# مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و افراد بهنجار

مهدی محمد امینی [۱]، آرش نجیمی [۲]، عباس ابوالقاسمی [۳]، سید داود مفتاق [۴]

مقاله پژوهشی


## چکیده

**زمینه و هدف:** طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگوی اصلی بسیاری از اختلالات شخصیت هستند، مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت اجتنابی می تواند پشتوانه‌ای قوی برای آسیب‌شناسی روانی و طرح‌واره درمانی فراهم آورد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال اجتنابی و افراد بهنجار انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی، ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت اجتنابی و ۴۵ نفر از افراد بهنجار در شهر اردبیل مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌ی یانگ (Young Schema Questionnaire) و پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون (Millon Clinical Multiaxial Inventory) استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (Ver 17) و آزمون آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت اجتنابی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر آن تفاوت معنی‌داری در طرح‌واره‌های حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (P<۰/۰۰۱) و دیگر جهت‌مندی (P=۰/۰۰۷) در دوگروه مورد مطالعه دیده می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج به‌دست آمده طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی ناکارامد می‌باشند. با شناسایی طرح‌واره‌های فوق پیش از ابتلای فرد به اختلال‌های شخصیت اجتنابی و اندازه‌گیری شدت این طرح‌واره‌ها می‌توان راهبردهای مداخله‌ای مناسبی را در جهت کاهش این طرح‌واره به عمل آورد.


**واژه‌های کلیدی:** طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال شخصیت ، اختلال شخصیت اجتنابی

**ارجاع:** امینی محمدمهدی، نجیمی آرش، ابوالقاسمی عباس، مفتاق سید داود. **مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و افراد بهنجار**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۱): ۶۶-۵۸

دریافت مقاله:۱۳۹۱/۰۴/۰۲ پذیرش مقاله:۱۳۹۲/۰۵/۳۰

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران(نویسنده مسؤول)
Email: a_najimi@hlth.mui.ac.ir

۳- دانشیار،گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۴- مربی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.5.3 ]

## مقدمه

طرحواره‌ها عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته می‌باشند و پیکره‌ی نسبتاً منسجم و پایداری از دانشی را تشکیل می‌دهند که می‌تواند ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی را هدایت نمایند (۱). این عناصر شناختی در گزینش، رمزگردانی و ارزیابی محرک‌ها تأثیرگذار می‌باشند. بر پایه‌ی مجموعه‌ای از طرحواره‌ها، فرد قادر می‌گردد که موقعیت خویش را در رابطه با زمان و فضا تعیین نموده و تجارب را به گونه‌ای معنی‌دار، طبقه‌بندی و تفسیر نماید (۲). طرحواره‌ها در واکنش به زمینه‌های زیستی و تأثیرات محیطی به وجود آمده و شکل می‌گیرند. برای مثال، طرحواره‌های معینی در واکنش به روابط اولیه و آغازین کودک با اعضای خانواده شکل می‌گیرند (۳). براساس نظر Young در بعضی از افراد به خاطر تجارب منفی کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه ایجاد می شود که بر شیوه ی تفکر، احساسات و رفتار آن‌ها در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه‌های زندگی آنان تأثیر می‌گذارد (۴).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود تداوم بخش هستند و در برابر تغییر مقاومت می‌کنند. این طرحواره‌ها، در ابتدای زندگی به وجود آمده‌اند و اغلب پایه‌ی اصلی خودپنداره‌ی فرد و ادراک او از محیط محسوب می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه کار خود را به‌راحتی و از روی عادت انجام می‌دهند و هنگامی که با چالش روبرو می‌شوند، افراد به‌منظور حفظ صحت و درستی این طرحواره‌ها، اطلاعات را تحریف می‌نمایند (۵). تحقیقات نشان داده است که طرحواره‌ها در بیماران غیر بالینی با سوگیری‌های پردازش اطلاعات رابطه دارند. علاوه بر آن ارتباط بین اختلالات شخصیت و طرحواره‌های دارای سوگیری پردازش اطلاعات در بسیاری از مطالعات بیان شده است (۶).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناساز گار اولیه، آسیب‌پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی‌های روان‌شناختی و آسیب‌شناسی شخصیت ایجاد می‌نماید و افراد مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به افراد سالم دارای طرحواره‌های ناسازگار بیشتری می‌باشند (۷). Gilbert و همکاران بررسی طرحواره‌های ناسازگار را در بیماران دارای اختلال شخصیت ضروری ذکر می‌نماید (۸). Nordahl و همکاران، در مطالعه خود ضمن مقایسه طرحواره‌ها در مبتلایان به اختلالات محور یک و دو، نشان دادند که تفاوت دوگروه به ترتیب در طرحواره‌های وابستگی، انزوای اجتماعی، اطاعت، محرومیت هیجانی، نقص/ شرم، بدرفتاری/ بی‌اعتمادی، بازداری هیجانی، شکست، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، ایثار و معیارهای سرسختانه، معنی‌دار بوده است (۹).

براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ( DSM IV-TR) اختلالات شخصیت در سه گروه عمده دسته‌بندی می‌شوند. اختلالات شخصیت دسته ب شامل اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، خود شیفته و نمایشی است که با ویژگی پرشور و هیجانی بودن مشخص می‌شود (۱۰) در این میان اختلال شخصیت اجتنابی از اختلالات شخصیتی است که میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱ تا ۱۰ درصد گزارش شده است. اجتناب از فعالیت‌های شغلی مستلزم تماس‌های بین‌فردی قابل ملاحظه، روابط صمیمانه محدود، اشتغال ذهنی در مورد انتقاد قرار گرفتن و طرد شدن در موقعیت‌های اجتماعی از ویژگی‌های این اختلال است. هم‌چنین از نظر اجتماعی نالایق و فاقد جذابیت هستند و به دلیل ترس از انتقاد، عدم پذیرش یا طرد شدن، اجتناب می‌کنند (۱۱).

با توجه به این‌که طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوی اصلی بسیاری از اختلالات شخصیت هستند، و از آن‌جا که به نظر می‌رسد، مبتلایان به دسته ب اختلالات شخصیت نسبت به افراد سالم طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت اجتنابی می‌تواند یک پشتوانه‌ی قوی برای آسیب‌شناسی روانی و طرحواره درمانی فراهم آورد. چنان‌که Sempértegui و همکاران در بررسی مروری خود ضمن بیان تعداد محدود مطالعات انجام شده در بررسی تأثیر طرحواره‌ها بر اختلالات شخصیت، تمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به عنوان یک استراتژی مقرون به صرفه با پیامدهای مثبت اقتصادی در درمان اختلالات شخصیت ذکر می نماید (۱۲). بر این اساس مطالعه حاضر با هدف مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال اجتنابی و افراد بهنجار انجام شد.



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.5.3 ]

## مواد و روش‌ها

در مطالعه حاضر ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت اجتنابی و هم‌چنین ۴۵ آزمودنی بهنجار مورد مطالعه قرار گرفتند. به منظور انتخاب بیماران مورد مطالعه، نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده از میان ۲۵۰ بیمار مراجعه‌کننده به مراکز بالینی در شهر اردبیل انجام پذیرفت. این بیماران پیشتر بر اساس معیارهای DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994) مبتلا به اختلالات شخصیت اجتنابی تشخیص داده شده بودند. گروه بهنجار نیز از میان همراهان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و نیز همسان شده (بر اساس قرار گیری در گروه‌های سنی، جنس، وضعیت اقتصادی، تحصیلات) با گروه بیمار انتخاب شدند. معیار ورود افراد به مطالعه شامل تشخیص قطعی اختلال شخصیت اجتنابی بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختمند و پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون و هم‌چنین رضایت آگاهانه افراد به منظور شرکت در مطالعه بود. علاوه بر آن در صورتی که افراد منتخب دارای ضایعه‌ی مغزی، مصرف مواد یا وابستگی به مواد، بیماری‌های جسمانی یا سایکوتیک بودند از مطالعه خارج می‌شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در مطالعه حاضر شامل مصاحبه‌ی بالینی ساختمند، پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون و نسخه‌ی کوتاه فرم پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌ی یانگ بود. مصاحبه‌ی بالینی ساختمند به منظور تشخیص اختلالات محور یک در DSM_IV استفاده می‌شود که مصاحبه‌ای انعطاف‌ناپذیر است. بر اساس مطالعات انجام شده این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی و تشخیص از اعتبار مناسبی برخوردار است (۱۳).

پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون که نخستین بار در سال ۱۹۷۷ منتشر شد برای سومین بار تجدید نظر شده است (۱۴). این پرسش‌نامه دارای ۱۷۵ آیتم می‌باشد و برای اندازه‌گیری اختلالات شخصیتی و روان‌شناختی سنین نوجوانی و بالاتر طراحی و تدوین شده است. این پرسش‌نامه ۱۴ مقیاس در زمینه اختلال شخصیت و ۱۰ مقیاس مربوط به اختلالات بالینی روان‌شناختی دارد که در این پژوهش از مقیاس اختلالات شخصیت اجتنابی استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین ضریب پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه بعد از یک ماه و یک سال به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۶۹ به‌دست آمده است (۱۴). در مطالعه شریفی و همکاران این ابزار به عنوان یک آزمون معتبر شناخته شده است که می‌توان از آن برای تشخیص اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی استفاده کرد ضمن آن‌که توان تشخیص آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ ذکر شده است (۱۵).

نسخه‌ی کوتاه فرم پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌ی یانگ دارای ۷۵ ماده می‌باشد که ۱۵ طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. در این پرسش‌نامه هر ۵ سؤال یک طرح‌واره را مورد سنجش قرار می‌دهد. این طرح‌واره‌ها عبارتند از :۱- محرومیت هیجانی ۲- طرد- رهاشدگی ۳- بی اعتمادی- بدرفتاری ۴- انزوای اجتماعی ۵- نقص- شرم ۶- شکست ۷- وابستگی – بی‌کفایتی ۸- آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۹- گرفتاری- در دام افتادگی ۱۰- اطاعت ۱۱- ایثار ۱۲- بازداری هیجانی ۱۳- معیارهای سرسختانه– عیب‌جویی ۱۴- استحقاق ۱۵- خویشتن‌داری – خودانضباطی ناکافی. شش گزینه در هر ماده وجود دارد و بر اساس مقیاس ۱-۶ (۱=کاملاً نادرست، ۲= نادرست، ۳= تاحدودی نادرست، ۴= تاحدودی درست، ۵= درست، ۶ کاملاً نادرست) نمره‌گذاری شده است. نمره‌ی بالا در یک خرده مقیاس معین احتمال وجود یک طرح‌واره‌ی ناسازگار در آن فرد می‌باشد. علاوه بر آن ۱۵ طرح‌واره ذکر شده در درون ۵ حوزه مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری) قرار می‌گیرند. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۹۶گزارش شده است (۱۶). آهی و همکاران نیز ضمن تأیید روایی، اعتبار سازه مناسبی را در خصوص پرسش‌نامه یانگ گزارش نموده است (۱۷).در مطالعه ذوالفقاری و همکاران ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۴ و برای حوزه بریدگی و طرد ۰/۹۱، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۰، محدودیت‌های مختل ۰/۷۳، دیگر جهت‌مندی ۰/۶۷ و برای حوزه گوش به زنگی بیش



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.5.3 ]

از حد و بازداری ۰/۷۸ ذکر شده است (۱۸). در مطالعه حاضر ضریب همسانی درونی برای این پرسش‌نامه به وسیله آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/ ۹۰ به‌دست آمد.

مشارکت کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش داوطلبانه و با رضایت آگاهانه بود. تکمیل پرسش‌نامه‌های طرحواره یانگ توسط افراد و برای هر فرد در یک جلسه انجام پذیرفت. در این مطالعه داده‌ها با نرم افزار SPSS 17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با تصحیح بنفرونی به منظور مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و افراد بهنجار استفاده گردید. برای همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری $\alpha$ =۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

## یافته‌ها

به ترتیب ۵۱/۱ و ۵۲/۱ درصد از افراد مورد مطالعه را در بیماران اجتنابی و افراد بهنجار مردان تشکیل می‌دادند. نتایج نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر سن، جنس، وضعیت اقتصادی، تأهل و تحصیلات وجود نداشت (P>۰/۰۵) (جدول ۱). مقایسه میانگین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و افراد بهنجار نشان می‌دهد که میانگین طرحواره‌های رهاشدگی (P=۰/۰۰۱)، بی‌اعتمادی- بدرفتاری، انزوای اجتماعی - بیگانگی، نقص- شرم، محرومیت هیجانی، شکست، وابستگی- بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی، خویشتن‌داری- خود انضباطی ناکافی و استحقاق (P<۰/۰۰۱) به صورت معنی‌داری در گروه دارای اختلال شخصیت اجتنابی بیشتر از افراد بهنجار می‌باشد این درحالی است که در طرحواره ایثار افراد بهنجار دارای میانگین بالاتری می‌باشند (P<۰/۰۰۱) علاوه بر آن اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه در میانگین طرحواره معیارهای سرسختانه دیده نمی‌شود (P=۰/۳۳) (جدول ۲).

