



The relationship between Initial maladaptive schemas and Clinical symptoms of borderline personality disorders and antisocial personality in soldiers: Network modeling

Masoomeh Mahboubi¹ | Mahdiyeh Salehi² | Amir Mohsen Nedjat³

1. Doctoral student of general psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran branch, Tehran, Iran. E-mail: Masoumehmahboubi.1364@gmail.com

2. Assistant Professor, Rank 26, Department of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran, Iran. E-mail: iranpour1000@yahoo.com.

3. Assistant Professor, Rank 13, Department of Psychology, Tehran Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran. arahnedjat@yahoo.com.

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:
Received 13 March 2023
Received in revised form 28 May 2023
Accepted 12 June 2023
Published online 11 December 2023

Keywords:

Initial maladaptive schemas, clinical symptoms of borderline personality disorders, antisocial personality, soldiers, network modeling.

ABSTRACT

Objective: The research conducted in military environments has shown that among the soldiers on duty, the most problematic mental disorders are related to antisocial and borderline personality disorders; Therefore, considering the importance and role of schemas in personality disorders, the aim of this study is to investigate the relationship between primary maladaptive schemas and clinical symptoms of borderline personality disorders and antisocial personality in soldiers: network modeling.

Methodology: The working method of the current research was descriptive-correlation and network modeling. The target community in the current research is the community of soldiers. The sample of the present study was selected according to the available non-random method of 500 people.

Findings: The findings showed that considering that the square of the Pearson correlation coefficient indicates the amount of common variance between the questions, considering the limit of 0.5 means that in order to identify a significant relationship between the nodes, at least the common variance of the nodes in question should be equal to 0.25.

Originality: The results showed that among the components presented in the initial maladaptive schemas, the components of abandonment/instability and trapped/untransformed self had the highest amount of extroversion index on average. Also, in the syndromes of borderline and antisocial personality disorders, both antisocial and borderline components have an equal amount of extroversion index.

Cite this article: Mahboubi, M., & Salehi, M., Nedjat, A.M., (2023). The relationship between Initial maladaptive schemas and Clinical symptoms of borderline personality disorders and antisocial personality in soldiers: Network modeling. *Military Science and Tactics*, 19 (65), 143-169. <http://doi.org/10.22034/QJMST.2024.1995912.1864>





ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نشانگان بالینی اختلالات شخصیت

مرزی و شخصیت ضداجتماعی در سربازان: مدل‌یابی شبکه‌ای

معصومه محبوبی^۱ | مهدیه صالحی^۲ | امیرمحسن نجات^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

رایانامه: Masoumehmahboubi.1364@gmail.com

۲. استادیار رتبه ۲۸، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران، ایران. رایانامه:

Iranpour1000@yahoo.com

۳. استادیار رتبه ۱۳، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش تهران، تهران، ایران. رایانامه:

arahnedjat@yahoo.com

چکیده

اطلاعات مقاله

هدف: پژوهش‌های انجام‌شده در محیط‌های نظامی نشان داده که در میان سربازان وظیفه مشکل‌زاترین اختلالات روانی مربوط به اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی است؛ لذا با توجه به اهمیت و نقش طرح‌واره‌ها در اختلالات شخصیت هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نشانگان بالینی اختلالات شخصیت مرزی و شخصیت ضداجتماعی در سربازان: مدل‌یابی شبکه‌ای می‌باشد.

روش: روش کار پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌یابی شبکه‌ای بود. جامعه‌ی هدف در پژوهش حاضر جامعه‌ی سربازان است. نمونه‌ی پژوهش حاضر با توجه به روش غیرتصادفی در دسترس ۵۰۰ نفر انتخاب شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که با توجه به اینکه مجذور ضریب همبستگی پیرسون نشان‌دهنده میزان واریانس مشترک میان پرسش‌ها است، در نظر گرفتن حد ۰.۵ بدین معنی است که جهت شناسایی رابطه معنی‌دار میان گره‌ها، حداقل می‌بایستی واریانس مشترک گره‌های موردنظر برابر با ۰.۲۵ باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که در میان مؤلفه‌های مطرح‌شده در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤلفه‌های رهاسدگی/بی‌ثباتی و گرفتار/خویش‌نمون تحول‌نیافته به‌طور متوسط دارای بیشترین مجموع میزان شاخص برون‌مرکزی بوده‌اند. همچنین در نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی نیز هر دو مؤلفه ضداجتماعی و مرزی به‌طور دارای میزان برابری از شاخص برون‌مرکزی بوده‌اند.

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۹/۲۰

کلیدواژه‌ها:

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه،

نشانگان بالینی اختلالات

شخصیت مرزی، شخصیت

ضداجتماعی، سربازان، مدل‌یابی

شبکه‌ای.

استناد: محبوبی، معصومه؛ صالحی، مهدیه؛ و نجات امیرمحسن؛ (۱۴۰۲). ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نشانگان بالینی

اختلالات شخصیت مرزی و شخصیت ضداجتماعی در سربازان: مدل‌یابی شبکه‌ای. *علوم و فنون نظامی*، ۱۹ (۶۵)، ۱۶۹-۱۴۳.

DOI: <http://doi.org//10.22034/QJMST.2024.1995912.1864>



ناشر: دانشگاه فرماندهی و ستاد ارتش جمهوری اسلامی ایران

نویسندگان.



DOI: / 10.22034/QJMST.2024.1995912.1864

مقدمه

همچون تمام شاخه‌های پزشکی، روان‌پزشکی یک رشته مشکل‌مدار^۱ بوده که تجربیات بالینی انگیزه‌بخش آن هستند. درمان حول مجموعه‌های مشخص مشکل که فرد ابراز می‌دارد دور می‌زند؛ مثلاً ممکن است فردی به روان‌پزشک ارجاع داده شود، چون: از افراد دیگر به دلیل آنکه فکر می‌کند آن‌ها قادر به خواندن ذهن او هستند می‌ترسد و این موضوع باعث ایجاد اضطراب اجتماعی هم می‌شود. در قرن گذشته با وجود آن که واژه‌شناسی علمی تغییر عمده‌ای کرد و در نتیجه مردمانی که با چنین مشکلاتی درگیر بودند را در گروهی از بیماران که از اختلالات روانی رنج می‌برند قرار دادند. و بدین ترتیب مشکلاتی که در حوزه روان‌شناسی بالینی وجود داشتند به‌عنوان علائم^۲ دسته‌بندی کردند همان‌طور که در DSM-5 یا ICD-ID وجود دارند (Borsboom, 2017).

