



Comparing Early Maladaptive Schemas in the Women's suffering from Personality Disorders and Normal Women's

Elahe Shafaei, PhD Student

Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

*Seyed Hamid Atashpour, Ph.D

Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Abstract

The aim of this study was to compare early maladaptive schemas in women's suffering from personality disorders and normal women's in Isfahan. The research method was descriptive comparative causal. The statistical population of the study includes two groups; Women with borderline personality disorders were dramatic, obsessive, dependent, and avoidant, and normal women in year 2019. In this study, purposive non-probabilistic sampling method was used, in which 60 women aged 20 to 40 years with personality disorder referred to counseling centers in Isfahan and 60 healthy individuals were purposefully selected and answered the research questionnaires. The assessment tool included a questionnaire of early traumatic schemas (Young, 1998). Data were analyzed by multivariate analysis of variance. The results showed that there was a significant difference between primary traumatic schemas among women with borderline, dramatic, obsessive, dependent and avoidant personality disorders with normal women ($P < 0.01$). Thus, people with personality disorder had higher scores than normal people in the components of cut and rejection, autonomy and dysfunction, other directionality, inhibition and excessive rining and impaired constraints. Based on these results, it is necessary to pay attention to the psychological, social, emotional and family processes of people with personality disorder and to help their psychological health by using appropriate intervention methods such as schema therapy.

Keywords: primary traumatic schemas, borderline, dramatic, obsessive, dependent, avoidant personality disorders, women.

مقایسه طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه در زنان مبتلا به اختلالات شخصیت و زنان عادی

الهه شفايي

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

* سیدحمید آتش‌پور

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه در زنان مبتلا به اختلالات شخصیت و زنان عادی شهر اصفهان انجام گرفت. روش پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل دو گروه؛ زنان مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی و زنان بهنجار در سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد، به این صورت که ۶۰ نفر از زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به اختلالات شخصیت مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان و ۶۰ نفر از افراد سالم صورت هدفمند انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه (Young, 1998) بود. داده‌ها به روش تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه در بین زنان مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی با زنان عادی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). بدین صورت که افراد مبتلا به اختلالات شخصیت نسبت به افراد عادی، دارای نمرات بالاتر در مولفه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل بودند. بر اساس این نتایج، لازم است که به فرایندهای روان‌شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت توجه و با بکارگیری روش‌های مداخله‌ای مناسب همچون طرحواره درمانی، به سلامت روان‌شناختی آنان کمک شود.

کلید واژه‌ها: طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه، اختلالات شخصیت مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته، اجتنابی، زنان.

مقدمه

شامل اختلالات شخصیت مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته، و اجتنابی هستند. اختلال شخصیت مرزی با ناپایداری حالت عاطفی، خلق، رفتار، روابط ابژه‌ای و خودانگاره بی‌ثبات مشخص می‌شود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی می‌خواهند که به هر قیمتی در مرکز توجه باشند و برای رسیدن به این هدف از رفتارها و حرکات نامتعارف، هیجانی و غیرمنطقی استفاده می‌کنند. اختلال شخصیت وسواس جبری با کمال‌گرایی بیش از حد، دقت به تمام جزئیات و عدم انعطاف‌پذیری مشخص می‌شود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته به شدت به دیگران وابسته هستند و رفتارهای محتاج‌گونه و منفعلانه از خود نشان می‌دهند. و در آخرین مورد، افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی، دوری‌گزین هستند و رفتارهای مرتبط با پرهیز اجتماعی از خود نشان می‌دهند. آنها دائماً احساس بی‌کفایتی و بی‌لیاقتی می‌کنند و تمایل زیادی به برقراری ارتباط با دیگران ندارند (Ganji, 2013). سالانه هزینه‌های هنگفتی صرف درمان روان‌پزشکی این اختلالات و راه‌اندازی سرویس‌ها و سازمان‌های سلامت روانی برای بستری کردن افراد مبتلا به آنها می‌شود (Leibing & Leichenring, 2003). بر همین اساس، شناخت ویژگی‌ها و حالات روان‌شناختی، الگوی زندگی و عوامل ایجاد کننده این اختلالات در این افراد می‌تواند به درمانگران در جهت اتخاذ تدابیر درمانی و حمایتی مناسب کمک شایانی بنماید (Cogle, Hakes, & McDermott, 2020). زندگی در کنار افرادی که به اختلالات شخصیت دچار هستند، گاهاً سخت و دشوار است و پیچیدگی‌هایی که آنها در الگوی تفکر، هیجان و پاسخ‌دهی به رویدادهای پیرامونی از خود نشان می‌دهند، درمان آنها را با مشکلات زیادی مواجه می‌سازد (Barnicot, Gonzalez, & McCabe, 2016).

