اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر کاهش علایم خودشیفتگی مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد– منفرد

سعید خدابنده‌لو[۱]، محمود نجفی[۲]، اسحق رحیمیان بوگر[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اختلال شخصیت خودشیفته (Narcissistic personality disorder یا NPD)، اختلالی است که افراد مبتلا به دلیل احساس اهمیت شخصی بزرگ‌منشانه، با مشکلات بین فردی و همدلی بسیاری روبه‌رو می‌شوند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر کاهش علایم خودشیفتگی مبتلایان به NPD انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، از روش مورد- منفرد با طرح A-B و خط پایه چندگانه استفاده گردید. نمونه‌ها شامل ۳ مورد (۲ زن و ۱ مرد) از مراجعه کنندگان به کلینیک مشاوره شهر قزوین بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پس از پاسخگویی به نسخه ۴۰ گویه‌ای مقیاس شخصیت خودشیفته (Narcissistic Personality Inventory-۴۰ یا NPI-۴۰)، بر اساس ملاک‌های Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5)، توسط روان‌پزشک مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و مبتلا به NPD تشخیص داده شدند. جهت سنجش علایم خودشیفتگی آزمودنی‌ها، از مقیاس چند محوری بالینی Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III یا MCMI-III) استفاده گردید. طرحواره درمانی در ۲۰ جلسه انفرادی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. دوره پیگیری درمان نیز ۱ ماه پس از پایان مداخله دنبال گردید.

یافته‌ها: داده‌های به دست آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و میانه، تحلیل دیداری شکل‌ها در دو بخش درون موقعیتی و بین موقعیتی با شاخص ثبات و جهت روند، درصد داده‌های غیر همپوش (Percentage of non-overlapping data یا PND) و درصد داده‌های همپوش (Percentage of overlapping data یا POD) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس یافته‌ها، طرحواره درمانی در کاهش علایم خودشیفتگی مبتلایان به NPD مؤثر بود.

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی در بهبود و کاهش علایم افراد دارای NPD از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است و می‌تواند در درمان مبتلایان به این اختلال به کار رود.

واژه‌های کلیدی: روان درمانی، اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت خودشیفته

ارجاع: خدابنده‌لو سعید، نجفی محمود، رحیمیان بوگر اسحق. **اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر کاهش علایم خودشیفتگی مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد- منفرد.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۳): ۳۳۰-۳۲۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۲/۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۵/۱۳

مقدمه

شخصیت هر فرد، بیانگر الگوهای ثابت فکری، عاطفی و رفتاری او می‌باشد و اختلالات شخصیت، مجموعه‌ای از صفات و الگوهای پایدار شخصیتی هستند که ویژگی اصلی آن‌ها، ناسازگاری و انعطاف‌ناپذیری می‌باشد (۲، ۱). این طبقه از اختلالات، مشکلات روحی و روانی پیچیده‌ای را در ارتباط با اختلال عملکرد مزمن در چندین مورد از ابعاد اجتماعی، کاری، خودمراقبتی، کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌های بالای اجتماعی به وجود می‌آورند و دارای نرخ شیوع بالا (۱۵-۳ درصد در جمعیت عمومی) می‌باشند (۳). در دسته «ب» اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت خودشیفته (Narcissistic personality disorder یا NPD) به دلیل اهمیت و باقی ماندن در Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5)، 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 (۴، ۱).

NPD، الگوی فراگیر بزرگ‌منشی (در عالم خیال یا رفتار)، نیاز به تحسین و فقدان همدلی می‌باشد که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه های مختلف بروز پیدا می‌کند (۱). مفهوم‌سازی DSM-5 برای این اختلال در مدل جایگزین، شامل صفات ابعادی و اصلی می‌باشد (۵) که ارزیابی‌های ترکیبی از سطوح عملکرد مانند احساس هویت، نوسانات خود، تنظیم عزت نفس (Self-esteem regulation) و ظرفیت همدردی (Empathy capability) را ارایه می‌کند (۷، ۶). به نظر می‌رسد که در افراد دارای NPDT، هم‌زمان با نوسانات عزت نفس (۹، ۸)، علایم همراه این اختلال نیز از جمله احساس اهمیت شخصی بزرگ‌منشانه، اشتغال ذهنی با خیال‌پردازی‌های موفقیت، قدرت،

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
نویسنده مسؤول: محمود نجفی
Email: m_najafi@semnan.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]

اعتقاد به خاص بودن، نیازمند تمجید افراطی، احساس استحقاق، بهره‌کشی در روابط بین فردی، فقدان همدلی، احساس حسادت و رفتارهای خودخواهانه، دچار تغییراتی می‌شود (۱۰). خودشیفتگی بالا، پرخاشگری را به صورت کلی افزایش می‌دهد (۱۱). روابط بین فردی را مختل می‌کند (۱۰) و با کاهش رضایت و کیفیت زندگی، احتمال آسیب به خود و اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (۱۲، ۶). ماهیت NPD و کمبود همدلی شناختی و هیجانی با درمانگران، نتایج رویکردهای درمانی از جمله شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) را که مبتنی بر انجام تکالیف خانگی و همراهی با درمانگر است، تضعیف می‌کند (۱۳).

