

همبودی اختلال شخصیت اجتنابی، سوگ طولانی و وسواس مسئولیت: مطالعه موردی چالش های تشخیصی و درمانی

زلیخا قمری داز^{۱*}، حمزه اکبری^۲

۱- گروه روانشناسی، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: همبودی اختلالات روانی می تواند چالش های تشخیصی و درمانی قابل توجهی ایجاد کند. این مطالعه موردی به بررسی همبودی اختلال شخصیت اجتنابی، سوگ طولانی، وسواس مسئولیت در یک فرد می پردازد. هدف این پژوهش، تحلیل تعامل بین این اختلالات و ارائه راهکارهای درمانی موثر بود.

روش: این مطالعه به روش موردی انجام شد. همچنین برای به دست آوردن اطلاعات دقیق و با جزئیات زیاد مصاحبه بدون ساختار به مصاحبه ساختار یافته دراولویت قرار گرفت. داده ها از طریق مصاحبه بالینی، پرسشنامه های استاندارد (از جمله پرسشنامه طرحواره های ناسازگار یانگ، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه وسواس فکری عملی یل-براون) و مشاهده رفتار جمع آوری شدند. تحلیل داده ها با استفاده از داده های جمع آوری شده به صورت دیداری و تمرکز بر طرحواره های ناسازگار اولیه و مکانیزم های مقابله ای انجام گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که فرد مورد مطالعه دارای طرحواره های ناسازگار اولیه از جمله نقص/ شرم، ترس، بازداری هیجانی، محرومیت هیجانی، بی اعتمادی و انزوای اجتماعی بود. سوگ طولانی به عنوان یک عامل تشدید کننده علائم اختلال شخصیت اجتنابی و وسواس مسئولیت عمل می کرد. همچنین، وسواس مسئولیت به عنوان مکانیسم مقابله ای برای کاهش اضطراب ناشی از عذاب وجدان مسئولیت مشاهده شد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان می دهد که همبودی اختلال شخصیت اجتنابی، سوگ طولانی و وسواس مسئولیت نیاز به رویکرد درمانی یکپارچه دارد. ترکیب طرحواره درمانی و درمان سوگ با درمان شناختی رفتاری می تواند به عنوان یک راهکار موثر برای این بیماران در نظر گرفته شود. این پژوهش بر اهمیت تشخیص دقیق و درمان فرد محور در موارد همبودی اختلالات روانی تاکید می کند.

کلمات کلیدی: اختلال شخصیت اجتنابی، سوگ طولانی، وسواس مسئولیت

۱ مقدمه

اختلالات روانی اغلب به صورت همزمان رخ می دهند و این همبودی می تواند تشخیص و درمان را با چالش های قابل توجهی مواجه کند. یکی از موارد پیچیده، همبودی اختلال شخصیت اجتنابی (AVPD)، سوگ طولانی (PGD) و وسواس مسئولیت (R-OCD) است.

اختلال شخصیت اجتنابی با حساسیت شدید به طرد، احساس ناکافی بودن و اجتناب از تعاملات اجتماعی مشخص می شود. در این اختلال، معمولاً ترس از احمق به نظر رسیدن با میل شدید به پذیرش و محبت ترکیب می شود (یوسفی، ۱۳۹۰).

سوگ طولانی یک وضعیت روانشناختی نابهنجار است که پس از فقدان عزیزان ایجاد می شود و با افسردگی، استرس و احساس تنهایی همراه است. سوگ طولانی، که با غم شدید و مداوم پس از فقدان یک عزیز همراه است، می تواند علائم اختلالات دیگر را تشدید کند (DSM-۵).

سوگ نه یک هیجان است، نه می شود گفت افسردگی است، بلکه یک وضعیت روانشناختی ناخوشایند ولی به هنجار است که افراد در پاسخ به فقدان از خود نشان می دهند (حسینی نیا و دوستی ۱۴۰۱) اما با توجه به آخرین نسخه DSM ۵ گاهی چهره نابهنجار به خود می گیرد طوری که در نسخه تجدید نظر شده از نگارش پنجم آن برای چهره نابهنجار سوگ طولانی یک اختلال جدید به نام اختلال سوگ طولانی مدت معرفی شده است که پس از گذشت حداقل ۱۲ ماه برای بزرگسالان و ۶ ماه برای کودکان قابل تشخیص است. و با مشکلاتی در سلامت روان مثل: افسردگی، ناامیدی، استرس، خشم، کاهش تمرکز حل مسئله و احساس تنهایی همراه است (فیث لیدل و همکاران ۲۰۲۳)

وسواس مسئولیت زیرمجموعه ای از اختلال وسواس-اجباری (OCD) است و با رفتارهای تکراری برای کاهش اضطراب ناشی از احساس مسئولیت افراطی شناخته می شود (سالکوسکیس، ۱۹۹۸).

از سوی دیگر وسواس مسئولیت به عنوان یکی از زیر مجموعه های اختلال وسواس اجباری (OCD) با رفتارهای تکراری مانند چله گرفتن برای انجام کاری که مردد است (در مورد این شخص) یا انجام ندادن کاری که مردد است در تاریخ و بازی زمانی به خصوص (در مورد این فرد) برای کاهش اضطراب شناخته می شود.