به دلیل تقلید از مدل پزشکی این استفاده از لغت علامت‌تلویحاً وجود یک بیماری^۳ را القا می‌کند و به این سؤال که چرا بعضی از انسان‌ها از گروه خاصی از علائم رنج می‌برند؛ درحالی‌که بقیه رنج نمی‌برند به این صورت پاسخ داده می‌شود که: آن‌ها مدل خاصی از بیماری را دارند که به آن‌ها اختلال روانی^۴ گفته می‌شود (Borsboom & Cramer, 2013; Hyland, 2011). ولی تفاوت مهمی بین اختلالات روانی و بیماری‌ها است اصطلاح بیماری بیانگر مشکلی با سبب‌شناسی مشخص است که به دلیل آن علائم از مسیر مشترک آسیب‌شناسی می‌گذرند؛ درحالی‌که اصطلاح اختلال روانی اشاره به سندرمی از علائم دارد که مانند صورت فلکی با هم در ارتباط هستند و این علائم به صورت تجربی به هم مربوط می‌شوند؛ درحالی‌که اغلب مواقع علت آن روشن نمی‌ماند. متأسفانه برای تعداد کمی از این مجموعه‌های علائم مسیر مشترک آسیب‌شناسی به صورت شکننده‌ای به اثبات رسیده است (Borsboom & Cramer, 2013; Kendler, 2011; Kendler, Zachar & craver, 2013). این موضوع موجب ناامیدی در کاربرد

1. Problem oriented

2. Symptoms

3. Disease

4. Mental disorders

یکی از مهم‌ترین طرح‌ها در پزشکی شده، جست‌وجو برای دلایل مشترک که منجر به علامت‌شناسی مشخص است (Hyland, 2011; Borsboom & Cramer, 2013).

باین‌حال، تفاوت مهمی بین اختلالات روانی و بیماری‌ها است. اصطلاح بیماری مشکلی با سبب‌شناسی مشخص است که به دلیل آن علائم از مسیر مشترک آسیب‌شناسی می‌گذرند؛ درحالی‌که اختلال روانی اشاره به سندرمی از علائم که مانند صورت فلکی با هم در ارتباط هستند دارد که این علائم به صورت تجربی به هم مربوط هستند؛ درحالی‌که اغلب مواقع علت روشن نمی‌ماند. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که ما نمی‌توانیم مکانیسم مرکزی دست یابیم چون چنین مکانیسمی برای اختلالات روانی، اصلاً وجود ندارد. برخلاف تأثیر علت مشکل علائم در روان‌پزشکی یکی، دیگری را فعال می‌کند (Cramer & Waldrop, 2010; Borsboom, 2017). اگر کسی فکر کند که سایرین می‌توانند ذهن او را بخوانند (هذیان)، ممکن است به بدبینی زیاد (پارانویا) بینجامد. و این پارانویا منجر به اجتناب از مردم شود (انزوای اجتماعی) و نهایتاً چون فرد در معرض فرایندهای اصلاح‌گر محیط اجتماعی قرار نمی‌گیرد، هذیان‌های مرتبط ماندگارتر و یا بدتر می‌شوند. به این طریق علائم ممکن است تشکیل یک چرخه بازخورددهنده که در آن فرد به صورت ماریجی به سمت فعال‌ماندن علائم به صورت طولانی سقوط کند و ما به صورت پدیدارشناسانه آن را به عنوان اختلال روانی می‌شناسیم (Cramer & Waldrop, 2010; Borsboom, 2017). چون تعامل بین علائم می‌تواند به صورت شبکه فهمیده شود که در آن علائم به صورت گره‌ها^۱ و تعامل علیتی بین علائم ارتباطات بین گره‌ها در نظر گرفته می‌شود که این مفهوم‌سازی به عنوان رویکرد شبکه‌ای در آسیب‌شناسی روانی شناخته می‌شود. تحقیقات روش‌شناسی در این رویکرد به تکنیک‌های آماری برای شناسایی ساختار شبکه در خصوص طیفی از علائم روان‌پزشکی در مبنای اطلاعات تجربی انجام شده است (Constantin, Epskamp & Borsboom, 2014).

یکی از طبقات اختلالاتی که به لحاظ تکنیکی موقعیت چالش‌برانگیزی محسوب می‌شود، اختلالات شخصیت و خصوصاً اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی است. این اختلالات مزمن و ناتوان‌کننده بوده‌اند که ویژگی خاص آن، احتمال دائمی عود است؛ درحالی‌که مبتلایان تحت درمان قرار دارند (Solomon & et al, 2006; Perils & et al, 2006).

^۱. Nodes

1995) به‌علاوه این اختلالات هم ابتدایی یا همبودی بالایی براساس DSM 5 دارند. شباهت میان اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضداجتماعی منجر به نظریاتی در حوزه‌ی طبقه‌بندی اختلالات شخصیت شده است (Simon, 2009) براساس مدل رایج که در پزشکی و براساس علت مشترک علائم یا همان متغیرهای پنهان^۱ در نظر گرفته می‌شود همبودی یک ارتباط دوطرفه میان متغیرهای چندگانه پنهان است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد رویکرد متغیر پنهان با مشکلات جدی در مطالعه همبودی مواجه است (Cramer et al, 2010).

درمورد اهمیت متغیرهای پژوهش می‌توان موارد مهمی را برشمرد. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باعث تحول و رشد اختلالات مزمن روانی به‌ویژه اختلالات شخصیت می‌شوند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه محتوای خاصی دارند و در تاریخچه رشد دوران کودکی ریشه دارند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیشترین ارتباط را با اختلالات محور II و اختلالات مزمن عودکننده و مقاوم به درمان محور I دارند. همچنین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد به تجربه رویدادهای منفی زندگی منجر می‌شوند و حضور چنین رویدادهایی در زندگی شخص، باعث احساس فشار روانی بیش‌ازحد و نارضایتی از زندگی می‌شود. با توجه به افزایش اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی در جوامع کنونی، پژوهش درمورد عوامل مؤثر بر شکل‌گیری این اختلال ضروری به نظر می‌رسد. اهمیت عملی پژوهش، توجه به بنیادهای شناختی-هیجانی این اختلال‌ها در افراد از یک سو و نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی از سوی دیگر است. همین‌طور روشن‌ساختن نقش تروماتیک دوران کودکی در شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی در بزرگسالی می‌تواند به بینش‌های مفیدی از نظر مداخلات در سطح اول به پیشگیری منجر شود و این که می‌توان از یافته‌های این پژوهش تلویحات عملی متعددی را در زمینه آموزش خانواده‌ها و مداخلات به‌هنگام‌تر استنتاج نمود. اهمیت نظری این پژوهش نیز توسعه مرزهای دانش بوده و منظری جدید به فهم و صورت‌بندی این اختلال‌ها به‌ویژه در پرتو نظریه هیجان برانگیز طرح‌واره درمانی در قالب نظریه‌ی شبکه به‌عنوان روش‌شناسی پژوهش، می‌گشاید. ما در این تحقیق بر آن هستیم که مفهوم بندی کاملاً متفاوتی هم از اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی در کنار سازه‌ی مهم زیر بنایی طرح‌واره‌های

^۱. Latent Variables

ناسازگار اولیه براساس رویکرد شبکه‌ای ارائه دهیم و با توجه به تئوری جدید شبکه‌ای در توضیح و پیش‌بینی اختلالات روانی و کمبود تحقیقات با این رویکرد خصوصاً در حوزه‌ی اختلالات شخصیت این تحقیق انجام خواهد گرفت. در حوزه‌ی نوآوری این تحقیق نیز هیچ پژوهشی در دنیا براساس جست‌وجوهای انجام‌شده، وجود ندارد که به نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در شبکه‌ی نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی پرداخته باشد.