پژوهش در زمینه اثربخشی انواع روان‌درمانی برای این اختلال مزمن، هنوز در مراحل ابتدایی است و تمرکز درمانی و پژوهشی به شدت بر اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder یا BPD) متمرکز شده است (۱۴). نتایج مطالعات نشان داده است که رابطه معنی‌داری بین شدت اختلال شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Early maladaptive schemas) وجود دارد (۱۷-۱۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی- شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که ریشه در تجارب نامطلوب دوران کودکی و خلق و خوی اولیه دارند و منجر به برداشت‌های ناکارامد (۱۸) و هیجانات و رفتارهای نامناسب می‌گردد (۹). برخی تحقیقات به نقش واسطه‌ای و تعدیل کنندگی طرحواره‌ها در اختلالات اشاره نموده‌اند (۲۰، ۱۹). طرحواره درمانی (Schema therapy)، مداخله یکپارچه‌ای 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 (۱۸). این رویکرد درمانی در سال‌های اخیر نتایج مثبتی را در کاهش مشکلات بیماران مزمن داشته است (۲۱). خورشیدزاده وهمکاران در پژوهشی با طرح تجربی تک موردی، شاهد کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌های طرحواره در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (Social anxiety disorder یا SAD) بودند (۲۲). Young و همکاران نیز نوع خاصی از طرحواره درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به BPD و NPD توصیف نمودند که بر اساس ذهنیت طرحواره‌ای (Schema mode) بود (۲۳). تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت، بخش مکمل طرحواره درمانی هستند (۲۵، ۲۴). Young ذهنیت‌های طرحواره‌ای را پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار یا رفتارهای سالمی تعریف کرد که در حال حاضر در ذهن فعال می‌باشند (۲۶). آن‌ها در واقع الگوی سازمان یافته‌ای از تفکر، احساس و رفتار می‌باشند که منشأشان مجموعه‌ای از طرحواره‌های مستقل است (۲۷). نتایج پژوهش‌ها از کارایی مدل طرحواره ذهنیت‌مدار در کاهش علایم BPD حمایت کرده‌اند (۲۹، ۲۸). همچنین، طرحواره درمانی شواهد غیر مستقیمی را در حمایت از بهبود نیازهای هیجانی اصلی (Core emotional needs) در بیماران مبتلا به NPD ارایه کرده است (۳۰). Young و همکاران هسته طرحواره‌های ناسازگار اولیه را استحقاق، محرومیت عاطفی و نقص می‌دانند که زمینه خودشیفتگی را فراهم می‌سازد. بیماران مبتلا به NPD، بیشترین مشکل را برای درمانگران پدید می‌آورند. این بیماران خود را حساس یا آسیب پذیر نشان نمی‌دهند، اما در فرایند درمان با دوسوگرایی عاطفی مواجه می‌شوند. هدف درمان در طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار، کمک به شکل‌گیری ذهنیت بزرگسال سالم است (۲۳). شاید شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله اول و تغییر و تعدیل آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار در مرحله دوم، بتواند در کاهش علایم مبتلایان به NPD مؤثر واقع شود. با توجه به ماهیت خودشیفتگی و نتایج ضعیف سایر رویکردهای درمانی در کاهش مشکلات افراد دارای این اختلال، در پژوهش حاضر از طرحواره درمانی با رویکرد ذهنیت طرحواره‌ای به دلیل جامع بودن نظری، انعطاف‌پذیری درمانگر در رابطه درمانی و تکنیک‌های درمانی همه جانبه به خصوص رویاروسازی همدلانه استفاده گردید. فرضیه‌ای که در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفت، این بود که طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار در کاهش علایم افراد دارای NPD مؤثر است.

مواد و روش‌ها

در این تحقیق، از روش پژوهش مورد- منفرد (Single subject) با طرح A-B و خط پایه چندگانه (Multiple baseline) استفاده شد. با توجه به عدم امکان دسترسی به نمونه‌های بیشتر و محدودیت استفاده از طرح آزمایشی، روش مورد- منفرد انتخاب گردید. این روش که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی (Single subject experiment) یا آزمایش سری‌های زمانی می‌گویند، پژوهشی است که مشتمل بر تحقیق فشرده بر روی تعداد محدودی از افراد است که به صورت انفرادی یا به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند. آزمایش‌های مورد- منفرد با پژوهش موردی معادل نیستند، هرچند که هر دو به مورد معطوف می‌باشند، اما از نظر طرح و هدف با یکدیگر تفاوت زیادی دارند (۳۱). در طرح پژوهشی مورد- منفرد امکان کنترل شرایط وجود دارد و آزمودنی به عنوان شاهد خود عمل می‌کند. این طرح‌ها شبیه طرح‌های گروهی آزمایشی هستند که با دستکاری فعالانه متغیر مستقل (درمان)، امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی را فراهم می‌سازد (۳۲).

جامعه آماری مطالعه را کلیه مبتلایان به NPD که در سال ۱۳۹۵ به کلینیک مشاوره شهر قزوین مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. نمونه‌گیری به روش هدفمند (Purposive sampling) انجام گرفت و نمونه‌ها شامل سه مورد از مراجعه کنندگان به دو کلینیک رویش و ترنم در شهر قزوین بود که پس از پاسخگویی به نسخه ۴۰ گویه‌ای مقیاس شخصیت خودشیفته (Narcissistic Personality Inventory-۴۰ یا NPI-۴۰)، بر اساس ملاک‌های DSM-5 توسط روان‌پزشک مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و مبتلا به NPD تشخیص داده شدند.

نوع پژوهش، شاخص اصلی انتخاب روش نمونه‌گیری است (۳۳). بنابراین، با توجه به طرح و ماهیت تحقیق، روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انتخاب گردید؛ به این صورت که در مرحله غربالگری اولیه، مراجعه کنندگانی که دارای طیف سنی ۱۸ تا ۵۰ سال بودند، در بازه زمانی سه ماهه، NPI-۴۰ را تکمیل کردند و در مرحله بعدی، افرادی که حداقل نمره برش ۱۶ را کسب کردند، بر اساس ملاک‌های DSM-5، توسط روان‌پزشک مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و مبتلا به NPD تشخیص داده شدند. سپس افراد بر اساس معیارهای ورود و خروج مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۳ نفر (۲ زن و ۱ مرد) به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند.

ملاک‌های ورود به تحقیق شامل تمایل به شرکت در پژوهش، بازه سنی ۵۰-۱۸ سال، نمره بالاتر از برش در پرسش‌نامه NPI-۴۰، مبتلا به NPD و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم جهت بهره‌گیری بهتر از آموزش و بینش درمانی بود. دریافت درمان دارویی و سایر درمان‌ها همزمان با اجرای طرح پژوهشی و

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]

ابتلا به سایکوز و یا سوء مصرف مواد به تشخیص روان‌پزشک نیز به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، از مراجعان رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و به آن‌ها گفته شد که نتایج پژوهش بدون ذکر نام گزارش می‌شود.

طرح پژوهش شامل سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری بود و هر سه آزمودنی در مرحله اندازه‌گیری خط پایه، به مقیاس خودشیفتگی پرسش‌نامه چند محوری بالینی Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III یا MCMI-III) در سه نوبت به فاصله یک هفته از هم پاسخ دادند (جهت اطمینان از ثبات داده‌ها). در این مرحله آزمودنی‌ها هیچ درمانی را دریافت نکردند. پس از ترسیم خط پایه برای علایم خودشیفتگی، روند درمان طبق اصول طرح‌های تجربی تک آزمودنی با خط پایه چندگانه انجام شد و هر سه آزمودنی به ترتیب وارد طرح درمان شدند؛ به طوری که آزمودنی دوم در جلسه دوم آزمودنی اول و آزمودنی سوم در جلسه سوم آزمودنی اول وارد طرح درمان شدند.