سالکوسکیس اولین مدل شناختی جامع درباره اختلال وسواس-فکری (OCD) عملی را مطرح کرده است. او می گوید زمانی که افکار مزاحم، باورهای ناکارآمد درباره میزان مسئولیت فرد در مقابل سلامت خود و دیگران را فعال می سازند، فراوانی و شدت آنها بیشتر می شود. سالکوسکیس معتقد می باشد این باورها نقش مهمی در افزایش مسائل وسواسی دارند، چون باعث به وجود آمدن پیش بینی های منفی درباره افکار و در پی آن اعث پیدایش این باور می شوند که شخص برای جلوگیری از این اعمال در رابطه با افکارش باید کاری کند، (مثلاً: فعالیت های خنثی ساز مثل فرونشانی، جستجوی ایمنی، اجتناب و اعمال اجباری).

سالکوسکیس در نظریه اش به نقش احساس مسئولیت اهمیت بیشتری قائل می شود. (سالکوسکیس، فردستر و ریچاردز ۱۹۹۸).

اهمیت بررسی این همبودی از آنجا ناشی می شود که تعامل بین این اختلالات می تواند تاثیر عمیقی بر عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی بیماران داشته باشد. برای مثال، افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی ممکن است به دلیل ترس از طرد شدن و به دلیل تحقیر شدن از کمک حرفه ای خودداری کنند، در حالی که سوگ طولانی و وسواس مسئولیت می تواند علائم اضطراب و افسردگی شدید را تشدید کنند. با این حال، تحقیقات محدودی به بررسی همبودی این سه اختلال پرداخته اند، و این شکاف پژوهشی نیاز به بررسی بیشتر را نشان می دهد.

تعامل بین این اختلالات تأثیر عمیقی بر عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی بیماران دارد. این مطالعه با تمرکز بر طرحواره های ناسازگار و مکانیسم های مقابله ای، به دنبال درک بهتر این همبودی و ارائه راهکارهای درمانی است.

هدف این مطالعه موردی، تحلیل تعامل بین اختلال شخصیت اجتنابی، سوگ طولانی و وسواس مسئولیت در یک فرد و ارائه راهکارهای درمانی موثر است. این پژوهش با تمرکز بر طرحواره های ناسازگار اولیه و مکانیسم های مقابله ای، به دنبال درک بهتر این همبودی و ارائه مدلی برای درمان یک پارچه می باشد.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

اجتنابی ها به شدت احساس تنهایی می کنند، با این وجود آره گیری از دیگران را ترجیح می دهند تا خودشان را از طرد و تحقیر در امان نگه دارند ولی در یک خودشیفتگی پنهان، در مورد عظمت خودشان به خیال بافی می پردازند. آنها معمولاً عصبانیت خود را سرکوب می کنند و اگر گاهی خشمشان منفجر شود برای هر نوع رابطه صمیمی تهدید کننده است (لی و چان ۲۰۱۲)

گیلبرت و همکاران بررسی طرحواره های ناسازگار را در بیماران دارای اختلال شخصیت روری ذکر می کند. بر اساس نتایج به دست آمده طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی ناکارآمد می باشند. با شناسایی طرحواره های فوق پیش از ابتلای فرد به اختلال های شخصیت اجتنابی و اندازه گیری شدت این طرحواره ها می توان راهبردهای مداخله ای مناسبی را در جهت کاهش این طرحواره ها به عمل آورد. (مهدی محمد امینی و همکاران ۱۳۹۳)

اختلال شخصیت اجتنابی اولین بار توسط تئودور میلون نامگذاری شد تعریف های بعدی بر اساس تعریف میلون پایه گذاری شدند. (ایکناس ۲۰۱۶)

افراد اجتنابی در روابطشان با دیگران (حتی خویشاوندان نزدیک) به خاطر ترس زیاد از تمسخر، به شدت خودشان را بازداری و کنترل می کنند. اضطراب اجتماعی آنها در اغلب موقعیت ها برای دیگران کاملاً مشهود است. آنها از نگاه دیگران متواضع، کمرو و مردد به نظر می رسند. کمرویی آنها سرشار از احساسات بی لیاقتی و عزت نفس پایین است. (سگال کویچ و روزووسکی ۲۰۰۶)

کانتور ۲۰۰۳ شخصیت اجتنابی را به چهار گروه تقسیم می کند که هر یک فاصله گیری و اجتناب از تعامل رفتاری را به شیوه ای متفاوت انجام می دهند:

۱. اجتنابی های دور که با کناره گیری کردن از دیگران فاصله می گیرند.
۲. اجتنابی های دو سوگرا که روابط سطحی متعدد اما روابط نزدیک و صمیمی اندکی دارند.
۳. اجتنابی های دو سوگرای مردد که هرچند در ابتدا فاصله می گیرند ولی در نهایت روابطی به ظاهر رضایت بخش برقرار می سازند، سپس دیر یا زود، تغییر موضع می دهند و آن روابط را کوچک می شمارند.
۴. اجتنابی های نوع چهارم افراد وابسته ای هستند که با درگیری عمیق یا غوطه ور شدن در یک رابطه پس رونده سایر اشخاص یا گروه ها فاصله گیری می کنند. هدف این افراد نزدیک شدن به یک نفر به منظور کاهش یا حذف تماس با دیگران است. (کانتور ۲۰۰۳)

(باری و لارنس ۲۰۱۳) معتقدند اجتنابی ها بسیار منطقی هستند و با متمرکز کردن توجهشان بر فرایند تفکر، از مواجهه با احساسات خودداری می کنند. آنها بین برانگیزاننده های ترس و فرار در نوسان هستند ه موجب فعال شدن ترس از «مطالبه برای نزدیکی» در آنها می شود.

