

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلالات شخصیت و سربازان سالم

*راضیه لطفی^۱، دکتر وحید دنیوی^۲، دکتر زهره خسروی^۳

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۶/۵/۲

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۶/۳/۸

تاریخ اعلام وصول: ۸۵/۷/۱۱

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش‌های انجام شده در محیط‌های نظامی نشان داده که در میان سربازان وظیفه مشکل‌زاترین اختلالات روانی مربوط به اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی است چرا که اختلال شخصیت مرزی احتمال خود زنی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی احتمال هرج و مرج را در یگان افزایش می‌دهد. لذا با توجه به اهمیت و نقش طرحواره‌ها در اختلالات شخصیت هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلالات شخصیت و افراد سالم می‌باشد.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی ۵۰ بیمار به صورت نمونه در دسترس از بیمارستان ۵۰۶ ارتش با تشخیص اختلالات شخصیت دسته ب پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF) را پر نمودند. سپس در مورد ۶۰ سرباز که به روش تصادفی ساده از اداره بهداشت و درمان نزاجا انتخاب شده بودند و براساس پرسشنامه GHQ (سلامت عمومی) سالم تشخیص داده شده بودند نیز پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ اجرا شد. داده‌ها بر اساس آزمون t مستقل و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: براساس نتایج آزمون t مستقل بین این دو گروه، گروه بیمار به استثناء طرحواره‌های ره‌اشدگی / طرد ($P < 0/086$)، اینتر ($P < 0/32$) و معیارهای نامتعطف ($P < 0/307$) در سایر طرحواره‌های ناسازگار مطرح در این پرسشنامه نسبت به گروه سالم تفاوت معنادار نشان داد.

نتیجه‌گیری: طرحواره‌های ناسازگار اولیه گوناگون آسیب‌پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی‌های روان‌شناختی و آسیب‌شناسی شخصیتی ایجاد می‌کنند. براساس نتایج این پژوهش مبتلایان به دسته ب اختلالات شخصیت نسبت به افراد سالم طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند.

کلمات کلیدی: اختلالات شخصیت دسته ب، سلامت روانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مقدمه

زیان مالی و جانی فراوانی را فراهم آورد. از سوی دیگر در میان اختلالات شخصیت اختلال شخصیت مرزی به همراه اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیشترین شیوع را در بین کارکنان وظیفه دارند. (۱) براساس DSM IV-TR اختلالات شخصیت در سه گروه عمده دسته بندی می‌شوند. در این میان اختلالات شخصیت دسته

سلامت روانی از اهمیت ویژه‌ای بخصوص در مکانهای جمعی برخوردار است. از جمله این مکانها، پادگانهای نظامی است. وجود فردی که گرفتار پریشانی روانی است می‌تواند عمدی یا غیرعمد محیط خدمتی را به ویرانی بکشاند و موجبات ضرر و

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی گروه روان‌شناسی مرکز آموزشی - درمانی ۵۰۶ (*نویسنده مسؤل)
تلفن: ۰۳۵۳-۴۲۲۲۹۸۵ - ۰۹۱۳۲۵۳۳۴۳۷ آدرس الکترونیک: razieyh_lotfi@yahoo.com

۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، بیمارستان ۵۰۶، گروه روانپزشکی

۳- دانشیار دانشگاه الزهراء، دانشکده گروه پزشکی

داده شده بود. نمونه سالم نیز ۶۰ نفر از سربازانی بودند که در اداره بهداشت و درمان نذاجا مشغول گذراندن خدمت وظیفه بودند و قبلاً در مورد آنها پرسشنامه GHQ (سلامت عمومی) اجرا شده بود و براساس نتایج آن سالم تشخیص داده شده بودند.

