Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 9/ No. 5/ 2022
Page: 115-129

The effectiveness of schema therapy and cinema therapy in improving early maladaptive schemas and harm avoidance temperament in people with an avoidant personality disorder: A single case study

Maedeh Aghaeepour Gavasaraee[1], Masoud Mohammadi[2], Ghasem Naziri[2], Azam Davoodi[2]

1-Ph.D Student, Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
Corresponding Author: Masoud Mohammadi E-mail: Mmohamadis@yahoo.com

Received: 12/07/2022 **Accepted:** 01/11/2022

Abstract

Introduction: Avoidant personality disorder is a relatively common personality disorder, widely coinciding with other axis I and axis II disorders.

Aim: This study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy and cinema therapy in improving early maladaptive schemas and harm avoidance temperament dimension in patients with an avoidant personality disorder.

Method: This single-case research used a quasi-experimental multiple-baseline design. Among 18 to 35-year-old patients referred to the Armana Psychological Clinic in 2021, 4 individuals diagnosed with personality disorders based on a semi-structured clinical interview scale were selected by purposeful sampling. The tools used in this study were schema, temperament, and character questionnaires. The therapeutic program was held for 34 sessions of 60-minute, and the follow-up phase was performed 3 months after the end of the intervention. The data were analyzed by drawing charts and calculating clinical significance indices.

Results: Participants' scores in terms of schemas showed a descending trend from baseline to the end of the treatment, indicating slight improvement (25%-49%). Regarding the avoidance temperament variable, the scores showed a downward direction compared to baseline, revealing an improvement percentage of less than 25%. The scores of clinical significance indices (RCI≥1.96) in both variables indicated the effectiveness of the therapeutic method.

Conclusion: Schema therapy and cinema therapy were efficient in treating maladaptive schemas in patients with an avoidant personality disorder; however, efficacy was inadequate for correcting the variable of harm avoidance temperament.

Keywords: Schema therapy, Avoidant personality disorder, Cinema therapy

How to cite this article: Aghaeepour Gavasaraee M, Mohammadi M, Naziri Gh, Davoodi A. The effectiveness of schema therapy and cinema therapy in improving early maladaptive schemas and harm avoidance temperament in people with an avoidant personality disorder: A single case study. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (5): 115-129. URL: https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1661-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال نهم، شماره ۵، ۱۴۰۱
صفحات: ۱۲۹-۱۱۵

اثربخشی طرحواره درمانی و سینما درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مزاج اجتناب از آسیب در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی: مطالعه تک موردی

مائده آقائی پور گواسرائی[۱]، مسعود محمدی[۲]، قاسم نظیری[۲]، اعظم داوودی[۲]

۱.دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
مولف مسئول: مسعود محمدی ایمیل: Mmohamadis@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۱ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۱/۰۸/۱۰

چکیده

مقدمه: مطالعات اختلال شخصیت اجتنابی را اختلالی نسبتاً شایع در بین اختلالات شخصیت گزارش می‌کند که همبودی زیادی با سایر اختلالات محور یک و دو دارد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی و سینما درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار و بعد مزاج اجتناب از آسیب در مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی انجام شد.

روش: روش این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه بود. از میان مراجعه‌کنندگان ۱۸ الی ۳۵ سال به کلینیک روانشناختی آرمانا در شهر تهران، در سال ۱۴۰۰، ۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند با تشخیص روانپزشک و مقیاس مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلالات شخصیت انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه طرحواره یانگ و پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر بود. برنامه درمانی طی ۳۴ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا و مرحله پیگیری به مدت سه ماه بعد از پایان درمان انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از ترسیم نمودار و شاخص‌های معناداری بالینی استفاده شد.

یافته‌ها: نمرات آزمودنی‌ها در طرحواره‌ها، در پایان درمان نسبت به خط پایه سیر نزولی و درصد بهبودی اندک (۴۹-۲۵ درصد)، همچنین در متغیر مزاج اجتناب از آسیب، نمرات نسبت به خط پایه سیر نزولی و درصد بهبودی کمتر از ۲۵ درصد بود. نمرات شاخص‌های معناداری بالینی ($RCI \geq ۱/۹۶$) در هر دو متغیر حاکی از نقش مؤثر روش درمانی بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر طرحواره درمانی و سینما درمانی در درمان طرحواره‌های ناسازگار مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی مؤثر بود؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود این برنامه درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، اختلال شخصیت اجتنابی، سینما درمانی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

مقدمه

امروزه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی[1]، اغلب با شکایت افسردگی، اختلالات اضطرابی، مشکلات خواب، اختلالات جسمانی‌سازی و سوء مصرف مواد مراجعه می‌کنند (لمپ و مالهی[2]، ۲۰۱۸). براساس مطالعات، اختلال شخصیت اجتنابی، به عنوان اختلالی نسبتاً شایع در بین اختلالات شخصیت، در جمعیت بالینی تخمین شیوع ۲۴/۶- ۲۱/۵ درصدی داشته است (بارلو، دیورند و هافمن[3]، ۲۰۱۶). مطالعات نشان می‌دهد اختلال شخصیت اجتنابی همبودی زیادی با سایر اختلالات شخصیت و اختلالات محور یک دارد (سادوک، سادوک و رویز[4]، ۲۰۱۷). همچنین کمبود و نارسایی در تجربه لذت، بی‌ثباتی، بدتنظیمی هیجانی، مشکلات جنسی، کمرویی فراگیر، اجتناب از موقعیت‌های تازه و مبهم، الگوی روابط اجتماعی محدود، عدم تمایل به برقراری روابط و اجتناب از هیجانات از جمله ویژگی‌های مخل در کیفیت زندگی مبتلایان می‌باشند (پلد، بار-کالیفا و رافائلی[5]، ۲۰۱۷؛ سادوک و همکاران، ۲۰۱۷).

