The Effectiveness of schema group therapy on attachment styles (secure, insecure anxiety & insecure avoidance) and symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder

Zahra Danaei Sij[1], Gholamreza Manshaee[2], Mohamad Nadi[3]

Background and Aim: The obsessive-compulsive disorder is one of the major problems in mental health. Growth experiences such as attachment play an important role in the formation of mental harm. This research has been designed with the aim of investigating schema therapy on attachment styles (secure, insecure anxiety& insecure avoidance) and symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder.

Materials and Methods: In this clinical trial study, the statistical population of the patients referring to Birjand psychiatric clinic was that based on entry criteria, thirty- two persons were randomly assigned with a replacement entered studying. The data collection tool was Yale-Brown obsessive and the Hazen and Shaver attachment style questionnaire. The collected data were analyzed by SPSS software (Version 22) by independent t-test, repeated measures ANOVA and Post-Hoc Bonferroni, at a significant level ($P < 0.05$).

Results: The mean scores of post-test and fallow up in three attachment styles and obsessive scores in the experimental group had a significant difference with the control group ($P<0.001$). In the schema group, the mean score of the two insecure attachment styles (secure, insecure anxiety& insecure avoidance) (avoidance and anxiety) and obsessive- compulsive symptoms in the post-test had a significant decrease with the score of pre-test and the scores of secure attachment style showed a significant increase ($P<0.001$).

Conclusion: According to the results, attachment styles especially insecure anxiety and insecure avoidance attachment styles are associated with obsessive-compulsive symptoms and schema therapy through the effect of adjusted attachment styles can reduce the symptoms of obsessive-compulsive disorder.

Key Words: Obsessive- Compulsive Disorder; Attachment; Maladaptive Schema; Cognitive Behavior Therapy.

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2018; 25 (3): 181-192.

Received: January 17, 2018 ***Accepted: April 28, 2018***

[1] *Department of Psychology, Islamic Azad University of Esfahan (Khorasgan), Esfahan, Iran.*
[2] ***Corresponding author;*** *Department of Psychology, Islamic Azad University of Esfahan (Khorasgan), Esfahan, Iran.*
Tel: +983135354200 *Email: smanshaee@yahoo.com*
[3] *Department of Educational Science, Islamic Azad University of Esfahan (Khorasgan), Esfahan, Iran.*

مقاله اصیل پژوهشی

اثربخشی طرح واره‌درمانی گروهی بر سبک‌های دلبستگی (ایمن، ناایمن اضطرابی و ناایمن اجتنابی) و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری

زهرا دانای سیج[1]، غلامرضا منشئی[2]، محمد نادی[3]

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواسی-جبری، یکی از جدّی‌ترین مشکلات سلامت روان است. تجارب اولیه رشدی از جمله دلبستگی، نقش مهمی در شکل‌گیری آسیب روانی ایفا می‌کند. این پژوهش با هدف بررسی طرح واره‌درمانی بر تعدیل سبک های دلبستگی(ایمن، ناایمن اضطرابی و ناایمن اجتنابی) و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری طرح‌ریزی شده است.

روش تحقیق: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، جامعه آماری شامل بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی سطح شهر بیرجند بود که بر اساس معیارهای ورود، 32 نفر از آنها با استفاده از روش تصادفی همراه با جایگزینی، وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، چک‌لیست وسواس ییل براون و پرسشنامه سبک دلبستگی Hazen و Shaver بود. داده‌های جمع‌آوری‌شده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS (ویرایش 22)، توسط آزمون‌های آماری تی‌تست مستقل، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و بن‌فرونی، در سطح معنی‌داری ($P<0/05$) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری سه سبک دلبستگی (ایمن،ناایمن اضطرابی و ناایمن اجتنابی) و نمره وسواس در گروه مداخله تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل داشت ($P<0/001$). همچنین در گروه مداخله، میانگین نمره دو سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و اضطرابی و علائم وسواس در پس‌آزمون در مقایسه با نمره پیش‌آزمون کاهش و نمره سبک دلبستگی ایمن افزایش معنی‌داری نشان داد ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده، سبک‌های دلبستگی بویژه دلبستگی ناایمن اضطرابی ودلبستگی ناایمن اجتنابی با علائم اختلال وسواس مرتبط می‌باشند و طرحواره درمانی از طریق تعدیل سبک‌های دلبستگی می‌تواند باعث کاهش علائم وسواس شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی-جبری؛ دلبستگی؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه؛ رفتار درمانی- شناختی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1397؛ 25 (3): 181-192.

دریافت: 1396/10/27 پذیرش: 1397/02/08

*

کد ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20180207038656N1

[1] گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان)، اصفهان، ایران.