مقایسه میانگین حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری را در میانگین حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (P<۰/۰۰۱ برای همه) و دیگر جهت‌مندی (P=۰/۰۰۷) نشان می‌دهد (جدول ۳).

**جدول ۱. متغیرهای دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه**

| متغیر | | اجتنابی | | بهنجار | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| جنس | مرد | ۲۳ | ۵۱/۱ | ۲۳ | ۵۲/۱ |
| | زن | ۲۲ | ۴۸/۹ | ۲۲ | ۴۷/۹ |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۳۰ | ۶۷/۵ | ۳۲ | ۷۱/۱۱ |
| | متاهل | ۱۵ | ۳۲/۵ | ۱۳ | ۲۸/۸۹ |
| وضعیت اقتصادی | پایین | ۱۳ | ۲۸/۸۸ | ۱۲ | ۲۷/۱ |
| | متوسط | ۲۵ | ۵۵/۵۵ | ۲۶ | ۶۰/۴ |
| | بالا | ۷ | ۱۵/۵۷ | ۷ | ۱۲/۵ |
| وضعیت تحصیلات | دیپلم و پایین تر | ۱۷ | ۳۷/۷۸ | ۱۶ | ۳۵/۵۶ |
| | فوق دیپلم و لیسانس | ۲۰ | ۴۴/۴۴ | ۲۰ | ۴۴/۴۴ |
| | بالاتر از لیسانس | ۸ | ۱۷/۷۸ | ۹ | ۲۰ |

[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.5.3 ]

**جدول ۲.** مقایسه میانگین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و افراد بهنجار

| متغیر | اجتنابی (n=45) میانگین (انحراف معیار) | بهنجار (n=45) میانگین (انحراف معیار) | اختلاف میانگین | ED–GW 95% CI | P-Value |
|---|---|---|---|---|---|
| رهاشدگی | ۱۷/۷۷(۴/۳۱) | ۱۴/۱۳(۵/۷۴) | ۳/۶۴ | ۱/۵۲ - ۵/۷۶ | ۰/۰۰۱† |
| بی‌اعتمادی/ بدرفتاری | ۱۷/۷۵(۴/۵۸) | ۱۲/۶۰(۵/۳۴) | ۵/۱۴ | ۳/۰۷ - ۷/۲۲ | <۰/۰۰۱* |
| انزوای اجتماعی/بیگانگی | ۲۸/۲۶(۱/۲۱) | ۱۱/۶۹(۶/۱۰) | ۱۶/۵۷ | ۱۴/۷۲ - ۱۸/۴۱ | <۰/۰۰۱* |
| نقص/شرم | ۲۹/۵۷(۱/۱۱) | ۱۰/۷۳(۶/۲۷) | ۱۸/۸۳ | ۱۶/۹۵ - ۲۰/۷۲ | <۰/۰۰۱* |
| محرومیت هیجانی | ۲۸/۶۲(۱/۳۳) | ۱۳/۹۷(۶/۵۸) | ۱۴/۶۴ | ۱۲/۶۵ - ۱۶/۶۳ | <۰/۰۰۱* |
| شکست | ۱۷/۸۲(۵/۱۸) | ۱۰/۹۳(۶/۴۶) | ۶/۸۸ | ۴/۴۴ - ۹/۳۳ | <۰/۰۰۱* |
| وابستگی/بی کفایتی | ۱۵/۴۶(۵/۰۶) | ۹/۷۳(۴/۶۰) | ۵/۷۲ | ۳/۷۱ - ۷/۷۴ | <۰/۰۰۱* |
| آسیب‌پذیری در برابر ضرر یا بیماری | ۱۶/۰۴(۵/۳۶) | ۱۰/۱۹(۵/۴۶) | ۵/۸۴ | ۳/۵۹ - ۸/۱۱ | <۰/۰۰۱* |
| گرفتار | ۱۶/۷۱(۵/۴۷) | ۱۲/۰۴(۵/۵۱) | ۴/۶۶ | ۲/۳۷ - ۶/۹۵ | <۰/۰۰۱* |
| اطاعت | ۲۱/۶۶(۲/۶۴) | ۱۰/۹۷(۵/۲۹) | ۱۰/۶۸ | ۸/۹۳ - ۱۲/۴۳ | <۰/۰۰۱* |
| ایثار | ۹/۶۸(۱/۵۳) | ۱۶/۷۱(۵/۶۴) | -۷/۰۲ | -۸/۷۵ - -۵/۲۹ | <۰/۰۰۱* |
| معیارهای سرسختانه | ۱۸/۴۶(۳/۶۵) | ۱۷/۴۳(۶/۱۹) | ۱/۰۳ | -۱/۰۹ - ۳/۱۵ | ۰/۳۳ |
| بازداری هیجانی | ۲۷/۳۱(۲/۱۰) | ۱۳/۳۶(۵/۲۹) | ۱۳/۹۴ | ۱۲/۲۵ - ۱۵/۶۲ | <۰/۰۰۱* |
| خویشتن‌داری/ خود انضباطی ناکافی | ۱۷/۰۶(۳/۸۳) | ۱۳/۲۸(۵/۱۱) | ۳/۷۸ | ۱/۸۹ - ۵/۶۷ | <۰/۰۰۱* |
| استحقاق | ۲۲/۴۶(۳/۱۸) | ۱۶/۰۰(۵/۹۲) | ۶/۴۶ | ۴/۴۷ - ۸/۴۵ | <۰/۰۰۱* |