در این راستا درون‌مایه‌های روانشناختی یا طرحواره‌های ناسازگار تشکیل دهنده ویژگی‌های شخصیت حاصل ترکیب مزاج[6] (خوی هیجانی) با نیازهای هیجانی اساسی و تجارب اولیه کودکی هستند که توسط سازوکارهای سبک‌های مقابله‌ای، سوگیری تائیدی و الگوهای زندگی خود-آسیب‌رسان تداوم یافته و خود را به زندگی بعدی ما تحمیل می‌کنند (باسیل، تنوره و مانچینی[7]، ۲۰۱۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به نگرش‌های عمیقاً منفی نسبت به خود، دیگران و جهان به طور کلی اشاره دارد و چنین نگرش‌هایی در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد. در واقع، طرحواره‌های ناسازگار اولیه ثابت هستند و در تمام طول زندگی وجود دارند و پایه‌های شناختی را تشکیل می‌دهند (گل، آقامحمدیان، شرباف، صداقت و رسولی، ۲۰۱۹). آن‌ها الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب‌رسان، عمیق و فراگیری هستند که پایه و اساس آسیب‌شناسی شخصیت در نظر گرفته می‌شوند (بکرک و آرنتز[8]، ۲۰۲۱). همچنین مزاج واکنش‌های عاطفی خودمختار و زیست-شیمیایی در پاسخ به محرک‌های محیطی را شامل می‌شود که در طول زندگی نسبتاً پایدار باقی می‌مانند و طبق دسته‌بندی نظریه کلونینگر[9] در سال ۱۹۹۳، شامل چهار بعد اجتناب از آسیب، نوجویی، وابستگی به پاداش و پشتکار[10] است (کاستا، توماس، پسووا، میراندا و گالدینو[11]، ۲۰۲۰).

کلونینجر (۱۹۸۷) اجتناب از آسیب را به عنوان «یک گرایش ارثی برای پاسخ دادن شدید به سیگنال‌های محرک‌های نفرت‌انگیز، در نتیجه یادگیری مهار رفتار برای اجتناب از تنبیه، تازگی و عدم پاداش ناامید کننده» تعریف کرد. این خصیصه شخصیتی اولیه جزئی از عامل شخصیتی «محدودیت» است که نشان دهنده محدودیت رفتاری بالا است (لانگ[12]،۲۰۲۰). پژوهش‌های انجام شده در این زمینه معتقدند طرحواره‌های مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی هر پنج حوزه طرحواره را در برمی‌گیرد (میلارد، پلتون و کرامر[13]، ۲۰۱۹؛ بکرک و آرنتز، ۲۰۲۱) و مزاج اجتناب از آسیب را به عنوان

[1]- Avoidant personality disorder (AvPD)
[2]- Lampe & Malhi
[3]- Barlow, Durand & Hofmann
[4]- Sadock, Sadock & Ruiz
[5]- Peled, Bar-Kalifa & Rafaeli
[6]- Temperament
[7]- Basile, Tenore & Mancini
[8]- Bachrach & Arntz
[9]- Cloninger
[10]- Harm Avoidance, Novelty Seeking, Reward Dependence and Persistence
[11]- Costa, Tomaz, Pessoa, Miranda & Galdino
[12]- Lang
[13]- Maillard, Pellaton & Kramer

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

پیش‌بینی‌کننده اختلال شخصیت اجتنابی در مبتلایان گزارش می‌کنند (کاستا و همکاران، ۲۰۲۰). به طوری که طرحواره‌های ناسازگار در تعامل با مزاج اجتناب از آسیب سبب می‌شود که بی‌ثباتی در خلق و رفتار بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی به ویژگی بارز آنان تبدیل گردد، به طوری که این بیماران، منزوی شده و از ارتباط با دیگران پرهیز می‌کنند (بکرک و آرنتز، ۲۰۲۱؛ سنتنزی، پوپولو، مک‌بث و دیماجیو[1]، ۲۰۲۱).

محققان رویکردهای روان درمانی مختلفی را برای درمان افراد مبتلا به اختلالات شخصیت طراحی می‌کنند. یکی از درمان‌های روان درمانی، طرحواره درمانی مبتنی بر الگوهای پیشنهادی جفری یانگ است. این روش درمانی سیستم جدیدی از روان درمانی را ارائه می‌دهد که منحصراً برای اختلالات شخصیتی مزمن و اختلالات شخصیتی شدید طراحی شده است (تان، لی و آوربیک[2]، ۲۰۱۸). طرحواره درمانی برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایه درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده و روش‌های شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند. علاوه بر این بر ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی، استفاده از روش‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد (میلارد و همکاران، ۲۰۱۹؛ بکرک و آرنتز، ۲۰۲۱). مرور پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که طرحواره درمانی برای اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفته است (تان و همکاران، ۲۰۱۸؛ جاکوب، هائوئر، کوهن، آسمان، اسچایچ و همکاران[3]، ۲۰۱۸). برای مثال بکرک و آرنتز (۲۰۲۱) و باچ، لاکوود و یانگ[4] (۲۰۱۸) در پژوهش‌های خود نشان دادند که طرحواره درمانی بر بهبود و درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی خوشه C مؤثر است. همچنین پلد و همکاران (۲۰۱۷)، نیز نشان دادند که طرحواره درمانی در کاهش درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم اختلال در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت اجتنابی کارایی لازم را دارد. دیگر یافته‌ها چون پژوهش سایگو و همکاران[5] (۲۰۱۸) و همتی‌ثابت، حسینی، افشاری‌نیا و عارفی (۲۰۲۱) در ارتباط با اجتناب آسیب نیز نشان دادند که طرحواره درمانی در کاهش مزاج اجتناب از آسیب مؤثر است.

از سوی دیگر در سال‌های اخیر مدل تلفیقی طرحواره به طور فزاینده‌ای برای مفهوم‌سازی، درمان و آسیب‌شناسی شخصیت مورد استفاده بوده و اثربخشی آن تأیید شده است (باچ و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهشگران از جمله راهکارهایی که می‌توان روند درمان را تسهیل نموده و اجتناب را بشکنند مطالعه کتاب‌ها یا دیدن فیلم‌های خاص می‌دانند (تان[6]، ۲۰۱۸). مطالعات نشان می‌دهد، سینما درمانی[7]، از جمله هنر درمانی‌هایی است که در تسهیل پردازش هیجانی و شناختی در سطح غیرکلامی و ناخودآگاه مؤثرتر از روان درمانی‌های کلامی عمل می‌کند. تأکید در سینما درمانی به عنوان رویکردی شناختی بر بیان هیجان‌ها، بررسی رفتارهای آسیب‌زا و افزایش خودکنترلی است (ون‌دن‌بروک و همکاران[8]، ۲۰۲۱) و به عنوان مداخله‌ای خلاقانه، درمانگر از تماشای فیلم به عنوان یک متافور برای ارتقاء آگاهی و تغییر

[1]- Centonze, Popolo, MacBeth & Dimaggio
[2]- Tan, Lee & Averbeck
[3]- Jacob, Hauer, Köhne, Assmann, Schaich & et al
[4]- Bach, Lockwood & Young
[5]- Saigo & et al
[6]- Tan
[7]- Cinema Therapy
[8]- van den Broek & et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