[2] **نویسنده مسئول؛** گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

آدرس: اصفهان- خیابان جی- دانشگاه آزاد (واحد خوراسگان)- گروه روانشناسی

تلفن: 03135354200 پست الکترونیکی: smanshaee@yahoo.com

[3] گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

مقدمه

اختلال وسواسی-جبری (OCD)[1]، اختلالی است که با افکار پریشان‌زا (افکار وسواسی) و رفتارهای تکراری ناخواسته (اعمال وسواسی) مشخص می‌شود. نرخ شیوع وسواس در سطح جهانی 3درصد است؛ اما پژوهشگران تخمین زده‌اند که در بین بیماران سرپایی کلینیک‌های روانپزشکی میزان شیوع اختلال ممکن است به10درصد هم برسد. این اختلال در میان زنان اندکی شایع‌تر از مردان می‌باشد (1). این اختلال یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند (2). به‌طور کلی می‌توان گفت که OCD یک بیماری پیچیده و ناهمگن با تنوع گسترده‌ای در ارائه نشانه‌ها، ویژگی‌های بالینی همراه و پاسخ به درمان است (3). اثربخشی بهترین درمان روان‌شناختی فعلی برای وسواس یعنی مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بین 60 تا 45 درصد می‌باشد؛ اما این درمان بدون محدودیت نیست؛ علاوه بر این، بین 15 تا 40 درصد افراد به مواجهه و جلوگیری از پاسخ، جواب نمی‌دهند. تقریباً 25درصد افراد، مواجهه را رد می‌کنند و 3 تا 12 درصد دیگر نیز در طول درمان، درمان را رها می‌کنند (4)؛ علاوه بر این، درمان انواع خاصی از اعمال وسواسی، با مواجهه و جلوگیری از پاسخ دشوار است. محققان شناختی امیدوار هستند که ترکیب مواجهه با بازسازی شناختی، آن را مؤثّرتر و کارآیی و دوام آن را افزایش خواهد داد (5).

اهمیت دلبستگی و تأثیر آن بر دوره بزرگسالی در تعاملات بین‌فردی و شکل‌گیری اختلالات، امروزه به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین و گسترده‌ترین موضوعات پژوهش تبدیل شده است (2). دلبستگی عبارت است از یک موقعیت عمیق و پایدار بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی که بر اساس ارتباط بین کودک و مراقبان در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد (6). Bowlby معتقد است که الگوی عمومی این است که دلبستگی نخستین ایمن بی‌واسطه باعث روابط به‌نسبت هماهنگ بین والدین و کودک می‌شود و به نوبه خود باعث می‌شود که کودک به اجتماعی‌شدن پذیرا شده و تحوّل هشیاری، خودتنظیمی هیجانی و خودمهارگری تسهیل شوند (7).

شیوه‌های مواجهه با پاسخ‌دهی یا عدم پاسخ‌دهی عاطفی مظاهر دلبستگی در افراد بشر محدود است و در دو بعد ایمن و ناایمن (اضطرابی، اجتنابی) سازماندهی شده‌اند. در افراد با دلبستگی ناایمن، سیستم دلبستگی یا بیش از حد فعال شده و منجر به رفتارهای اغراق‌آمیز برای جلوگیری از خطر یا تهدید به جدایی و فقدان می‌شود و یا بسیار ضعیف عمل کرده که منجر به شکل‌گیری رفتارهای اجتنابی و سرکوب هیجانات و نیازهای دلبستگی می‌شود (6). پژوهش‌های مختلفی از جمله: پژوهش شاکر و حمیلی، Doron و همکاران و Yarbo و همکاران نشان دادند که سبک‌های دلبستگی ناایمن به‌ویژه دلبستگی ناایمن اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، از شیوع معنی‌داری برخوردار است و سبک‌های دلبستگی ناایمن که در رابطه با والدین شکل می‌گیرند، در زمینه شکل‌گیری عقاید وسواسی نقش متغیر واسطه‌ای را بازی می‌کنند (8-10).

از میان درمان‌هایی که به تجارب اولیه رشدی در ارتباط با مظاهر دلبستگی توجه دارد، می‌توان به طرحواره درمانی اشاره کرد. طرحواره درمانی، در واقع گسترش‌یافته رفتار درمانی شناختی کلاسیک[2] می‌باشد که برای درمان اختلالات مقاوم محور یک (اختلالات بالینی) و محور دو (اختلالات شخصیت) طرح‌ریزی شده است. طبق این مدل، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، هسته اصلی اختلالات هستند. در واقع طرحواره‌ها یا الگوها که مبتنی بر تجارب ذخیره‌شده در حافظه تاریخچه‌ای می‌باشند، شامل: ادراکات حسی، تجارب، هیجانات و معانی نسبت داده شده به آنها می‌باشند که در سطح غیر کلامی حافظه ذخیره شده و فیلترهایی می‌باشند که از طریق آنها افراد دست به تفسیر و پیش‌بینی جهان می‌زنند

[1] *OCD: obsessive-compulsive disorder*

[2] *Cognitive behavior therapy*

(11). این طرحواره به‌دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی دوره کودکی به‌وجود می‌آید. انسان‌ها پنج نیاز اساسی دارند: 1) دلبستگی ایمن به دیگران؛ 2) خودگردانی، کفایت و هویت؛ 3) آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم؛ 4) خودانگیختگی و تفریح و 5) محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویشتن‌داری. Bowlby عقیده دارد، دلبستگی ثابت به مادر (یا سایر نمادهای مهم دلبستگی) یک نیاز هیجانی اساسی است که پیش‌نیاز و ارتقادهنده استقلال است. موجودات انسانی برانگیخته می‌شوند تا تعادلی پویا بین آشنایی (درون‌سازی اطلاعات جدید بر اساس ساختارهای قبلی) و تازه‌جویی (تغییر ساختارهای شناختی متناسب با اطلاعات جدید) برقرار کنند و طرحواره‌های ناسازگار اولیه این تعادل را به هم می‌زند. تأکید Bowlby بر مدل‌های فعال درونی با تأکید Young بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه همپوشی زیادی دارد (12).