مبانی نظری و پیشینه‌های پژوهش

مبانی نظری

اختلال‌های شخصیت^۱ که از ناتوان کننده‌ترین اختلالات روان شناختی محسوب می‌شوند، الگوهای بادوام تفکر، احساس و رفتار هستند که طی زمان پایدار می‌مانند و شیوع آن بین ۱۰ تا ۱۵ درصد جمعیت عمومی تخمین زده شده است (Svrakik et al, 2002). طبق ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^۲، این اختلالات در اوایل بزرگسالی ظاهر شده و در تمام طول عمر ادامه می‌یابد، انعطاف ناپذیرند و در تمام حوزه‌های زندگی شخص نفوذ کرده و باعث رنجی درونی و محدودیت در ارتباطات و شغل وی می‌شوند (آنتیک چی، بیگدلی و صباحی، ۱۳۹۶). از میان اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت ضد اجتماعی^۳ بیشتر مورد مطالعه قرار گرفته که احتمالاً علت آن می‌تواند این نکته باشد که رفتارهای ضد اجتماعی یک الگوی تکرار شونده و مداوم از رفتارهای مجرمانه است که در کودکی یا اوایل نوجوانی شروع می‌شود و تمام جنبه‌های زندگی فرد را در بر می‌گیرد (Cloninger, 2005). بیشتر مبتلایان به این اختلال برخی الگوهای رفتار ضد اجتماعی و سوء رفتار را تا قبل از سن ۱۵ سالگی از خود نشان می‌دهند. شیوع این اختلال ۱/۵ تا ۳/۵ درصد از جمعیت بزرگسال می‌باشد که در مردان ۳ برابر بیشتر از زنان می‌باشد (Kessler, 2002).

ویژگی اختلال شخصیت مرزی^۴ الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری محسوس است که در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه

¹ Personality Disorders

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Five Edition (DSM-5)

³ Antisocial Personality

⁴ borderline

های مختلف وجود دارد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). زانارینی و فرانکنبورگ^۱ نوعی مدل چند عاملی را برای اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد کرده‌اند و معتقدند که این اختلال شخصیت مرزی از ترکیب ساه مولفه خلق و خوی ذاتی، تجربه‌های دردناک کودکی و کژکاری‌های نورولوژیکی و بیوشیمیایی ناشی می‌شود. شیوع آن در جمعیت عمومی از ۱/۲ تا ۲ درصد تخمین زده می‌شود (تن هیو^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). مبتلایان به شدت در عملکرد اجتماعی و حرفه‌ای دچار مشکل هستند (Soloff & Chiappetta, 2020). افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی دارای ویژگی‌هایی مانند دروغ‌گویی، فرار از مدرسه و منزل، دزدی، نزاع و استفاده از سوء مصرف مواد و رفتارهای غیر قانونی هستند (سادوک و سادوک، ۱۹۷۷؛ ترجمه مهدی گنجی، ۱۳۹۶). یکی از خصوصیات اصلی این افراد فقدان پشیمانی برای اعمالی است که انجام می‌دهند (Warren, Stein & Grella, 2007).

از جمله متغیرهایی که می‌تواند اختلال شخصیت را پیش بینی کند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۳ است. ریشه تحولی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی نهفته است. طرحواره‌هایی که زودتر به وجود می‌آیند، معمولاً قوی‌ترین هستند. خلق و خوی هیجانی فرد در تعامل با وقایع دردناک دوران کودکی منجر به شکل‌گیری طرحواره‌ها می‌شود. فرد از طریق تحریف بر اطلاعات همخوان با طرحواره انگشت می‌گذارد و اطلاعاتی را که با طرحواره منافات دارند، نادیده می‌گیرد یا کم ارزش می‌شمرد. از نظر عاطفی فرد ممکن است هیجان‌های مرتبط با یک طرحواره را بازداری کند. وقتی که عاطفه بازداری شود، طرحواره به سطح آگاهی نمی‌رسد، لذا نمی‌توان در جهت تغییر یا بهبود آن، گام‌های موثری برداشت. از نظر رفتاری، فرد درگیر الگوهای خود آسیب‌رسان، انتخاب ناهشیارانه و ماندن در موقعیت‌ها و روابطی می‌شود که باعث برانگیختگی و تداوم طرحواره می‌شوند (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۱۹۹۵؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در سیر زندگی تکرار می‌شوند. این افراد، به طور مزمین و فراگیر در افکار، رفتارها، هیجان‌ها و روابطی درگیر می‌شوند که منجر به تداوم طرحواره‌هایشان می‌شود. بدین