استفاده می‌کند (رایموندا، ویبوو و جفر[1]، ۲۰۱۸). درهمین راستا پژوهش رایموندا و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که اثربخشی سینما درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار در افراد کمال‌گرا تأثیر معنی‌داری دارد. همچنین ون‌دن‌بروک و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعه‌ای گزارش کردند که ترکیب طرحواره درمانی و سینما درمانی در فراخوانی طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای مؤثر است. اختلال شخصیت اجتنابی با وجود شیوع نسبتاً بالا، مشکلات جدی روانی- اجتماعی- اقتصادی و هزینه‌های اجتماعی زیاد، توجه تجربی نسبتاً کمی را دریافت نموده است. خلأ پژوهشی نشان می‌دهد، تاکنون اثربخشی سینما درمانی به شکل مجزا و یا در ترکیب با طرحواره درمانی بر بهبود و درمان طرحواره‌های ناسازگار و مزاج اجتناب از آسیب به عنوان هسته اصلی اختلال، در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی گزارش نشده است؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی و سینما درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار و بعد مزاج اجتناب از آسیب در مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی انجام شد.

روش

در این پژوهش از طرح نیمه‌آزمایشی تک موردی[2] از نوع خط پایه چندگانه[3] استفاده شد (لدفورد و گاست[4]، ۲۰۱۸). جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد ۱۸ الی ۳۵ سال مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی در شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۰ به مرکز خدمات روانشناختی آرمانا مراجعه کرده بودند. حجم نمونه پژوهش ۴ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. از جمله معیارهای ورود به پژوهش شامل: تشخیص اصلی اختلال شخصیت اجتنابی، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، فاقد تشخیص اختلالات شدید در محور یک و دو ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[5]، عدم ابتلا به سوء مصرف مواد، عدم وجود فوریت روانپزشکی خودکشی، عدم دریافت داروهای روانپزشکی تا چهار ماه قبل از شروع درمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: عدم رضایت و تمایل به ادامه مشارکت در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه متوالی و حضور هم‌زمان در هرگونه درمانی بود. تشخیص اولیه و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور دو توسط روانپزشک بدون اطلاع از اهداف پژوهش انجام گرفت. بعد از انتخاب افراد واجد شرایط، آزمودنی‌ها به روش پلکانی وارد روند درمان انفرادی شدند. آزمودنی‌ها اول در مرحله خط پایه (سه بار) تمام پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و پرسشنامه سرشت و منش را تکمیل نمودند. سنجش مکرر از اصول بنیادی طرح‌های آزمایشی تک موردی است (لدفورد و گاست، ۲۰۱۸)؛ بنابراین بین جلسات (جلسه هفتم، چهاردهم، بیست و یکم، بیست و هشتم و سی و چهارم) و نیز در پایان درمان تمامی آزمون‌های خط پایه دوباره اجرا شدند. بعد از جلسه آخر درمان، جهت سنجش دقیق‌تر بیماران به روانشناس بالینی که از هدف پژوهشگر بی‌اطلاع بود ارجاع و طبق مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات شخصیت مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین مطالعه پیگیری سه ماهه بعد از اتمام درمان انجام شد. شرکت‌کنندگان در یک فرایند درمان ۳۴ جلسه‌ای

[1]- Rimonda, Wibowo & Jefer
[2]- Single case
[3]- Multiple base line
[4]- Ledford & Gast
[5]- Dagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorder, 5th Edition (DSM-5)

به صورت هفتگی که در جلسه ۱ تا ۱۷، ۲ بار در هفته و سپس تا انتهای جلسات درمانی ۱ بار در هفته و مدت ۶۰ دقیقه در هر جلسه قرار گرفتند. مداخله انجام شده در پژوهش براساس شواهد اولیه مبنی بر یافته‌های دستورالعمل مباحث ویژه برای اختلال شخصیت اجتنابی از آرنتز (ون‌وریزوایک، بروسن و نیدورت، ۲۰۱۲) مورد استفاده قرار گرفت. طرحواره درمانی به صورت ترکیبی با سینما درمانی به عنوان مداخله‌ای تجربی طبق دستورالعمل بریجیت ولز (۲۰۰۵) و شارپ، اسمیت و کاله (۲۰۰۲)، بکار گرفته شد. انتخاب فیلم‌های پژوهش براساس معرفی در کتاب ولز (۲۰۰۵) و نظر روانشناسی که هم‌زمان در رشته فیلم و کارگردانی متخصص و فعال است، انجام شد. در انجام تکنیک‌های مرتبط با سینما درمانی، کاربرگ‌ها و سؤالات تدوین شده توسط ولز (۲۰۰۵) و شارپ و همکارانش (۲۰۰۲) استفاده شد. شرکت در این پژوهش داوطلبانه بود و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد، هر زمان مایل باشند، می‌توانند از برنامه درمانی خارج شوند. همچنین اصول اخلاقی رازداری، محرمانه بودن اطلاعات و اخذ رضایت کتبی آگاهانه رعایت گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل دیداری نمودار، اندازه اثر، شاخص‌های روند و ثبات، درصد داده‌های همپوش و غیر همپوش استفاده شد.

جدول ۱ خلاصه محتوای جلسات درمان ترکیبی مبتنی بر طرحواره درمانی و سینما درمانی

جلسه	محتوای جلسه
جلسه ۱ تا ۶: مرحله آغاز درمان (دو بار در هفته)	هدف: سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی و مفهوم‌پردازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره درمانی، آموزش مدل-درمانی و مفهوم‌پردازی تکالیف خانگی: هر جلسه به آن رسیدگی می‌شود و بسته به پیشرفت بیمار است.
جلسه ۷ تا ۱۷: برقراری ارتباط و تنظیم هیجان (دو بار در هفته)	هدف: برقراری رابطه و دلبستگی ایمن جهت تنظیم هیجان، آگاهی از تجربه شخصی از هر طرحواره، درک چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها چگونگی ارتباط آن‌ها با مشکلاتی که آماج درمان هستند. شروع مداخلات مرتبط با فیلم جهت تنظیم هیجان و ریشه طرحواره‌ها. تکالیف خانگی: نظارت بر آگاهی به کمک چرخه‌آگاهی توسط پایش هیجان‌ها و رویدادهای ماشه چکان به همراه معرفی و سپس بررسی کاربرگ‌های فیلم‌های مورد توافق. هر جلسه بسته به پیشرفت بیمار به آن رسیدگی شد.
جلسه ۱۸ تا ۲۴: مرحله تغییر طرحواره‌ها (هفتگی)	هدف: عبور از طرحواره‌های ناسازگار، تسهیل تجربه آسیب‌پذیر بودن بیماران در بیان احساس‌ها و نیازها به کمک باز والدینی، کاهش شدت و دفعات بروز طرحواره‌های ناسازگار با افزایش آگاهی از انتخاب‌ها در طول زمان، جایگزینی تدریجی طرحواره‌های ناسازگار با رفتارهای مقابله‌ای سالم با شکل‌گیری بزرگسال سالم توسط تکنیک‌های تجربی و سینما درمانی. تکالیف خانگی: ارائه تکالیف مرتبط با اهداف درمانی هر جلسه و بررسی کاربرگ‌های فیلم‌های مورد توافق در جلسه. تکالیف در هر جلسه رسیدگی می‌شود و بسته به پیشرفت بیمار است.
جلسه ۲۵ تا ۳۴: تمرکز روی زمان حال، خودگردانی و الگوشکنی رفتار (هفتگی)	هدف: 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. در این بخش از درمان نیز مانند بخش‌های قبلی، معرفی و سپس بررسی فیلم‌های مورد توافق جهت الگوسازی و همانندسازی مورد توجه قرار گرفت. بررسی تکالیف خانگی: مانند جلسات بخش‌های قبل هر جلسه به آن رسیدگی می‌شود و بسته به پیشرفت بیمار است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