در پاسخ به خلأ و کمبودی که در درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و همچنین رفتار درمانی شناختی کلاسیک در زمینه کار بر روی تجارب دوره کودکی به‌ویژه رابطه فرد با افراد مهم زندگی وجود دارد، طرحواره درمانی این تجارب را مورد توجه قرار داده است. در طرحواره درمانی، درمانگر در قالب رابطه درمانی به پایگاه امنی که تداعی‌کننده رابطه فرد با افراد مهم زندگیش می‌باشد، تبدیل می‌شود؛ رابطه‌ای که بیمار در طول زندگی خود آن را تجربه نکرده است. رشد هیجانی و رفتاری کودک در مدل طرحواره مانند نظریه دلبستگی Bowlby، حرکت از دلبستگی رشدنایافته به‌سوی خودگردانی و فردیت است (7). تکنیک‌هایی مثل: بازوالدینی حد و مرزدار، تصویرسازی ذهنی تجارب اولیه زندگی و رویارویی همدلانه در رویکرد طرحواره بر همین اساس برنامه‌ریزی شده‌اند (12). با توجه به وجود ارتباط معنی‌دار بین سبک‌های دلبستگی به شکل یک مدل درونی که دربرگیرنده طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشند و در نشانه‌شناسی اختلالات روانی از جمله: وسواس به‌ویژه در زمینه شکل‌گیری هیجانات ناخوشایند، سوگیری‌های شناختی و تشریفات وسواسی، نقش مهمی بازی می‌کنند؛ بنابراین مطالعه حاضر، با هدف تعیین تأثیر طرحواره درمانی بر سبک‌های دلبستگی و علائم اختلال وسواس، طراحی و اجرا گردید.

روش تحقیق

در این مطالعه کارآزمایی بالینی، جامعه آماری شامل کلیه بیمارانی بود که در یک فاصله زمانی 6ماهه به کلینیک‌های روانپزشکی سطح بیرجند مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعه نریمانی (انحراف‌معیار 2/44 و 2/21 و میانگین 15/40 و 12)(13) و فرمول مقایسه میانگین‌ها (فرمول 1)، با سطح معنی‌داری 0/05 و توان آزمون 0/80 با احتساب ریزش، 16نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه سبک دلبستگی AAI[1] و پرسشنامه وسواسی- عملی Yale-Brownبود.

فرمول (1):

$$n=\{[Z(1-\ /2)+Z(1-\ )]^2 *\ [(s1)^2 +(s2)^2]\ \}/(\ )(?^{1}-?^{2})\ ^2$$

معیارهای ورود به این مطالعه شامل: تشخیص اختلال وسواسی-جبری به تشخیص روانپزشک بر اساس معیارهای DSM-5، کسب نمره بالاتر از 10 در پرسشنامه Yale-Brown، کسب نمره بالاتر از 5 در پرسشنامه دلبستگی در دو بعد دلبستگی ناایمن اجتنابی و اضطرابی و نمره کمتر از 5 در بعد دلبستگی ایمن، تمایل شخصی به شرکت در پژوهش، همکاری تا پایان پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه شامل: ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی حاد مثل: افسردگی شدید، علائم سایکوتیک و مصرف مواد مخدر به تشخیص روانپزشک، عدم تمایل یا انصراف از شرکت در پژوهش بودند.

پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه، 32نفر که از معیارهای

[1] *Attachment Adults Inventory*

ورود برخوردار بودند، وارد مطالعه شدند؛ سپس با استفاده از روش تصادفی همراه با جایگزینی، افراد در دو گروه 16 نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعد، طرحواره درمانی طی 20 جلسه (2 ساعته) توسط یک نفر دکتری روانشناسی دارای مدرک طرحواره درمانی از انجمن روانشناسی ایران در محل مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، به شکل گروهی بر افراد گروه مداخله به اجرا درآمد. افراد گروه کنترل نیز در لیست انتظار مداخله بعد از اتمام مطالعه قرار گرفتند. پرسشنامه‌های موردنظر در این مطالعه در قبل و پایان 20 جلسه درمانی و نیز سه‌ماه بعد از اتمام مداخله، توسط افراد هر دو گروه مداخله و کنترل (توسط یک نفر روانشناس بالینی آموزش‌دیده که از اهداف مطالعه بی‌اطلاع بود) تکمیل شد. پروتکل و محتوای جلسات، براساس راهنمای کاربردی طرحواره درمانی (12) به شرح زیر بود:

جلسه اول: معرفی اعضا، توضیح درباره فلسفه تشکیل گروه، قالب‌بندی مشکل و اختلال در چارچوب طرحواره درمانی؛

جلسه دوم: انتخاب طرحواره بازداری و محرومیت هیجانی و ردیابی طرحواره در روابط بین‌فردی، دست‌یابی به باورهای بنیادین؛

جلسه سوم: ردیابی ریشه‌های تحوّلی طرحواره‌ها در دوره کودکی با استفاده از تکنیک‌های تجربه‌گرایانه و ارتباط آن با سبک‌های مقابله‌ای اکنون مراجع؛

جلسه چهارم: بررسی عوامل شکل‌گیری طرحواره بر اساس مفروضه‌های طرحواره درمانی به‌ویژه در رابطه با والدین؛

جلسه پنجم، ششم، هفتم و هشتم: آزمون طرحواره از طریق جمع‌آوری شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره در دوره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی، آنالیز آنها از طریق گفتگوی سقراطی و قالب‌بندی مجدد آنها؛

جلسه نهم، دهم و یازدهم: آماج قراردادن طرحواره، اجرای بازوالدینی حد و مرزدار برای به رسمیت‌شناختن نیازهای مراجع؛

جلسه دوازدهم و سیزدهم: شناسایی ریشه طرحواره آسیب‌پذیری از طریق تکنیک‌های تجربه‌گرایانه و دست‌یابی به ریشه‌های تحولی طرحواره و ارتباط آن با علائم اختلال وسواسی- اجباری؛

جلسه چهاردهم، پانزدهم و شانزدهم: بررسی عوامل شکل‌گیری طرحواره بر اساس ارضای نیازها در دوره کودکی، آزمون طرحواره از طریق جمع‌آوری شواهد ردکننده و تأییدکننده طرحواره در دوره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی، آنالیزکردن طرحواره از طریق گفتگوی سقراطی، قالب‌بندی مجدد طرحواره.