† معناداری در سطح ۰/۰۱>

*معناداری در سطح ۰/۰۰۱>

**جدول ۳.** مقایسه میانگین حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و افراد بهنجار

| متغیر | اجتنابی (n=45) میانگین (انحراف معیار) | بهنجار (n=45) میانگین (انحراف معیار) | اختلاف میانگین | ED–GW 95% CI | P-Value |
|---|---|---|---|---|---|
| بریدگی و طرد | ۱۲۲/۰۱(۷/۲) | ۶۳/۱۵(۲۱/۷۹) | ۵۸/۸۴ | ۵۲/۰۵ - ۶۵/۶۴ | <۰/۰۰۱* |
| خودگردانی و عملکرد مختل | ۶۶/۰۴(۱۱/۲۶) | ۴۲/۹۱(۱۸/۳۷) | ۲۳/۱۳ | ۱۶/۷۶ - ۲۶/۴۹ | <۰/۰۰۱* |
| محدودیت‌های مختل | ۳۹/۵۳(۵/۵۹) | ۲۹/۲۸(۸/۹۹) | ۱۰/۲۵ | ۷/۱۲ - ۱۳/۳۷ | <۰/۰۰۱* |
| دیگر جهت‌مندی | ۳۱/۳۵(۳/۵۲) | ۲۷/۶۹(۸/۰۹) | ۳/۶۵ | ۱/۰۴ - ۶/۲۷ | ۰/۰۰۷† |
| گوش به زنگی بیش از حد و بازداری | ۴۵/۷۷(۴/۰۸) | ۳۰/۸۰(۹/۴۰) | ۱۴/۹۷ | ۱۱/۹۴ - ۱۸/۰۱ | <۰/۰۰۱* |

† معناداری در سطح ۰/۰۱>

*معناداری در سطح ۰/۰۰۱>



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.5.3 ]