در مرحله مداخله (مرحله آزمایش)، طرحواره درمانی به عنوان متغیر مستقل در ۲۰ جلسه انفرادی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه اجرا گردید و علایم خودشیفتگی در طول این مرحله، چهار بار (هر ۵ جلسه یک بار) اندازه‌گیری و ثبت شد. یک ماه پس از پایان مرحله مداخله، مرحله پیگیری دنبال گردید و علایم خودشیفتگی دو بار به فاصله ۲ هفته از هم اندازه‌گیری و ثبت گردید. نتایج اندازه‌گیری‌ها برای هر آزمودنی در نمودارها و جداول جداگانه ثبت شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل دیداری (Visual analysis) نمودار با شاخص‌های روند (Trending) و ثبات (Stability)، درصد داده‌های غیر همپوش (Percentage of non-overlapping data یا PND) و درصد داده‌های همپوش (Percentage of overlapping data یا POD) استفاده گردید. تحلیل دیداری، پرکاربردترین راهبرد تحلیل داده‌های پژوهشی مورد- منفرد می‌باشد. این روش مزیت‌های بسیاری مانند کاربرد برای تحلیل داده‌های مربوط به گروه‌های کوچک و پویایی فرایند تحلیل دارد و علمی بودن و پایایی آن به اثبات رسیده است (۳۴).

مراحل این روش در دو مرحله تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی انجام گرفت؛ بدین صورت که در مرحله درون موقعیتی، پس از تعیین توالی و طول موقعیت‌ها با استفاده از سیستم علامت‌گذاری A-B برای دو موقعیت خط پایه (A) و مداخله (B)، ثبات سطح، دامنه تغییرات، میانگین و میانه محاسبه گردید. سپس 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) مورد محاسبه قرار گرفت. خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی‌ها برای ارزیابی ثبات داده‌ها در نمودارهای جداگانه ترسیم و درصد نقاط داده‌هایی که زیر یا درون محفظه ثبات قرار داشتند، محاسبه شد. با استفاده از روش آزادی عمل در موقعیت A و روش دو نیم کردن در موقعیت B، جهت روند ارزیابی گردید. روش آزادی عمل شامل بررسی دیداری داده‌های یک موقعیت و کشیدن خط مستقیم در نقاطی از داده‌ها است که آن‌ها را نصف می‌کند. هدف مرحله تحلیل بین موقعیتی این بود که تعیین گردد طرحواره درمانی (متغیر مستقل) چه اثری بر میزان علایم خودشیفتگی (متغیر وابسته) داشته است که با محاسبه تغییر سطح نسبی و مطلق، تغییر میانه و میانگین و در نهایت، تخمین درصد همپوشی، صورت گرفت. در روش تحلیل دیداری، ملاک تعیین اثر آزمایشی و معنی‌داری تفاوت بین داده‌های موقعیت خط پایه و آزمایشی، همپوشی پایین و تغییر در میانگین نمرات بین موقعیت‌های مجاور است (۳۱). ابزارهای مورد استفاده در ادامه به تفصیل آمده است.

NPI-۴۰: این مقیاس، پرکاربردترین ابزار خودسنجی برای سنجش ویژگی‌های خودشیفتگی در جمعیت غیر بالینی و اصلی‌ترین مقیاس سنجش خودشیفتگی در روان‌شناسی شخصیت می‌باشد. NPI-۴۰ از ۴۰ گویه تشکیل شده است که در هر گویه، یک جفت عبارت ارایه می‌شود. از پاسخ دهنده درخواست می‌شود که در هر ماده، جمله‌ای که بیشترین مطابقت را با وضعیت او دارد، انتخاب نماید (۳۵). Raskin و Terry با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ارتباط خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه را با کل مقیاس مشخص کردند (۳۶). در مطالعه Rosario del و White، ضرایب Cronbach's alpha برای کل این مقیاس در آزمون ۰/۸۰ و در بازآزمون ۰/۸۲ به دست آمد (۳۷). پایایی بازآزمایی و همسانی درونی کل پرسش‌نامه NPI-۴۰ در ایران ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شد (۳۵). در پژوهش حاضر به علت تطبیق ماده‌های این پرسش‌نامه با مفهوم‌سازی DSM-5 از NPD و سنجش خودشیفتگی در جمعیت غیر بالینی (۳۸) و همچنین، با توجه به سودمندی آن در غربالگری اولیه افراد خودشیفته، از این ابزار استفاده گردید.

MCMI-III: این مقیاس ابزار استانداردی شامل ۱۷۵ سؤال می‌باشد و با ۲۸ گویه، اطلاعات مربوط به اختلالات شخصیت، نشانگان بالینی و اعتبار پرسش‌نامه را می‌سنجد و بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی Millon ساخته شده است (۳۹). نسخه اصلی مقیاس MCMI-III برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و از آن زمان تاکنون دو بار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. پایایی مقیاس‌های اختلالات شخصیت MCMI-III به طور متوسط، ۰/۷۸ گزارش شده است. راهنمای Millon میانگین ۰/۸۹ را برای مقیاس‌های شخصیت و میانگین ۰/۹۱ را برای مقیاس‌های بالینی عنوان نمود (۴۰). در بررسی روایی تشخیصی این پرسش‌نامه، توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۸ و توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ برآورد شده است (۳۹). مقیاس خودشیفتگی پرسش‌نامه MCMI-III، ۲۴ ماده دارد که در پژوهش حاضر برای ارزیابی تغییرات خودشیفتگی آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت.

با نظر متخصصان بالینی و بهره‌گیری از منابع معتبر، محتوای طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار مبتنی بر اتحاد درمانی، شناسایی و ردیابی ریشه‌ای ذهنیت‌ها، بازوالدینی حد و مرزدار و همچنین، راهبردهای شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری به تفکیک جلسات تدوین و اجرا گردید که در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها

نمرات نرخ پایه (Base rate) معادل نمرات خام حاصل از اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری مقیاس خودشیفتگی پرسش‌نامه MCMI-III برای هر سه آزمودنی مطابق با جدول ۲ به دست آمد و اثربخشی طرحواره درمانی بر علایم خودشیفتگی به صورت شکل ۱ ترسیم گردید.