در این مطالعه از دو نوع پرسشنامه استفاده گردیده است: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) که یکی از مناسب‌ترین ابزارهای غربالگری است که در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ به دفعات برای تعیین سلامت عمومی افراد در کشورهای مختلف بکارگرفته شده است. این پرسشنامه از مجموعه سوالاتی تشکیل یافته (۲۸ سوال) که پائین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی را که در اختلالات روانی مختلف وجود دارد، بررسی می‌کند و می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از افراد سالم متمایز کند (۷)

۲- فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF) که این پرسشنامه ۷۵ آئمی توسط جفری یانگ (۱۹۸۸) برای ارزیابی پانزده طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شد. این پانزده طرحواره عبارتند از: ۱- محرومیت هیجانی ۲- طرد/رهاشدگی ۳- بی‌اعتمادی/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 نامنطف ۱۴- استحقاق و ۱۵- خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی. این ۱۵ طرحواره در درون ۵ حوزه مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار می‌گیرند. (۸)

هر آئیم بر روی یک مقیاس ۶ درجه ای نمره گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هر ۵ سوال یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین نمره هر خرده مقیاس بالاتر از ۳ باشد آن طرحواره ناکارآمد خواهد بود. (۹) اگرچه این پرسشنامه برای سنجش خاص اختلالات شخصیت در DSM III طراحی شده است ولی با این حال ارتباط معنی‌داری بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم اختلال شخصیت وجود دارد.

یافته‌ها

از بین ۷۵ پرسشنامه توزیع شده در گروه بیمار، ۵۰ پرسشنامه وارد مطالعه شدند. در گروه سالم نیز که قبلاً پرسشنامه GHQ در مورد

ب شامل اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، خودشیفته و نمایشی است که با ویژگی پرشور و هیجانی بودن شخص می‌شود (۲). بررسی‌های چندی درباره ارتباط میان اختلالهای شخصیت و ارتکاب جرمهای گوناگون انجام شده است. در این بررسی‌ها رابطه میان اختلالهای شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با جرم بیشتر مورد تاکید قرار گرفته‌اند. بررسی‌های انجام شده توسط ارونن، هاگولا و تینون (۱۹۹۶) در کشور فنلاند نشان داد که اختلال شخصیت ضداجتماعی ارتکاب به قتل را در مردان ۱۰ برابر و در زنان تا ۵۰ برابر افزایش می‌دهد. بررسی گریلو و همکاران (۱۹۹۷) نشان داد که اختلال شخصیت مرزی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد به طور معنی‌داری بیشتر است. رابطه میان اختلالهای شخصیت با سایر بیماریها و ناهنجاریهای اجتماعی نیز قابل توجه است. (۳)

درمانگران شناختی توجه خاصی به تاثیر تغییرات تفکر در شخصیت افراد دارند، اگرچه فرایندهای شناختی به عنوان علت اختلالات روان شناختی در نظر گرفته نمی‌شود اما مؤلفه‌های معناداری هستند بویژه اهمیت افکار اتوماتیکی که افراد آگاهی کمی هم نسبت به آنها دارند می‌تواند در رشد شخصیت معنادار باشد. (۴)

طرحواره‌های ناسازگار اولیه موضوعات ثابت و دراز مدتی هستند که در دوران کودکی بوجود می‌آیند، به زندگی بزرگسالی راه می‌یابند و تا حد زیادی ناکارآمدند. (۵)

یانگ (۱۹۹۰) استدلال می‌کند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه باعث تحول و رشد اختلال شخصیت می‌شوند. این طرحواره‌ها ممکن است در دوران اولیه کودکی از طریق تجارب منفی با افراد مهم زندگی بوجود آیند (۶). براین اساس هدف از مطالعه حاضر، مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین مبتلایان به دسته ب اختلالات شخصیت و افراد سالم می‌باشد.

