابق پژوهشی مرتبط با موضوع پژوهش نشان داد، رویکرد اسکما تراپی در درمان اختلال شخصیت اجتنابی (۸و۱۴) و سایر اختلالات شخصیت (۱۵و۱۶) از کارایی لازم برخوردار است. همچنین پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی سینمادرمانی بر بهبود اختلالات روان شناختی توسط رایموند، ویبوو و جفر (۲۰۱۸) (۱۷) و دانهام و درمر (۲۰۲۰) (۱۸) گزارش شده است. پلد و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که ۶۰ جلسه اسکما تراپی مبتنی بر ذهنیت موجب کاهش معنادار علائم در مبتلایان به اختلالات شخصیت خوشه c از جمله اختلال شخصیت اجتنابی شده است (۱۹). همچنین نتایج پژوهش دی کلرک و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که اسکما تراپی در کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال شخصیت خوشه c اثربخش است (۲۰). پژوهش ای کا (۲۰۰۷) نشان داد که سینمادرمانی به عنوان رویکردی شناختی-رفتاری در کاهش علائم و بهبود طرحواره‌های ناسازگار در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری موثر است (۲۱). ون‌دن‌بروک و همکاران (۲۰۱۱) نیز در پژوهشی که به روش تک آزمودنی انجام شد گزارش کردند؛ ترکیب اسکما تراپی و هنردرمانی‌ها از جمله سینمادرمانی در فراخوانی ذهنیت‌های طرحواره‌ای در مبتلایان به اختلال شخصیت اثربخش است (۱۳). با توجه به جستجوی انجام شده و بررسی سمینارها، کنگره ها و مجله های علمی – پژوهشی روانشناسی، نکته مورد توجه در مقایسه با اختلال شخصیت مرزی و سایر اختلالات شخصیت کلاستر c این است که، در زمینه درمان اختلال شخصیت اجتنابی، به ویژه مطالعات تک آزمودنی، در پیشینه پژوهشی ایران و جهان با فقر پژوهشی مواجه هستیم. بنابراین، در پژوهش حاضر محقق قصد دارد به این پرسش پاسخ دهد که آیا اسکما تراپی مبتنی بر ذهنیت و سینمادرمانی در درمان علائم اختلال شخصیت اجتنابی اثربخش است؟

روش کار

در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد تا بهتر بتوان تغییرات بیماران در آماج های درمانی را ارزیابی نمود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی در شهر تهران بود. جمعیت مورد نظر شامل افرادی است که به مرکز خدمات مشاوره و روانشناسی آرمانا در تهران مراجعه کرده بودند. گروه نمونه پژوهش دربرگیرنده افرادی است که بعد از احراز شرایط پژوهش، وارد روند درمانی شدند. در این پژوهش، روش نمونه گیری از نوع «نمونه گیری هدفمند» انتخاب شد. ابتدا مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور II توسط روانشناس بالینی روی افراد مراجعه کننده اجرا و پس از تعیین تشخیص اولیه، ملاک های زیر مد نظر قرارگرفتند تا نمونه واجد شرایط انتخاب شود. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: موافقت مراجع برای شرکت در پژوهش، دریافت تشخیص مرجع (اصلی) اختلال شخصیت اجتنابی، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، ضریب هوشی حداقل ۸۰ (IQ<80)، فاقد اختلال شخصیت شدید (طبق نظر میلون اختلالات پارانوئید، اسکیزوتایپال و مرزی)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلالات طیف اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی باشند. عدم ابتلا به سوء مصرف مواد، فاقد فوبیت روانپزشکی خودکشی نداشته باشند. چهار ماه قبل از شروع درمان داروهای روانپزشکی دریافت نکرده باشند. با توجه به اینکه اختلال شخصیت اجتنابی نیز مانند اختلال شخصیت مرزی همبودی زیادی با دیگر اختلالات دارد، برای غلبه بر این مشکل، افرادی انتخاب خواهند شد که تشخیص مرجع (اصلی) آنها اختلال شخصیت اجتنابی باشد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت SCID-5-PD (DSM-5): در این پژوهش جهت ارزیابی افراد مبتلا به نشانگان شخصیت اجتنابی از نسخهٔ SCID-5-PD استفاده شده است. پوشش تشخیصی و زبان استفاده شده در SCID-5 برای افراد بالای ۱۸ سال مناسب است. یک فرد عادی باید قادر به درک زبان SCID-5-PD باشد. بنابراین ممکن است نتوان با افراد دچار اختلال شناختی شدید، ناآرامی، یا علایم سایکوتیک شدید مصاحبه SCID را انجام داد. SCID-5-PD برای تشخیص چه از نظر قطعیت (وجود یا عدم اختلال) و چه به لحاظ دامنه شدت (درجه ۰، ۱ و ۲) مورد استفاده است و برای بررسی اختلالات شخصیت همزمان با سایر اختلالات روانی یا بیماری های جسمی به کار میرود. غرایی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی با بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۲۵۰ نفری روایی صوری آن را مطلوب و پایایی را ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۲).