یکی از عواملی که به نظر می‌رسد در شکل‌گیری، تقویت و تثبیت اختلالات شخصیت دارای نقش باشد، وجود طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه (early maladaptive schema) است (Almousawi, 2016, Farrel & Bach, 2018, Khosravani, Mphammadzade, & Sharifi, bastan, 2019). طرحواره‌ها به عنوان

اختلالات شخصیت (Personality disorders)، الگوهای رفتاری پایداری هستند و در بسیاری از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی انعطاف‌ناپذیرند و از نظر بالینی منجر به نگرانی شدید یا آسیب جدی در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا دیگر زمینه‌های مهم می‌شوند. این اختلالات در صورت عدم درمان منجر به آشفتگی شخصیتی قابل‌ملاحظه‌ای در افراد مبتلا می‌شوند (Holmes, Neighbo, Tarrier, Hmschelwood, Bolsover, 2002, Wojciechowski, 2019). اختلالات شخصیت مجموعه‌ای بادوام از تجربه‌های درونی و رفتارهای هستند و با آنچه از فرهنگ و جامعه فرد انتظار می‌رود بسیار تفاوت دارد، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع شده است، در طول زمان ثبات دارد، و به رنج یا نابسامانی منجر می‌شود (Currie, Katz, & Yovel, 2017). طیف محدود تجارب و پاسخ‌های مبتلایان به این اختلالات منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی یا شغلی می‌گردد (Atmaca & Yildirim, Kaya, 2020). این اختلالات معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شوند، و در بعضی موارد نیز اختلال در دوران کودکی شروع می‌شوند، ولی انواع آن از نظر میزان فروپاشی فرد متفاوت است (Marco, Torrubia, Disney, 2013, Vega, Fornells-Soto, Rodriguez, Pallares, 2020). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (Psychological American Association) (2013) ده نوع اختلال شخصیت را تعریف کرده و آنها را در سه طبقه اصلی قرار داده است. طبقه اول با رفتار «عجیب و غریب» مشخص شده و مرکب از اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال است. طبقه دوم، که با رفتار «هیجانی و نمایشی» مشخص شده، مرکب از اختلالات شخصیت ضداجتماعی، نمایشی، مرزی و خودشیفته است. طبقه سوم که با رفتار «اضطرابی» مشخص می‌شود، شامل اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته، وسواسی/جبری است. بررسی اختلالات شخصیت نشان می‌دهد که علائم و نشانه‌های هر یک از این ده اختلال با یکدیگر هم‌پوشانی فراوان دارند. بنابراین، تمایز قائل شدن بین آنها دشوار است (Ganji, 2013). اختلالات شخصیت مورد بررسی در این پژوهش

طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، گوش به زنگی بیش از حد و دیگر جهت‌مندی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد (Mohammadamini, Najimi, Meftagh & Aboulghasemi, ۲۰۱۴). همچنین، نتایج پژوهش قادی پاشا، سرداری پور و خوش روش (۱۳۹۲) نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مجرمین مرد مبتلا به اختلالات شخصیت با سایر مجرمان در طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل فرمانبرداری، نقص و شرم، بی‌کفایتی، بزرگ منشی، اجتناب، خودگردانی و عملکرد مختل با یکدیگر تفاوت معناداری دارند (Ghadipasha, Khoshravesh & Sardaripour, ۲۰۱۳). در مطالعه‌ای جدیدتر، نتایج پژوهش منصوری، آتش پور و آقایی (۱۳۹۶) نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد (Aghayi & Atashpour, Mansouri, ۲۰۱۷). همچنین نتایج پژوهش‌ها در خارج از کشور نیز موید وجود این تفاوت‌ها در افراد عادی و افراد مبتلا به اختلال شخصیت هستند. نتایج پژوهش الموسوی (۲۰۱۶) و بیچ و فارل (۲۰۱۸) نشان داد است که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد (Almousawi, ۲۰۱۶, Farrel & Bach, ۲۰۱۸). حال با عطف توجه به وجود آسیب‌های روانشناختی، رفتاری، هیجانی، تعاملی و ارتباطی در زنان مبتلا به انواع اختلالات شخصیت و لزوم مقایسه این آسیب‌ها با ویژگی‌های روان‌شناختی و هیجانی زنان غیرمبتلا؛ و همچنین عدم انجام پژوهشی در جهت مقایسه طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه در زنان مبتلا اختلال شخصیت با زنان عادی، محققین بر آن شدند تا این مولفه‌ها را در بین دو گروه زنان مبتلا اختلال شخصیت و زنان عادی مورد مقایسه و آزمون قرار دهد. چنانکه با مشخص شدن تفاوت معنادار بین زنان مبتلا اختلال شخصیت و زنان عادی در مولفه طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه، می‌توان روش‌های درمانی مناسبی را برای بهبود این طرحواره‌ها بکار گرفت. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا بین طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه

ساختارهای شناختی برای گزینش، رمزگذاری و ارزیابی محرک‌هایی توصیف شده است که روی افراد تأثیر می‌گذارد. طرحواره‌ها در دوران کودکی رشد می‌کنند و به عنوان یک الگو برای پردازش تجارب کلی زندگی عمل می‌کنند (Zeynal & Uzer, ۲۰۲۰). از آنجایی که طرحواره‌ها نسبتاً ثابت هستند، به عنوان اطلاعات تاییدی دائماً در ذهن فرد جستجو می‌شوند و می‌توانند باعث آسیب‌پذیری فرد نسبت به آشفتگی‌های روان‌شناختی شوند. طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه می‌توانند از طریق تجارب آزارنده اولیه به وجود بیایند و در موقعیت‌های مشابه باعث برانگیخته شدن افراد شوند (Thimm, ۲۰۱۱, Orue, Padilla, 2014 & Calvete). محتوای هر طرحواره از طریق تجربه‌های زندگی فردی ساخته و پرداخته می‌شود، سازمان می‌یابد و در ادراک و ارزیابی اطلاعات جدید مورد استفاده قرار می‌گیرد. طرحواره‌ها از طریق پردازش اطلاعات بر رفتار تأثیر می‌گذارند و در جریان تفکر به تصمیم‌گیری کمک می‌کنند (Reece, Reid, Atkins, Patton, Damiano, 2015). در برخی، فرایندهای ذهنی ممکن است در نقش عاملی مقاوم در برابر تغییر عمل کنند و موجب کندی در فرایند تغییر الگوهای رفتاری شوند. طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه الگوی ثابت و درازمدتی هستند که در دوران کودکی به وجود آمده و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه می‌یابند. بنابراین طرحواره‌ها دانش افراد در مورد خودشان و جهان هستند و در نحوه تفسیر افراد از رویدادها تأثیر می‌گذارند. در نتیجه، طرحواره‌ها ضمن تسهیل کارکرد شناختی، می‌توانند موجب تداوم مشکلات روانی شوند. همچنین، طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه که موجب اختلالات هیجانی می‌شوند از طرحواره‌های افراد عادی انعطاف ناپذیرتر، خشک‌تر و عینی‌ترند (Calvete, ۲۰۱۴). مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آسیب‌پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی‌های روان‌شناختی و آسیب‌پذیری شخصیت ایجاد می‌نماید و افراد مبتلا به اختلالات شخصیت نسبت به افراد بهنجار دارای طرحواره‌های ناسازگار بیشتری هستند (Anderson, 2014 & Stuart, Shorey). پژوهش محمدمامینی، نجیمی، ابوالقاسمی و مفتاح (۱۳۹۳) نشان داد که بین