ابزار

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت[1]: نسخه نهایی مصاحبه بالینی ساختاریافته به وسیله فرست، ویلیامز، بنجامین و اسپیتزر[2] تدوین و توسط انتشارات روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۴ منتشر شد. این پرسشنامه در این پژوهش جهت ارزیابی افراد مبتلا به نشانگان شخصیت اجتنابی استفاده شد. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت شامل ۱۰۶ سؤال، براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تنظیم و برای افراد بالای ۱۸ سال است. پاسخ‌دهی به شیوه بله-خیر است و حدود ۲۰ دقیقه زمان نیاز دارد. این مقیاس برای تشخیص چه از نظر قطعیت وجود یا عدم اختلال و چه به لحاظ دامنه شدت (؟=اطلاعات ناکافی، ۰= منفی، ۱= زیرآستانه‌ای، ۲= آستانه‌ای) نمره‌گذاری شده و مورد استفاده است (فرست و همکاران، ۲۰۱۵). 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.

پرسشنامه طرحواره یانگ[3] (نسخه سوم-فرم کوتاه-۹۰ سؤالی): پرسشنامه طرحواره که اولین بار توسط یانگ در سال ۱۹۹۰ ساخته شده، ابزاری خود- گزارش‌دهی برای سنجش طرحواره‌هاست. فرم کوتاه ۹۰ سؤالی آن، ۱۸ طرحواره ناسازگار را در پنج حیطه خودگردانی و عملکرد مختل[4]، محدودیت‌های مختل[5]، بریدگی و طرد[6]، دیگرجهت‌مندی[7] و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری[8] می‌سنجد. بیمار براساس توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (از کاملاً غلط=۱ تا کاملاً درست=۶) می‌سنجد. نمرات بالای میانگین نشان دهنده شدت فعالیت طرحواره ناسازگار است. ویژگی-های روانسنجی آن در ایران توسط غیاثی و همکاران (۱۳۹۰)، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بدست آمد.

پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر[9]: مقیاسی خود- گزارشی شامل ۲۴۰ عبارت که توسط کلونینجر و همکارانش در سال ۱۹۹۴، برای سنجش هفت مقیاس شامل چهار بعد سرشت (مزاج) و سه بعد منش در نظریه زیستی- روانی- اجتماعی کلونینگر تدوین و ارائه شد. پاسخ به آن براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً غلط تا کاملاً درست با نمره‌گذاری به روش معکوس در برخی گویه‌ها) است و نمره میانگین در هر زیرمقیاس مورد نظر می‌باشد (کاستا و همکاران، ۲۰۲۰). فارمر و گلدبرگ[10] (۲۰۰۸)، پایایی حاصل از ضریب آلفای کرونباح زیرمقیاس‌های نسخه تجدیدنظر شده را برای ابعاد سرشت نوجویی، آسیب‌پذیری، وابستگی به پاداش و پافشاری به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۹۲ گزارش کردند. هنجاریابی این پرسشنامه اولین بار در ایران توسط کاویانی (۱۳۸۴) انجام و ضریب پایایی گزارش شده برای چهار بعد سرشت به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۱، ۰/۷۶ و ۰/۶۱ بود.

یافته‌ها

این پژوهش از ۴ آزمودنی تشکیل شده بود که شرکت‌کننده اول دختری ۲۶ ساله، فوق‌لیسانس و شاغل؛ شرکت‌کننده دوم دختری ۲۹ ساله، لیسانس و کارمند؛ شرکت‌کننده سوم پسری ۲۰ ساله، دانشجو و

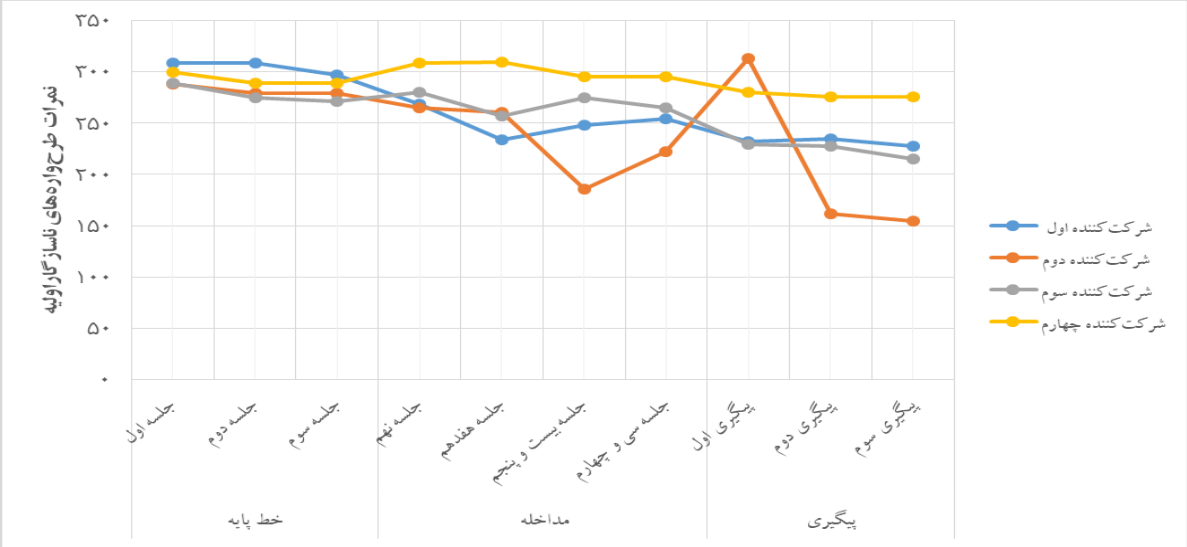
[1]- Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD)
[2]- First, Williams, Benjamin & Spitzer
[3]- Young Schema Inventory- Short Form-90 (YSQ-SF-90)
[4]- Impaired autonomy and performance
[5]- Impaired limits
[6]- Disconnection and rejection
[7]- Otherdirectedness
[8]- Overvigilance/ inhibition
[9]- Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R)
[10]- Farmer & Goldberg

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

شرکت‌کننده چهارم دختری ۲۶ ساله، فوق‌لیسانس و کارمند بودند. همه شرکت‌کنندگان مجرد بودند.