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون ۳ (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III): *پرسشنامه ای از نوع خود-گزارشی که دامنه ی وسیعی از یژگی های مرتبط* با شخصیت، آسیب شناسی بالینی محور یک اختلالات، سازگاری هیجانی، و نگرش آزمودنی نسبت به آزمون را مورد اندازه گیری قرار می دهد. نسخه سوم این پرسشنامه توسط تئودور میلون، کری میلون، راجر دیویس، ست گراسمن (۱۹۹۴)، در ۱۷۵ گویه با پاسخ بلی-خیر که شامل ۱۴ الگوی شخصیت، ۱۰ سندرم بالینی و ۴ مقیاس روایی است، تدوین شد. استارک و میلون (۲۰۰۷)، پایایی پرسشنامه میلون-۳ را به روش آزمون- بازآزمون به طور متوسط ۰/۷۸ گزارش نمودند. در ایران نیز تحلیل داده ها در پژوهش سرابی و صادقی (۱۳۹۹)، نشان داد پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۵۵ تا ۰/۹۴ است و پرسشنامه از روایی هم زمان مطلوبی برخوردار است (۲۳).

مداخلات درمانی توسط پژوهشگر اول برای آزمودنی‌ها اجرا شد. تشخیص اولیه با روانپزشک بدون اطلاع از اهداف پژوهش انجام گرفت. بعد از انتخاب افراد واجد شرایط، آزمودنی ها وارد روند درمان انفرادی شدند. آزمودنی‌ها اول در مرحله خط پایه (سه بار) و جلسه اول تمام پرسشنامه های قید شده در بخش ابزار پژوهش را تکمیل نمودند. سپس به روش پلکانی وارد درمان شد. این روند تا ورود بیمار پنجم به پژوهش انجام گرفت. سنجش مکرر از اصول بنیادی طرح های تجربی تک

جدول ۱- برنامه مداخله (۲۴-۲۶)

جلسه	هدف، محتوای جلسه، تکلیف جلسه
جلسه ۱ تا ۶: مرحله آغاز درمان (دو بار در هفته)	هدف: سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی و مفهوم‌پردازی مشکل بیمار، آموزش مدل‌درمانی و مفهوم‌پردازی نقد و بررسی تکالیف خانگی.
جلسه ۷ تا ۱۷: برقراری ارتباط و تنظیم هیجان (دو بار در هفته)	اهداف: برقراری رابطه و دلبستگی ایمن جهت تنظیم هیجان، آگاهی از تجربه شخصی خود از هر ذهنیت، درک چونگی شکل‌گیری ذهنیت‌ها و چگونگی ارتباط آنها با مشکلاتی که آماج درمان هستند. کاربرد مداخلات مرتبط با فیلم جهت تنظیم هیجان و ریشه والدینی ذهنیت‌ها.
جلسه ۱۸ تا ۲۴: مرحله تغییر ذهنیت اسکما (هفتگی)	نقد و بررسی تکالیف خانگی: هر جلسه به آن رسیدگی می‌شود و بسته به پیشرفت بیمار است. هدف: عبور از طرحواره‌های ناسازگار، تسهیل تجربه آسیب‌پذیر بودن بیماران در بیان احساس‌ها و نیازها به کمک بازوالدینی، کاهش شدت و دفعات فعالیت ذهنیت‌ها با افزایش آگاهی از انتخاب‌ها در طول زمان، جایگزینی تدریجی با ذهنیت‌های کارآمد با شکل‌گیری بزرگسال سالم توسط تکنیک‌های تجربی و فیلم‌درمانی. نقد و بررسی تکالیف خانگی: هر جلسه به آن رسیدگی می‌شود و بسته به پیشرفت بیمار است.
جلسه ۲۵ تا ۳۴: تمرکز روی زمان حال، خودگردانی و الگوشکنی رفتار (هفتگی)	اهداف: حرکت به سوی فردیت و پیروی از تمایلات طبیعی، رشد و پرورش روابط سالم، پایان بخشیدن تدریجی به همراه امکان برقراری تماس در حین دوره پیگیری. معرفی و سپس بررسی فیلم‌های مورد توافق جهت الگوسازی و همانندسازی مورد توجه قرار گرفت. نقد و بررسی تکالیف خانگی: هر جلسه به آن رسیدگی می‌شود و بسته به پیشرفت بیمار است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