مواد و روشها

این مطالعه به صورت توصیفی در سال ۱۳۸۴ انجام شد. جامعه آماری شامل ۵۰ سربازی بود که به صورت نمونه در دسترس در فاصله زمانی سه ماه از شهریور ۸۴ تا آذر ۸۴ به بیمارستان ۵۰۶ ارتش ارجاع داده شده بودند و در مورد آنها براساس نظر شورای روانپزشکی این بیمارستان تشخیص اختلالات شخصیت دسته ب

آنها اجرا شده بود ۶۰ نفر به عنوان افراد سالم انتخاب شدند در هر دو گروه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (فرم کوتاه) شده است. اجرا شد. در جداول ۱ تا ۵ به این نتایج به تفکیک پنج حوزه اشاره

جدول ۱- آزمون t مستقل بین دو گروه بیمار و سالم در حوزه (بریدگی و طرد)

زیر مجموعه ها	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t بدست آمده	سطح معناداری	درجه آزادی
رهاشدگی/ بی ثباتی	بیمار	۵۰	۱۸/۶۰	۷/۸۸	۱/۷۳	۰/۰۸۶	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۶/۱۶	۶/۸۴			
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	بیمار	۵۰	۱۹/۴۲	۷/۰۷	۵/۹۱	<۰/۰۰۰۱	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۱/۸۳	۶/۳۶			
محرومیت هیجانی	بیمار	۵۰	۲۰/۸۲	۷/۸۹	۵/۲۷	<۰/۰۰۰۱	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۳/۲۵	۷/۱۳			
نقص /شرم	بیمار	۵۰	۱۸/۲۸	۷/۲۶	۵/۸۸	<۰/۰۰۰۱	۹۳
	سالم	۶۰	۱۰/۸۱	۵/۷۶			
انزوای اجتماعی	بیمار	۵۰	۱۶/۷۶	۸/۲۱	۴/۲۶	<۰/۰۰۰۱	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۳/۵۶	۷/۰۳			

بر اساس نتایج آزمون t مستقل در طرحواره رهاشدگی/بی ثباتی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. در سایر طرحواره‌های این حوزه تفاوت معنادار است.

جدول ۲- آزمون t مستقل بین گروههای بیمار و سالم در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل

زیر مجموعه ها	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t بدست آمده	سطح معناداری	درجه آزادی
شکست	بیمار	۵۰	۱۹/۶۴	۷/۳۳	۶/۳۹	<۰/۰۰۰۱	۹۴
	سالم	۶۰	۱۱/۴۰	۵/۹۱			
بی‌کفایتی / وابستگی	بیمار	۵۰	۱۸/۷۲	۷/۲۵	۵/۶۰	<۰/۰۰۰۱	۹۷
	سالم	۶۰	۱۱/۴۱	۶/۲۱			
آسیب پذیری به ضرر یا بیماری	بیمار	۵۰	۱۸/۷۶	۸/۸۵	۴/۷۳	<۰/۰۰۰۱	۹۱
	سالم	۶۰	۱۱/۵۱	۶/۷۸			
گرفتار / خودتحوّل نیافته	بیمار	۵۰	۱۶/۲۶	۷/۷۴	۳/۳۴	<۰/۰۰۰۱	۹۱
	سالم	۶۰	۱۱/۷۸	۵/۹۴			

نتایج آزمون t مستقل نشان می‌دهد که تفاوت در تمام طرحواره‌های این حوزه معنادار می‌باشد.

جدول ۳- آزمون t مستقل بین گروههای بیمار و سالم در حوزه محدودیتهای مختل

زیر مجموعه ها	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t بدست آمده	سطح معناداری	درجه آزادی
استحقاق / بزرگ منشی	بیمار	۵۰	۱۹/۶۸	۷/۰۶	۲/۶۶	<۰/۰۰۹	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۶/۲۰	۶/۶۲			
خویشتر داری / خود انضباطی ناکاخی	بیمار	۵۰	۲۰/۹۲	۷/۷۵	۴/۶۵	<۰/۰۰۰۱	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۴/۵۶	۶/۵۶			

تفاوت بین دو گروه در طرحواره‌های حوزه محدودیتهای مختل معنادار است.