¹ Zanarini & Frankenburg

² ten Have

³ early maladaptive schemas

ترتیب ناخواسته به بازآفرینی شرایطی در زندگی بزرگسالی خود می پردازند که اکثراً این شرایط در دوران کودکی به آن ها آسیب رسانده است (یانگ و همکاران، ۱۹۹۵؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸). طرحواره های ناسازگار اولیه، سطوح بالایی از تأثیرات منفی و عواقب منفی ایجاد می کنند و هجده نوع طرحواره ی ناسازگار اولیه در پنج حوزه طبقه بندی شده است که عبارتند از: حوزه ی بریدگی و طرد شامل طرحواره های رهاشدگی / بی ثباتی، بیاعتمادی / بد رفتاری، محرومیت هیجانی، نقص / شرم، انزوای اجتماعی / بیگانگی، حوزه ی خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرحواره های وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، شکست، حوزه ی محدودیت های مختل شامل طرحواره های استحقاق / بزرگ منشی، خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی، حوزه ی دیگر جهت مندی شامل طرحواره های اطاعت، ایثار، پذیرش جویی / جلب توجه و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در برگزیده ی طرحواره های منفی گرایی و بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی، تنبیه (قاسمی و الهی، ۱۳۹۸). طرحواره ها به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می گیرند ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت باشند (یانگ و همکاران، ۱۹۹۵؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸). در پژوهش های مختلف به شناسایی عوامل پیش بینی کننده این اختلالات شخصیت پرداخته شده است که نشان از اهمیت این شاخه از مطالعات دارد. در یکی از تحقیقات به نقش پیش بینی کننده تکانشگری، تحریک پذیری، خشم و احساس گناه در اختلال شخصیت مرزی پی بردند (Fossati, Barratt, Carretta, Leonardi, Grazioli & Maffei, 2004). در پژوهش ایمانی و شهبازی (۱۳۹۵) اجتناب تجربه ای (فقدان پذیرش) مولفه مهمی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بود. یوسفی، چلبیانلو و باغبان (۱۳۹۳) نشان دادند که طرحواره بی اعتمادی مهم ترین پیش بینی کننده اختلال های شخصیت ضد اجتماعی و مرزی بود. Esmaeilian, Dehghani, Koster & Hoorelbeke (۲۰۱۹) که ارتباط بین ویژگی های اختلال مرزی و طرحواره های ناسازگار اولیه را بررسی کردند نتایج نشان داد که بی اعتمادی با سوء استفاده و کنار گذاشتن رابطه منفی دارند همچنین خودآزاری در شخصیت مرزی با محرومیت و شکست عاطفی مرتبط بود. صفات ناسازگار شخصیت از جمله متغیرهایی است که احتمالاً می تواند بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی نقش میانجی داشته باشد. اختلالات شخصیت نوع ناسازگار صفات شخصیت

عمومی اند و برخی اختلالات شخصیتی می‌توانند نوع تازه شروع شده، مزمن یا فراگیر اختلالات روانی باشند. اختلالات شخصیت خود را در چند حوزه نشان می‌دهند که شامل آسیب‌رسانی متوسط یا بیشتر به عملکرد شخصیتی و نیز صفات شخصیتی آسیب‌زا می‌شود. به بیان دیگر صفات ناسازگار شخصیتی حالات نهایی سازه‌های بهنجار شخصیت هستند. در DSM-5 مدلی پنج‌عاملی برای این صفات ارائه شده است که شامل عاطفه منفی، گسستگی عاطفی، خصومت مرضی، مهارگسیختگی و روان‌پریشی‌گرایی می‌شود و این صفات می‌توانند منجر به نگرش‌ها و رفتارهای خاص در فرد شوند (Guenole, 2014). بررسی‌های گوناگون نشان داده‌اند، هیجان‌ات مثبت با ابعاد مختلف سلامت و سلامت روانی رابطه مثبت معناداری داشته و نقش مهم در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی دارد و هیجان‌ات منفی ارتباط مثبتی با اختلالات روانی داشته و در ایجاد و تداوم نابهنجاری‌های روانی موثر است (یوسفی، چلبیانلو و باغبان، ۱۳۹۵). عواطف منفی ارتباط مثبتی با اختلالات روانی داشته و در تداوم نابهنجاری‌های روانی موثر است (بشارت، میرزایی، لواسانی و نقی‌پور، ۱۳۹۶). با توجه به شیوع بالا و تاثیرات منفی اختلالات شخصیت مرضی و ضد اجتماعی، بر فرد مبتلا و جامعه اهمیت شناخت هر چه بیشتر این اختلال و شناسایی عوامل و متغیرهای پیش‌بینی‌کننده این اختلالات احساس می‌شود. همچنین از آنجا که صفات شخصیت می‌توانند به عنوان عامل خطر ساز و ایجاد کننده اختلالات روانی در نظر گرفته شوند. می‌تواند اطلاعات مهمی را در اختیار محققان قرار دهد که می‌تواند برای متناسب سازی درمان برای هر یک از اختلالات استفاده شود.

پیشینه‌های پژوهش

جدول (۱) پیشینه تحقیقات انجام شده

ردیف	پژوهشگر	سال تحقیق	عنوان پژوهش	نتایج پژوهش
۱	رازقیان و همکاران	۱۴۰۰	تاثیر روان‌نمایشگری بر تنظیم هیجانی-شناختی و خودزنی در سربازان مبتلا به صفات یا اختلال شخصیت مرضی	نتایج حاکی از بهبود تنظیم هیجانی-شناختی و کاهش موارد اقدام به خودزنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در انتظار درمان سربازان مبتلا به صفات یا اختلال شخصیت مرضی بود.
۲	بیگدلی و همکاران	۱۴۰۰	مقایسه کارکرد حافظه‌ی بالینی و دیداری-فضایی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرضی و ضد اجتماعی دارای الگوی متفاوتی	نتایج نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرضی و ضد اجتماعی دارای الگوی متفاوتی

از نقایص در عملکرد حافظه‌ای خود می‌باشند.	اختلال شخصیت ضد اجتماعی)			
نتایج این مطالعه نشان داد که عملکرد سیستم فعال‌سازی رفتار و بازداری رفتار در سربازان سالم در مقایسه با سربازان مبتلا به اختلال یا صفات شخصیت‌مرزی بهتر بود.	مقایسه سیستم های مغزی رفتاری در سربازان دارای تشخیص اختلال یا صفات شخصیت مرزی با سربازان سالم	۱۳۹۹	طاهری و همکاران	۳
نتایج نشان داد روش درمان شناختی رفتاری گروهی مایکل فری در بهبود اختلال شخصیت مرزی سربازان موثر است، همچنین میزان تاثیر این روش در کاهش علائم ناامیدی، علائم تکانشگری، علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس بود. میزان تاثیر این روش در مرحله پیگیری بر اختلال شخصیت‌مرزی بوده است.	تاثیر روش درمانی گروهی شناختی رفتاری به روش مایکل فری بر اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای تکانشگری در سربازان	۱۳۹۸	زارع و رضوی	۴
نتایج نشان داد که روش درمانی گروهی شناختی رفتاری یکی از روش های مفید در درمان بیماری شخصیت‌مرزی و کاهش رفتارهای تکانشگری در سربازان است.	تاثیر درمان گروهی شناختی- رفتاری بر نشانه های اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای تکانشگری سربازان	۱۳۹۸	صلاحی و همکاران	۵
نتایج حاکی از آن بود که کهنه سربازانی که سابقه تشخیص اختلال پس از ضربه داشتند در مقایسه با کهنه سربازان فاقد این پیشینه به صورت نظام مند و به میزان چشمگیری در تمام طرحواره‌های ناسازگار اولیه امتیاز بالاتری کسب کردند، و میانگین امتیازات برای همه ۱۰ مورد طرحواره ناسازگار اولیه سه برابر بیشتر از افراد فاقد این اختلال بود.	بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کهنه سربازان جنگ ویتنام مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه	۲۰۲۰	کورام، دروموند و لی ^۱	۶
در این مطالعه نشان داده شد که	تعیین همبودی های محور یک	۲۰۱۸	زانارینی و همکاران	۷