در زنان مبتلا اختلال شخصیت با زنان عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل دو گروه، زنان مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی و زنان بهنجار شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ تقسیم شدند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره تحت پوشش سازمان نظام روان‌شناسی و مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی، زنانی که توسط روان‌پزشک تشخیص یکی از اختلالات شخصیت (مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی) را دریافت کرده بودند و تحت درمان نبودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس جهت اطمینان از وجود اختلال شخصیت در نزد این زنان، یک متخصص (دکترای روان‌شناسی بالینی) با آنها مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fifth revised edition (DSM-V)) انجام داد. سپس از بین زنانی که مبتلا به اختلالات شخصیت (مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی) تشخیص داده شدند ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. تعداد ۳۰ نفر از همراهان گروه نمونه نیز که فاقد علائم و نشانه‌های اختلال شخصیت بوده و همگن با گروه نمونه بودند، انتخاب شدند. ملاک انتخاب این تعداد برای حجم نمونه مراجعه به منابع علمی مکتوب بود که تعداد ۳۰ نفر را برای هر گروه در پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای جهت تعمیم داده‌ها مکفی قلمداد کرده‌اند (Delavar, ۲۰۱۰). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ابتلا به یکی از اختلالات شخصیت (مرزی، نمایشی، وسواسی، وابسته و اجتنابی) با تشخیص روان‌پزشک و مصاحبه بالینی روان‌شناس، داشتن ۲۰ تا ۴۰ سال، برخورداری از سلامت جسمی و تمایل جهت شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل بروز مشکل جسمی خاص در طول انجام پژوهش، عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، تکمیل پرسشنامه‌های مخدوش و ناقص و عدم همکاری جهت شرکت در پژوهش

بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در فرایند اجرایی پژوهش کسب و از کلیه مراحل انجام پژوهش آگاه شدند. همچنین به این زنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. بررسی داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که زنان نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند که در این در گروه زنان مبتلا به اختلال شخصیت دامنه سنی ۲۷ تا ۳۰ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۱۷ نفر معادل ۲۸/۳۳ درصد). این در حالی بود که در گروه زنان غیرمبتلا دامنه سنی ۳۱ تا ۳۴ سال فراوانی بیشتری داشت (۱۹ نفر معادل ۳۱/۶۶ درصد). از طرفی زنان حاضر در هر دو گروه دارای سطح تحصیلات سیکل تا لیسانس بودند که در این بین در گروه زنان مبتلا به اختلال شخصیت سطح تحصیلات دیپلم (۲۱ نفر معادل ۳۵ درصد) و در گروه زنان غیرمبتلا سطح تحصیلات لیسانس (۲۵ نفر معادل ۴۱/۶۶ درصد) فراوانی بیشتری داشت.

ابزار سنجش

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Schema Early Questionnaire): پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ (Young) (۱۹۹۸) تدوین شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه مشتمل بر ۷۵ ماده است که ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه کلی می‌سنجد این پنج حوزه شامل حوزه بریدگی و طرد (۲۵ سؤال)، حوزه خودمختاری و عملکرد مختل (۲۰ سؤال)، حوزه دیگر جهت‌مندی (۱۰ سؤال)، حوزه بازداری و گوش به زنگی بیش از حد (۱۰ سؤال) و حوزه محدودیت‌های مختل (۱۰ سؤال) است. در این پرسشنامه نمره بالا نشان دهنده روان‌بندگی ناسازگار اولیه است. این ابزار خودتوصیفی دارای پاسخ‌های ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً غیرصحیح (۱) تا کاملاً صحیح (۶) درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه نمره کل ندارد و نمرات افراد در ۵ حوزه ذکر شده قابل محاسبه است (یانگ، ۱۹۹۸). در پژوهش والر، میرر و اوهانیان (Waller, Meyer, Ohanian) (۲۰۰۱) اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالا بود و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ دریک جمعیت غیربالینی به دست آمد. در ایران صدوقی و آگیلار وفایی (۱۳۸۷) به

توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری جهت بررسی معناداری تفاوت مولفه‌های پژوهش بین دو گروه استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 صورت پذیرفت.