جدول ۴- آزمون t مستقل بین گروههای بیمار و سالم در حوزه دیگر جهت مندی

زیر مجموعه‌ها	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t بدست آمده	سطح معناداری	درجه آزادی
اطاعت	بیمار	۵۰	۱۶/۲۴	۷/۱۰	۲/۷۵	<۰/۰۰۷	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۲/۵۶	۶/۹۱			
ایثار	بیمار	۵۰	۱۷/۶۲	۶/۸۰	۰/۹۸	۰/۳۲	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۶/۳۶	۶/۵۷			

نتایج آزمون t مستقل بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه بیمار و سالم در طرحواره اطاعت است ولی این تفاوت در طرحواره ایثار معنادار نیست.

جدول ۵- آزمون t مستقل بین گروههای بیمار و سالم در حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری

زیر مجموعه‌ها	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t بدست آمده	سطح معناداری	درجه آزادی
بازداری هیجانی	بیمار	۵۰	۱۸/۵۸	۷/۴۸	۳/۷۱	<۰/۰۰۰۱	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۳/۵۸	۶/۶۰			
معیارهای سرسختانه	بیمار	۵۰	۱۸/۴۸	۶/۱۸	۱/۰۲	۰/۳۰۷	۱۰۸
	سالم	۶۰	۱۷/۲۶	۶/۱۶			

نتایج آزمون t مستقل نشان دهنده تفاوت معنادار بین میانگین‌های دو گروه سالم و بیمار در طرحواره بازداری هیجانی و عدم تفاوت در طرحواره معیارهای نا معطف است.

بحث و نتیجه گیری

(رهاشدگی / بی ثباتی، بی اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص / شرم و انزوای اجتماعی) می‌شوند که از سوی والدین عشق، محبت، احترام و پذیرش را به حد کافی دریافت نکنند. طرد هنگامی ایجاد می‌شود که کودک از سوی والدین با انتقاد مواجه شود یا احساس کند ناخواسته است. دیدگاههای اجتماعی- فرهنگی در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی بر عوامل موجود در خانواده، محیط اولیه و تجربیات اجتماعی شدن تاکید می‌کنند که می‌توانند افراد را به سمت پرورش سبک زندگی سایکوپات سوق دهند. (۱۱)

نظریه‌های مربوط به معنای رابطه سوء استفاده شدن اولیه و بی توجهی با رشد اختلال شخصیت مرزی اعلام می‌دارند که این تجربیات باعث می‌شوند که کودکان انتظار داشته باشند دیگران نیز به آنها آسیب برسانند. به منظور پرورش حس کفایت و خودگردانی کودکان باید اطمینان پیدا کنند که افرادی سالم، قوی، محکم و با کفایت هستند و اینکه جهان نسبتاً امن است. وقتی که والدین در فراهم سازی محیطی که خودگردانی را تشویق می‌کند شکست بخورند یکی از چهار طرحواره مربوط به خودگردانی و عملکرد ممکن است در کودک ایجاد شود. این طرحواره‌ها عبارتند از وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول

طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیرساختهای شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می‌شوند. طرحواره‌ها دارای مولفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند. هنگامی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی و مانند آن می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار مستقیماً منجر به اختلال شخصیتی خاصی نمی‌شوند اما آسیب پذیری فرد را برای این اختلالات افزایش می‌دهند. (۱۰)

یانگ (۱۹۹۹) بیان می‌کند که طرحواره‌های ناسازگار بیشتر از آنکه نتیجه وقایع تکان‌دهنده مجزا باشند، بیشتر احتمالاً بوسیله الگوی مداوم و "تجارب سمی" روزمره با اعضاء خانواده و هم‌تایان ایجاد می‌شوند که به نحو فزاینده ای طرحواره‌ها را تقویت می‌کنند. از سوی دیگر اختلالات شخصیت نشانگان طولانی مدتی هستند که اندیشیده می‌شود یک اساس سبب شناسی در شناخت، تعاملات آسیب شناسی کودکی با والدین، هم‌تایان و دوستان و اشخاص مهم دیگر داشته باشند (۴).