داده‌های آماری و تحلیل دیداری مربوط به هر شرکت‌کننده در شکل ۱ و ۲ و جدول ۱ و ۲ ارائه شده است. جدول‌ها شامل تغییرات بین موقعیتی هر متغیر از مرحله خط پایه به مرحله مداخله و مرحله مداخله به مرحله پیگیری از جمله تغییر جهت روند، تغییر ثبات، تغییر در سطح (تغییرات نسبی، مطلق، میانه و میانگین)، درصد داده‌های همپوش و غیر همپوش، شاخص تغییر پایا و اندازه اثر هستند. شکل ۱، روند تغییرات شرکت‌کنندگان در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد.

شکل ۱ تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در طرحواره‌های ناسازگار در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



با توجه به اطلاعات ارائه شده در شکل ۱، نمرات همه مراجعه‌کنندگان نسبت به خط پایه سیر نزولی داشته و طرحواره‌های ناسازگار مراجعه‌کنندگان کاهش پیدا کرده است. در این پژوهش برای بررسی بهبودی از فرمول درصد بهبودی استفاده شده است که طبق این فرمول، ۵۰ درصد کاهش در علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ تا ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود. با توجه به درصد بهبودی کلی شرکت‌کنندگان (نفر اول ۰/۴۱، دوم ۰/۴۶، سوم، ۰/۳۳ و چهارم ۰/۳۷) که در تمام آن‌ها بین ۲۵ تا ۴۹ بدست آمد، بهبودی مراجع اندک بوده است. در جدول ۲، متغیرهای تحلیل دیداری خط پایه و مداخله متغیر طرحواره‌های ناسازگار شرکت‌کنندگان ارائه گردیده است.

جدول ۲ تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات بین موقعیتی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی

خط پایه- مداخله

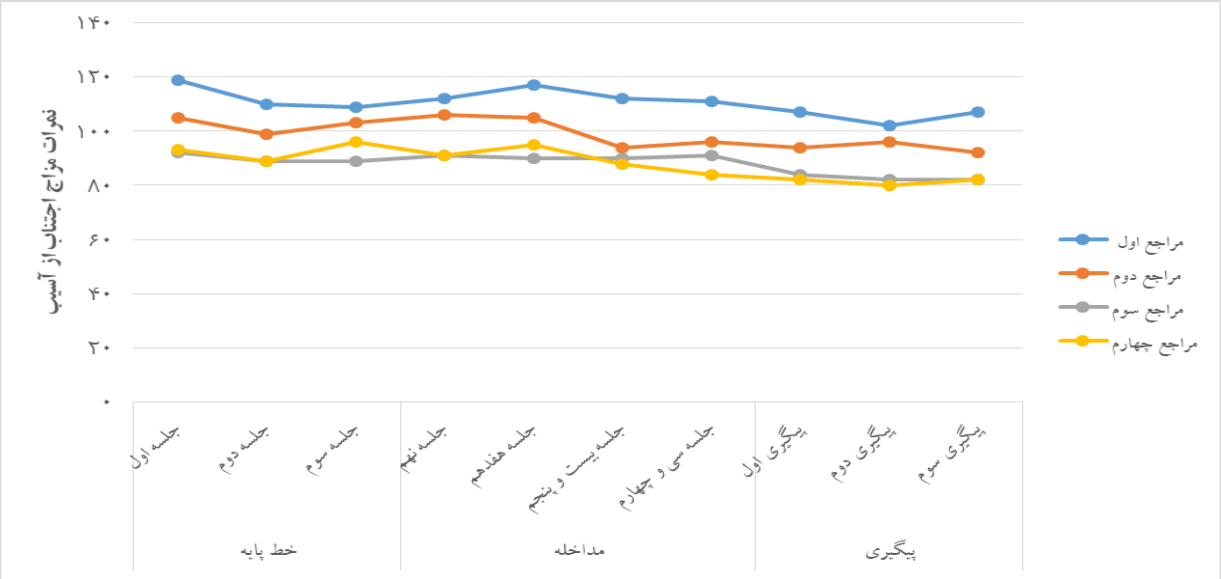
[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده چهارم
تغییر جهت	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی
نوع روند	منفی	منفی	منفی	منفی
تغییر ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به بی ثبات	باثبات به بی ثبات	باثبات به با ثبات
تغییر طراز نسبی	۶- به ۳۴-	۴۵- به ۵۷-	۹- به ۱۵/۳-	۴/۵- به ۱۸-
تغییر طراز مطلق	۱۲- به ۸۲-	۹- به ۹۶-	۱۸- به ۵۶-	۱۰- به ۶۲-
تغییر میانه	۳۰۹ به ۲۲۶	۲۷۹ به ۲۲۰	۲۷۵ به ۲۴۷	۳۰۹ به ۲۲۵
تغییر میانگین	۳۰۵ به ۲۲۶	۲۸۲ به ۲۲۰	۲۷۸/۳ به ۲۴۲	۳۰۶/۳ به ۲۲۵/۶
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	بی ثبات به بی ثبات	بی ثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات
تغییر طراز نسبی	۳۴- به ۲-	۵۷- به ۷۳-	۱۵/۳- به ۳-	۱۸- به ۱/۵-
تغییر طراز مطلق	۸۲- به ۴-	۹۶- به ۱۴۶-	۵۶- به ۶-	۶۲- به ۳-
تغییر میانه	۲۲۶ به ۱۸۵	۲۲۰ به ۱۶۲	۲۴۷ به ۱۹۵	۲۲۵ به ۱۹۰
تغییر میانگین	۲۲۶ به ۱۸۳/۶	۲۲۰ به ۲۰۶	۲۴۲ به ۱۹۵/۶	۲۲۵/۶ به ۱۹۱
درصد داده‌های غیر همپوش (PND)	٪۱۰۰	٪۶۶/۶	٪۱۰۰	٪۶۶/۶
درصد داده‌های همپوش (POD)	٪۰	٪۳۳/۳	٪۰	٪۳۳/۳
شاخص تغییر پایا	۳/۱۸-	۳/۰۵-	۳/۵۸-	۲/۹۹-
اندازه اثر	۴/۲۹-	۲/۵۶-	۲/۲۷-	۵/۷۸-