جلسه هفدهم، هجدهم و نوزدهم: استفاده از تکنیک سود و زیان در مورد نگه‌داشتن طرحواره، اجرای بازوالدینی حد و مرزدار، تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های ترسناک به‌ویژه در مورد اجتناب‌های وسواسی، آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجانی؛

جلسه بیستم: بررسی دستاوردهای درمانی و معرفی روش‌هایی برای حفظ این دستاوردها از طریق کارت‌های آموزشی.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه سبک دلبستگی AAI[1] و پرسشنامه وسواسی- عملی ییل براون بود. برای بررسی تأثیر متغیر مستقل طرحواره درمانی بر متغیر وابسته سبک‌های دلبستگی، از پرسشنامه فهرست دلبستگی AAI استفاده شد که توسط Hazen و Shaver ابداع گردیده است. این پرسشنامه دارای 15سؤال است و سه سبک دلبستگی (ایمن 5، 4، 3، 2، 1)(اجتنابی 10، 9، 8، 7، 6) (دوسوگرا 15، 14، 13، 12، 11) را بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. برای سنجش سبک‌های دلبستگی، افراد مورد مطالعه بر روی یک پیوستار از کاملاً مخالف (نمره 1) تا کاملاً موافق (نمره 7)، وضعیت خود را در رابطه با میزان تطابق با هر توصیف که بیانگر یک سبک دلبستگی است،

[1] *Attachment Adults Inventory*

مشخص می‌کنند. سه سبک اندازه‌گیری‌شده در این مقیاس شامل: سبک ایمن، دوسوگرا و اجتنابی می‌باشد و دامنه نمره‌ها بین حداقل 5 تا حداکثر 25 قرار دارد. فرم هنجاریابی‌شده این آزمون روی دانشجویان تهران توسط بشارت استاندارد شده است. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های مربوط به بخش ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل نمونه‌ها 0/85، 0/84 و 0/85 بود و ضرایب همبستگی در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل افراد مورد مطالعه به‌ترتیب: 87درصد، 83درصد و 84درصد بود که اعتبار بازآزمایی می‌باشد (14).

پرسشنامه وسواسی- عملی Yale-Brown، شامل چک‌لیست نشانه‌ها و پرسش‌هایی است که نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی با محتوی پرخاشگری، آلودگی، جنسی، احتکار، مذهبی، تقارن، جسمانی؛ و وسواس‌های متفرقه شامل: به‌خاطر سپردن چیزهای بی‌اهمیت، ترس از بیان کلمات خاص، وجود ترس‌های خرافی، وجود تصاویر ناخواسته، صداها و کلمات نامفهوم در ذهن می‌شود. همچنین وسواس‌های عملی مورد ارزیابی شامل: نظافت و شستشو، وارسی‌کردن، شمارش، نظم و ترتیب، احتکار و جمع‌آوری و وسواس‌های عملی متفرقه را بر روی یک مقیاس 5قسمتی لیکرت از صفر تا 4 می‌سنجد. دامنه نمرات از صفر تا 40 متغیر بوده و کسب نمره 10 و یا بالاتر نشان‌دهنده ابتلا به این اختلال می‌باشد (15). دادفر و همکاران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این مقیاس 98درصد، ضریب همسانی درونی آن را 89درصد و ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته 84درصد گزارش کرده‌اند (16).

آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت و بر اساس نتایج آن از آزمون‌های پارامتریک تی‌تست مستقل، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکرار شده و بن‌فرونی استفاده گردید. در نهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS (ویرایش 22) در سطح معنی‌داری (P<0/05) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت‌شناختی مثل: سن، جنس، شغل و تحصیلات نیز از طریق پرسشنامه دموگرافیک محقق‌ساخته جمع‌آوری شدند. این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان با کد پایان نامه 23820705942046 می‌باشد و با کد REC.1395.182.Ir.bums در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مورد تأیید قرار گرفته و با کد IRCT20180207038656N1 در سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است.

یافته‌ها

از 32 بیمار مورد مطالعه، بیشترین فراوانی از نظر جنسیت مربوط به زنان (61/3%)، از لحاظ تحصیلات مربوط به مقطع لیسانس (51/6%)، کمترین فراوانی مربوط به مقطع فوق دیپلم (6/3%)، بیشترین فراوانی از نظر شغل، کارمند (50%) و کمترین فراوانی از نظر شغل، دانشجو (7/1%) بود. میانگین سنّی در گروه مداخله 6/38± 30/13 و در گروه کنترل 11±29/5 بود. بر اساس داده‌های این جدول، دو گروه از نظر متغیّرهای دموگرافیک همگن بودند (جدول 1).