موردی اســـت، بنابراین بین جلســـات (جلســـه هفتم، چهاردهم، بیست و یکم، بیست و هشتم و سی و چهارم) و نیز در پایان درمان تمامی آزمون های خط پایه دوباره اجرا شـــدند. بعد از جلســـه آخر درمان، جهت ســـنجش دقیق تر بیماران به روانشـــناس بالینی که از هدف پژوهشـــگر بی اطلاع بود ارجاع و طبق SCID-5-PD مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین مطالعه پیگیری سه ماهه بعد از اتمام درمان انجام شد. نکات اخلاقی ازجمله رضـــایت آگاهانه کتبی بیماران برای شـــرکت در این پژوهش و اطلاع‌رسانی و رعایت اصول رازداری به امضاء بیماران رسید.

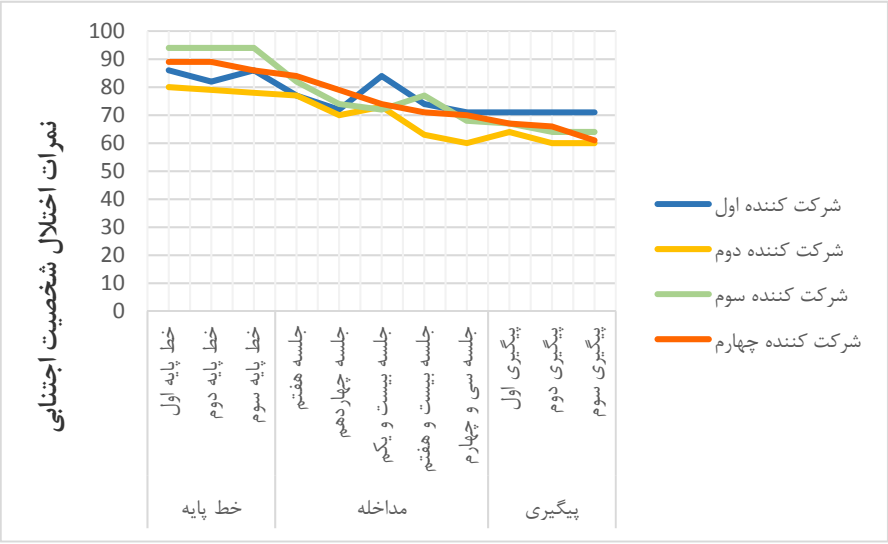
مداخله انجام شده در پژوهش بر اساس دستورالعمل مباحث ویژه ون‌وریزوایک، بروســـن و نیدورت (۲۰۱۲) انجام شـــد (۲۴). ســـینما درمانی به عنوان مداخله ای تجربی طبق راهنما و دســـتورالعمل ولز (۲۰۰۵) (۲۵) و شارپ و همکارانش شارپ، اسمیت و کاله (۲۰۰۲) (۲۶) و بر مبنای شواهد تجربی تائید کننده انجام گرفت. برای انتخاب فیلم ها مرتبط با مشکلات افراد مبتلا به اختلال شـــخصـــیت اجتنابی از بانک های اطلاعاتی فیلم مانند www.imdb.com و www.cinematherapy.com اســـتفاده شـــد. همچنین فیلم ها توســـط مشـــاوره با یک کار شناس سینمایی با تخصص روان شناسی انتخاب و محدود شد، تا داستان و شخصیت های اصلی فیلم توان ایفای نقش مدل و اثرگذاری مطلوب را داشـــته باشـــند (جدول ۱).

یافته‌ها

پس از جمع‌آوری داده ها، تحلیل داده های پژوهش توسط روش‌های تحلیل دیداری و ترسیمی نمودار انجام شـــد. در بخش مربوط به تحلیل دیداری، طراز، روند و تغییرپذیری داده‌ها در موقعیت‌های مختلف خط پایه، مداخله و پیگیری و مقایســـه بین آنها در موقعیت‌های

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

مراجع	سن	جنسیت	وضعیت تاهل	تحصیلات	اختلالات همراه
اول	۲۶	زن	مجرد	کارشناسی ارشد	اختلال شخصیت افسرده ، اختلال اضطراب فراگیر
دوم	۲۹	زن	مجرد	کارشناسی	اختلال شخصیت وسواسی- اجباری ، اختلال اضطراب فراگیر
سوم	۲۰	مرد	مجرد	دانشجو کارشناسی	صفات شخصیت اسکیزوئید ، اختلال اضطراب فراگیر ، اختلال افسردگی
چهارم	۲۶	زن	مجرد	کارشناسی ارشد	اختلال شخصیت نمایشی ، اختلال اضطراب ، افسرده خویی



شکل ۱- تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در اختلال شخصیت اجتنابی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

مختلف پژوهش صورت گرفت. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۲ آمده است.