براساس جدول ۲، میانگین نمره همه شرکت‌کنندگان در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه از مرحله خط پایه به مرحله مداخله و مداخله به پیگیری کاهش یافته است. همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش (۱۰۰ درصد) و درصد داده‌های (همپوش ۰ درصد) برای هر 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 در شرکت‌کننده اول و سوم و ۶۶/۶ درصد از داده‌ها در شرکت‌کننده دوم و چهارم خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا بدست آمده در تمام آن‌ها بزرگتر از ۱/۹۶ بود که مشخص می‌کند تغییر در نمره طرحواره‌های ناسازگار اولیه، 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 بدست آمده ناشی از اثر مداخله است. مقدار اندازه اثر برای شرکت‌کنندگان نشان دهنده نقش مؤثر روش درمانی در کاهش رفتار طرحواره‌های ناسازگار است. شکل ۲، روند تغییرات شرکت‌کنندگان در متغیر مزاج از آسیب را در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

شکل ۲ تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در مزاج اجتناب از آسیب در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



با توجه به شکل ۲، نمرات همه شرکت‌کنندگان نسبت به خط پایه سیر نزولی داشته و متغیر مزاج اجتناب از آسیب در همه آن‌ها کاهش پیدا کرده است. هر چند میزان این کاهش در شرکت‌کننده دوم بسیار کم بوده است. با توجه به درصد بهبودی کلی شرکت‌کنندگان (نفر اول ۰/۴۳، سوم ۰/۳۸ و چهارم ۰/۳۵) که بین ۲۵ تا ۴۹ درصد بدست آمد، بهبودی مراجعه کنندگان اندک و در شرکت‌کننده دوم (۰/۲۰) شکست در درمان محسوب می‌شود. در جدول ۳، متغیرهای تحلیل دیداری خط پایه و مداخله متغیرمزاج اجتناب از آسیب شرکت‌کنندگان ارائه گردیده است.

جدول ۳ تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات بین موقعیتی مزاج اجتناب از آسیب در مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی

	خط پایه- مداخله			
	شرکت‌کننده اول	**شرکت‌کننده دوم**	**شرکت‌کننده سوم**	**شرکت‌کننده چهارم**
تغییر جهت	نزولی	صعودی	نزولی	نزولی
نوع روند	منفی	مثبت	منفی	منفی
تغییر ثبات	باثبات به بی ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات
تغییر طراز نسبی	۵-به ۷-	۲- به ۲	۱- به ۵-	۰/۵ به ۵-
تغییر طراز مطلق	۱۰- به ۳۹-	۳-به ۸-	۳-به ۱۹-	۰ به ۱۶-
تغییر میانه	۱۱۰ به ۸۸	۱۰۲ به ۹۴	۸۹ به ۶۷	۹۶ به ۷۳
تغییر میانگین	۱۱۲/۶ به ۹۲	۱۰۲ به ۹۴/۸	۹۰ به ۶۹/۴	۹۵ به ۷۲/۴
درصد داده‌های غیر همپوش (PND)	٪۸۰	٪۸۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
درصد داده‌های همپوش (POD)	٪۲۰	٪۲۰	٪۰	٪۰
	مداخله- پیگیری			

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

تغییر جهت	نزولی	نزولی	نزولی	صعودی
نوع روند	منفی	منفی	منفی	ثابت
تغییر ثبات	بی ثبات به بی ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات	باثبات به با ثبات
تغییر طراز نسبی	۷- به ۷-	۲ به ۱-	۵-به ۰/۵-	۵-به ۰
تغییر طراز مطلق	۳۹- به ۱۴	۸-به ۱-	۱۹-به ۱-	۱۶-به ۰
تغییر میانه	۸۸ به ۶۷	۹۴ به ۸۴	۶۷ به ۵۷	۷۳ به ۶۲
تغییر میانگین	۹۲ به ۶۲/۳	۹۴/۸ به ۸۴/۳	۶۹/۴ به ۵۷	۷۲/۴ به ۶۱/۳
درصد داده‌های غیر همپوش (PND)	٪۱۰۰	٪۶۶/۶	٪۱۰۰	٪۱۰۰
درصد داده‌های همپوش (POD)	٪۰	٪۳۳/۳	٪۰	٪۰
شاخص تغییر پایا	۵/۳۳-	۵/۰۳-	۵/۶۶-	۵/۶۹-
اندازه اثر	۲/۰۲-	۱/۴۶-	۴/۶۷-	۵/۸۶-

براساس جدول ۲، نمرات تمام شرکت‌کنندگان در متغیر مزاج اجتناب از آسیب از مرحله خط پایه به مداخله و مداخله به پیگیری کاهش یافته است. همچنین درصد داده‌های غیر همپوش (۸۰-۱۰۰ درصد) و داده‌های همپوش (۰-۲۰ درصد) برای چهار شرکت‌کننده در موقعیت مداخله نشان می‌دهد که تمام داده‌ها خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. در مقایسه بین موقعیت مداخله و پیگیری، ۱۰۰ درصد از داده‌های غیر همپوش و ۰ درصد از داده‌های همپوش در شرکت‌کننده اول، سوم و چهارم و ۶۶/۶ درصد از داده‌های غیر همپوش و ۳۳/۳ درصد داده‌های همپوش در شرکت‌کننده دوم خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا بدست آمده در تمام شرکت‌کنندگان بزرگتر از ۱/۹۶ بود که مشخص می‌کند تغییر در نمره مزاج اجتناب از آسیب، 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 بدست آمده ناشی از اثر مداخله است. مقدار اندازه اثر برای شرکت‌کنندگان نشان دهنده نقش مؤثر روش درمانی در کاهش مزاج اجتناب از آسیب است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی و سینما درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مزاج اجتناب از آسیب در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی انجام گرفت. با توجه به اینکه پژوهشی مرتبط با اثربخشی ترکیبی طرحواره درمانی و سینما درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار یافت نشد، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های مشابه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش حاضر در مورد اثربخشی طرحواره درمانی و سینما درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نتایج پژوهش‌های باچ و همکاران (۲۰۱۸)؛ ویدلر و همکاران (۲۰۱۷)؛ کاپرز و همکاران (۲۰۲۱)؛ رایموندا و همکاران (۲۰۱۸)؛ هافارت-لاندینگ و هافارت (۲۰۱۶) و ون‌دن‌بروک و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت استفاده از تکنیک‌های رفتاری، شناختی، تجربی، مهارت‌های نظم‌بخشی هیجان، رابطه بازوالدینی حد و مرزدار در تامین نیازهای ناکام شده مراجعه-کنندگان موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود که به عنوان بعد اکتسابی شخصیت در نظر گرفته