شکل‌های ۲ و ۳ خط میانه، محفظه ثبات و خط روند داده‌های خودشیفتگی آزمودنی اول را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از تحلیل دیداری شکل‌های مربوط به آزمودنی اول نیز در جدول ۳ ارایه شده است.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار برای افراد مبتلا به Narcissistic personality disorder (NPD)

جلسات	محتوا
جلسات اول و دوم	ایجاد یک رابطه متقابل توأم با امنیت، همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی
	آموزش رویکرد درمانی طرحواره محور
	ارایه پرسش‌نامه چند وجهی سرگذشت زندگی به بیمار به عنوان تکلیف خانگی جهت تکمیل
جلسات سوم و چهارم	شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه که با مشکلات فعلی مرتبط هستند.
	ارایه پرسش‌نامه‌های طرحواره و سبک فرزندپروری به بیمار به عنوان تکلیف خانگی
جلسات پنجم و ششم	وارسی پرسش‌نامه‌ها به همراه بیمار، بحث و تبادل نظر در مورد آن‌ها
	شناسایی و ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، طرحواره‌های ناسازگار اولیه
	تکنیک‌های تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی
	ارایه پرسش‌نامه‌های سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت به بیمار به عنوان تکلیف خانگی جهت تکمیل
جلسات هفتم و هشتم	وارسی پرسش‌نامه ذهنیت به همراه بیمار، ردیابی مستمر ذهنیت‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها
	مفهوم‌سازی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت
جلسات نهم و دهم	استفاده از شکایت‌های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان
	تشویق بیمار به ادامه درمان و تأکید بر پیامدهای منفی خودشیفتگی و آگاه کردن بیمار از رنج هیجانی
جلسات یازدهم و دوازدهم	آشناسازی بیمار با ذهنیت «کودک تنها»
	کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها با به کارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی
	پیوندهای درمانگر با ذهنیت «کودک تنها» و تأکید بر پیامدهای منفی خودشیفتگی
جلسات سیزدهم و چهاردهم	آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها و استفاده از تکنیک‌های شناختی در جهت بی‌اعتبارسازی طرحواره‌های غالب
	ایجاد فضای توجه مثبت بی‌قید و شرط ولی بدون توجه به کمال‌گرایی و خاص بودن بیمار
جلسات پانزدهم و شانزدهم	ماندن با ذهنیت کودک تنها و تلاش برای ارضای نیازهای هیجانی اساسی و ارتباط با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر
	به کارگیری تکنیک بازوالدینی حد و مرزدار به صورت مستمر در برابر طرحواره‌های نقص و محرومیت هیجانی
جلسات هفدهم و هجدهم	رویاروسازی هوشمندانه بیمار با سبک چالش‌زا یا فخرفروشانه با رویکرد جرأت‌مندانه
	به کارگیری تکنیک رویاروسازی همدلانه در مقابل استحقاق‌طلبی بیمار(با احتیاط)
	بازگو کردن حقوق به صورت مؤدبانه و جرأت‌مندانه از طرف درمانگر
جلسات نوزدهم و بیستم	ترغیب آزمودنی‌ها در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه
	آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود
	کمک به بیمار برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی

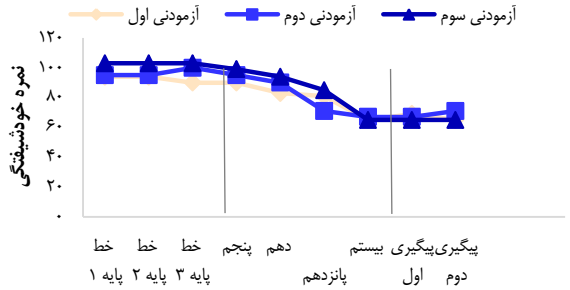
تحلیل دیداری شکل‌های ۲ و ۳ مربوط به آزمودنی اول نشان داد که نمرات خودشیفتگی ابتدا در مرحله خط پایه روندی با ثبات (با توجه به ملاک ثبات سطح) و سپس نزولی (با توجه به شاخص ثبات و جهت روند) داشت. پس از شروع درمان، تغییر تدریجی (طبق شاخص تغییر سطح نسبی و مطلق بین موقعیت‌ها) در سطح و روند به وجود آمد که نشان دهنده اثربخشی درمان بود. تغییر سطح بین موقعیت‌ها (تغییر نسبی و مطلق) در شیوه تحلیل دیداری، شاخصی است که برای تعیین اثربخشی فوری و ناگهانی مداخله به کار می‌رود. نمرات این شاخص در مورد آزمودنی اول (۳/۵- = تغییر نسبی و صفر = تغییر مطلق) بیانگر عدم تغییر ناگهانی بود.

با توجه به ماهیت طرحواره درمانی و پروتکل درمانی، در واقع شروع درمان از جلسات ۵ به بعد بود و جلسات ۱ تا ۵ به مرحله سنجش و آموزش اختصاص داشت. بنابراین، نمی‌توان انتظار داشت مانند سایر طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی، تغییری ناگهانی و سریع بلافاصله پس از شروع درمان حاصل گردد و در مورد آزمودنی اول، درمان از جلسه پنجم به بعد تأثیر خود را نشان داده است. با توجه به جدول تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی آزمودنی اول (جدول ۳)، سطح میانه از ۹۴ در مرحله خط پایه به ۸۲ در مرحله مداخله کاهش یافت و این تغییر کاهشی با روندی با ثبات (طبق ملاک ثبات سطح و دامنه تغییرات محفظه ثبات) در جهت هدف درمان (کاهش خودشیفتگی) بود.

جدول ۲. نمرات نرخ پایه معادل نمرات خام مقیاس Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) برای هر سه آزمودنی

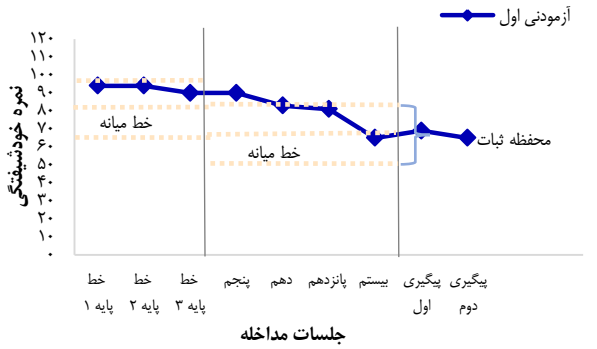
آزمودنی‌ها	جلسات								
	خط پایه			مداخله				پیگیری	
	یک	دو	سه	جلسه پنجم	جلسه دهم	جلسه پانزدهم	جلسه بیستم	جلسه اول	جلسه دوم
اول	۹۴	۹۴	۹۰	۹۰	۸۳	۸۱	۶۵	۶۹	۶۵
دوم	۹۵	۹۵	۱۰۰	۹۵	۹۰	۷۱	۶۷	۶۷	۷۱
سوم	۱۰۳	۱۰۳	۱۰۳	۹۹	۹۴	۸۵	۶۵	۶۵	۶۵

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]



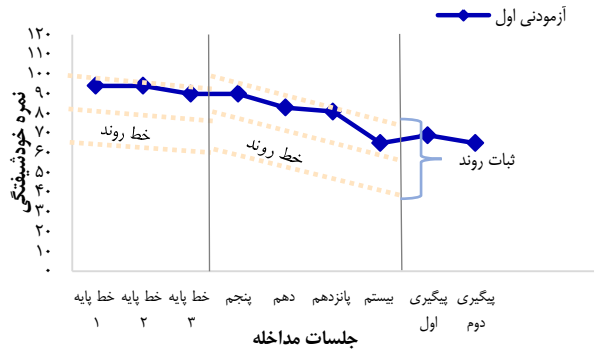
شکل ۱. اثربخشی طرحواره درمانی بر علایم خودشیفتگی هر سه آزمودنی

همچنین، شاخص تغییر میانگین از ۹۲/۶۶ در موقعیت خط پایه به ۷۹/۷۵ در موقعیت مداخله در جهت هدف درمان کاهش یافت (۱۲/۹۱ نمره تغییر کاهشی) و این تغییر در مرحله پیگیری حفظ گردید.