کودکان هنگامی مستعد ایجاد طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد

والدین مواجه شوند و به آنها اجازه داده شود بدون در نظر گرفتن نیازهای دیگران هرکاری که می‌خواهند بکنند (۵). تورز (۲۰۰۲) به بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تحریفات شناختی در مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی و خود شیفته پرداخت. در این پژوهش که از فرم بلند پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ استفاده شده بود مشخص شد که خودشیفتگی آشکار با طرحواره‌های استحقاق، خویشتن داری ناکافی، وابستگی / عدم صلاحیت شکست، معیارهای نامنعطف، هیجان خواهی، شرم / نقص و بازداری هیجانی همبستگی داشته و خود شیفتگی پنهان با تمام طرحواره‌ها به استثناء طرحواره ایثار و معیارهای نامنعطف مرتبط بود. همچنین اختلال شخصیت ضد اجتماعی اولیه با طرحواره‌های استحقاق، تنبیه، بدرفتاری، بی اعتمادی، بازداری هیجانی، هیجان خواهی، گرفتاری و خویشتن داری ناکافی ارتباط داشته و اختلال شخصیت ضد اجتماعی ثانویه با تمام طرحواره‌ها به استثناء ایثار مرتبط بود (۶).

همچنین پژوهش نوردال، هولت و هیوگام (۲۰۰۵) نشان داد که اختلال شخصیت نمایشی با طرحواره استحقاق، اختلال شخصیت خودشیفته با طرحواره‌های آسیب پذیری نسبت به ضرر، خودکنترلی ناکافی و بازداری هیجانی مرتبط بود. اختلال شخصیت مرزی با وابستگی، شرم / نقص، بیگانگی اجتماعی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، محرومیت هیجانی، وابستگی / عدم صلاحیت، بی اعتمادی / بدرفتاری ارتباط داشت (۹). مجموع این دو پژوهش با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی طرحواره‌های ناسازگار در دیگر محورهای DSM IV نیز پرداخته شود.

نیافته / گرفتار و شکست. افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی به احتمال زیاد سبک دلبستگی ناایمن دارند. آنها به طور مداوم جویای حمایت و تأیید دیگران هستند. یکی از عقاید اصلی فرد مبتلا به این اختلال این است که من بی کفایتم و نمی‌توانم خودم از پس زندگی ام برآیم. این عقیده باعث می‌شود که آنها فرض کنند لازم است کس دیگری را بیابند که این کاستی را جبران کند. جدا از طرحواره وابستگی / بی کفایتی در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، گمان می‌رود که طرحواره‌های حوزه دیگر جهت مندی نیز در اختلال شخصیت نمایشی درگیر باشد.

علت این امر آن است که در خانواده‌هایی که از دیگر جهت مندی ناسالم حمایت می‌کنند کودکان یاد می‌گیرند که به تمایلات، احساسات و پاسخهای دیگران بیش از حد اهمیت دهند به طوری که باعث نادیده گرفتن نیازهای سالم و مشروع خودشان می‌شوند. این الگو منجر به شکل‌گیری طرحواره‌هایی در این زمینه می‌شوند: اطاعت، ایثار و پذیرش جویی / جلب توجه.

نظریه پردازان شناختی - رفتاری معتقدند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت خود شیفته در مورد خودشان عقاید ناسازگارانه ای دارند. از جمله اینکه معتقدند آدمهای استثنائی هستند که باید بهتر از آدمهای معمولی با آنها برخورد شود. آنها احساسات دیگران را درک نمی‌کنند یا اهمیتی به آنها نمی‌دهند. اصطلاح محدودیت‌های واقع بینانه به ظرفیت فرد برای داشتن انضباط، کنترل تکانه و توجه به نیازهای دیگران در حد لازم و مناسب اشاره دارد. کودکانی که از محدودیت‌های واقع بینانه در مورد رفتارهایشان سود می‌برند می‌توانند خویشتن داری را یاد بگیرند و به فکر دیگران نیز باشند. طرحواره‌های استحقاق / بزرگ منشی و خویشتن داری ناکافی وقتی بوجود می‌آیند که کودکان با آسان‌گیری افراطی از سوی