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

شده و در فرایند رشد و اجتماعی شدن ایجاد می‌گردد؛ زیرا در طرحواره درمانی با شکستن اجتناب در مراجعه-کنندگان (اسپری[1]، ۲۰۱۶) مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تکنیک‌های مرتبط با تنظیم هیجان (تکنیک‌های تجربی) به کاهش شدت طرحواره‌ها و میزان فعالیت آن‌ها در بیمار کمک می‌شود. اینطور به نظر می‌رسد که اجتناب به عنوان یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین موانع به هنگام استفاده از تکنیک‌های تجربی به ویژه تصویرسازی ذهنی در مراحل مختلف سنجش و درمان در طرحواره درمانی مطرح است. مطالعه کتاب‌ها یا دیدن فیلم‌ها با محتوای خاص از جمله راه‌کارهایی که می‌توان بر اجتناب غلبه کند (یانگ، کلاسکو و ویشار[2]، ۲۰۰۶). ادراک از طریق طرحواره، واسطه‌مندی می‌شود و پاسخ‌های افراد توسط طرحواره جهت‌دهی می‌شوند. همچنین به عنوان نقشه انتزاعی شناختی راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله عمل می‌کند. طرحواره‌ها به عنوان یک سیستم بازنمایی شناختی برای درک ابتدایی عملکردها و احساسات شخصیت‌های فیلم عمل می‌کنند (تان، ۲۰۱۸).

در سال‌های اخیر پژوهشگران در مطالعات خود برای بررسی طرحواره‌های ناسازگار و ذهنیت‌های طرحواره‌ای و فراخوانی آن‌ها توسط محرک‌های استرس‌زا و آشفته‌ساز در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت از پخش بخش‌هایی از فیلم‌ها با محتوای خاص استفاده کرده‌اند (پلد و همکاران، ۲۰۱۷؛ لابستیل و آرنتز[3]، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۰؛ ون‌دن‌بروک، کالین دی‌ووس و برنشتین[4]، ۲۰۱۱؛ ۲۰۱۱). در مطالعه‌ای که بر روی بیماران با اختلالات روانی دشوار انجام شد نتایج نشان داد هنردرمانی‌ها پتانسیل لازم برای فراخوانی حالات هیجانی در بیماران دشوار را دارند و بیماران در این جلسات نسبت به جلسات روان درمانی کلامی حالت‌های هیجانی سالم‌تری را نشان می‌دهند (ون‌دن‌بروک و همکاران، ۲۰۱۱؛ کاپرز و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و سینما درمانی باعث کاهش مزاج اجتناب از آسیب می‌شود. همسو با یافته‌های نزدیک به پژوهش حاضر، نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط همتی ثابت و همکاران (۲۰۲۱)؛ سایگو و همکاران (۲۰۱۸)؛ خنجری و خواجه وند (۱۳۹۹) و رایموندا و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش ابعاد مزاج از جمله مزاج اجتناب از آسیب مراجعه‌کنندگان اثربخش است. در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت بعد مزاج یا سرشت اشاره به تفاوت‌های فردی در زمینه پاسخ‌های هیجانی دارد، که همان خوی هیجانی و بعد وراثتی-ژنتیکی است که فرد با آن متولد می‌شود. بعد مزاج بر تعیین و انتخاب رفتارهای مقابله‌ای و نیز تشکیل طرحواره‌ها مؤثر است (کاستا و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین تحت تأثیر مجموع تکنیک‌های تجربی، رفتاری، شناختی، تنظیم هیجانی و بین فردی در جهت تغییر الگوی تفکر، احساس کردن و رفتار کاهش می‌یابد.

طرحواره درمانی رویکردی نیرومند در شکستن قالب‌های شخصیتی شکل گرفته در دوران کودکی و نوجوانی است. طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت با تمرکز روی تضعیف والد تنبیه‌گر، اصرار به اجتناب کمتر احساس کردن، صمیمیت، انتخاب کردن، داشتن نقطه‌نظر و ابراز آن، اصلاح عزت‌نفس آسیب‌پذیر و افزایش خود راهبری

[1]- Sperry
[2]- Young, Klosko & Weishaar
[3]- Lobbestael & Arntz
[4]- van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

باعث تغییراتی در بعد اجتناب از آسیب می‌شود. کاستا و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهش خود بیان داشتند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ۳۱٪ و ابعاد مزاج ۲۵٪ توان پیش‌بینی تغییرات در علائم روانپزشکی را دارند و با مدیریت درمانی می‌توان اثرات مخرب مرتبط با آن‌ها را کاهش داد. بنا بر نتایج بدست آمده به دنبال برنامه درمانی این پژوهش به عنوان اصلاح مزاج، خرده مقیاس اجتناب از آسیب، که قویترین پیش‌بینی‌کننده برای وجود اختلال شخصیت اجتنابی بود، کاهش یافت. همانطور که پیش‌تر و در تبیین فرضیه‌های قبل آمد سینما درمانی به عنوان تکنیکی تجربی در بیرون کشیدن تجارب هیجانی و کار با بدن مانند یک متافور عمل کرده و با رویکردی غیرمستقیم و عینی به ویژه اجتناب در ابعاد و زمینه‌های مختلف را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی هدف قرار می‌دهد. همچنین از این رهگذر در بهبود ارتباط درمانی و مشارکت درمانی که از موانع مهم درمان مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی است، مؤثر است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی به عنوان درمانی فراتشخصی و یکپارچه‌نگر مکانیسم‌های زیربنایی و ریشه‌های تحولی اختلالات شخصیت را هدف درمان قرار می‌دهد و هر دو رویکرد طرحواره درمانی و سینما درمانی به بیماران دشوار در دسترسی به هیجانات و پردازش مجدد شناختی و هیجانی کمک می‌کنند. از این رهگذر است که به کمک برنامه درمانی ترکیبی و مناسب‌سازی شده پژوهش حاضر، مراجعه‌کنندگان در کاهش نشانه‌ها و حفظ بهبودی موفق بوده‌اند. 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.