^۱ Cockram , Drummond & Lee

زنان و مردان دچار اختلال شخصیت مرزی نرخ یکسانی برای همبودی اختلالات سایکوتیک (تقریباً ۳ درصد)، اختلالات سوماتوفرم (تقریباً ۳۰ درصد)، اختلالات اضطرابی (تقریباً ۱۰ درصد) و اختلالات خلقی (تقریباً ۷۰ درصد) داشتند.	در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بر اساس معیارهای DSM-III-R		
---	---	--	--

چارچوب نظری

تکنیک تحلیل داده‌های شبکه‌ای برای سازه‌هایی چون افسردگی (Borshlou, 2016)؛ Bread, Millner, (2016) Hoorelbeke, Marchetti, Schyver, اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (Forgeard, 2016 ؛ Heeren & McNally, 2016)، سوء استفاده از مواد (Rhemtulla, Fried & McNally, Robinaugh & Gwy, 2014)، اختلال داغ دیدگی پیچیدگی پایدار (که از اختلالی برای مطالعه بیشتر در **DSM 5** می‌باشد) (Ruzzano & Borsboom, 2014) اتیسم (Deserno & Borsboom, in Press ؛ Ruzzano & Borsboom, 2014)، اختلالات روان پریشانه (Isvoranu, Van Borkulo, in press; Bak & Hasmi, 2016)، سوء مصرف مواد (Rnemtulla & Aggen, 2016) ساختار عمومی علامت‌شناسی در روان پزشکی (Van Borkula, 2015 & Boschloo ؛ Borsboom & Cramer, 2011)، خود راهنماهای تشخیصی (Borsboom & Cramer, 2011 ؛ Tio et al, in the press)، کیفیت مرتبط با سلامت زندگی (Kassakowski, Epskamp & Kieffer, 2015) و صفات شخصیتی (Cramer, Van der sluis & Noordhof, 2012) اختلال دو قطبی (Koenders et al, 2015) بکار گرفته شده‌اند. در ایران نیز، در حوزه‌ی مطالعات همبودی (ضرغامی و همکاران، ۱۳۹۳) از این تکنیک در حوزه‌ی مطالعات همبودی استفاده کرده‌اند. در کل یافته‌های این تحقیقات در این مورد که نتایج با یافته‌های تکنیکی و تئوری‌های موجود همخوانی دارند، تشویق‌کننده می‌باشند. با وجود این رویکرد شبکه‌ی روش مهم جدیدی برای تحقیقات حوزه روانپزشکی می‌باشد و می‌تواند به درک محدود ما از اختلالات روانی کمک کند. بنابراین اهمیت نظری این پژوهش نیز توسعه مرزهای دانش بوده و منطقی جدید به فهم و صورت‌بندی این اختلال‌ها به ویژه در پرتو نظریه هیجان برانگیز طرح‌واره درمانی در قالب نظریه‌ی شبکه به عنوان روش‌شناسی پژوهش، می‌گشاید. ما

در این تحقیق برآن هستیم که مفهوم بندی کاملاً متفاوتی هم از اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی در کنار سازه‌ی مهم زیر بنایی طرح واره‌های ناسازگار اولیه براساس رویکرد شبکه‌ای ارائه دهیم و با توجه به تئوری جدید شبکه‌ای در توضیح و پیش بینی اختلالات روانی و کمبود تحقیقات با این رویکرد خصوصاً در حوزه‌ی اختلالات شخصیت این تحقیق انجام خواهد گرفت. در حوزه‌ی نو آوری این تحقیق نیز هیچ پژوهشی در دنیا بر اساس جستجوهای انجام شده، وجود ندارد که به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شبکه‌ی نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی پرداخته باشد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌یابی شبکه‌ای است. جامعه‌ی هدف در پژوهش حاضر جامعه‌ی سربازان است. به عبارتی داده‌های مربوط به نشانگان اختلالات مرزی و ضداجتماعی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از سربازان به دست آمد. نمونه‌ی پژوهش حاضر، به روش غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. در تحلیل شبکه در صورتی که حجم نمونه به اندازه کافی بزرگ باشد، تصادفی بودن نمونه مورد مطالعه چندان مهم نیست (Ron, Fried & Epskamp, 2021). برای انجام این پژوهش پژوهش‌گر به تعداد ۵۰۰ نمونه داده سالم (تمییز) نیاز دارد به این منظور در ابتدا تعداد ۵۵۰ نفر را وارد نمونه شد تا در صورت که اعتبار بعضی از داده‌ها مناسب نبود، آن‌ها را از فرآیند تحلیل کنار بگذارد با وجود این اگر بیشتر از ۵۰ نفر داده ناقص وجود داشت، پژوهش‌گر تا زمانی که به ۵۰۰ داده‌ی نهایی برسد اجرای پرسش‌نامه را ادامه خواهد داد. تعداد حجم ۵۰۰ نفر به این دلیل انتخاب شده است که تحقیقات نشان داده است که نتایج اجرای تحلیل‌های شبکه در محدوده‌ی ۴۵۰ به بالا دارای پایایی قابل قبول است (Thorlund, & Mills, 2012). نکته قابل توجه این است که بسیاری تصور می‌کنند که نمونه‌ی حاضر در مطالعه باید سربازان دارای اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی باشند در صورتی که در مطالعه‌ی شبکه نیازی نیست که سربازان وارد شده به مطالعه دارای اختلال مرزی یا ضداجتماعی باشند؛ چراکه تحلیل داده‌های شبکه‌ای یک تحلیل همبستگی است و اگر یک افراد خاص در این مطالعه وارد شوند نتایج دارای محدودیت دامنه شدند. در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل داده‌های شبکه از طریق نرم‌افزار R با هدف ترسیم شبکه‌ی ارتباط نشانگان و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤثر در اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی استفاده شد.

پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۱: این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ (۲۰۰۵) ساخته شده است. این پرسش‌نامه را در ایران توسط آهی (۱۳۸۵؛ به نقل از ویسی پور، ۱۳۹۴) ترجمه و آماده اجرا شده و هنجاریابی صورت گرفته است همچنین اعتبار سازه پرسش‌نامه در ایران بر روی دانشجویان ایرانی در یکی از دانشگاه‌های تهران بررسی شده است و نتایج نشان داد که دارای اعتبار سازه کافی بر روی دانشجویان است (واثقی و زیبایی، ۱۳۸۷). این مقیاس با ۷۵ سؤال مقیاس پاسخ‌گویی ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست = ۱، تا کاملاً درست = ۶) و ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، طرد/رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر، گرفتاری/در دام‌افتادگی، اطاعت، ازخودگذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی تهیه و آماده اجرا شده است. اولین پژوهش جامع درباره ویژگی‌های روان‌سنجی این طرح‌واره‌ها را اسمیت، جونز و یانگو تلج^۲ (۱۹۹۵؛ به نقل از دنیوی و خسروی، ۱۳۸۶) انجام دادند و ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه را بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آوردند. همچنین این پژوهش‌گران نشان دادند پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ با مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و بنابراین از روایی مطلوبی برخوردار است (اسمیت، جونز و یانگو تلج، ۱۹۹۵؛ به نقل از لطفی، دنیوی و خسروی، ۱۳۸۶). این پرسش‌نامه را در ایران آهی (۱۳۸۵؛ به نقل از ویسی پور، ۱۳۹۴) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را بر حسب آلفای کرونباخ در گروه مؤنث ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۹۸ گزارش کرده است. در پژوهش خاک‌بین (۱۳۹۴) روایی و پایایی پرسش‌نامه موردبررسی قرار گرفت. در روایی هم‌زمان ضریب همبستگی بین میانگین ۷۴ سؤال اول و با سؤال ۷۵ مقدار ۰/۸۲ به دست آمد و در بررسی روایی محتوایی ضریب روایی کل سؤال‌های پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۰/۹۱ محاسبه شد.

چک‌لیست سنجش نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و شخصیت ضداجتماعی: برای سنجش نشانگان اختلالات و شخصیت ضداجتماعی چک‌لیست مشخص و مناسبی وجود

^۱ Young Schema Questionnaire-Short Form

^۲. Ron, Fried, & Epskamp

ندارد و لازم است چکلیست برای سنجش این اختلالات توسط پژوهش‌گر ساخته شد. برای ساخت چکلیست اقدامات زیر انجام شد:

۱. ساخت جدولی که در آن تمام نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی مبتنی بر DSM5: برای انجام این کار لازم است محقق لیستی از نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی تهیه کند بهترین استاندارد مشخص قابل ارجاع در حوزه روان‌شناسی و روان‌پزشکی برای اختلالات بالینی DSM است که جدیدترین ویرایش آن DSM5 نامیده می‌شود. پژوهش‌گر ابتدا فهرست کلیه نشانگان این دو اختلال را براساس استانداردهای DSM5 تهیه می‌کند.

۲. تبدیل نشانگان فهرست شده به گزاره‌هایی با هدف خودگزارش‌دهی شرکت‌کنندگان: از آنجاکه حجم نمونه نسبتاً بالا است (۵۵۰ نفر) امکان اتخاذ داده‌ها توسط پژوهش‌گر براساس مصاحبه وجود ندارد. از این‌رو در این پژوهش ابزار به‌صورت خودگزارش‌دهی تنظیم می‌شود. برای چکلیست خودگزارش‌دهی لازم است گزاره‌های مربوط به هر یک از نشانگان تهیه شد.

۳. تحلیل اولیه‌ی گزاره‌های تهیه شده: چکلیست نیازمند انجام فرآیندهای موجود در ساخت پرسش‌نامه را ندارد. چکلیست حاضر از آنجاکه به نشانگان یا همان رفتارها که قابل مشاهده و عینی هستند و از طرفی براساس یک مرجع استاندارد مورد توافق تنظیم می‌شوند، اشاره دارد، نیازمند طی کردن مراحل اعتبار‌یابی^۱ مرسوم نیست. در بررسی مقدماتی لازم است پژوهش‌گر پرسش‌نامه را در اختیار ۴ متخصص که از DSM استفاده می‌کنند قرار دهد و با ایشان مصاحبه کند تا از انطباق گزاره‌های تهیه‌شده برای مقیاس خودگزارش‌دهی و نشانگان موجود در DSM5 اطمینان حاصل نماید.

۴. در مرحله‌ی بعد پژوهش‌گر برای اطمینان از این که گزاره‌ها در حد توانایی درک مطلب جامعه‌ی هدف است با تعداد ۱۰ نفر از سربازان جامعه‌ی هدف مصاحبه می‌نماید. هدف مصاحبه پاسخ به این سؤال است که آیا سربازان درک درستی از گزاره‌ها دارند؟ منظور از درک درست این است که آیا سربازان همان برداشتی را از گزاره‌ها دارند که مورد نظر پژوهش‌گر است؟

۵. تهیه‌ی فرم نهایی چکلیست: بعد از انجام مراحل یک تا چهار اصلاحات و ویرایش‌های لازم انجام شده و فرم نهایی چکلیست برای اجرای نهایی آماده‌سازی می‌شود.

^۱. Validation

۶. پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه و چک‌لیست‌ها لازم است برای هر فرد اجرا شود و در نهایت این سه پرسش‌نامه به هم الصاق شوند.

یافته‌ها

در جدول زیر فراوانی و درصد فراوانی پاسخ‌های جمع‌آوری شده در پرسش‌نامه یانگ به تفکیک پرسش نشان داده شده است.

جدول (۲) مجموع تعداد درجه‌های مفاهیم موجود در شبکه به تفکیک پرسش‌نامه، مؤلفه و خوشه^۱

Grand Total	Column Labels						Sum of Degree
	۵	۴	۳	۲	۱	۰	Row Labels
۲۷۳		۲۲	۴۴	۱۶۹	۱	۳۷	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۷				۷			استحقاق/بزرگ‌منشی
۳		۳					آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
۱۰		۱				۹	اطاعت
۲۸			۳	۲۵			انزوای اجتماعی/بیگانگی
۱۲			۱۱		۱		بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۱۹			۱۲			۷	خوب‌بین‌داری/خودانضباطی ناکافی
۱۷			۱۷				رهاشدگی/بی‌ثباتی
۵۱				۵۱			شکست
۵		۴				۱	گرفتار/خوب‌بین‌تول نیافته
۲۱			۱			۲۰	محرومیت هیجانی
۷۵				۷۵			نقص/شرم
۲۵		۱۴		۱۱			وابستگی/بی‌کفایتی
۷۵	۳۸				۳۳	۴	نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی
۶۵	۳۸				۲۷		ضداجتماعی
۱۰					۶	۴	مرزی
۳۴۸	۳۸	۲۲	۴۴	۱۶۹	۳۴	۴۱	Grand Total

همان‌گونه که در جدول بالا نشان داده شده است ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه استحقاق/بزرگ در خوشه ۲، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری در خوشه ۴، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه اطاعت بیشتر در خوشه ۰، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه انزوای اجتماعی/بیگانگی بیشتر در خوشه ۲، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه بی‌اعتمادی/بدرفتاری بیشتر در خوشه ۳، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه

^۱ Class Modularity

خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی بیشتر در خوشه ۳، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه ره‌اشدگی/پی‌ثباتی بیشتر در خوشه ۳، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه شکست در خوشه ۲، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه گرفتار/خویشتن تحول‌نیافته بیشتر در خوشه ۴، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه محرومیت هیجانی بیشتر در خوشه ۰، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه نقص/شرم در خوشه ۲، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه وابستگی/پی‌کفایتی بیشتر در خوشه ۴، ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه ضداجتماعی بیشتر در خوشه ۵ و ارتباطات مفاهیم موجود در مؤلفه مرزی بیشتر در خوشه ۱ بوده‌اند.