منظور بررسی روایی و اعتبار فرم کوتاه مقیاس یانگ، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ و نمره کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آوردند (AghilarVafayi, Sadoghi, ۲۰۰۸). لازم به ذکر است در این پژوهش پایایی پرسشنامه فوق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پنج حوزه بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ محاسبه شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی و استنباطی حاصل از بررسی داده‌های پژوهش در جداول ۱ الی ۳ آورده شده اند.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها:

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار

جدول (۱): نتایج آمار توصیفی طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه در دو گروه زنان مبتلا به اختلال شخصیت و زنان غیرمبتلا

انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها		
۱۳/۷۶	۷۱/۸۰	زنان مبتلا به اختلال شخصیت	بریدگی و طرد	
۹/۲۷	۴/۷۸	زنان غیرمبتلا		
۸/۶۸	۵۳/۶۰	زنان مبتلا به اختلال شخصیت	خودمختاری و عملکرد	
۸/۰۳	۳۶/۵۰	زنان غیرمبتلا	مختل	
۶/۳۸	۳۶/۶۸	زنان مبتلا به اختلال شخصیت	دیگرجهت‌مندی	ابعاد طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه
۶/۶۹	۲۲/۲۱	زنان غیرمبتلا		
۸/۱۴	۳۵/۸۸	زنان مبتلا به اختلال شخصیت	بازداری و گوش به زنگی	
۸/۱۷	۲۳/۷۸	زنان غیرمبتلا	بیش از حد	
۷/۷۷	۳۳/۹۵	زنان مبتلا به اختلال شخصیت	محدودیت‌های مختل	
۸/۹۵	۲۶/۳۸	زنان غیرمبتلا		

برقرار است ($p > 0.05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن بیانگر عدم معناداری مقدار sig بود که نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای فوق رعایت شده است ($p > 0.05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس چندمتغیره، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل در دو گروه زنان مبتلا به اختلال شخصیت و زنان غیرمبتلا

جدول (۲): نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه در دو گروه زنان مبتلا به اختلال

شخصیت و زنان غیرمبتلا					
ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	
۰/۸۵	۸۹/۹۳	۵	۷۶	۰/۰۰۰۱	اثر پیلاپی
۰/۱۴	۸۹/۹۳	۵	۷۶	۰/۰۰۰۱	لامبدای ویلکز
۵/۹۱	۸۹/۹۳	۵	۷۶		اثر هتلینگ
۵/۹۱	۸۹/۹۳	۵	۷۶		بزرگترین ریشه روی

با معناداری آزمون واریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از ابعاد طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه (بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل) باشد. به بررسی تحلیل به واریانس تک‌متغیری پرداخته شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری جهت مقایسه طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه در دو گروه زنان مبتلا به اختلال شخصیت و