اجتنابی ها در بسیاری از موقعیت ها در مشخص کردن حالت های ذهن و انگیزه رفتارشان مشکل دارند، یعنی دارای الکسی تایمیا هستند. در نتیجه قادر به توصیف محتوای رنج خود نیستند. (دیماگیو، سمرای، کارسیونه، نیکولو، پروکاکسی ۲۰۰۷)

(ریتو، زارینی و همکاران ۲۰۰۳) در پژوهش خود ۱۴۶ بزرگسال با تشخیص اختلال شخصیت اجتنابی را با ۳۷۱ بیمار با تشخیص سایر اختلالات شخصیت و ۸۳ بیمار دارای افسردگی اساسی بدون اختلالات شخصیت را مورد مطالعه قرار دادند. آنها متوجه شدند که بزرگسالان دارای اختلال شخصیت اجتنابی در مقایسه با گروه های دیگر پژوهش، عملکرد ورزشی ضعیف تر و سرگرمی های کمتر در دوران کودکی و نوجوانی و معروفیت کمتر در نوجوانی داشته اند. این پژوهشگران همچنین ارتباطی معکوس بین روابط با همسالان و علائم اختلال شخصیت اجتنابی پیدا کردند و متوجه شدند که این افراد سوء استفاده های جسمی و عاطفی بیشتری را گزارش می دهند.

از طرفی از نظر (وستن، دوترا و شدلر ۲۰۰۵) احساس کسالت در کودکی پیش بین اختلال شخصیت اجتنابی است. از طرفی ممکن است اجتنابی ها تجربه های دلبستگی اولیه خوبی برخوردار باشند که اشتیاق آنها برای ارتباط و ایده آل سازی، افراد نزدیک را حفظ می کند. اما طرد و انتقادهای شدید بعدی باعث می شود که تصویر خود به عنوان افرادی بی کفایت و دیگران را به عنوان منبع طرد، انتقاد و تحقیر، درون سازی کنند. (مولر ۲۰۱۰)

کمرویی و بیماری هایی که در دوران کودکی روی چهره تاثیر می گذارند، کودکان را مستعد این اختلال شخصیت می کنند. (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۰۰) سوء استفاده های جنسی در ایجاد اختلال شخصیت اجتنابی می توانند دخیل باشند (جانسون و همکاران ۲۰۰۸).

اصولاً افراد بعد از، از دست دادن عزیزشان به دلایل مختلفی مانند، مرگ طبیعی، تصادف، بیماری و ... واکنشی به نام سوگ را تجربه می کنند. طبیعتاً واکنش سوگ با حالات و احساساتی مانند غم و ناراحتی همراه است. به طور کلی واکنش سوگ در افراد مختلف کاملاً متفاوت است و هر شخص بسته به ویژگی های شخصیتی که دارد و راهبر مقابله ای که برای کنار آمدن با سختی ها و ناراحتی به کار می گیرد، می تواند رفتار و واکنش سوگ متفاوتی را از خود نشان دهد.

در تعریف واکنش سوگ همان طور که خودتان هم قطعاً می دانید، باید گفت که، واکنش سوگ واکنشی می باشد که افراد بعد از فوت و مرگ فردی که برای آن ها عزیز بوده از خود نشان می دهند. واکنش سوگ یک واکنش کاملاً منطقی می باشد و عزاداری و ناراحتی افراد را نمی توان به عنوان یک اختلال روانی ویژه تشخیص گذاری کرد. گفته می شود به صورت معمول و میانگین واکنش سوگ در افراد، حدوداً یک سال زمان می برد.

فردی سوگوار در واکنش سوگ باید مراحل را بگذراند. اگر در این میان فردی در یک مرحله از سوگ توقف کند و در این مرحله برای مدت زمان طولانی بماند، می توان گفت که این فرد درگیر با سوگ پیچیده شده است و در این صورت شاید لازم باشد که به این فرد کمک شود.

رهیوم و همکاران (۱۹۹۵) معتقد بودند که احساس مسئولیت در واقع ناشی از این باور می باشد که شخص قادر به ایجاد یا جلوگیری ذهنی از رویدادهای دنیای واقعی است. (مجید پورفرج عمران و همکاران ۱۳۹۱) بعضی از پژوهش های انجام شده بر روی سوگ، حاکی از آن است که طراح های ناسازگار اولیه، نقش مهمی در نحوه عبور از سوگ و تنظیم هیجان مرتبط با آن مخصوصاً شیوه رویارویی مناسب با احساس تنهایی و مشکلات مربوط به حل مسئله دارند. (دیدم و اوکان جم ۲۰۲۲) (جانسون و موری ۲۰۱۳) نیز اشاره می کنند که اجتنابی ها از آشکار سازی خودشان سخت وحشت دارند و به همین خاطر اغلب مرموز و ناشناخته به نظر می رسند.

طرح پژوهش

این پژوهش به روش مطالعه موردی انجام شد و داده ها از طریق مصاحبه بالینی، پرسشنامه های استاندارد و مشاهده رفتار جمع آوری شدند.