در آنالیز داده‌ها به‌دلیل نرمال‌بودن مانده‌ها (P>0/70) همسانی ماتریس‌های کواریانس (P>0/80، Box's M=1.53) از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکرارشده استفاده شد. بر اساس نتایج آنالیز در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، میانگین نمره دلبستگی ناایمن اجتنابی از 12/5±2/4 در پیش‌آزمون به 9/3±2/1 در پس‌آزمون و 8/1±1/9 در پیگیری کاهش یافت. همچنین میانگین نمره دلبستگی ناایمن اضطرابی از 11/3±3/5 در پیش‌آزمون به 8/1±2/2 در پس‌آزمون و 6/1±1/4 در پیگیری کاهش یافت. این کاهش در دو سبک دلبستگی ناایمن از نظر آماری معنی‌دار بود (P<0/001). نمره دلبستگی ایمن نیز از 8/9±1/1 در پیش‌آزمون به 11/2±1/7 در پس‌آزمون و 12±1/9 در پیگیری افزایش یافت که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود (P<0/001).

جدول 1- مقایسه اطلاعات دموگرافیک دو گروه مداخله و کنترل

متغیّر		گروه		نتایج آزمون کای‌اسکوئر یا فیشر
		طرحواره درمانی	کنترل	
جنسیت	مرد	(33/3) 5	(43/8)7	-0/82
	زن	(66/7) 10	(56/3)9	
تحصیلات	دیپلم	(20) 3	(37/5)6	-0/68
	فوق‌دیپلم	(0)	(6/3)1	
	لیسانس	(66/7)10	(37/5)6	
	فوق‌لیسانس	(13/3)2	(18/8)3	
شغل	کارمند	(57/1)8	(42/9)6	-0/93
	خانه دار	(21/4)3	(35/7)5	
	دانشجو	(7/1)1	(7/1)1	
	آزاد	(14/3)2	(14/3)2	
سن		30/13±6/38	29/5±11	-0/81

جدول 2- مقایسه میانگین نمرات و انحراف معیار سه سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی،دلبستگی ایمن و دلبستگی ناایمن اضطرابی و متغیر وسواس در قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله

متغیّر	گروه	زمان (Mean ±SD)			نتیجه آزمون آنالیز واریانس تکرار شده و تست تعقیبی بن‌فرونی
		قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	
دلبستگی ناایمن اجتنابی	طرحواره	12/5±2/4	9/3±2/1	8/1±1/9	P<0/001 P<0/001 (قبل با بعد) P<0/001 (قبل با 3 ماه بعد) P<0/001 (بعد با 3 ماه بعد) P=0/502
	کنترل	11/4±2/2	11/5±1/9	11/8±2/2	
	نتیجه آزمون تی‌تست	P=0/17	P<0/001	P<0/001	---
دلبستگی ایمن	طرحواره	8/9±1/1	11/2±1/7	12±1/9	P<0/001 P<0/001 (قبل با بعد) P<0/001(قبل با 3 ماه بعد) P<0/001 (بعد با 3 ماه بعد) P=0/79
	کنترل	8/1±1/1	8/4±1/2	8/6±1/7	
	نتیجه آزمون تی‌تست	P=0/001	P<0/001	P<0/001	---
دلبستگی ناایمن اضطرابی	طرحواره	11/3±3/5	8/1±2/2	6/1±1/4	P<0/001 P<0/001 (قبل با بعد) P<0/001 (قبل با 3 ماه بعد) P<0/001 (بعد با 3 ماه بعد) P=0/27
	کنترل	13/3±2/9	12/9±2/8	13/3±2/8	
	نتیجه آزمون تی‌تست	P=0/17	P<0/001	P<0/001	---
وسواس	طرحواره	21/4±6/62	11/13±4/66	5/86±2/47	P<0/001 P<0/001 (قبل با بعد) P<0/001 (قبل با 3 ماه بعد) P<0/001 (بعد با 3 ماه بعد) P=0/29
	کنترل	16/37±2/78	15/75±2/08	15/00±2/25	
	نتیجه آزمون تی‌تست	P=0/37	P<0/001	P<0/001	---

جدول 3- مقایسه میانگین تغییرات نمرات متغیرهای مورد بررسی بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه مورد مطالعه

متغیّر	گروه		سطح معنی‌داری آزمون تی‌مستقل
	دلبستگی (Mean±SD)	کنترل (Mean±SD)	
وسواس	-8/4±2/8	-0/62±1/1	<0/001
دلبستگی ناایمن اجتنابی	-3/2±2/5	0/12±0/88	<0/001
دلبستگی ایمن	3/64±1/5	-0/19±0/66	<0/001
دلبستگی ناایمن اضطرابی	-4/5±2/3	-0/31±0/87	<0/001
دلبستگی در کل	-4/1±3/1	-0/37±1/6	<0/001

نمره وسواس نیز در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل از 21/4±6/62 در پیش‌آزمون به 11/3±4/66 در پس‌آزمون و 5/86±2/47 در پیگیری به‌طور معنی‌داری کاهش یافت و این کاهش از نظر آماری معنی‌دار بود (P<0/001)(جدول 2). مقایسه میانگین تغییرات متغیرهای وسواس و سه سبک دلبستگی در دو گروه مداخله و کنترل نیز اختلاف معنی‌داری نشان داد (P<0/001)(جدول 3).

بحث

این مطالعه با هدف برررسی تأثیر طرحواره درمانی بر سبک‌های دلبستگی و علائم وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شد. دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد نظر، قبل از اجرای مداخله تفاوت معنی‌داری نداشتند؛ بنابراین تفاوت میانگین نمرات دو گروه در سبک‌های دلبستگی و علائم وسواس را می‌توان به تأثیر طرحواره درمانی نسبت داد.