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی و بهنجار در طرحواره‌ی بریدگی و طرد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی از افراد بهنجار بیشتر می‌باشد. مطالعات McGinn (۱۹) و Soygüt و همکاران (۲۰) نیز ارتباط طرحواره‌های ناسازگار حوزه‌بریدگی و طرد را با نشانه‌های اختلال شخصیت اجتنابی را ذکر نموده‌اند. یکی از ویژگی‌های خانواده‌های بیمارانی که در آن‌ها، این طرحواره غالب است، بی‌ثبات بودن آن‌ها است (۱۴)، به نظر می‌رسد بی‌ثباتی در خانواده بیماران سبب می‌شود که بی‌ثباتی در خلق و رفتار بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی به ویژگی بارز آنان تبدیل گردد به‌طوری که این بیماران، منزوی شده و از ارتباط با دیگران پرهیز می‌کنند، در صورتی که این امر در افراد بهنجار دیده نمی‌شود. بیماران اجتنابی در موقعیت‌های بین‌فردی بسیار حساسند و از ارتباط‌های بین‌فردی اجتناب می‌کنند و در خصوص این‌که دیگران چه افکاری در مورد آن‌ها دارند دارای اشتغال ذهنی دایمی می‌باشند (۱۱). با توجه به این ویژگی‌ها می‌توان گفت که غالب بودن طرحواره بریدگی و طرد در این بیماران طبیعی به نظر می‌رسد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر در حیطه خودگردانی و عملکرد مختل، میانگین نمرات بیماران اجتنابی از افراد بهنجار بیشتر می‌باشد. بیمارانی که طرحواره‌هایشان در حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد از خود و محیط اطراف خود انتظاراتی دارند که در توانایی آن‌ها برای تفکیک خود از نماد والدین و دستیابی به عملکرد مستقلا نه، مانع ایجاد می‌کند. به‌نظر می‌رسد حمایت بیش از اندازه از فرزندان در خانواده‌های بیمارانی که این طرحواره در آن‌ها غالب است منجر به کاهش اعتماد به نفس شده و در خودگردانی افراد اختلال ایجاد می شود (۲۲-۲۱) . در نتیجه این بیماران نمی‌توانند هویت مستقلی در مورد خودشان به‌دست آورند که این امر می‌تواند توضیحی در جهت اختلاف این طرحواره بین دو گروه مورد مطالعه باشد. اعتماد به نفس پایین بیماران اجتنابی سبب می‌شود در بسیاری از مواقع برای تصمیم‌گیری‌ها به دیگران وابسته باشند اما این بیماران از این امر که مورد بی‌توجهی و مسخره شدن قرار بگیرند، می‌ترسند و از روابط بین‌فردی پرهیز می‌کنند (۲۳) ویژگی‌های مذکور در بیماران اجتنابی می‌تواند دلیلی برای غالب‌بودن طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل در این بیماران باشد.

بر اساس نتایج در طرحواره‌های ناسازگار حوزه ی محدودیت‌های مختل میانگین نمرات بیماران اجتنابی به صورت معنی‌داری بیشتر از افراد بهنجار می‌باشد. همسو با مطالعه حاضر مطالعات Nordahl (۹) و Clum و همکاران (۲۲) ارتباط معنی‌داری را بین نشانه‌های اختلال شخصیت اجتنابی و طرحواره‌های ناسازگار حوزه‌ی محدودیت‌های مختل گزارش نموده‌اند. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که این امر تا حدودی می‌تواند ناشی از حمایت‌های افراطی و تفریطی خانواده‌های این بیماران باشد به صورتی که بیان شده است یکی از ویژگی‌های خانواده‌هایی که این طرحواره در آن‌ها غالب است، این است که آن‌ها در رعایت نمودن حقوق دیگران و خود با مشکل مواجه هستند. علاوه بر آن بیماران اجتنابی نیز به دلیل منزوی بودن و عدم علاقه به ارتباط با دیگران باعث ناراحتی خود و دیگران می‌شوند این در حالی که در افراد بهنجار این موارد دیده نمی‌شود. محیطی که بیماران اجتنابی در آن بزرگ شده‌اند محیطی همراه با روابط بین‌فردی ضعیف بوده است و والدین این بیماران نیز اغلب اجتنابی بوده و از این جهت الگویی برای کودک خود ایجاد نموده‌اند، در نتیجه این بیماران دچار محدودیت در روابط بین‌فردی شده‌اند (۱۱). با توجه به ویژگی‌های مذکور در بیماران اجتنابی غالب بودن طرحواره محدودیت‌های مختل طبیعی به نظر می‌رسد.

McGinn و همکاران همسو با مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری در حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی بیماران اجتنابی و افراد بهنجار گزارش نموده‌اند (۱۹). بیمارانی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد، به جای رسیدگی به نیازهای خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند. آن‌ها این کار را برای دستیابی به تأیید، تداوم رابطه هیجانی یا اجتناب از انتقام انجام می‌دهند (۲۳). در تبیین این یافته باید گفت، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی، در تصمیم‌گیری‌ها دچار مشکل هستند و خواهان یاری



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.5.3 ]

دیگران هستند، از این جهت دیگر جهت‌مندی بیماران اجتنابی بیشتر می‌باشد. این در حالی است که افراد بهنجار در مقابل مشکلات و تصمیم‌های زندگی به‌طور معقول و منطقی بر خورد می‌کنند (۲۲). در بیماران اجتنابی تردیدهایی مربوط به شایستگی اجتماعی و جاذبه‌ی شخصی به ویژه در موقعیت‌هایی آشکار می‌شوند، که مستلزم تعامل با افراد غریبه می‌باشد. این احساس‌ها منجر به خود کمتربینی در این بیماران می‌شود که طی آن به دیگران احساس وابستگی شدید می‌کنند. ویژگی‌های مذکور در مورد بیماران اجتنابی گویای وجود طرح‌واره‌ی دیگر جهت‌مندی در این بیماران است.