شکل ۲. خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی اول

بنابراین، اثر درمانی در هر دو موقعیت مداخله و پیگیری با ثبات توصیف شد. بررسی شاخص همپوشی داده‌ها در دو موقعیت A و B نشان داد که همپوشی بین نقاط داده‌های خط پایه و مداخله، ۲۵ درصد بود و طرحواره درمانی با ۷۵ درصد اطمینان مؤثر بود.



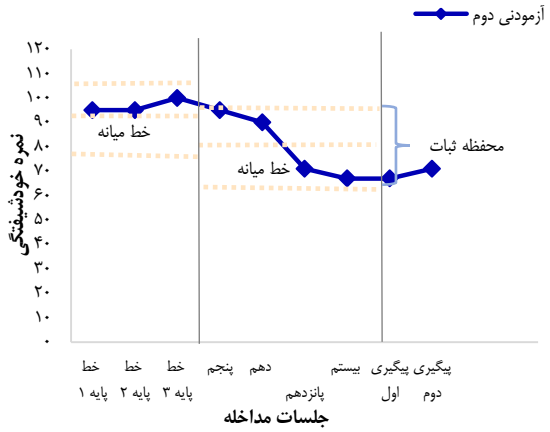
شکل ۳. محفظه ثبات خطوط روند آزمودنی اول

جدول ۳. نتایج تحلیل دیداری داده‌های خودشیفتگی آزمودنی اول

درون موقعیتی		بین موقعیتی		
توالی موقعیت	A	B	مقایسه موقعیت	B /A
طول موقعیت	۳	۴	تغییر جهت روند	
سطح میانه	۹۴	۸۲	اثر وابسته به هدف	مثبت
سطح میانگین	۹۲/۶۶	۷۹/۷۵	تغییر ثبات	با ثبات/ با ثبات
دامنه تغییرات	۹۰-۹۴	۶۵-۹۰	تغییر سطح نسبی	۸۶/۵ / ۹۰
دامنه تغییرات محفظه ثبات	۱۸/۸ با ثبات	۱۶/۴ با ثبات	تغییر سطح مطلق	۹۰ / ۹۰
تغییر سطح نسبی	۹۰-۹۴	۷۳-۸۶/۵	تغییر میانه	۸۲ / ۹۴
تغییر سطح مطلق	۹۰-۹۴	۶۵-۹۰	تغییر میانگین	۷۹/۷۵ / ۹۲/۶۶
جهت روند	نزولی	نزولی	PND	۷۵ درصد
ثبات روند	با ثبات	با ثبات	POD	۲۵ درصد
مسیر چندگانه	خیر	خیر		

PND: Percentage of non-overlapping data; POD: Percentage of overlapping data

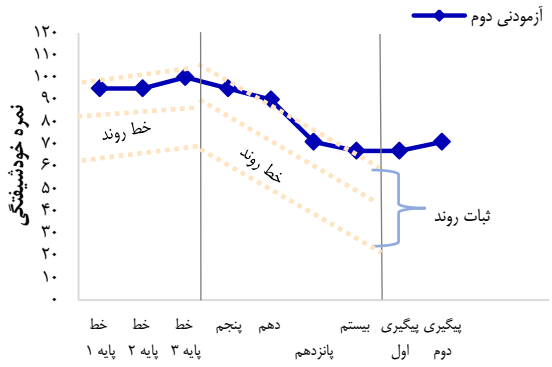
بنابراین، فرضیه پژوهشی در مورد این آزمودنی مورد تأیید قرار گرفت. به همین ترتیب خط میانه، محفظه ثبات و خط روند داده‌های خودشیفتگی آزمودنی دوم در شکل‌های ۴ و ۵ و نتایج حاصل از تحلیل دیداری شکل‌ها در جدول ۴ آمده است.



شکل ٤. خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی دوم

شاخص تغییر سطح بین موقعیت‌ها (۷/۵- = تغییر نسبی و ۵- = تغییر مطلق) در آزمودنی دوم نشان دهنده شروع فرایند تغییر پس از مداخله بود.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]



شکل ۵. محفظه ثبات خطوط روند آزمودنی دوم

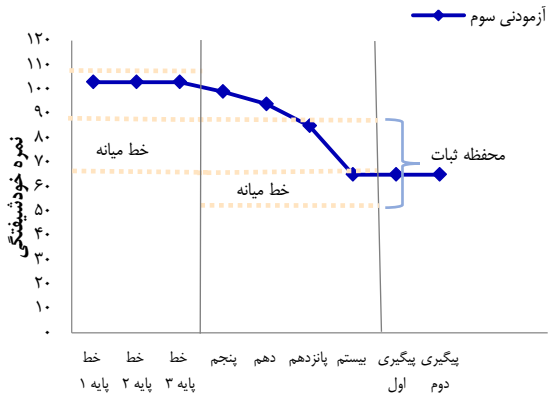
با توجه به جدول ۴، شاخص تغییر سطح میانه برای این آزمودنی، ۱۴/۵ نمره بود و شاخص تغییر میانگین از ۹۶/۶۶ در موقعیت خط پایه به ۸۰/۷۵ در موقعیت مداخله در جهت هدف درمان (کاهش خودشیفتگی) کاهش یافت (۱۵/۹۱ نمره تغییر کاهشی) و این تغییر در مرحله پیگیری با ثبات می‌باشد. بررسی شاخص همپوشی بین نقاط داده‌های خط پایه و مداخله نشان داد که POD با ۲۵ درصد و طرحواره درمانی با ۷۵ درصد اطمینان مؤثر بود.