در این مطالعه نتایج آنالیزها نشان داد که طرحواره درمانی توانسته است فرضیه‌های تحقیق را تأیید کند. در واقع فرض اول تحقیق بر اساس نتایج جدول 2 در این پژوهش تأیید شد و طرحواره درمانی باعث تغییر در سبک‌های دلبستگی گردید. اسماعیلی نیز در پژوهش خود نشان داد که سبک‌های دلبستگی به‌خصوص سبک‌های دلبستگی ناایمن (دوسوگرا، اجتنابی)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه را پیش‌بینی می‌کنند. ارتباط بین سبک‌های دلبستگی با توجه به ماهیت شکل‌گیری اولیه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوره کودکی موضوعی قابل پیش‌بینی بوده است (17). این مطلب با نظر Young و همکاران که معتقدند دلبستگی تأثیر معنی‌داری بر طرحواره‌ها دارند و تجارب اولیه کودکی به‌خصوص ارتباط بین کودک و مراقب، طرحواره‌های خاصی را خلق می‌کند و کارکردهای روانشناختی بعدی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (12)، همخوان است.

رضوان و همکاران (18) که در پژوهش خود به بررسی رابطه سبک دلبستگی کودکانی با نشانه‌های وسواس پرداختند، همسو با نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که سطوح دلبستگی ناایمن به‌طور قوی با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری در کودکان مرتبط است و درصد بالایی از تغییرپذیری نشانه‌های وسواس را پیش‌بینی می‌کند. رضوان در تبیین نتایج پژوهش خود بحث می‌کند که حس ذهنی امنیت و درجه‌ای از درک جهان به‌صورت جای امن، به تجارب اولیه دلبستگی مرتبط است. این افراد حس متناقضی از ارزشمندی و به دنبال آن احساس ناامنی را تجربه می‌کنند. این ویژگی و نیاز به کنترل زیاد جهان ناامن، وسواس را از سایر اختلالات اضطرابی جدا می‌کند. کمال‌گرایی و رفتارهای وسواس‌گونه خود ابزاری از تأیید، احساس امنیت و اثبات ادراک خود به‌عنوان یک فرد قابل عشق‌ورزی می‌باشد. رضوان و همکاران بیان می‌کنند، رفتارهای وسواسی مثل آداب چک‌کردن در کودکان ممکن است تلاشی برای این باشد که دست کم بخشی از محیط فرد قابل پیش‌بینی شود (18).

خدایاری فرد و همکاران (19)، Lawson و همکاران (20)، Wilhelmsson Castas و همکاران (21) و

Cyranowski و Andersen (22) نیز در پژوهش‌های خود نشان دادند که طرحواره درمانی بر افزایش سبک دلبستگی ایمن و کاهش سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی دوسوگرا تأثیر معنی‌داری دارد. در تبیین تأثیر مثبت طرحواره درمانی بر کاهش دلبستگی اضطرابی و دلبستگی اجتنابی و افزایش دلبستگی ایمن باید گفت که طرحواره درمانی در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی کلاسیک، راهبردهای متفاوتی دارد؛ به‌ویژه مشاوره گروهی فرصت‌های بیشتری را برای اجرای این راهبردها فراهم می‌کند. این رویکرد یکی از دلایل ایجاد طرحواره‌های ناسازگار را عدم ارضای نیاز به امنیت در دوره کودکی می‌داند. به دلیل اینکه موقعیت‌های هیجانی دوران کودکی موجب طرحواره‌های کنونی شده‌اند، تلاش می‌کند تا از طریق بازسازی آن موقعیت‌ها در گروه، ایفای نقش والدین و تصویرسازی ذهنی، هیجانات اعضای گروه را برانگیخته کند و به آنها کمک کند تا هیجانات مشکل‌ساز را به‌طور مجدد تجربه کنند (12).

اساساً طرحواره‌های ناسازگار موجب سوگیری در تفسیر رویدادها می‌شوند. این سوءگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی به‌صورت سوءتفاهم نگرش‌های تحریف‌شده، فرض‌های نادرست و هدف‌ها و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه در افراد پدید می‌آیند. یافته پژوهش Voderholzer و همکاران حاکی از آن است که بین سبک دلبستگی اجتنابی و طرحواره‌های حوزه بریدگی طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت مختل، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری، رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار وجود دارد و دلبستگی اجتنابی بیشترین ارتباط را با طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی دارد (23) که با نظر Young و همکاران مبنی بر اینکه عدم ارضای نیاز به دلبستگی ایمن منجر به پیدایش طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی می‌شود، همسو است (12).

نتایج پژوهش Plats و همکاران که به‌منظور بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دلبستگی بزرگسالی انجام گرفت، نشان داد که طرحواره‌ها به‌صورت معنی‌داری مطابق با گروه‌بندی سبک دلبستگی، متفاوت هستند. گروه دارای سبک دلبستگی اجتنابی، درجه بیشتری از طرحواره‌های ناسازگار نسبت به گروه دلبستگی اضطرابی داشت (24). نتایج پژوهش Bosmans و همکاران نیز نشان داد که رابطه بین دلبستگی اضطرابی و آسیب‌شناسی روانی به‌گونه‌ای کامل به‌وسیله شناخت‌ها به‌ویژه طرد و بریدگی و خودگردانی تعدیل می‌گردد (25).