References

- ۱- "بهداشت روانی برای فرماندهان و یگانهای بهداری" (مجموعه کتب طب نظامی شماره ۲)، چاپ اول، تهران: بازرسی اداره بهداشت و درمان نجا، ۱۳۸۳، ص ۱۲۰-۱۲۱.
- ۲- کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی، جلد دوم، ترجمه نصرت الله پورافکاری، تهران: انتشارات شهرآب، ۱۳۷۶، ص ۲۵۶-۲۵۸.
- ۳- پالاهنگ، حسن، وکیل زاده، سید بهاء الدین، دریس، فاطمه، «بررسی فراوانی اختلالهای شخصیت در مجرمین مرد زندانی در زندان شهرکرد در سال ۸۰-۷۹»
- ۴- کیمیایی، سید علی، نظریه‌های روان درمانی و مشاوره، گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۳۸۰، ص ۵۶-۵۹.
- ۵- یانگ، جفری، شناخت درمانی اختلالات شخصیت، رویکرد طرحواره محور، ترجمه علی صاحبی، حسن حمید پور، تهران: آگه - ارجمند، ۱۳۸۳، ص ۱۱۱-۱۱۵.
- 6- Torres. Cristian. Early Maladaptive schema and cognitive distortions in psychopathy and narcissism. Australian National university. 2002

- ۷- هومن، عباس، استانداردهای و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی، تهران، دانشگاه تربیت معلم، ۱۳۷۶، ص ۹۶-۹۱.
- 8- Young. J.E. Kolsko, j , wisshar. M. E. Shema therapy : A practitionerers guide. New York. Guilford, 2003; P:73-75.
- 9- Nordahl. Hans M, Holth, Haugum. ion A. Early Maladaptive schemas in Patient with or without personality disorders

clinical psychology and psycho therapy 2005; 12: 142-149.

- ۱۰- هالچین، ریچاردپی؛ ویتبورن، سوزان کراس، آسیب شناسی روانی دیدگاههای بالینی دربارهی اختلالهای روانی، جلد دوم، ترجمه یحیی سید محمدی- تهران: نشر روان، ۱۳۸۴، ص ۶۷-۶۸.
- ۱۱- دیوید سون کیت م، کاربرد شناخت درمانی در اختلالات شخصیت/ ترجمه گیتی شمس چاپ اول، تهران: انتشارات رشد ۱۳۸۳، ص ۱۳۱-۱۳۶.

Comparison Of Early Maladaptive Schemas Between Personality Disorder (cluster B) and Normal Subjects.

*Lotfi R;MSc¹, Donyavi V;MD², Khosravi Z;PhD³

Abstract

Background: The aim of this study is comparison of early maladaptive schemas between patients with personality disorders (cluster B) and normal subjects.

Materials and Methods: In this research participants were fifty patient soldiers with personality disorders (cluster B) according to diagnosis psychiatric group and sixty health individuals (according to general health inventory scores). Both of them completed young schema questionnaire.

Results: There was significant difference between normal and patient subjects in 12 schema of 15 schema in this questionnaire. In abandonment, unrelenting standards and self-sacrific there was not significant difference.

Conclusion: cognitive elements especially schema have important role in vulnerability to the mental disorders.

Keywords: Early Maladaptive Schema, Mental Health, Personality Disorder

1- (*corresponding author), MSc, 506 Medical Center, Department of Psychology

Tel: 09132533437-(+98353)4222985 E-mail: Raziye_h_lotfi@yahoo.com

2- Assistant Professor, Army University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry

3- Associate Professor, Al-Zahra University of Medical Sciences, Faculty of Medicine