سپاسگزاری

این مقاله، برگرفته از رساله دکترای تخصصی روانشناسی بالینی دارای تأییدیه کمیته اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1400.017 است. از تمامی اشخاصی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. در هیچ یک از مراحل انجام این مطالعه منابع مالی دریافت نشد و با منافع شخصی و سازمانی تعارض ندارد.

References

Bach B, Lockwood G, Young JE. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cognitive behaviour therapy, 47(4), 328-349.

Bachrach N, Arntz A. (2021). Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. Journal of clinical psychology, 77(5), 1233-1248.

Barlow DH, Durand VM, Hofmann SG. (2016). Abnormal psychology: An integrative approach. Cengage learning.

Basile B, Tenore K, Luppino OI, Mancini F. (2017). Schema Therapy Mode Model Aplied to OCD. Clinical Neuropsychiatry, (6).

Centonze A, Popolo R, MacBeth A, Dimaggio G. (2021). Building the alliance and using experiential techniques in the early phases of psychotherapy for avoidant personality

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

disorder. Journal of clinical psychology, 77(5), 1219-1232.

Costa IFd, Tomaz MP, Pessoa GdN, Miranda HdS, Galdino MK. (2020). Early maladaptive schemas and harm avoidance as mediating factors between early life stress and psychiatric symptoms in adults. Brazilian Journal of Psychiatry, 42, 489-495.

Farmer RF, Goldberg LR. (2008). Brain modules, personality layers, planes of being, spiral structures, and the equally implausible distinction between TCI-R" temperament" and" character" scales: Reply to Cloninger.

First M, Williams J, Benjamin L, Spitzer R. (2015). User's guide for the SCID-5-PD (structured clinical interview for DSM-5 personality disorder). Arlington: American Psychiatric Association, 2.

Gharrae B, Masoumian S, Zamirinejad S, Yaghmaeezadeh H. (2022). Psychometric Properties of the Persian Version of the Self-report Personality Questionnaire for Personality Disorders of DSM-5 (SCID-5-SPQ) in Clinical Samples. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 27(4), 508-519.

Ghiasi M, Molavi M, Neshatdost H, Salavati M. (2011). The Factor Structure of Farsi Version of Young Schema Questionnaire-S3 in Two Groups in Tehran. Journal of Psychological Achievements, 18(1), 93-118.

Gol A, Aghamohammadian Sharbaf H, Sedaghat F, Rasooli H. (2019). The effectiveness of schema therapy on the symptoms, severity of early maladaptive schemas, confirm-seeking and self-concept in histrionic personality disorder. Journal of Fundamentals of Mental Health Nov-Dec, 21(6), 387-397.

Hemmati Sabet V, Hoseini SA, Afsharinia K, Arefi M. (2021). Comparison of the effectiveness of schema therapy and dialectical behavior therapy on temperament and character dimensions and cognitive emotion regulation strategies in patients with HIV. Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal, 3(2), 138-147.

Hoffart Lunding S, Hoffart A. (2016). Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems. Clinical psychology & psychotherapy, 23(2), 107-117.

Jacob GA, Hauer A, Köhne S, Assmann N, Schaich A, Schweiger U & et al. (2018. A schema therapy-based ehealth program for patients with borderline personality disorder (priovi): Naturalistic single-arm observational study. JMIR Ment Health, 5(4), e10983.

Kaviani H. (2005). Validation of temperament and character inventory (TCI) in iranian sample: Normative data. Tehran University Medical Journal TUMS Publications, 63(2), 89-98.

Khanjari C, Khajevand A. (2020). The effectiveness of Schema Therapy on temperament and character dimensions, food craving among obese women with type 2 diabetes. Advances in Cognitive Sciences, 22(3), 14-23.

Koppers D, Van H, Peen J, Dekker JJ. (2021). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. Psychotherapy Research, 31(7), 831-842.

Lampe L, Malhi GS. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. Psychology research and behavior management.

Lang A. (2020). Harm Avoidance. Encyclopedia of Personality and Individual Differences. 1886-1888.

Ledford JR, Gast DL. (2018). Single case research methodology. Routledge New York, NY.

Maillard P, Pellaton J, Kramer U. (2019). Treating comorbid depression and avoidant personality disorder: The case of Andy. Journal of clinical psychology, 75(5), 886-897.

Peled O, Bar-Kalifa E, Rafaeli E. (2017). Stability or instability in avoidant personality disorder: Mode fluctuations within schema therapy sessions. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 57, 126-134.

Piri M, Hosseinaei A, Asadi J, Shariatnia K. (2019). Comparison of Effectiveness of Group Schema Therapy and Group Acceptance and

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]

Commitment Therapy on Symptoms of Borderline Personality Disorder of Patients with Substance Abuse. 8(4), 56-69.

Rimonda R, Wibowo ME, Jafar M. (2018). 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. Journal Bimbingan Konseling, 7(2), 145-152.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (2017). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Wolters Kluwer Health.

Saigo T, Hayashida M, Tayama J, Ogawa S, Bernick P, Takeoka A, Shirabe S. (2018). 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, 97(44).

Sharp C, Smith JV, Cole A. (2002). Cinematherapy: Metaphorically promoting therapeutic change. Counselling Psychology Quarterly, 15(3), 269-276.

Sperry L. (2016). Handbook of diagnosis and treatment of DSM-5 personality disorders: Assessment, case conceptualization, and treatment. Routledge.

Tan ES. (2018). A psychology of the film. Palgrave Communications, 4(1), 1-20.

Tan YM, Lee CW, Averbeck LE, Brand-de Wilde O, Farrell J, Fassbinder E & et al. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. PLoS One, 13(11), e0206039.

van den Broek E, Keulen-de Vos M, Bernstein DP. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. The Arts in Psychotherapy, 38(5), 325-332.

van den Broek EP, Strijbos N, Vromen J, van Duursen S, Cousijn J, Bosschaert L, Zeegers L, van Zeeland G, Pouwels S, van den Berge M. (2021). A pilot study of arts therapy techniques to evoke emotional states in forensic patients. The Arts in Psychotherapy, 74, 101798.

Videler AC, van Alphen SP, van Royen RJ, van der Feltz-Cornelis CM, Rossi G, Arntz A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. Aging & mental health, 22(6), 738-747.

Wolz B. (2005). E-motion picture magic: A movie lover's guide to healing and transformation. Glenbridge Publishing Ltd.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2006). Schema therapy: A practitioner's guide. guilford press.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.5.10.9]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.5.115]