شکل ۱، روند تغییرات شرکت‌کنندگان در متغیر مزاج از آسیب را در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد.

با توجه به اطلاعات ارائه شده در جدول ۳، نمرات همه شرکت‌کنندگان نسبت به خط پایه سیر نزولی داشته و اختلال شخصیت اجتنابی کاهش پیدا کرده است. باتوجه به درصد بهبودی کلی هر سه مراجع به جز مراجع اول، که کمتر از ۲۵ درصد است و نشان دهنده شکست درمان می‌باشد، بهبودی شرکت‌کنندگان اندک بوده است و اندازه اثر برای شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر ۲/۴۱-، ۲/۵۹-، ۷/۵۵- و ۳/۳۱- است که بیانگر نقش مؤثر روش درمانی در کاهش اختلال شخصیت اجتنابی است. شاخص تغییر پایا در شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر ۵/۰۳-، ۵/۱۷-، ۵/۳۶- و ۶/۰۶- است، که بیان کننده این مطلب است که با ۹۵ درصد اطمینان می توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به دست آمده ناشی از اثر مداخله است. در ادامه، به بررسی اثربخشی برنامه آموزشی درمانی بر اختلال شخصیت اجتنابی از طریق تحلیل دیداری نمودارها، در دو بخش تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی برای هر شرکت‌کننده پرداخته می‌شود. در جدول ۳، متغیرهای تحلیل دیداری خط پایه و مداخله متغیر اختلال شخصیت اجتنابی شرکت‌کنندگان ارائه گردیده است.

بر اساس جدول ۳، میانگین نمره همه شرکت‌کنندگان در متغیر اختلال شخصیت اجتنابی از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، و مداخله به پیگیری کاهش یافته است. همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش (۱۰۰ در صد) و در صد داده‌های (همپوش ۰ در صد) برای هر

جدول ۳- تحلیل دیداری-استنباطی تغییرات بین‌موقعیتی اختلال شخصیت اجتنابی شرکت‌کنندگان

	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده چهارم
خط پایه-مداخله				
تغییر جهت	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی
نوع روند	منفی	منفی	منفی	منفی
تغییر ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات
تغییر طراز نسبی	۳- به ۰	۱۰- به ۲-	۲- به ۱/۵-	۸- به ۳-
تغییر طراز مطلق	۶- به ۰	۱۷- به ۴-	۱۴- به ۳-	۱۴- به ۶-
تغییر میانه	۷۴ به ۷۱	۷۰ به ۶۰	۷۴ به ۶۴	۷۴ به ۶۶
تغییر میانگین	۷۵/۶ به ۷۱	۶۸/۶ به ۶۱/۳	۷۴ به ۶۵	۷۵/۶ به ۶۴/۶
درصد داده‌های غیر همپوش (PND)	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
درصد داده‌های همپوش (POD)	٪۰	٪۰	٪۰	٪۰
مداخله-پیگیری				
تغییر جهت	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی
نوع روند	منفی	منفی	منفی	منفی
تغییر ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات
تغییر طراز نسبی	۰ به ۰	۲- به	۰ به ۱/۵-	۱/۵- به ۳-
تغییر طراز مطلق	۰ به ۰	۴- به	۰ به ۳-	۱- به ۶-
درصد داده‌های غیر همپوش (PND)	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
درصد داده‌های همپوش (POD)	٪۰	٪۰	٪۰	٪۰
شاخص تغییر پایا	۵/۰۳-	۵/۱۷-	۵/۳۶-	۶/۰۶-
اندازه اثر	۲/۴۱-	۲/۵۹-	۷/۵۵-	۳/۳۱-