نمودار (۱) شبکه برآوردشده (اندازه گره‌ها براساس شاخص نزدیکی و رنگ‌بندی براساس تعلق به پرسش‌نامه است)

همان‌گونه که در نمودار بالا مشخص شده است، به نظر می‌رسد مفاهیم مطرح‌شده در پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که با رنگ قرمز نشان داده شده‌اند نسبت به مفاهیم مطرح‌شده در پرسش‌نامه نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی که با رنگ آبی نشان داده شده‌اند از نظر شاخص نزدیکی دارای اهمیت بیشتری هستند (با توجه به اندازه بزرگ‌تر گره‌ها در شبکه). همچنین مشاهده می‌شود که مفاهیم بااهمیت از نظر نزدیکی که مربوط به پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هستند، عموماً دارای بیشترین ارتباط معنی‌دار با دیگر مفاهیم مطرح‌شده در همین پرسش‌نامه هستند (گره‌های آبی‌رنگ). این بدان معناست که مفاهیم مربوط به پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌طور کلی دارای کمترین میزان فاصله با دیگر مفاهیم مطرح در شبکه هستند.

جدول (۳) جدول مجموع میزان نزدیکی مفاهیم موجود

در شبکه به تفکیک پرسش‌نامه و مؤلفه

Sum of closnesscentrality	Row Labels
۱۱/۲۸	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۰/۴۷	استحقاق/بزرگ‌منشی
۰/۲۳	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
۰/۸۴	اطاعت
۱/۱۳	انزوای اجتماعی/بیگانگی
۰/۹۱	بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۰/۸۳	خویش‌ن‌داری/خودانضباطی ناکافی
۰/۹۲	رهاشدگی/بی‌ثباتی
۱/۴۰	شکست
۰/۵۴	گرفتار/خویش‌ن‌تحول نیافته
۱/۱۷	محرومیت هیجانی
۱/۶۰	نقص/شرم
۱/۲۵	وابستگی/بی‌کفایتی
۶/۰۱	نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی
۵/۰۷	ضداجتماعی
۰/۹۵	مرزی
۱۷/۲۹	Grand Total

همان‌گونه که در جدول بالا نشان داده شده است، در «طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه» مؤلفه‌های نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی و شکست دارای نزدیک‌ترین ارتباط با دیگر مفاهیم بوده‌اند. همچنین در «نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی» مؤلفه ضداجتماعی دارای نزدیک‌ترین ارتباط با دیگر مفاهیم بوده است. این مؤلفه در مجموع دارای بیشترین نمره از نظر نزدیکی با دیگر مفاهیم کل شبکه را به خود اختصاص داده است. جدول (۴) جدول مجموع میزان نزدیکی مفاهیم موجود در شبکه به تفکیک پرسش‌نامه، مؤلفه و خوشه^۱

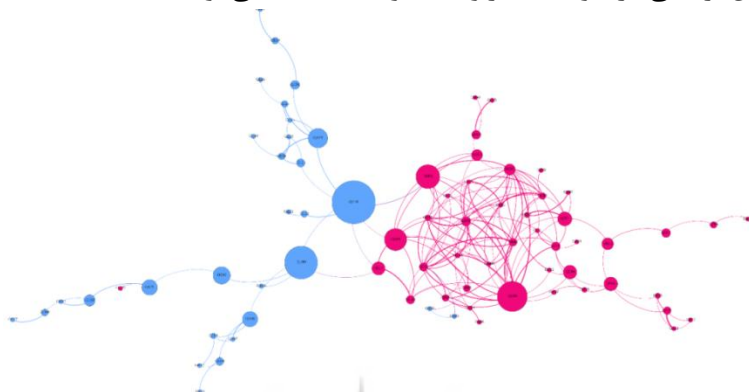
Grand Total	Column Labels						Sum of closnesscentrality
	۵	۴	۳	۲	۱	۰	Row Labels
۱۱/۲۸		۱/۴	۲/۶	۴/۸	۰/۱	۲/۱	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۰/۴۷		۸	۹	۲	۶	۴	استحقاق/بزرگ‌منشی
				۰/۴			
				۷			

^۱ Class Modularity

۰/۲۳		۰/۲ ۳					آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
۰/۸۴		۰/۱ ۴				۰/۷ ۰	اطاعت
۱/۱۳			۰/۲ ۶	۰/۸ ۶			انزوای اجتماعی/بیگانگی
۰/۹۱			۰/۷ ۶		۰/۱ ۶		بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۰/۸۳			۰/۵ ۳			۰/۳ ۰	خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی
۰/۹۲			۰/۹ ۲				رهاشده‌گی/بی‌ثباتی
۱/۴۰				۱/۴ ۰			شکست
۰/۵۴		۰/۳ ۵				۰/۱ ۹	گرفتار/خویش‌داری تحول نیافته
۱/۱۷			۰/۲ ۲			۰/۹ ۵	محرومیت هیجانی
۱/۶۰				۱/۶ ۰			نقص/شرم
۱/۲۵		۰/۷ ۶		۰/۴ ۸			وابستگی بی‌کفایتی
۶/۰۱	۳/۰ ۰				۲/۵ ۴	۰/۴ ۷	نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی
۵/۰۷	۳/۰ ۰				۲/۰ ۶		ضداجتماعی
۰/۹۵					۰/۴ ۸	۰/۴ ۷	مرزی
۱۷/۲۹	۳/۰ ۰	۱/۴ ۸	۲/۶ ۹	۴/۸ ۲	۲/۷ ۰	۲/۶ ۱	Grand Total

همان‌گونه که در جدول بالا نشان داده شده است، بیشترین میزان نمره نزدیکی در خوشه ۰ مربوط به به مؤلفه‌های محرومیت هیجانی، و اطاعت بوده است. همچنین بیشترین نمره میزان نزدیکی در خوشه ۱، مربوط به مؤلفه ضداجتماعی بوده است. بیشترین نمره میزان نزدیکی در خوشه ۲ مربوط به مؤلفه‌های نقص/شرم و شکست بوده است. بیشترین نمره میزان نزدیکی در خوشه ۲ مربوط به مؤلفه‌های نقص/شرم و شکست بوده است. بیشترین

نمره میزان نزدیکی در خوشه ۳، مربوطه به مؤلفه‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و خوب‌شدن‌داری/خودانضباطی ناکافی بوده است. بیشترین نمره میزان نزدیکی در خوشه ۴، مربوط به مؤلفه‌های وابستگی/بی‌کفایتی و گرفتار/خویش‌تن تحول‌نیافته بوده است. بیشترین نمره میزان نزدیکی در خوشه ۵، مربوط به مؤلفه ضداجتماعی بوده است.