جدول ٤. نتایج تحلیل دیداری داده‌های خودشیفتگی آزمودنی دوم

درون موقعیتی			بین موقعیتی	
توالی موقعیت	A	B	مقایسه موقعیت	B /A
طول موقعیت	۳	۴	تغییر جهت روند	
سطح میانه	۹۵	۸۰/۵	اثر وابسته به هدف	مثبت
سطح میانگین	۹۶/۶۶	۸۰/۷۵	تغییر ثبات	با ثبات/ با ثبات
دامنه تغییرات	۱۰۰–۹۵	۹۵–۶۷	تغییر سطح نسبی	۹۲/۵ / ۱۰۰
دامنه تغییرات محفظه ثبات	۱۹ با ثبات	۱۶/۱۵ بی‌ثبات	تغییر سطح مطلق	۹۵ / ۱۰۰
تغییر سطح نسبی	۱۰۰–۹۵	۹۲/۵–۶۹	تغییر میانه	۹۵ / ۸۰/۵
تغییر سطح مطلق	۱۰۰–۹۵	۹۵–۶۷	تغییر میانگین	۸۰/۷۵ / ۹۶/۶۶
جهت روند	صعودی	نزولی	PND	۷۵ درصد
ثبات روند	با ثبات	با ثبات	POD	۲۵ درصد
مسیر چندگانه	خیر	خیر		

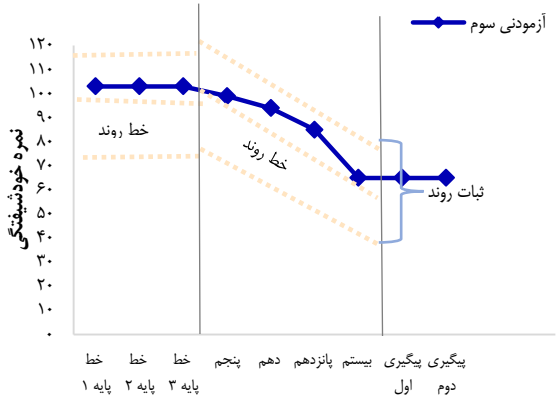
PND: Percentage of non-overlapping data; POD: Percentage of overlapping data

در نتیجه، فرضیه پژوهشی در مورد این آزمودنی تأیید گردید. خط میانه، محفظه ثبات و خط روند داده‌های خودشیفتگی آزمودنی سوم در شکل‌های ۶ و ۷ نشان داده شده است و نتایج حاصل از تحلیل دیداری شکل‌های مربوط به آزمودنی سوم نیز در جدول ۵ ارایه گردید.



شکل ٦. خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی سوم

نمرات نرخ پایه مقیاس خودشیفتگی برای آزمودنی سوم در موقعیت خط پایه، بدون تغییر و دارای ثبات سطح کامل بود (نمره نرخ پایه = ۱۰۳). شاخص تغییر سطح بین موقعیت‌ها در مورد آزمودنی سوم (۷/۵- = تغییر نسبی و ۵- = تغییر مطلق)، نشان دهنده شروع فرایند تغییر پس از مداخله بود.



شکل ۷. محفظه ثبات خطوط روند آزمودنی سوم

با توجه به جدول تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی این آزمودنی (جدول ۵)، سطح میانه از نمره ۱۰۳ در مرحله خط پایه به ۸۹/۵ در مرحله مداخله کاهش یافت و این کاهش، روندی با ثبات (طبق ملاک ثبات سطح و دامنه تغییرات محفظه ثبات) در جهت هدف درمان (کاهش خودشیفتگی) داشت. این تغییر در مرحله پیگیری حفظ گردید و در نمره خام برابر با ۱۷ معادل نمره نرخ پایه = ۶۵ پایدار ماند. بنابراین، اثر درمانی در موقعیت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]

مداخله با توجه به شاخص سطح میانه با ثبات توصیف می‌شود و این ثبات در مرحله پیگیری حفظ شد. بررسی شاخص همپوشی داده‌ها نشان داد که هیچ همپوشی بین نقاط داده‌های خط پایه و مداخله وجود نداشت (صفر درصد) و طرحواره درمانی در مورد این آزمودنی مانند دو آزمودنی قبلی مؤثر بود (۱۰۰ درصد). بنابراین، فرضیه پژوهش در مورد آزمودنی سوم هم تأیید گردید. به طور کلی، به نظر می‌رسد با توجه به شاخص تغییر میانگین و PND، اثربخشی طرحواره درمانی در آزمودنی سوم نسبت به آزمودنی اول و دوم بیشتر بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل دیداری داده‌های خودشیفتگی آزمودنی سوم

درون موقعیتی		بین موقعیتی		
توالی موقعیت	A	B	مقایسه موقعیت	B /A
طول موقعیت	۳	۴	تغییر جهت روند	
سطح میانه	۱۰۳	۸۹/۵	اثر وابسته به هدف	مثبت
سطح میانگین	۱۰۳	۸۵/۷۵	تغییر ثبات	با ثبات/ با ثبات
دامنه تغییرات	۱۰۳-۱۰۳	۹۹-۶۵	تغییر سطح نسبی	۹۶/۵ / ۱۰۳
دامنه تغییرات محفظه ثبات	۱۹ با ثبات	۱۶/۱۵ بی‌ثبات	تغییر سطح مطلق	۹۹ / ۱۰۳
تغییر سطح نسبی	۱۰۳-۱۰۳	۷۵- ۹۶/۵	تغییر میانه	۸۹/۵ / ۱۰۳
تغییر سطح مطلق	۱۰۳-۱۰۳	۹۹-۶۵	تغییر میانگین	۸۵/۷۵ / ۱۰۳
جهت روند	-	نزولی	PND	۱۰۰ درصد
ثبات روند	با ثبات	با ثبات	POD	صفر درصد
مسیر چندگانه	خیر	خیر		

PND: Percentage of non-overlapping data; POD: Percentage of overlapping data

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علایم خودشیفتگی در مبتلایان به NPD انجام شد. نتایج به دست آمده از تحلیل دیداری اشکال نشان داد که طرحواره درمانی در کاهش علایم خودشیفتگی بیماران مؤثر بود و فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل نمرات نرخ پایه مربوط به مقیاس خودشیفتگی هر سه آزمودنی حاکی از آن بود که طرحواره درمانی در کاهش علایم خودشیفتگی مبتلایان به NPD مؤثر بوده است. در مطالعه حاضر، تکنیک‌های طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار برای تعدیل طرحواره‌ها و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم به کار گرفته شد تا با آوردن طرحواره‌ها به هشیاری فعال و غلبه بر فاصله هیجانی، زمینه کاهش خودشیفتگی فراهم گردد. با توجه به نتایج پژوهش Nordahl و Nysaeter، ارتباط معنی‌داری بین شدت اختلال شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار وجود دارد (۱۶). همچنین، نتایج تحقیق Nordahl و همکاران نشان داد که شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، با آسیب‌شناسی اختلال شخصیت رابطه مثبتی دارد و تفاوت معنی‌داری بین شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال شخصیت و افراد بدون اختلال شخصیت مشاهده گردید (۱۷).