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

چهار شرکت‌کننده، نشان می‌دهد که تمام داده‌ها در موقعیت مداخله، خارج از محدوده موقعیت خط پایه هستند. در موقعیت پیگیری نیز، ۱۰۰ درصد از داده‌ها خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده درتمام آنها بزرگتر از ۱/۹۶ بود، که مشخص می‌کند تغییر در نمره اختلال شخصیت اجتنابی، از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، از نظر آماری معنادار است، این نکته بیان کننده این مطلب است که با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت بهبودی به دست آمده ناشی از اثر مداخله است. مقدار اندازه اثر برای شرکت‌کنندگان نشان دهنده نقش موثر روش درمانی در کاهش علائم اختلال شخصیت اجتنابی است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مراجعان در کاهش علائم و نشانه‌های ویژگی‌های شخصیت اجتنابی خود تا اندازه‌ای موفق بوده‌اند. درصد بهبودی کلی مراجع چهارم در پایان درمان ۰/۱۷ بود که عدم بهبودی را نشان می‌دهد. در حالی که این درصد بهبودی برای سه مراجع بعدی بیشتر از ۰/۲۵ بود. این روند تا پایان مرحله پیگیری ادامه یافت، زیرا در پایان سه ماهه بعد از درمان مراجعان به ترتیب به میزان بهبودی ۰/۱۷ (مراجع اول)، ۰/۲۵ (مراجع دوم)، ۰/۳۲ (مراجع سوم) و ۰/۳۱ (مراجع چهارم) رسیده بودند. اما درباره مراجع اول، با توجه به اینکه درصد بهبودی او نشان می‌دهد که در کاهش معنادار نشانه‌های اختلال شخصیت اجتنابی موفق نبوده است، می‌توان اینگونه تبیین کرد که با در نظر گرفتن نمره برش (BR) ۸۵ توسط میلون جهت تشخیص قطعی اختلالات شخصیت در پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون-۳ نمره مراجع اول از ۸۶ قبل از درمان در اختلال شخصیت اجتنابی به ۷۱ بعد از مداخله درمانی رسیده و در مرحله پیگیری نیز ثبات خود راحفظ نموده است. طبق نظر میلون نمره برش ۷۵ تا ۶۵ نشان دهنده برخی خصیصه‌های شخصیت می شود و در گروه اختلال قرار نمی‌گیرد. بنابراین می‌توان گفت نمره مراجع در برایند درمان به حدی تغییر کرده که جایگاه او از گروه افراد دارای بدکارکردی به دلیل اختلال شخصیت اجتنابی به گروه افراد دارای کارکرد طبیعی نزدیک شده است. با توجه به راه حل پیشنهادی تین‌گی و همکاران (۱۹۹۶) درباره حل مشکل طبقه‌بندی معناداری بالینی تغییرات درمان در روش جاکوبسن و تراکس (۱۹۹۱)، شاید بتوان همین ایراد را به روش طبقه‌بندی درصد بهبودی وارد دانست و از همان راه حل پیشنهادی بهره گرفت. در نتیجه روش تین‌گی و همکاران (۱۹۹۶) افراد در پایان درمان با توجه به شاخص پایا و نمره برش به دست آمده در یکی از سه مقوله بهبود یافته (افرادی که به نقطه برش معناداری بالینی تغییر دست یافته‌اند)، به طور پایایی پیشرفت کرده (کسانی که به نقطه برش معناداری بالینی دست نیافته‌اند اما به نقطه برش شاخص تغییر پایا دست یافته‌اند) و بهبود نایافته (افرادی که به هیچ‌کدام از دو نقطه برش مذکور دست نیافته‌اند) قرار می‌گیرند. در مورد درصد بهبودی نیز با توجه به اینکه نمرات هر فرد در خط پایه نقش گروه کنترل را دارد و ملاک مقایسه نمرات خود فرد در طول زمان و مراحل مختلف پیش و حین مداخله است، به نظر می‌رسد در تعیین اثربخشی مواردی همچون مراجع اول با محدودیت مواجه است. نمرات مراجع در اختلال شخصیت اجتنابی با در نظر گرفتن نمره برش اختلال طبق نظر میلون در پایان درمان از طبقه تشخیصی اختلال خارج شده و در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری روندی کاهشی، نزولی و باثبات دارد. همچنین نمرات اندازه اثر و شاخص پایا مراجع اول موفقیت تاثیر روش درمانی را نشان می‌دهد. بنابراین شاید بتوان گفت مراجع اول به طور پایایی پیشرفت کرده است. از دیگر دلایلی که برای تبیین میزان بهبود کمتر مراجع اول نسبت به سه مراجع دیگر می‌توان بیان کرد وجود اختلال شخصیت افسرده به عنوان اختلال همراه می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه اثربخشی اسکما تراپی و سینمادرمانی در کاهش علایم اختلال شخصیت اجتنابی در مبتلایان با پژوهش (۱۴و ۱۹و ۳۲) همخوان است. در تبیین نتایج بالا باید گفت، مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی در ارتباط و فرایند صمیمیت هنگام