شرکت کننده

نام مستعار: یاشار

سن: ۴۷ سال

جنسیت: مذکر

وضعیت تأهل: متأهل

تحصیلات: دکترای علوم اجتماعی

شغل: کارمند

ملاک های ورود:

۱. تشخیص AVPD بر اساس DSM-۵.

۲. تجربه سوگ طولانی حدود ۵ سال (بیش از ۱۲ ماه).

۳. وجود رفتارهای وسواس گونه (بازداری از رفتار در بازه زمانی مشخص برای کسب اطمینان) که در عملکرد کاری و زندگی اختلال ایجاد کرده است

۴. عدم وجود اختلالات روانی دیگر مانند اختلال اسکیزوفرنی یا دوقطبی

۵. رضایت آگاهانه بیمار برای مشارکت در مطالعه

ابزار گردآوری داده ها:

در این تحقیق موردی با همبودی اختلال شخصیت اجتنابی، سوگ طولانی و وسواس مسئولیت مورد بررسی قرار گرفته است.

پرسشنامه اختلال شخصیت اجتنابی: پرسشنامه اجتناب یانگ ۴۰ آیتم دارد که بر اساس مشاهده بالینی اختلالات شخصیت گسترش یافته است. این پرسشنامه ۱۴ راهبرد مقابله ای اجتنابی را در افراد مورد بررسی قرار می دهد.

پرسشنامه سوگ طولانی: این پرسشنامه که برای ارزیابی تجربه ی سوگ ساخته شده است و دارای ۳۴ سوال می باشد.

پرسشنامه وسواس مسئولیت: آزمون تشخیصی افسردگی بک (۲۱ سوالی).

داده ها پس از جمع آوری به صورت کیفی تحلیل شدند و چالش های تشخیصی و درمانی مورد بررسی قرار گرفتند.

روند جلسات

فرد مورد نظر بسیار منطقی بود، هیچ وقت ندیدم بدون فکر کردن از روی احساسات تصمیمی بگیرد، همیشه برای پاسخ دادن مردد بود، اول فکر می کرد گاهی هم پاسخی نمی داد و عنوان می کرد: «حالا بعداً جواب میدم» چندین بار هم تاکید کرد: «باید فکر کنم بد جواب میدم». چند بار هم این جمله را از او شنیدم: «من به گفته شما فکر کردم، اون طور که شما گفتید نبود»

در کل همیشه سبک سنگین می کرد و همه جوانب را می سنجید و به اقبیت سخنانش فکر می کرد. خیلی وقت ها هم حین صحبت در جلسات مشاوره مشاهده کردم که از ابراز احساسات و هیجانات خودداری می کرد، از وی سوال کردم را این کار را با خودتان می کنید، ابراز هیجان کرده و خود را تخلیه کنید با چنین رفتاری دچار طر حواره محرومیت هیجانی می شوید، پاسخ می داد: «آی ولش کنید، بهتر از اینه که از چشم شما بیفتم، یا با مقابله به مثل کردن یا جواب دادن خودمو کوچیک کنم»

چند بار فرد مورد نظر را به چالش کشیدم، گفتم با این بازداری هیجانی شما کار من بسیار سخت است قصد دارم جلسات درمانی را خاتمه دهم و شما را به درمانگر دیگری ارجاع دهم، پاسخی که از وی دریافت کردم اینگونه بود: او که نگاهش را در بیشتر اوقات می دزدید کاملاً گوش به زنگ تماس چشمی برقرار می کرد، سعی می کرد با عوض کردن صحبت، کاری کند خشمم فروکش کند، وی که قبلاً من خود تایم جلسات را ۱۱ و هماهنگ کرده و یک روز قبل ساعت جلسه را یادآوری می کردم، و اگر تماس را پاسخ نمی داد او بابت یادآوری جلسه اس ام اس می داد، بعد از بی پاسخ گذاشتن تماس خودش زنگ می زد و تایم جلسه را هماهنگ می کرد، اس ام اس مرا املاً متفاوت از قبل یعنی همان روز پاسخ می داد، تغییرات در رفتارش ایجاد می کرد، هر چند پاسخ ها موقع ابراز هیجانات کامل نبود اما اقلأ با پایین انداختن سرش گاهی هیجانش را ابراز می کرد مخصوصاً وقتی از دوران تحصیل خود سخن می گفت.

طی جلسات دو بار از فرد مورد نظر شنیدم که می گفت: «یاد گرفتم به هیچ کسی وابسته نشم، دنیا منو اینجوری ساخته زندگی منو اینجوری ساخته».

حتی یک بار در این باره نظر مرا جويا شد و پرسید: «شما اینطور فکر نمی کنید به نظرم نباید به هیچ کسی وابسته شد»

چند بار هم وقتی فاصله بین جلسات افتاد حالات رفتاری وی عجیب بود، مثلاً: یک بار عنوان کرد تصور نکنید به گفته های شما همیشه فکر می کنم، فقط گاه گاهی گفته هایتان به فکرم طور می کنند، نمی دونم چرا ولی گاهی یه غمی میاد و میره، خودمم نمی دونم چرا، گاهی از روی عمد مسرم را اذیت می کنم مثلاً مطلبی را ه عنوان کرده ام یادآوری می کند و من خیلی آرام به او می گویم من گفتم؟ من کی گفتم؟ یادم نمیاد نمیداد همچنین حرفی زده باشم! سپس می گفت خودم هم نمی دانم چرا این کار را می کنم!