در بررسی حاضر، هر سه آزمودنی دارای طرحواره‌های ناسازگاری بودند که اغلب این طرحواره‌ها با ذهنیت‌های کودک آسیب‌پذیر، کودک عصبانی و کودک تکانشی بی‌انضباط مرتبط بود. خلق و خوی مضطرب و تحریک‌پذیر، سبک تربیتی سخت‌گیرانه والدین در کنار ضعف آن‌ها برای ارضای نیازهای هیجانی، زمینه‌ساز رشد و شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی اول شده بود که این طرحواره‌ها شامل رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، استحقاق/ بزرگ‌منشی، خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی و مشکلات فعلی زندگی از جمله رضایت پایین از همسر (هم به عنوان زمینه‌ساز و هم نتیجه داشتن طرحواره‌های ناسازگار) در تداوم طرحواره‌ها و عدم بهبود آن‌ها بود. در پژوهش حاضر اصلاح و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم در جلسات درمانی، منجر به بهبود و کاهش علایم گردید و این تغییر کاهشی، در دوره پیگیری با ثبات باقی ماند. این یافته با نتایج آزمایش مدل ذهنیت طرحواره‌ای Arntz و همکاران در بیماران مبتلا به BPD (۲۸) همخوانی داشت. همچنین، با یافته‌های مطالعات تک موردی Bamber (۲۱) و Farrell و همکاران (۲۹) همسو بود.

به کارگیری تکنیک‌های تجربی در تحقیق حاضر مطابق با نظریه طرحواره درمانی Young، تأثیرات درمانی مهمی بر آزمودنی‌ها داشت. در واقع، تکنیک‌های تجربی دو هدف عمده از جمله «برانگیختن هیجانات مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه» و «بازوالدینی بیمار به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضای نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی» دارند (۳۰). استفاده از این تکنیک توانست تا حدودی آگاهی و تنظیم هیجان‌ها را تسهیل نماید. استفاده از مداخله طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار، در آزمودنی اول توانست رفتارهای تسلیمی همچون قبول کردن ازدواج با همسری بد رفتار و زورگو، بزرگ جلوه دادن موفقیت‌ها و... را شناسایی کند و با شناخت ذهنیت‌های طرحواره‌ای شامل کودک بزرگ‌منش، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت و ذهنیت کودک بی‌انضباط، رفتارهای جبران افراطی (مانند 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 (مانند بی‌تفاوتی در انتخاب همسر، اجتناب از موقعیت‌ها و افراد متوسط و معمولی، انجام ندادن کارهای روزمره و وظایف خانه‌داری) را آماج مداخلات درمانی قرار دهد. تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، مهم‌ترین هدفی بود که در طول مداخله سعی بر انجام آن گردید و نوسان‌های ذهنیت‌ها به سمت این ذهنیت متمرکز شد.

در مورد آزمودنی دوم، آنچه که روند مداخله را با مشکل روبه‌رو می‌ساخت، حاکمیت ذهنیت خودبزرگ‌منش بر افکار و هیجان‌های او بود (در بیشتر مواقع) که در کنار ذهنیت‌های ناسالم دیگر شامل ذهنیت کودک عصبانی، کودک تکانشی/ بی‌انضباط، محافظ بی‌تفاوت، زورگو و تهاجمی و ذهنیت والد تنبیه‌گر، حفظ رابطه درمانی و پایبندی این آزمودنی به اصول درمانی و انجام تکالیف خانگی را با مشکل مواجه می‌کرد. این موضوع با پیش‌روی جلسات درمانی، کیفیت بهتری پیدا کرد. به نظر می‌رسد که برخورداری از حمایت‌های عاطفی و عوامل بهبودبخش در تعدیل طرحواره‌ها، تقویت ذهنیت بزرگسال و کاهش علایم خودشیفتگی، از جمله عوامل اثربخشی مداخله در پژوهش حاضر بود. در مورد آزمودنی سوم، با وجود مشکلات بین فردی، احساس تنهایی، عدم لذت از

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]

زندگی و تحریف‌های شناختی، اثربخشی خوبی در کاهش علایم خودشیفتگی مشاهده شد.

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر و مقایسه آن با نتایج سایر پژوهش‌های مشابه، طرحواره درمانی در بهبود و کاهش علایم افراد مبتلا به NPD از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است و می‌تواند در درمان مبتلایان به این اختلال به کار گرفته شود. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. 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 مورد- منفرد با حجم نمونه اندک که امکان تعمیم‌پذیری را با مشکل مواجه می‌کند، از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر به شمار می‌رود. پیشنهاد می‌گردد با توجه به مشکلات تعمیم‌پذیری نتایج در طرح پژوهشی مورد- منفرد، مطالعات بیشتری با شرایط آزمایشی کنترل شده و با نمونه‌های بیشتر انجام شود. همچنین، تحقیقات جدیدی مورد نیاز است تا با ارزیابی‌های دقیق و شواهد کافی، نقش واسطه‌گری و تعدیل کنندگی طرحواره‌ها را تعیین نماید. استفاده از طرحواره درمانی 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 روش CBT و کار با طرحواره‌ها دارد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی با شماره ۹۸/۹۵/۳۸، مصوب دانشگاه سمنان می‌باشد. بدین وسیله از تمام افرادی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013. p. 645-71.
2. Ministry of Justice. Working with personality disordered offenders: A practitioner's guide [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: https://www.justice.gov.uk/downloads/offenders/mentally-disordered-offenders/working-with-personality-disordered-offenders.pdf
3. Martin J, Walcott G, Clarke TR, Barton EN, Hickling FW. The prevalence of personality disorder in a general medical hospital population in Jamaica. West Indian Med J 2013; 62(5): 463-7.
4. Ronningstam E. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Recent research and clinical implications. Current Behavioral Neuroscience Reports 2016; 3(1): 34-42.
5. Skodol AE, Morey LC, Bender DS, Oldham JM. The alternative DSM-5 model for personality disorders: A clinical application. Am J Psychiatry 2015; 172(7): 606-13.
6. Ronningstam E. An update on narcissistic personality disorder. Curr Opin Psychiatry 2013; 26(1): 102-6.
7. Baskin-Sommers A, Krusemark E, Ronningstam E. Empathy in narcissistic personality disorder: from clinical and empirical perspectives. Personal Disord 2014; 5(3): 323-33.
8. Vater A, Ritter K, Schroder-Abe M, Schutz A, Lammers CH, Bosson JK, et al. When grandiosity and vulnerability collide: Implicit and explicit self-esteem in patients with narcissistic personality disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 2013; 44(1): 37-47.
9. Zeigler-Hill V, Green BA, Arnau RC, Sisemore TB, Myers EM. Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. J Behav Ther Exp Psychiatry 2011; 42(1): 96-103.
10. Miller JD, Widiger TA, Campbell WK. Narcissistic personality disorder and the DSM-V. J Abnorm Psychol 2010; 119(4): 640-9.
11. Bushman BJ, Baumeister RF. Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? J Pers Soc Psychol 1998; 75(1): 219-29.
12. Pincus AL, Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. Annu Rev Clin Psychol 2010; 6: 421-46.
13. Levine AB, Faust J. A psychodynamic approach to the diagnosis and treatment of closet narcissism. Clinical Case Studies 2013; 12(3): 199-212.
14. 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): 305-22.
15. Callaghan GM, Summers CJ, Weidman M. The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. Journal of Contemporary Psychotherapy 2003; 33(4): 321-39.
16. Nordahl HM, Nysaeter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005; 36(3): 254-64.
17. Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA. Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? Clin Psychol Psychother 2005; 12(2): 142-9.
18. Keulen-de Vos ME. Emotional states, crime and violence: A schema therapy approach to the understanding and treatment of forensic patients with personality disorders [Doctoral Thesis]. Maastricht, Netherland: Universitaire Pers Maastricht; 2013.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]