زنان غیرمبتلا							
منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر گروه	بریدگی و طرد	۱۳۵۹۹/۲۲	۱	۱۳۵۹۹/۲۲	۹۸/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵
	خودمختاری و عملکرد مختل	۶۸۹۶/۳۹	۱	۶۸۹۶/۳۹	۱۰۷/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷
	دیگرجهت‌مندی	۴۴۱۹/۵۶	۱	۴۴۱۹/۵۶	۱۱۷/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
	بازداری و گوش به زنگی بیش از حد	۳۴۲۵/۶۱	۱	۳۴۲۵/۶۱	۵۸/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
خطا	محدودیت‌های مختل	۱۹۵۱/۲۲	۱	۱۹۵۱/۲۲	۲۸/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶
	بریدگی و طرد	۱۱۰۲۳/۸۰	۸۰	۱۳۷/۷۹			
	خودمختاری و عملکرد مختل	۵۱۳۱/۱۲	۸۰	۶۴/۱۴			
	دیگرجهت‌مندی	۳۰۰۸/۸۳	۸۰	۳۷/۶۱			
کل	بازداری و گوش به زنگی بیش از حد	۴۶۸۵/۵۱	۸۰	۵۸/۵۷			
	محدودیت‌های مختل	۵۵۶۵/۹۰	۸۰	۶۹/۵۷			
	بریدگی و طرد	۲۸۷۶۳۲	۸۲				
	خودمختاری و عملکرد مختل	۱۶۷۹۷۶	۸۲				
	دیگرجهت‌مندی	۷۸۶۱۲	۸۲				
	بازداری و گوش به زنگی بیش از حد	۷۵۹۱۸	۸۲				
	محدودیت‌های مختل	۸۲۵۲۲	۸۲				

با توجه به نتایج جدول ۳ بین دو گروه زنان مبتلا به اختلال شخصیت و زنان غیرمبتلا در مولفه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل تفاوت معنادار وجود دارد. چنانکه نتایج یافته‌های توصیفی نیز نشان داد که گروه زنان مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به زنان غیرمبتلا، دارای نمرات بالاتر در مولفه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل هستند. همچنین با توجه به اندازه اثر میتوان گفت که به ترتیب ۵۵، ۵۷، ۵۹، ۴۲ و ۲۶ درصد تغییرات متغیرهای بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل توسط متغیر گروه‌بندی (ابتلا و یا عدم ابتلا به اختلال شخصیت) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه (بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل) در زنان مبتلا اختلال شخصیت با زنان بهنجار شهر اصفهان انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که بین ابعاد طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه (بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل) در بین زنان مبتلا به اختلال شخصیت با زنان عادی تفاوت معنادار وجود دارد. بدین صورت که زنان مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به زنان عادی، دارای نمرات بالاتر در مولفه‌های طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه (بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل) بودند. این یافته‌ها تا حدودی با نتایج پژوهش شوری و همکاران (۲۰۱۴)، الموسوی (۲۰۱۶)، بیچ و فارل (۲۰۱۸)، قادی پاشا و همکاران (۲۰۱۳)، محمدامینی و همکاران (۲۰۱۴) و منصور و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد (Shorey, et al, 2013; Ghadipash, et al, 2014; Almousavi, et al, 2014; Mohammadamini, Farrel & et al, 2017; Bach Mansouri, 2018).