Young و همکاران معتقدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با الگوهای فعال درونی شخص در نظریه دلبستگی ارتباط دارد. این الگوها مانند طرحواره‌ها بر الگوهای ارتباطی بین کودک و مادر مبتنی است و تأثیر معنی‌داری بر طرحواره‌ها دارند. Young، ایده مادر به‌عنوان پایگاه ایمن را در مفهوم بازوالدینی حد و مرزدار گنجانده است. بازوالدینی حد و مرزدار در حکم پادزهری نسبی در مقابل احساس رهاشدگی عمل می‌کند. از نظر Young نتیجه تجارب ناخوشایند خانوادگی مثل فقدان والدین یا تهدیدهای مکرر به رهاشدگی منجر به ناتوانی در برقراری رابطه عمیق و صمیمی با دیگران و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی می‌شود. در روان‌درمانی افراد مبتلا به اختلالات روانی که الگوهای دلبستگی ناایمن و آشفته دارند، در یک رابطه سالم با نماد دلبستگی (که می‌تواند درمانگر باشد)، مدل‌های ناکارآمد و انعطاف‌ناپذیر خود از روابط دلبستگی با والدین را به تعاملات خود با درمانگر تحمیل می‌کنند. درمانگر و بیمار، ابتدا بر شناسایی ریشه‌های تحولی مدل‌های فعال درونی ناکارآمد بیمار متمرکز می‌شوند؛ سپس درمانگر، نقش پایگاه ایمنی را ایفا می‌کند تا بیمار به کمک آن بتواند دنیای اطراف را کشف کند و برای مدل‌های فعال درونی خود، طرحی نو درافکند (12).

Bowlby در تئوری خود به مفهوم اساسی مدل کاری درونی اعتقاد دارد. بر اساس دیدگاه او، این مدل کاری مانند طرحواره‌ها به‌طور عمده حاصل الگوهای تعاملی کودک/مادر (یا سایر نمادهای مهم دلبستگی) است. طبق این دیدگاه

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مدل‌های کاری درونی ناکارآمدی هستند که پاسخ‌های کودکان به نمادهای دلبستگی و سبک‌های مقابله‌ای آنها را جهت می‌دهند. مدل کاری مانند طرحواره‌ها بر توجه و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارند. مدل کاری درونی وقتی دچار تحریف‌های دفاعی می‌شوند که اطلاعات واردشده به آگاهی را بلوکه کنند و مانع اصلاح پاسخ‌ها به‌منظور دست‌یابی به تغییر شوند. طرحواره‌ها با گذشت زمان باعث انعطاف‌ناپذیری مدل‌های کاری درونی می‌شوند و الگوهای تعاملی حالت عادی و خودآیند پیدا می‌کنند. دیر یا زود، مدل کاری درونی کمتر در دسترس هشیاری قرار می‌گیرد و درنتیجه در مقابل تغییر مقاوم می‌شود (7).

Plats و همکاران (24) ذکر کرده‌اند که مفهوم مدل‌های فعال درونی دلبستگی، ارتباط روشنی با طرحواره‌های شناختی دارد. Plats پیشنهاد می‌کند که سبک دلبستگی ممکن است به‌عنوان یک ارتباط مفهومی بین تجارب اولیه ارتباط و توسعه سبک‌های شناختی باشد. الگوی این ارتباط که در نتیجه تعامل با مراقبان اولیه است، کارکردهای عاطفی و روان‌شناختی بعدی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بدین ترتیب رویکرد دلبستگی و رویکرد طرحواره در چارچوب نظری سعی دارند مدل کارکرد روان‌شناختی بزرگسالی را بر اساس تجارب اولیه کودکی توضیح دهند.

در مطالعه حاضر نیز فرض دوم تحقیق بر این بود که طرحواره درمانی بتواند باعث کاهش علائم اختلال وسواس شود. در بیماران وسواس، رفتارهای اجتنابی و اجرای تشریفات تکراری مانع از پردازش واقع‌بینانه محرک‌های اضطراب‌زا مثل: آلودگی، بی‌نظمی، نجسی و .... می‌شود. تکنیک‌های شناختی به شکل اختصاصی از طریق بررسی تحریفاتی که زیربنای این رفتارها هستند، به چالش با آنها می‌پردازد. درمانگر با تعیین تکالیفی که منجر به مواجهه اعضا با این محرّک‌ها ابتدا در سطح تجسمی و سپس در سطح واقعی به شکل تجربی برنامه‌ریزی می‌کند، چالش‌های شناختی را حمایت کرده و اینگونه است که تکنیک‌های مواجهه به شکل مؤثّری باعث تغییر علائم می‌شوند. این نتایج با نتایج پژوهش Thiel و همکاران همخوانی دارند (26).

این نتایج با نتایج پژوهش حاضر در زمینه کاهش علائم اختلال وسواس در نمرات پس‌آزمون پرسشنامه ییل براون (از 21/4 در پیش‌آزمون به 16/37 در پس‌آزمون) همسو می‌باشد. Thiel نیز در پژوهش خود که به اجرای مداخله مواجهه و جلوگیری از پاسخ تقویت‌شده با تکنیک‌های طرحواره درمانی بر روی بیماران مبتلا به وسواس پرداخت، نشان داد که تکنیک‌های تجربه‌گرایانه در طرحواره درمانی مثل: دو صندلی، گفتگوی طرحواره، بازنویسی تصاویر ذهنی منجر به کاهش مقاومت بیماران در اجرای دستورالعمل‌های درمانی و به دنبال آن کاهش نشانه‌های اختلال وسواس می‌شود. از نظر Thiel، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای بیمارانی طرح‌ریزی شده است که نمرات بالایی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دریافت نمی‌کنند. در بیمارانی که نمره طرحواره‌ها بالاست، روند مداخله مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شکست می‌انجامد و کمک‌گرفتن از تکنیک‌های تجربه‌گرایانه، روند درمان مواجهه را در این بیماران تسهیل می‌کند (26).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده از داده‌های پژوهش در مورد سبک‌های دلبستگی و ارتباط آن با علائم اختلال وسواس-جبری، به نظر می‌رسد که سبک‌های دلبستگی که تحت تأثیر تجارب اولیه ایجاد می‌شوند، در شکل‌گیری علائم اختلالات روانی از جمله وسواس نقش بازی می‌کنند و طرحواره درمانی از طریق کار با تجارب رشدی اولیه و به دنبال آن تأثیر بر سبک‌های دلبستگی می‌تواند باعث کاهش علائم وسواس شود.