19. Halford WK, Bernoth-Doolan S, Eadie K. Schemata as moderators of clinical effectiveness of a comprehensive cognitive behavioral program for patients with depression or anxiety disorders. Behav Modif 2002; 26(5): 571-93.

20. Tabatabaee Barzoki S, Sohrabi F, Karimi Zarchi M. The effectiveness of training schema therapy's experiential techniques on the depressed persons' schemas. Journal of Counseling and Psychotherapy Culture 2012; 3(11): 75-86. [In Persian].

21. Bamber M. 'The good, the bad and defenceless Jimmy'—a single case study of schema mode therapy. Clin Psychol Psychother 2004; 11(6): 425-38.

22. Khorshidzade M, Borjali A, Sohrabi F, Delavare A. The effectiveness of schema therapy in treating women with social anxiety disorder. Journal of Clinical Psychology and Counseling Researchs 2011; 1(2): 5-24. [In Persian].

23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Trans. Hamidpur H, Andooz Z. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2003. [In Persian].

24. Schema Therapy: A Gestalt-Oriented Overview. Gestalt 2009; 10(1).

25. Arntz A, van Genderen H, Drost J. Schema therapy for borderline personality disorder. Wiley; 2011.

26. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1994.

27. Hanaei N, Mahmood Alilou M, Bakhshi Pour Roudsari A, Akbari E. Mentalities sketches, experience of child abuse and attachment styles with borderline personality disorder. Clinical Psy Personality 2015; 2(12): 101-20. [In Persian].

28. Arntz A, Klokman J, Sieswerda S. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005; 36(3): 226-39.

29. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. J Behav Ther Exp Psychiatry 2009; 40(2): 317-28.

30. Behary WT, Dieckmann E. Schema therapy for narcissism. In: Campbell WK, Miller JD, editors. The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2011. p. 445-56.

31. Farahani H, Abedi A, Aghamohammadi S, Kazemi Z. Applied principles of single subject designs in behavioral and medical sciences. Tehran, Iran: Psychology and Art; 2013. [In Persian].

32. Agha-Mohammadi S, Kajbaf MB, Neshat-Dost HT, Abedi A, Kazemi Z, Sadeghi S. Effectiveness of self-efficacy training on social relationships in runaway girls: A single-subject research. Journal of Clinical Psychology 2011; 3(2): 79-89. [In Persian].

33. Jalali R. Qualitative research sampling. J Qual Res Health Sci 2013; 1(4): 310-20. [In Persian].

34. Sortichi T, Salimi-Bejestani H, Kalantarkousheh M. The effectiveness of emotional regulation techniques to reduce women's fear of intimacy [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Psychology and Education Sciences, Allameh Tabatabaei University; 2015. [In Persian].

35. Saffarinia M, Shaqaqi F, Maleki B. A preliminary investigation of psychometric properties of Narcissistic Personality Inventory (NPI-4). Clinical Psychology Studies 2012; 2(8): 71-92. [In Persian].

36. Raskin R, Terry H. A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. J Pers Soc Psychol 1988; 54(5): 890-902.

37. del Rosario PM, White RM. The Narcissistic Personality Inventory: Test-retest stability and internal consistency. Pers Individ Dif 2005; 39(6): 1075-81.

38. Ghoreyshi Rad F. Validation and factor analysis of Persian version of the Narcissistic Personality Inventory in non-clinical population. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(124): 84-93. [In Persian].

39. Sharifi AA, Molavi H, Namdari K. The validity of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) Scales. Knowledge and Research in Applied Psychology 2008; 9(4): 27-38. [In Persian].

40. Ahadi H, Meschi F, Imani F, Rahgozar M. A comparison of clinical personality patterns using Millon's Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) in women. Woman and Society 2012; 2(8): 49-72. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]

The Effectiveness of Schema Mode Therapy on Reducing the Narcissism's Symptoms in Narcissistic Personality Disorder: A Single-Subject Research

Saeid Khodabandelow[1], Mahmoud Najafi[2], Isaac Rahimian-Boogar[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: People with narcissistic personality disorder (NPD) have grandiosity feelings of self-importance, and are faced interpersonal problems and empathy. The present research aimed to study the effectiveness of schema mode therapy approach on the reduction of narcissism's symptoms in persons with NPD.

Methods and Materials: In this study, the A-B single-subject design with multiple baselines was used. The study sample was 3 clients (1 man and 2 women) referred to counseling clinic in Qazvin, Iran, and were selected by purposive sampling. After answering to the narcissistic personality inventory-40 (NPI-40), the clients were interviewed by a psychiatrist based on the diagnostic and statistical manual of mental disorders-5th edition (DSM-5) criteria and were diagnosed as NPD. The research process was carried out according to the principles of the single subject experimental designs and to measure narcissism symptoms, Millon clinical multiaxial inventory-III (MCMI-III) was used. Schema therapy was administered in totally twenty 60-minute sessions, 2 sessions weekly. The follow-up period was considered one month after the end of treatment.

Findings: The obtained data were analyzed using descriptive statistics indexes including mean, median, visual analysis charts in two sections of internal and external with stability indicator, trend direction with the percentage of non-overlapping data (PND) and the percentage of overlapping data (POD). The results showed that schema therapy was effective in reducing symptoms of narcissism in people with NPD.

Conclusions: The Schema therapy effect on reducing the narcissism's symptoms of people with NPD was efficient and effective and can be used in the treatment of patients with this disorder.

Keywords: Psychotherapy, Personality disorders, Narcissistic personality disorder

Citation: Khodabandelow S, Najafi M, Rahimian-Boogar I. **The Effectiveness of Schema Mode Therapy on Reducing the Narcissism's Symptoms in Narcissistic Personality Disorder: A Single-Subject Research.** J Res Behav Sci 2017; 15(3): 321-30.

Received: 29.04.2017 Accepted: 04.08.2017

1- Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Education Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Education Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
3- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Education Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
Corresponding Author: Mahmoud Najafi, Email: m_najafi@semnan.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.8.1]