پژوهشگران با بررسی نقش تجارب دردناک و آسیب‌زای گذشته در بروز و یا تداوم اختلالات شخصیت، گزارش کرده‌اند که تجارب دردناک و آسیب‌زای گذشته همچون طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه می‌تواند در بروز و یا تداوم اختلال شخصیت نقش ایفا نماید. در تبیین این یافته‌ها میتوان گفت؛ افراد مبتلا به اختلال شخصیت، برای این‌که دیگران آن‌ها را واقعاً یا به خیال خودش ترک نکنند، مستأصلانه تلاش می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، کوشش‌های بی‌وقفه‌ای را برای اجتناب از طرد و رهاشدگی واقعی یا خیالی انجام می‌دهند (Barnicot, 2016). بر این اساس افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، پردازش‌های شناختی ناکارآمدی را در راستای ترس از طرد شدن دارند که منجر به بالاتر رفتن طرحواره طرد در آنها می‌شود. وجود طرحواره طرد و ترس همیشگی مبنی بر از دست دادن دیگران و رانده شدن از سمت آنها، باعث می‌شود تا افراد مبتلا به اختلال شخصیت، در عملکرد فردی و اجتماعی نیز آسیب‌پذیر بوده و بر اساس آن دارای عملکرد مختل شوند که این فرایند سبب کسب نمرات بالاتر در این حوزه برای آنها می‌شود. در تبیین چرایی تفاوت معنادار در طرحواره دیگرجهت‌مندی در بین زنان مبتلا به اختلال شخصیت با زنان عادی می‌توان بیان داشته که افراد دارای اختلال شخصیت، زمانی که با یک موقعیت بحرانی و آسیب‌زا مواجه می‌شوند درگیری‌های ذهنی شدیدی پیدا می‌کنند که بر پاسخ‌های آن‌ها بر محیط تأثیر گذاشته و قدرت عملکرد مستقلانه آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Almousavi, 2016). بر این اساس طرحواره‌هایی ظاهر می‌شود که این زنان در روند زندگی روزمره خود و در تعاملاتشان با دیگران به‌گونه‌ای عمل می‌کنند که نشانگر عدم توانمندی آنها در عملکرد مستقلانه است. چرا که آنها بر این عقیده‌اند که در صورت عملکرد مستقلانه (و گاهاً همراه با خطا) تایید دیگران را از دست می‌دهند. این فرایند سبب می‌شود تا آنها در حوزه دیگرجهت‌مندی نسبت به زنان عادی نمره بالایی را به دست آورند. در تبیین چرایی وجود تفاوت معنادار بین زنان مبتلا به اختلال شخصیت و زنان عادی در طرحواره بازداری و گوش

با توجه به نتایج جدول ۳ بین دو گروه زنان مبتلا به اختلال شخصیت و زنان غیرمبتلا در مولفه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل تفاوت معنادار وجود دارد. چنانکه نتایج یافته‌های توصیفی نیز نشان داد که گروه زنان مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به زنان غیرمبتلا، دارای نمرات بالاتر در مولفه‌های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل هستند. همچنین با توجه به اندازه اثر میتوان گفت که به ترتیب ۵۵، ۵۷، ۵۹، ۴۲ و ۲۶ درصد تغییرات متغیرهای بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل توسط متغیر گروه‌بندی (ابتلا و یا عدم ابتلا به اختلال شخصیت) تبیین می‌شود.

منابع

- Almousawi, Z. (2016). Early maladaptive schemas in borderline personality disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 26(2), 751-755.
- Bach, B., Farrell, G.M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329.
- Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R., Priebe, S.(2016). Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 147-156.
- Calvete, E.(2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 37(4): 735-746.
- Cogle, J.R., McDermott, K.A., Hakes, J.K., Joyner, K.J. (2020). Personality disorders and social support in cannabis dependence: A comparison with alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, 265, 36-31.
- Currie, C.J., Katz, B.A., Yovel, I.(2017). Explicit and implicit shame aversion predict symptoms of avoidant and borderline personality disorders. *Journal of Research in Personality*, 71, 13-16.
- Damiano, R.D., Reece, J., Reid, S., Atkins, L., Patton, G.(2015). Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating Behaviors*, 16: 64-71.
- Delavar, A. (2010). *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*, Tehran: Editing Publishing.
- Disney, K.L.(2013). Dependent personality disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1184-1196.
- Ganji, H. (2013). *Psychopathology based on DSM-5*. Tehran: Arasbaran Publications.
- Ghadipasha, M., Sardaripour, M., Khoshrovesh, S. (2013). Comparison of Early maladaptive schemas in male offenders with personality disorders with other offenders, *Journal of Forensic Medicine*, 19,

به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل می‌توان این گونه بیان نمود که افراد مبتلا به اختلال شخصیت همچون اختلال شخصیت اجتنابی و وسواسی، الگوی فراگیر بازداری اجتماعی، احساس نابسندگی و حساسیت زیاد نسبت به ارزیابی منفی را نشان می‌دهند (Yovel & Currie, Katz, ۲۰۱۷). بر این اساس این افراد با دوری گزیدن از تعاملات اجتماعی، دارای قوانین و قواعدی محکمی بوده که سبب می‌شود آنها نسبت به ارزیابی‌های منفی محیطی، حساسیت و گوش به زنگی بالایی از خود نشان داده و بر این اساس، بازداری رفتاری و اجتماعی بیشتری را از خود نشان دهند. این فرایند در نیز به مرور زمان سبب ایجاد محدودیت‌های مختل در عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی این افراد می‌شود؛ طوری که این افراد فعالیت‌های اجتماعی مختل شده‌ای را از خود نشان می‌دهند.