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

صحبت احساس راحتی ندارند (پلد و همکاران، ۲۰۱۷)، که می‌توان در اتاق درمان و در محیط زندگی شـــان به علت رفتارهای اجتنابی مشـکل سـاز شـود. فرایند جلب مشـــارکت درمانی این مبتلایان به خاطر فرایندهای انتقال و انتقال متقابل و تمایل به «امتحان کردن درمانگر و فرایند درمان، و نیز گرایش به خاتمه پیش از موعد درمان» دشوار و طولانی است. برای غلبه بر چنین مشـــکلاتی اســـکما تراپی که رابطه درمانی را بخشـــی ضـــروری در تمامی مراحل درمان می‌داند، دو ویژگی و تکنیک مهم بازوالدینی حد و مرزدار و رویاروســـازی همدلانه را برای ارضـــای نیازهای آســـیب‌دیده دوران کودکی به کار می برد (۶).

از طرفی می دانیم اجتنـاب در همـه ابعـاد یکی از ویژگی‌های مهم و غالب در مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی می‌باشد. در این راستا هالند (۲۰۰۳)، اجتناب هیجانی را در مبتلایان به اختلال شخصیت مانعی بزرگ و دشوار در سیر پیشرفت روان‌درمانی و بهبود بیماران می‌داند. یانگ و همکارانش (۲۰۰۶)، نیز بیان می‌کنند افراد مبتلا به مشـــکلات منش شـــناختی نمی‌توانند به راحتی به شـناخت‌واره‌ها و هیجان‌های خود دسـترسـی داشـــته باشـــند. اجتناب شـــناختی، هیجانی و رفتاری موجب انسداد خاطرات، تصاویر ذهنی، افکار آشفته ساز و موقعیت ها می‌شـــود. هیجان های منفی توســـط محرک‌های مرتبط با خاطرات دوران کودکی و نوجوانی برانگیخته می‌شوند، و فرد با اجتناب از آنها سعی می‌کند از تجربه هیجانات منفی اجتناب کند. بیماران مبتلا به اختلال شـــخصـــیت اجتنابی به علت اینکه برای کســـب امنیت به ســـختی از رفتارهای اجتنابی خود دســـت می‌کشـــند و منفعل هســـتند می‌توان چالش زیادی در درمان ایجاد کنند. بنابراین، تمرکز در درمان آنها باید بر طیف وســـیعی از اجتناب‌ها باشـــد(۲۴). تکنیک های تجربی (هیجانی) که در اســـکما تراپی به کار می‌روند باعث افزایش کارایی تکنیک‌های درمانی و به دنبال آن افزایش نتایج مثبت درمان می شوند. یانگ معتقد است، از جمله راهکارهایی که می‌توان این روند را تسهیل کند و اجتناب را بشکند گروه درمانی، استفاده از عکس‌های خانوادگی یا عکس‌های مرتبط با دوران کودکی، بحث و تبادل نظر درباره رویاها، مطالعه کتاب ها یا دیدن فیلم‌های خاص اســـت. زیرا «واکنش بیمار به این فیلم‌ها می‌توان فرضـــیه‌های درمانگر را تائید یا رد کند» (۱۰). بنابراین، ســـینمادرمانی به عنوان ابزاری برای بیرون کشـــیدن جنبه‌های پنهان دنیای هیجانی بیماران عمل می‌کند که شـــبیه به اســـتفاده از رویا در روان‌درمانی سنتی برای نفوذ در اعماق روان است. فیلم‌ها به عنوانی ابزاری کاتارتیک، فرصـــتی برای آزاد کردن هیجان‌های ســـرکوب و انکار شـــده فراهم می‌کنند (۱۷). تماشـــای الگوی رفتاری خود روی پرده ســـینما چشـــم اندازی از موقعیت خود را با حفظ فاصـله هیجانی لازم و به دور از تهدید ایجاد می‌کند. این ادراک گذرا کمک می‌کند تا فرد یک قدم به عقب برگردد و گذشته را از پشت سر و بالا ببیند (۲۵). شارپ و همکاران (۲۰۰۲)، سینمادرمانی را مداخله ای خلاقانه می دانند که در آن متخصـــص از تماشـــای فیلم به عنوان یک متافور برای ارتقاء آگاهی و تغییر اســـتفاده می‌کند (۲۶). به بیان پورتدین (۲۰۰۶)، سینمادرمانی تکنیکی مستقل است که به عنوان بخشی از فرایند درمان و درون تعامل بیمار- درمانگر مورد اســـتفاده قرار می‌گیرد. این کار با مشـــاهده مســـتقیم و هشـیارانه فیلم و سـپس بحث درباره معنای اسـتعاره‌ای فیلم انجام می‌شـــود. کاراکترهای فیلم و آنچه در فیلم مســـتتر اســـت می‌توان به عنوان یک همیار- درمانگر درونی و یک ایگو کمکی عمل کند و حتی بعد از پایان درمان به عنوان یک همراه در تحکیم ایگو موثر باشـــد. همچنین اســـتفاده از فیلم در درمان می‌توان به عنوان یک جابه جایی در نظر گرفته شـــود که طی آن بیمار مقاومت و احســـاس تهدید کمتری را در مواجهه با مشـــکلاتش و یادآوری آنها تجربه و در نتیجه نگرش عینی تری نسبت به مشکل اتخاذ می‌کند. فیلم‌ها ابزاری مناسب برای یادگیری هستند. فرد با استفاده از مدلی کارآمد رفتار خود و پیامد های آن را مشـــاهده می‌کند، ضـــمن اینکه رفتار جایگزین را نیز رهنمون می‌شـــود. درمان گران با اســـتفاده از تکنیک‌های ســـینمادرمانی به عنوان بخشـــی از تکالیف خانگی بیماران اثرات درمانی را افزایش می‌دهند (۱۷). همانندســـازی، فرافکنی، آرمانی ســـازی، مدلســـازی، و یادگیری جانشـــینی به عنوان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