نتایج تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات طرح‌واره‌های حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در بیماران اجتنابی و افراد بهنجار نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد بیمارانی که این طرح‌واره در آن‌ها غالب است، در دوران کودکی یاد گرفته‌اند که همیشه گوش به زنگ باشند و در مورد حوادث زندگی سختگیرانه عمل کنند. از سوی دیگر بیماران اجتنابی به دلیل ترس از مورد انتقاد واقع شدن، همیشه گوش به زنگ اوضاع می‌باشند در حالی که افراد بهنجار این‌گونه نیستند (۱۴). Soygüt و همکاران(۲۰) و Harris و همکاران (۲۴) نیز میانگین نمره بالاتر طرح‌واره‌های حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در بیماران اجتنابی نسبت به افراد بهنجار ذکر نموده‌اند. بیماران اجتنابی در خطر کردن و درگیر شدن در فعالیت‌های تازه هراسان هستند زیرا ممکن است باعث شرمساری آن‌ها شود. چنین شخصیت‌هایی ممکن است با احتیاط صحبت کنند و از بیان احساسات خصوصی‌شان خودداری کنند (۲۳). این ویژگی‌ها می‌تواند تبیین‌کننده‌ی غالب بودن طرح‌واره گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در بیماران اجتنابی باشد.

همانند سایر مطالعات مطالعه حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. مقطعی بودن مطالعه، تعداد محدود افراد شرکت‌کننده در مطالعه، روش خود گزارش‌دهی از مواردی می‌باشد که احتیاط بیشتر در نتیجه‌گیری از نتایج را طلب می‌نماید. در نهایت نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که طرح‌واره‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی،گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در بیماران اجتنابی غالب می‌باشد. این یافته‌ها در برگیرنده‌ی این پیام تلویحی است که با شناسایی طرح‌واره‌های فوق پیش از ابتلای فرد به اختلال‌های شخصیت اجتنابی و اندازه‌گیری شدت این طرح‌واره‌ها و هم‌چنین مشخص کردن الگوی طرح‌واره در بین این گروه می‌توان راهبردهای مداخله‌ای مناسبی را در جهت کاهش این طرح‌واره‌ها به عمل آورد.

این دست نوشته حاصل استخراج نتایج پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی به شماره ۱۱/۴/۹۸۸ مصوب در دانشگاه اردبیل می باشد.

## References


1. Kriston L, Schäfer J, von Wolff A, Härter M, Hölzel LP. The Latent Factor Structure of Young's Early Maladaptive Schemas: Are Schemas Organized Into Domains? J Clin Psychol 2012; 68(6): 684-98.
2. Hawke LD, Provencher MD, Arntz A. Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. J Affect Disord 2011; 133(3): 428-36.
3. Ball S, Cecero J. Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. Journal of Personality Disorders 2001; 15(1): 72-83.
4. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev.ed.). Sarasota,FL: Professional Resources Press; 1999.
5. Nordahl HM, Nysæter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2005; 36(3): 254–64.
6. Hawke LD, Provencher MD. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. J Affect Disord 2012; 136(3): 803-11.
7. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-clinical Comparison Group. Clin Psychol Psychother 2014; 21(1): 21–8.