بر این اساس این یافته‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روانشناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و همچنین مراکز درمانی زنان مبتلا به اختلال شخصیت، فرایندهای هیجانی و روان‌شناختی این زنان مورد بررسی دقیق و کامل قرار گرفته و سپس با بهره‌گیری از روش‌های مداخله‌ای روان‌شناختی مناسب همانند طرحواره درمانی، درمان ذهن‌آگاهی و درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد این بیماران مورد آموزش قرار گرفته تا خلاهای و نارساییهای هیجانی و روان‌شناختی آنان برطرف گردد. پژوهش کنونی، مانند هر پژوهش دیگر محدودیتهایی دارد که باید تعمیم یافته‌ها با توجه به این محدودیت‌ها صورت گیرد. اول اینکه روش نمونه‌گیری این پژوهش به علت شرایط خاص دسترسی به افراد مبتلا به اختلال شخصیت، غیرتصادفی هدفمند استفاده شد، و مورد دوم اینکه این پژوهش بر روی زنان دارای اختلال شخصیت و زنان بهنجار در شهر اصفهان انجام شد و باید در تعمیم یافته‌ها به دیگر شهرها و فرهنگها و همچنین مردان جانب احتیاط را رعایت نمود.

- Analysis of the Short Version of the Young Schema Questionnaire in the Iranian Non-Clinical Sample, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14 (2), 214-219.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2014). The relation between antisocial and borderline personality symptoms and early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of male substance users. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 341-351.
- Thimm, J.C. (2011). Incremental validity of maladaptive schemas over five-factor model facets in the prediction of personality disorder symptoms. *Personality and Individual Differences*, 50(6), 777-782.
- Vega, D., Torrubia, R., Marco-Pallarés, J., Soto, A., Rodriguez-Fornells, A. (2020). Metacognition of daily self-regulation processes and personality traits in borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 267, 243-250.
- Waller, G, Meyer, C. Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy Research*, 25(2):137-147.
- Wojciechowski, T. (2019). Borderline personality disorder symptoms and exposure to violence as risk factors for opioid use in adulthood. *Psychiatry Research*, 281, 112-117.
- Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Zeynel, Z., Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104-110.
- 2&3, 283-292.
- Holmes, J., Neighbor, R., Tarrier, N., Hmshelwood, R.D., Bolsover, N. (2002). All you need is cognitive behavior therapy? *British Medical Journal*, 32(49): 288- 295.
- Kaya, S., Yildirim, H., Atmaca, M. (2020). Reduced hippocampus and amygdala volumes in antisocial personality disorder. *Journal of Clinical Neuroscience*, 75, 199-203.
- Khosravani, V., Mohammadzadeh, A., Sharifi Bastan, F., Amirinezhad, A., Amini, M. (2019). Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 271, 351-359.
- Leichsenring F., Leibing E. (2003). The effectiveness of Psychodynamic therapy and cognitive-behavior therapy in the Treatment of Personality disorders: A meta analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7): 1223-1232.
- Mansouri, S., Atashpour, H., Aghayi, A. (2017). Comparison of early maladaptive schemas in individuals with borderline, bipolar, and normal personality disorders, *6th Congress of the Iranian Psychological Association*, Tehran.
- Mohammadamini, M., Najimi, A., Aboulghasemi, A., Meftagh, D. (2014). Comparison of Early maladaptive schemas in patients with avoidant personality disorder and normal individuals, *Journal of Behavioral Sciences Research*, 12, 1, 35, 58-66.
- Orue, I., Calvete, E., Padilla, P.(2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8): 1281-1291.
- Sadoughi, Z., Aguilar-Vafae, M. (2008). Factor