مکانیزم‌های روان‌شناختی سینما پیشنهاد می شوند. در حین تماشای فیلم ذهن افراد بین واقعیت و خیال در حال رفت و آمد است. بنابراین تماشاگران هیجان‌های مرتبط با مشکلات فعلی خود را کشف می‌کنند. استفاده از زبان دیداری، شنیداری، و نوشتاری بر ادراک دریافت کننده اثر می‌گذارد و می‌توان به عنوان رسانه ای در دسترس برای بیماران باشد (۴۱). اسکما تراپی به عنوان درمانی فراتشخصی و یکپارچه نگر مکانیزم‌های زیربنایی و ریشه های تحولی اختلالات شخصیت را به صورت همه جانبه‌نگر هدف درمان قرار می‌دهد (۱۹) و هر دو رویکردهای اسکما تراپی و فیلم‌درمانی از تکنیک‌های تجربی که ریشه در روانشناسی گشتالت و رویکرد تنظیم هیجان دارند، برای کمک به بیماران دشوار در دسترسی به هیجانات و پردازش مجدد شناختی و هیجانی استفاده می‌کنند (ون‌دن‌بروک و همکاران، ۲۰۱۱). از این رهگذر است که به کمک برنامه درمانی ترکیبی و مناسب‌سازی شده پژوهش حاضر، مراجعان در کاهش نشانه‌ها و حفظ بهبودی موفق بوده‌اند. در تبیین بهبودی اندک مراجعان با توجه به یافته های پژوهش می‌توان گفت پرتکل درمانی مبتنی بر ذهنیت آرنتز (۲۰۱۲) برای مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی که پایه اصلی برنامه درمانی این پژوهش است، در ۵۰ جلسه تدوین شده که ۴۰ جلسه ابتدایی آن به صورت هفتگی و ۱۰ جلسه پایانی آن شامل جلسات تقویتی ماهانه است. حتی آرنتز (۲۰۱۲) (۳۰) و یانگ و همکاران (۲۰۰۶) (۱۰) در صورت نیاز جلسات بیشتری را نیز پیشنهاد می‌کنند. به‌عبارتی اسکما تراپی برای اختلالات شخصیت درمانی طولانی مدت است و نیازمند انعطاف پذیری در نحوه برگزاری جلسات، تعداد جلسات و مدت زمان جلسات می‌باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر شیوع بیماری کرونا و موانع ایجاد شده مرتبط با این بیماری در نوع و کیفیت ارتباط درمانی و برگزاری جلسات، و نیز عدم کنترل متغیرهای خارجی اثرگذار بر روند درمان اشاره نمود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتماد به نتایج، پژوهش بعد از اتمام پاندمی کرونا و بدون موانع ذکر شده در محدودیت‌ها تکرار شود.