[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.5.3 ]

8. Gilbert F, Daffern M. The association between early maladaptive schema and personality disorder traits in an offender population. Psychology, Crime & Law 2013; 19:10: 933-46.
9. Nordahl HM, Holth H, Haugum JA. Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? Clin Psychol Psychother 2005; 12: 142-9.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. revised. Washington: DC; 2000.
11. Sanislow CA, da Cruz K, Gianoli MO, Reagan ER. Avoidant Personality Disorder, Traits, and Type. The Oxford Handbook for Personality Disorders. Ed. T A. Widiger, New York: Oxford University Press; 2012: 549-65.
12. Sempértegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MHJ. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. Clinical Psychology Review 2013; 33(3): 426-47.
13. Kotov R, Chang SW, Fochtmann LJ, Mojtabai R, Carlson GA, Sedler MJ, et al. Schizophrenia in the Internalizing-Externalizing Framework: A Third Dimension? Schizophr Bull 2011; 37(6): 1168-78.
14. Hesse M, Guldager S, Holm Linneberg I. Convergent validity of MCMI-III clinical syndrome scales. Br J Clin Psychol 2012 ;51(2): 172-84.
15. Sharifi AA, Molavi H, Namdari K. Validity of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. Knowledge & Research in Applied Psychology 2007; 34: 27-38. [In Persian].
16. Young JE, Brown G. Young Schema Questionnaire. New York: Cognitive Therapy Center of New York; 1998.
17. Ahi Gh, Mohammadi-Far MA, Besharat MA. Reliability and Validity of Young's Schema Questionnaire-Short Form. Psychology & Educational science 2007; 36(3): 5-20. [In Persian].
18. Zolfaghari M, Fatehi Zadeh M, Abedi MR. Determining Relationships Between Early Maladaptive Schemas and Marital Intimacy Among Mobarakeh Steel Complex Personnel. Journal of Family Research 2008; 4(3): 247-61. [In Persian].
19. McGinn LK, Cukor D, Sanderson WC. The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? CognitTher Res, 29(2):219-42.
20. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Cakir Z. [Assessment of early maladaptive schemas: a psychometric study of the Turkish young schema questionnaire-short form-3]. Turk Psikiyatri Derg 2009; 20(1): 75-84.
21. Kellogg SH, Young JE.Schema therapy for borderline personality disorder. J Clin Psychol 2006; 62(4): 445-58.
22. Clum GA, Cooper LD, Scarpa A. Psychosocial Factors, Maladaptive Cognitive Schemas, and Depression in Young Adults: An Integration Banu Cankaya. Master [MsC Thesis]. Virginia :The Faculty of Virginia Polytechnic Institute, Blacksburg, Virginia; 2002.
23. Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. Journal of Personality Disorders. 2004;18(5): 467-78.
24. Harris AE, Curtin L. Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Yong Adults. Cog Therapy Res 2002; 26(3): 405-16.

[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.5.3 ]

# A comparison on early maladaptive schemas in avoidant personality disorders paintes & normale individuals

Mehdi Mohammad Amini [1], Arash Najimi [2], Abbas Abolghasemi [3], Sayyed Davood Meftagh [4]

**Original Article**

**Abstract**

**Aim and Background:** Primary maladaptive schemas are main pattern of many personality disorders, comparison of primary maladaptive schemas can prepare a strong credit for schematherapy. The purpose of the present study was to determine the dominant schemas and comparison of early maladaptive schemas in avoidant personality disorders patients and normal individuals.

**Methods and Materials:** In this cross sectional study, 90 avoidant personality disorders patients & normal individuals have been chosen (45 in each group). Collecting information tool was the short form of the Young Schema Questionnaire and Millon Clinical Multiaxial Inventory. After collecting information, data were analyzed using multivariate analysis of variance.

**Findings:** Our findings indicated that there was a significant difference between early maladaptive schemas in avoidant personality disorders patients and normal individuals. Also, The avoidant personality disorders group had significantly higher scores on most maladaptive schemas with the Disconnection and Rejection, Impaired Autonomy, Impaired Limits, Over-Vigilance ($P<0.001$) and Other- Directedness ($P=0.007$) as compared to the control group.

**Conclusions**: This study showed that the early maladaptive schemas are inefficient on the avoidant personality disorders patients. With the identification early maladaptive schemas before getting an avoidant personality disorder and Measurement of the schemas, can be done an appropriate intervention strategies to reduce the scheme.

**Keywords:** Early Maladaptive Schema, Personality Disorders, Avoidant Personality

**Citation**: Amini MM, Najimi A, Abolghasemi A, Meftagh D . **A comparison on early maladaptive schemas in avoidant personality disorders paintes & normale individuals**. J Res Behave Sci 2014; 12(1): 58-66

Received: 22.06.2012 Accepted: 21.08.2013

1- MSc, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

2- PhD Student, Department of Health Education & Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: a_najimi@hlth.mui.ac.ir

3- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

4- Lecturer, Department of Psychology, Payam-e Noor University, Iran

[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.5.3 ]