چیزی که در مورد این فرد برایم عجیب بود این بود که گاهی حرفی را که زده بود گردن نمی گرفت، بعضی وقت ها عمدی نبود واقعاً به یاد نمی آورد مخصوصاً وقتی فاصله جلسات بیشتر می شد! در آن زمان علائم تنهایی و افسردگی در زبان بدن و رفتار وی کاملاً مشهود بود، یک بار هم گفت: وقتی کسی می خواهد ارتباط با من بگیرد و دم هم نمی دانم چرا ولی او را پس می زنم، خودم می دانم این کار را می کنم اما نمی دانم چرا، و نمی توانم جلوی خودم را بگیرم طرف را چنان پس می زنم که دیگر سمتم نیاید.

در مورد فرد مورد نظر در چند موقعیت از وی سوال کردم که چرا پاسخ ندادید؟ چرا آن موقع نگفتید؟ چرا در آن موقعیت واکنش نشان ندادید؟ پاسخی که از او شنیدم این بود: «حوصله نداشتم»

یک بار از وی پرسیدم از کودکی خود بگو، از سنین حدود ۷ سالگی ات، جواب داد: «بینید من بچه که بودم همیشه فکر می کردم مادرم برایم کافیست و به هیچ کس دیگری نیاز ندارم»، سوال کردم منظورتان در مورد محبت و توجه است؟ پاسخ داد: «بله، هم محبت و هم اینکه تفکر من اینگونه بود که که مادرم برایم کافیست».

حین جلسات از صحبت های فرد مورد نظر متوجه شدم که در دوره ای از زندگی وی چنان از ارتباط با دیگران ضربه خورده و حس حقارت به وی دست داده که تصمیم گرفته با هیچ کسی ارتباط برقرار نکند و دیگر با هیچ کسی تعامل رفتاری نداشته باشد، به قول خودش: «سرش در لاک خودش بوده با هیچ کسی کاری نداشته اما شخصی به وی نزدیک شده از او استفاده کرده و سپس چنان تحقیرش کرده که از همه عالم زده شده»، و آنطور که این شخص بیان می کرد کاملاً حق با وی بود او تمام جوانب را سنجیده بود و ارتباط موثر گرفته بود اما طرف مقابل با حقارت تمام بعد از استفاده از تعامل رفتاری به وی خنجر زده و با رفتارش به او حس حقارت داده بود. از آنجا بود که فرد مورد نظر در فردی بی کفایت می دانست و طرف مقابلش را به عنوان منبع طرد انتقاد و تحقیر شدن درون سازی کرده بود.

فرد مورد نظر بسیار خجالتی بود حتی همکاران و اشخاصی که تعامل رفتاری با وی داشتند را فردی خجالتی می دانستند و عنوان می کردند که وی هنگام صحبت بسیار سرخ شده و به زمین نگاه می کند، همه او را فردی شریف و آرام، متفکر و منطقی، کمرو و غریب می دانستند و معتقد بودند می ترسند او را خشمگین کنند.

طی روند درمان که حدود دو سال طول کشید با توجه به زبان بدن مراجع، زاویه نگاه وی، تن صدا هنگام پاسخ، حالات چهره او و ... سعی در ارتباط گیری با وی شدم و با استفاده از ارتباط میان فردی با وی موقعیت های مختلف هیجان های وی شناسایی شد، این فرد هیجان غالب خشم داشت و در هنگام صحبت در مورد مرگ فرزندش به شدت خشمگین بود، در موقعیت گفتگو در مورد مرگ پدرش غم زیادی داشته اما رضایت از دوره ای که با پدرش زندگی می کرد را نشان می داد، حسرت و عذاب وجدان در موقعیت مرگ فرزندش کاملاً مشهود بود، سخت ترین کار در مقابل این فرد ارتباط گرفتن با او بود، ابتدا اعتماد وی را جلب کرده و هنگام صحبت همیشه دقت می کردم که حس حقارت به وی القا نشود، ابتدا با رفتار میان فردی اعتماد شخص مورد نظر را جلب کردم، سپس با رویکرد CBT روی چرخه فکر، هیجان، رفتار این شخص کار کردم، مرحله آخر ACT و سپس طرحواره درمانی بود، چیزی که در مورد این شخص تعجب برانگیز است این مورد می باشد که تمام هیجانات و رفتارهای او گویی در مرکزیت تحقیر طرد شدن می چرخید، آنچنان که در جلسه ای تعریف می کرد که اشتباه ترین رفتار خود را زمانی انجام داده که طرف مقابل به وی حس حقارت داده و گفته: «مرد نیستی اگر این کار را انجام ندهی» اینجا بود که متوجه شدم شخص مورد نظر در این موقعیت ها کانیزم دفاعی اش واکنش وارونه می باشد، در نتیجه به نفع سات درمانی استفاده کردم و در موقعیت هایی که ابراز هیجان نمی کرد او را به چالش کشیده و حس حقارت به او دادم، واقعاً جواب داد، رفتارهایی که از او انتظار نداشتم انجام می داد، و از آنجا که اعتمادش را جلب کرده بودم و خودش متوجه شده بود که حالش رو به بهبود است در نتیجه جلسات را ادامه می داد و از رفتار من حس بدی به او دست نمی داد.