نتیجه‌گیری

با توجه نتایج، با در نظر گرفتن روند رو به رشد درمان حتی بعد از اتمام آن و تاثیر برنامه درمانی در کسب بهبودی مراجعان، محتمل است برگزاری جلسات برنامه درمانی پژوهش حاضر در ابتدا به صورت دو بار در هفته، به تعداد ۳۴ جلسه و کوتاه‌تر شده نسبت به پرتکل اصلی و نیز حذف جلسات تقویتی از علت های بهبودی اندک مراجعان و در مواردی از آماج درمان موجب شکست درمانی باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله، برگرفته از رساله دکترای تخصصی روانشناسی بالینی می‌باشد که در جلسه مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۳ کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز مورد بررسی قرار گرفت و با شناسه اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1400.017 تصویب شد. هزینه این مطالعه به صورت شخصی تامین شده است. بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور محترم، شرکت‌کنندگان و تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Barlow DH, Durand VM, Hofmann SG. Abnormal psychology: An integrative approach. Cengage learning. 2016.
2. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Publishing. 2013. https://books.google.com/books?id=-JivBAAAQBAJ
3. Widiger TA, Widiger T. The Oxford Handbook of Personality Disorders. OUP USA. 2012. https://books.google.com/books?id=nqOBunfGoNgC
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Wolters Kluwer Health. 2017. https://books.google.com/books?id=_N8lDwAAQBAJ
5. Lampe L, Malhi GS. Avoidant personality disorder: current insights. Psychology Res Behav Manag. 2018.
6. Sperry L. Handbook of diagnosis and treatment of DSM-5 personality disorders: Assessment, case conceptualization, and treatment. Routledge. 2016.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]
[DOI: 10.47176/rjms.30.118]

7. Abubakar HS, Tabitha M. Effectiveness of Cognitive Restructuring Counselling Technique in Managing Avoidant Personality Disorder among Senior Secondary School Students in Sokoto Metropolis, Nigeria. 2019.
8. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cogn Behav Ther. 2018;47(4):328-349.
9. Martin R, Young J. Schema therapy. Handbook of cognitive-behavioral therapies, 2010;317.
10. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. guilford press. 2006.
11. Lerner E, Teitelbaum J, Meehan KB. Avoidant personality disorder. Encyclopedia of Personality and Individual Differences, 2020; 351-358.
12. Geller JD. Introduction: Psychotherapy through the lens of cinema. J Clin Psychol. 2020;76(8):1423-1437.
13. van den Broek EP, Strijbos N, Vromen, J, van Duursen S, Cousijn J, Bosschaert L, et al. A pilot study of arts therapy techniques to evoke emotional states in forensic patients. Arts Psychother. 2021;74:101798.
14. Bachrach N, Arntz A. Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. J Clin Psychol. 2021;77(5):1233-1248.
15. Koppers D, Van, H, Peen J, Dekker JJ. Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. Psychother Res. 2021;31(7):831-842.
16. Saigo T, Hayashida M, Tayama J, Ogawa S, Bernick P, Takeoka A, et al. Prevention of depression in first-year university students with high harm avoidance: Evaluation of the effects of group cognitive behavioral therapy at 1-year follow-up. Medicine. 2018;97(44).
17. Rimonda R, Wibowo ME, Jafar, M. The effectiveness of group counseling by using cognitive behavioral therapy approach with cinematherapy and self-talk techniques to reduce social anxiety at SMK N 2 Semarang. J Bimbingan Konsel. 2018;7(2):145-152.
18. Dunham SM, Dermer SB. Cinematherapy with African American couples. J Clin Psychol. 2020;76(8):1472-1482.
19. Peled O, Bar-Kalifa E, Rafaeli E. Stability or instability in avoidant personality disorder: Mode fluctuations within schema therapy sessions. J Behav Ther Experim Psychiatry. 2017;57:126-134.
20. de Klerk N, Abma TA, Bamelis LL, Arntz A. Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. Behav Cogn Psychother. 2017;45(1):31-45.
21. Aka BT. The effect of cinematherapy on perfectionism and related schemas Middle East Technical University. 2007.
22. Gharrae B, Masoumian S, Zamirinejad S, Yaghmaeezadeh H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Self-report Personality Questionnaire for Personality Disorders of DSM-5 (SCID-5-SPQ) in Clinical Samples. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2020; 27(4):508-519.
23. Strack S, Millon T. Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI–III). J Pers Assess. 2007;89(1):56-69.
24. van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M. The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice. Wiley. 2012.
25. Wolz B. E-motion picture magic: A movie lover's guide to healing and transformation. Glenbridge Publishing Ltd. 2005.
26. Sharp C, Smith JV, Cole A. Cinematherapy: Metaphorically promoting therapeutic change. cOUNSELL PSYCHOL Q. 2002;15(3):269-276.
27. Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment. John Wiley & Sons. 2009.
28. Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. Am J Psychiatry. 2014;171(3):305-322.
29. Niemiec RM. Character strengths cinematherapy: Using movies to inspire change, meaning, and cinematic elevation. J Clin Psychol. 2020;76(8):1447-1462
30. Arntz A. Personality disorders. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice. 2012;397.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.118]