تقدیر و تشکر

دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که ما را دراجرای این پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان و مرکز تحقیقات همراهی کردند ،کمال تشکر را داریم.

منابع:

1- Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadok´s synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Translated by: Pour Afkari N. 1st ed. Tehran: Shahre Ab; 2016. pp: 221. [Persian]

2- Nedelisky A. Steele M. Attachment to people and to object in obsessive-compulsive disorder: an exploratory Comparison of hoarders and non-hoarders. Attach Hum Dev. 2009; 11(4): 356-83.

3- Abramovitz JS, Lackey GR, Wheaton MG. Obsessive-compulsive disorder Symptom: The contribution of obsessional beliefs and experiental avoidance. J Anxiety Disord. 2009; 23(2): 160-6.

4- Salkovskis PM, Westbrook D. Behavior therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? Behav Res Ther. 1989; 27(2): 149-60.

5- Calamari JE, Wiegartz PS, Riemann BC, Cohen RJ, Greer A, Jacobi DM, et al. Obsessive-compulsive disorder subtype: an attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. Behav Res Ther. 2004; 42(6): 647-70.

6- Johnson SM, Valrrie EW. Attachment processes in couple and family therapy. Translated by: Bahrami F. Tehran: Jeihoon press; 2013. pp: 50-89. [Persian]

7- Holmes J. Attachment Theory: A biological basic for psychotherapy? Br J Psychiatry. 1993; 163: 430-8.

8- Shaker A, Homeyli N. A study of attachment styles and parental bonding in patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and depression. J Jahrom Univ Med Sci. 2009; 9(3): 20-6. [Persian]

9- Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El D. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. Psychol Psychother. 2012 Jun;85(2):163-78. Epub 2011 Jun 17.

10- Yarbo J, Mahaffey B, Abramowiz J, Kashdan TB. Recollections of parent-child relationships, attachment insecurity, and obsessive-compulsive beliefs. Pers Individ Dif. 2013; 54(3): 355-60.

11- Dadomo H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini AC, Panzen M. Schema therapy for emotional dysregulation: Theorical implication and clinical applications. Front Psychol. 2016; 7: 1987.

12- Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema Therapy: a practitioners guide. Translated by: Hamidepour H, Andoze Z. 3th ed. Tehran: Arjmand press; 2014. pp: 82-92. [Persian]

13- Narimani M, Maleki-Pirbazari N, Mikaeili M, Abolghasemi A. A comparison of the effectiveness of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy in reducing the obsessions and compulsions of patients. J Behav Sci Res. 2016; 14(4): 415-20. [Persian]

14- Besharat MA, Mohamadi Hasel K, nikfarjam M, Zabihzadeh A, Fallah MH. A comparison of attachment styles in individuals with depression, anxiety disorders and those without these disorders. J Devel Psychol. 2013; 9(35): 227-36. [Persian]

15- Bauer L. Getting control: Overcoming your obsessions and compulsions. Translated by: Mohamadi M. 2nd ed. Tehran: Roshd press; 2009. pp: 104-22. [Persian]

16- Dadfar M, Bolhari J, Malakuti K, Bayanzade SA. Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms. Iran J Psychiat Clin Psychol. 2001; 7(1-2): 27-33.

17- Esmaeili A, Darabi A. The determination of early maladaptive schemas prediction via attachment styles. J Appl Psychol Res. 2014; 5(2): 143-58. [Persian]

18- Rezvan S, Bahrami F, Abedi M, Maclead C, Dosst HT, Ghasemi V. A Preliminary study on the Effects of Attachment-based intervention on pediatric obsessive-compulsive Disorder. Int J Prev Med. 2013; 4(1): 78-87.

19- Khodayari Fard M, Sabzfroosh N, Ghobari Bonab B, Gholami Lavasani M. The Effectiveness of group conseling with Cognitive- Behavioral and Schema Therapy approaches on attachment styles. Quarterly Journal of Psychological

Studies. 2017; 13(1): 63-82. [Persian]

20- Lawson DM, Barnes AD, Madkins JP, Francois-Lamonte BM. Changes in male partner abuser attachment styles in group treatment. Psychother Theor Res Pract Train. 2006; 43(2): 232-7.

21- Wilhelmsson Castas M, Wiberg B, Brus O, Engstrom I, Kjellin L. Changes in attachment styles and interpersonal problems after different forms of psychotherapy [Phd dissertation]. Sweden: Orebro University; 2014.

22- Cyranowski JM, Andersen BL. Schemas, sexuality and romantic attachment. J Pers Soc Psychol. 1998; 74(5): 1364-79.

23- Voderholzer U, Schwartz C, Thiel N, Kuelz AK, Hartmann A, Scheidt CE, et al. A Comparison of Schemas. Schema modes and childhood troumas in obsessive-compulsive disorder chornic pain disorder and eating disorders. Psychopatology. 2014; 47(1): 24-31.

24- Plats H, Manson O, Tyson M. Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. Psychol Psychother. 2005; 78(Pt 4): 549-64.

25- Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schema as a cognitive link? Clin Psychol Psychother. 2010; 17(5): 374-85.

26- Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Hertenstein E, et al. Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: feasibility and efficacy. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2016; 52: 59-67.