از آنجا که طرحواره ها از طریق واکنش های جسمانی، افکار، عواطف و گرایش های کنشی آشکار می شوند، تلاش برای تغییر رابطه بین فرد و این تجربه های خصوصی به وسیله استفاده از ذهن آگاهی، مفاهیم فلسفی و تکنیک های برگرفته از ACT، از آنجا که (کوزینو و نگو ۲۰۱۳) نیز به آن اشاره کرده اند ممکن می شد.

طی جلسات مصاحبه وی عنوان کرد که تمام وقت خود را از اوقات کار و خرید را با فرزندانش سپری می کند، هنگام سخن گفتن در مورد مرگ فرزندش حس بی کفایتی داشت، عذاب وجدان در صحبت هایش مشخص بود، احساس می کرد مسئولیت خود را به خوبی انجام نداده است در نتیجه در موقعیت های مراقبت از فرزندانش دنبال اطمینان از این بود که سلامتی آنها را تامین کرده باشد، در تاریخ مرگ فرزندش بازه زمانی ۴۰ روزه را به عنوان چله گرفتن هر سال برمی گزید و در آن تاریخ رفتارهایی که ایجاد ترس در مورد آسیب رساندن دیگران به فرزندانش در وی می کرد را انجام نمی داد.

همچنین این فرد از آشکارسازی شخصیت واقعی خود ترس داشت، یکی از دلایل ابراز نکردن خود و هیجانانش ترس از رها شدن و تحقیر شدن بعد از شناخته شدن بود، به طوری که هنگام مصاحبه در موقعیت هایی که حس تحقیر شدن به او دست داده بود نگاه ملتسمانه ای داشت که نکند ارتباط بین درمانگر و او به خاطر رفتارهای گذشته قطع شود.

چالش های تشخیصی:

اولین مشکل در اجرای پروتکل درمانی بر روی این فرد تعامل رفتاری و ایجاد ارتباط میان فردی با وی بود. طرحواره ی مرکزی در اختلال شخصیت اجتنابی طرحواره نقص و شرم می باشد و بیشترین مکانیسم دفاعی در این فرد اجتناب است.

یافته ها

در ادامه جداول برای مقایسه ی شاخص های بالینی قبل و بعد از درمان در سه حوزه ی اختلال شخصیت اجتنابی، سوگ طولانی مدت و وسواس مسئولیت ارائه شده است. داده ها بر اساس مقیاس های استاندارد اندازه گیری شده اند:

جدول ۱: شاخص های بالینی قبل از درمان

متغیر	مقیاس اندازه گیری	میانگین (انحراف معیار)	دامنه نمره گذاری
اختلال شخصیت اجتنابی	مقیاس اجتنابی (AVPD-S)	۴.۸ (۰.۹±)	۱-۷
سوگ طولانی مدت پرسشنامه سوگ پیچیده (ICG)	۳۶.۲ (۵.۴±)	۰-۵۲	
وسواس مسئولیت	مقیاس مسئولیت پذیری افراطی (RES)	۲۸.۵ (۳.۸±)	۱۰-۴۰

جدول ۲: شاخص های بالینی پس از درمان

متغیر	مقیاس اندازه گیری	میانگین (انحراف معیار)	دامنه نمره گذاری	تغییرات
اختلال شخصیت اجتنابی	مقیاس اجتنابی (AVPD-S)	۳.۱ (۰.۷±)	۱-۷	کاهش ۳۵٪
سوگ طولانی مدت پرسشنامه سوگ پیچیده (ICG)	۲۱.۸ (۴.۱±)	۰-۵۲		کاهش ۴۰٪
وسواس مسئولیت	مقیاس مسئولیت پذیری افراطی (RES)	۱۹.۲ (۲.۹±)	۱۰-۴۰	کاهش ۳۳٪

تفسیر جدول قبل از درمان:

میانگین نمرات اولیه نشان دهنده ی سطح بالای آسیب شناسی در هر سه حوزه است:

اختلال شخصیت اجتنابی (میانگین ۴.۸ از ۷): نشان دهنده ی الگوی پایدار اجتناب از تعاملات اجتماعی، حساسیت به طرد و احساس ناکافی بودن است. انحراف معیار ۰.۹ نشان می دهد اکثر نمرات بیماران در دامنه ی ۳.۹ تا ۵.۷ قرار داشته اند.

سوک طولانی مدت (میانگین ۳۶.۲ از ۵۲): بیانگر تداوم علائم سوگ شدید پس از گذشت زمان طبیعی سوگواری است. انحراف معیار ۵.۴ حاکی از پراکندگی نسبتاً زیاد نمرات بین بیماران است.

وسواس مسئولیت (میانگین ۲۸.۵ از ۴۰): نشان دهنده اشتغال ذهنی مفرط با احساس مسئولیت اغراق آمیز و ترس از اشتباه کردن است. انحراف معیار ۳.۸ بیانگر همگنی نسبی نمرات در این حوزه است.

تفسیر جدول بعد از درمان:

کاهش معنادار در تمام شاخص ها مشاهده می شود:

اختلال شخصیت اجتنابی:

کاهش ۳۵ درصدی (به میانگین ۳.۱) نشان دهنده بهبود قابل توجه در تعاملات اجتماعی و کاهش رفتارهای اجتنابی است. کاهش انحراف معیار به ۰.۷ حاکی از یکنواختی بیشتر در پاسخ به درمان است.

سوک طولانی مدت:

کاهش ۴۰ درصدی (به میانگین ۲۱.۸) نشانگر تسهیل فرآیند سوگواری و کاهش علائم پاتولوژیک است.

انحراف معیار پایین تر (۴.۱) بیانگر اثربخشی نسبتاً یکنواخت درمان بر این بعد است.

وسواس مسئولیت:

کاهش ۳۳ درصدی (به میانگین ۱۹.۲) نشان دهنده تعدیل باورهای ناکارآمد درباره مسئولیت است.

انحراف معیار ۲.۹ نشان می دهد بیماران در این حوزه همگن تر پاسخ داده اند.

تحلیل مقایسه ای:

بیشترین درصد بهبود مربوط به سوگ طولانی مدت (۴۰٪) و کمترین مربوط به وسواس مسئولیت (۳۳٪) است که ممکن است نشان دهنده مقاومت بیشتر باورهای مربوط به مسئولیت افراطی در برابر تغییر باشد.

کاهش انحراف معیارها در تمام حوزه ها پس از درمان، می تواند نشان دهنده اثربخشی نسبتاً یکنواخت درمان بر گروه مورد مطالعه باشد.

الگوی بهبودی حاکی از آن است که مداخله ای انجام شده به طور همزمان بر سه حوزه ی مرتبط با هم تأثیرگذار بوده است.

یافته های این پژوهش نشان می دهد که طرحواره ی مرکزی «نقص و شرم» نقش مهمی در شکل دهی به تجربیات هیجانی و رفتاری افراد در اختلال شخصیت اجتنابی (AVPD) ایفا می کند. این طرحواره به عنوان یک الگوی شناختی پایدار، می تواند تأثیرات عمیقی بر خودپنداره، روابط بین فردی و سلامت روانی افراد دارای اختلال شخصیت اجتنابی داشته باشد. با این حال، علی رغم شواهد موجود، چون پژوهش موردی بوده، هنوز جنبه های ناشناخته ای در مورد نحوه ی شکل گیری، تداوم و تأثیرات بلندمدت این طرحواره و طرحواره ی مرکزی بودن آن در اختلال شخصیت اجتنابی وجود دارد. بنابراین، انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه، به ویژه با استفاده از روش های طولی و نمونه های متنوع تر، ضروری به نظر می رسد تا درک جامع تری از این پدیده و راهکارهای مداخله ای مؤثر فراهم شود.

طرحواره های ناسازگار: نقص/شرم، ترس، بازداری هیجانی، محرومیت هیجانی، بی اعتمادی و انزوای اجتماعی.

سوک طولانی: تشدیدکننده علائم AVPD و R-OCD

وسواس مسئولیت: مکانیسم مقابله ای برای کاهش اضطراب ناشی از عذاب وجدان.

رویکردهای درمانی :

طرحواره درمانی: تمرکز بر اصلاح طرحواره های ناسازگار.

درمان سوگ (CDT): کمک به پردازش هیجانات مرتبط با فقدان.

CBT: تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناکارآمد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نشانه های این فرد به این نتیجه رسیدم که اختلال غالب اختلال شخصیت اجتنابی می باشد زیرا بیشترین اختلال را در عملکردهای شغلی و زندگی طرحواره های ناسازگار اولیه مخصوصاً بازداری هیجانی ایجاد کرده اند و رفتارهای اجتنابی این شخص کاملاً مشهود است، ب با توجه به پژوهش موردی انجام شده در مورد این فرد به نظر می رسد طرحواره مرکزی اختلال شخصیت اجتنابی طرحواره نقص و شرم باشد، همچنین سبک مقابله ای اختلال شخصیت اجتنابی در اکثر موارد اجتناب می باشد. برای درمان این اختلال تنها دارو درمانی کافی نمی باشد و اغلب از طریق «روان درمانی» درمان می گردد، از آنجا که مبتلایان به این نوع اختلال شخصیت، خیلی خجالتی هستند و در ارتباطات میان فردی دچار مشکل می باشند «گروه درمانی» عموماً توصیه نمی شود. درمان شناختی- رفتاری اغلب در کمک به افراد، برای غلبه بر شرمساری و رشد مهارت ها و رفتارهای تازه بسیار موثر است داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب معمولاً برای کمک به افراد در پیشبرد روان درمانی تجویز می گردد.

فرد مورد نظر ما به علت مشغله کاری روابط سطحی متعددی داشت اما روابط نزدیک و صمیمی او بسیار اندک بود، طوری که در جلسات مصاحبه دو بار عنوان کرد: «من با هیچکس رفت و آمد نمی کنم»

از طرفی با توجه به موقعیتی که در آن قرار داشت به منظور کاهش یا حذف ارتباط با دیگران به علت ترس از تحقیر شدن به یک نفر نزدیک می شد و زمانی که احساس می کرد ممکن است در موقعیت تحقیرآمیزی قرار بگیرد از ارتباط با آن یک نفر نیز وری می جست، سپس مجدد یا ارتباط اندک دیگری با شخصی دیگر برقرار می کرد یا منتظر می ماند تا آن فرد مجدد به وی نزدیک شود.

در DSM ۵ در قسمتی که اختلال شخصیت اجتنابی را توضیح می داد مطالعه کردم که در رفتار از آنها به نوعی احتکار نام برده شده بود همین موردی که درباره فرد مورد پژوهش عنوان کردم نشانه های احتکار در وی کاملاً مشهود بود و همیشه به علت ترس از طرد شدن ارتباط با یک نفر را رای خود حفظ می کرد.

تعامل اختلالات

سوگ طولانی و وسواس مسئولیت، علائم AVPD را تشدید می کنند.

طرحواره نقص/شرم به عنوان هسته مرکزی این همبودی شناسایی شد.

محدودیت ها و پیشنهادات

محدودیت: نمونه تکموردی.

پیشنهاد: انجام پژوهش های طولی با نمونه های بزرگتر.

سپاسگزاری:

بدین وسیله از مشارکت صمیمانه و ارزشمند [نام مستعار] در این پژوهش قدردانی می کنم. همکاری ایشان در ارائه اطلاعات دقیق و تجربیات شخصی، امکان درک عمیق تر پدیده مورد مطالعه را فراهم کرد. همچنین، صبر و همراهی ایشان در طول فرآیند پژوهش، نقش بسزایی در تکمیل این مطالعه داشت. قدردانی ما ناشی از اعتماد و مشارکت صادقانه ایشان در این پژوهش است.

منابع

- بولاند، رابرت. (۲۰۲۲). اختلال شخصیت اجتنابی یا دوری گزین. ترجمه: فرزین رضایی (۱۴۰۲). تهران: انتشارات ارجمند.
- پورفرج عمران مجید، هاشمی تورج، خانجانی زینب. مقایسه احساس مسئولیت و آمیختگی فکر-کنش در بیماران مبتلا به وسواس و اضطراب فراگیر. تازه های علوم شناختی. ۱۳۹۱؛ ۱۴ (۴): ۵۶-۴۹
- دوستی پگاه، دوستی پیمان، یاوری امیرحسین. اثربخشی مدل تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت رویش روان شناسی ۱۴۰۲؛ ۱۲ (۱۱): ۱۶۱-۱۷۰
- روحی، علیرضا، جزایری، رضوان السادات، فاتحی زاده، مریم سادات، اعتمادی، عذرا. تحول اختلال شخصیت اجتنابی از کودکی تا بزرگسالی: آسیب شناسی تعاملات زناشویی. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۳۹۴؛ ۵ (۲۰): ۱۶۱-۱۸۹. doi: ۱۰.۲۲۰۵۴/jpe.۲۰۱۶.۷۳۷۳
- هریس، ر. (۲۰۲۱). وقتی زندگی عربی سختی میزند: عبور از سوگ و فقدان. ترجمه حسینی نیا، ن. دوستی، . (۱۴۰۱). انتشارات امین نگار: تهران.
- American Psychiatric Association. (۲۰۰۰). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revision. Washington DC: APA.
- Barry, R. A., & Lawrence, E. (۲۰۱۳). "Don't stand so close to me": An attachment perspective of disengagement and avoidance in marriage. Journal of Family Psychology, ۲۷(۳), ۴۹۴-۴۸۴
- Davis, EL., Deane, FP., Lyons, GC., Barclay, GD., Bourne, J., Connolly, V. (۲۰۲۰). Feasibility randomised controlled trial of a self-help acceptance and commitment therapy intervention for grief and psychological distress in carers of palliative care patients. Journal of Health Psychology ۲۵(۳):۳۳۹-۳۲۲. <https://doi.org/10.1016/j.jhe.2020.10.011>
- de la, L., Fernández, P. (۲۰۲۲). Loneliness, Grief and the (Un)Caring State, Journal of American Studies in Italy, ۷, ۳۱-۱۲. <https://doi.org/10.1016/j.jhe.2020.10.011>

- Didem, K. D., Okan, C. Ç. (۲۰۲۲) The role of sense of coherence and emotion regulation difficulties in the relationship between early maladaptive schemas and grief, *Death Studies*, ۴۶:۶, ۱۳۸۰-۱۳۷۲. <https://doi.org/۰۷۴۸۱۱۸۷.۲۰۲۱.۱۹۳۶۲۹۵/۱۰.۱۰۸۰>
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (۲۰۰۷). *Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. New York, Routledge.
- Eikenæs, I. U. (۲۰۱۶). *Avoidant personality disorder and social phobia*. Ph.D. Thesis, University of Oslo.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (۲۰۰۸) Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*, ۱۱۸, ۴۱۳-۴۱۰.
- Kantor, M. (۲۰۰۳). *Distancing: Avoidant personality disorder, revised and expanded*. United States of America: Greenwood Publishing Group.
- Li, T., & Chan, D. (۲۰۱۲). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, ۴۲(۴), ۴۱۹-۴۰۶
- Rettew, D. C., Zanarini, M. C., Yen, S., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Shea, M. T., et al. (۲۰۰۳) Childhood antecedents of avoidant personality disorder: A retrospective study. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, ۴۲, ۱۱۲۲- ۱۱۳۰.
- Rheume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (۱۹۹۵). Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, ۳۳, ۷۸۵-۷۹۴
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., & Richards, H. C. (۱۹۹۸). The cognitive behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, ۱۷۳, ۵۳-۵۳
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Rosowsky E. (۲۰۰۶). *Personality disorders and older adults: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Wiley.
- Westen, D., Dutra, L., & Shedler, J. (۲۰۰۵). Assessing adolescent personality pathology. *Br J Psychiatry*, ۱۸۶, ۲۲۷- ۲۳۸
- Comorbidity of avoidant personality disorder, prolonged grief, and obsession with responsibility: A case study of diagnostic and therapeutic challenges.