نمودار (۲) شبکه برآوردشده (اندازه گره‌ها براساس شاخص میانگی و رنگ‌بندی براساس تعلق به پرسش‌نامه است)

همان‌گونه که در نمودار بالا مشخص شده است به نظر می‌رسد به‌طور متوسط مفاهیم مطرح‌شده در پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که با رنگ قرمز نشان داده شده‌اند نسبت به مفاهیم مطرح‌شده در پرسش‌نامه نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی که با رنگ آبی نشان داده شده‌اند از نظر شاخص میانگی دارای اهمیت کمتری هستند (با توجه به اندازه کوچک‌تر گره‌ها در شبکه). همچنین مشاهده می‌شود که دو مفهوم از میان سه مفهوم بااهمیت از نظر میانگی که مربوط به پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هستند، دارای بیشترین ارتباط معنی‌دار با دیگر مفاهیم مطرح‌شده در پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (گره‌های آبی‌رنگ) هستند.

جدول (۵) جدول مجموع میزان میانگی مفاهیم موجود

در شبکه به تفکیک پرسش‌نامه و مؤلفه

Sum of betweenness centrality	Row Labels
۵/۳۳۴/۲	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۷۴/۰	استحقاق/بزرگ‌منشی
۲۳۵/۶	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
۳۵۸/۳	اطاعت
۱۵۶/۶	انزوای اجتماعی/بیگانگی

Sum of betweennesscentrality	Row Labels
۳۲۵/۵	بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۲۲۱/۸	خوب‌بستن‌داری/خودانضباطی ناکافی
۴۳۴/۳	رهاشده‌گی/بی‌ثباتی
۱۵۱/۸	شکست
۲۱۷/۰	گرفتار/خوب‌بستن تحول نیافته
۹۶۵/۴	محرومیت هیجانی
۱/۷۷۹/۰	نقص/شرم
۴۱۴/۹	وابستگی/بی‌کفایتی
۴/۷۱۲/۸	نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی
۴/۵۲۶/۳	ضداجتماعی
۱۸۶/۴	مرزی
۱۰۰۰۴۷/۰	Grand Total

همان‌گونه که در جدول بالا نشان داده شده است، در پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤلفه نقص/شرم و در پرسش‌نامه نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی مؤلفه ضداجتماعی دارای بیشترین میزان شاخص میانگی هستند.

جدول (۶) جدول مجموع میزان میانگی مفاهیم موجود در شبکه به تفکیک پرسش‌نامه، مؤلفه و خوشه^۱

Grand Total	Column Labels					Sum of betweennesscentrality	Row Labels
	۵	۴	۳	۲	۱		
۵/۳۳۴		۷۸۵	۹۰۴	۲/۲۴۰	-	۱/۴۰۵	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۷۴				۷۴			استحقاق/بزرگ‌منشی
۲۳۶		۲۳۶					آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
۳۵۸		-				۳۵۸	اطاعت
۱۵۷			۴	۱۵۲			انزوای اجتماعی/بیگانگی
۳۲۵			۳۲۵		-		بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۲۲۲			۱۴۰			۸۲	خوب‌بستن‌داری/خودانضباطی ناکافی
۴۳۴			۴۳۴				رهاشده‌گی/بی‌ثباتی
۱۵۲				۱۵۲			شکست
۲۱۷		۲۱۷				-	گرفتار/خوب‌بستن تحول نیافته
۹۶۵			-			۹۶۵	محرومیت هیجانی

^۱ Class Modularity

۱/۷۷۹				۱/۷۷۹			نقص اشرم
۴۱۵		۳۳۲		۸۳			وابستگی/بی‌کفایتی
۴/۷۱۳	۲/۲۷۴			۲/۴۳۳	۵		نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی
۴/۵۲۶	۲/۲۷۴			۲/۲۵۲			ضداجتماعی
۱۸۶				۱۸۱	۵		مرزی
۱۰/۰۴۷	۲/۲۷۴	۷۸۵	۹۰۴	۲/۲۴۰	۲/۴۳۳	۱/۴۱۱	Grand Total

همان‌گونه که در جدول بالا نشان داده شده است، در خوشه ۰ بیشترین میزان نمره شاخص میانگی مربوط به مؤلفه‌های محرومیت هیجانی و اطاعت بوده است. در خوشه ۱، بیشترین میزان نمره شاخص میانگی مربوط به مؤلفه ضداجتماعی است. در خوشه ۲، بیشترین میزان نمره شاخص میانگی مربوط به مؤلفه نقص/اشرم است. در خوشه ۳، بیشترین میزان نمره شاخص میانگی مربوط به مؤلفه‌های ره‌اشدگی/بی‌ثباتی و بی‌اعتمادی/بدرفتاری است. در خوشه ۴، بیشترین میزان نمره شاخص میانگی مربوط به مؤلفه‌های وابستگی/بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری است. در خوشه ۵، بیشترین میزان نمره شاخص میانگی مربوط به مؤلفه ضداجتماعی است.



نمودار (۳) شبکه برآوردشده (اندازه گره‌ها براساس شاخص برون‌مرکزی و رنگ‌بندی براساس تعلق به پرسش‌نامه است)

- شاخص برون‌مرکزی نشان‌دهنده گره‌هایی هستند که به محیط شبکه نزدیک هستند. بدین معنی که فاصله آن‌ها از دیگر گره‌ها بیشتر است.
- از نظر اندازه این شاخص هم در میان مفاهیم مطرح‌شده در پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و هم در میان مفاهیم پرسش‌نامه نشانگان اختلالات مرزی و ضداجتماعی مفاهیمی وجود دارند که دارای بیشترین فاصله از دیگر مفاهیم موجود در شبکه هستند.

جدول (۷) جدول مجموع میزان برون مرکزی مفاهیم موجود در شبکه به تفکیک پرسش نامه و مؤلفه

Sum of Eccentricity	Row Labels
۴۱۷	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۱۹	استحقاق/بزرگ‌منشی
۱۰	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
۴۰	اطاعت
۳۴	انزوای اجتماعی/بیگانگی
۳۹	بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۲۶	خوب‌ستن‌داری/خودانضباطی ناکافی
۵۶	رهاشدگی/بی‌ثباتی
۴۳	شکست
۳۳	گرفتار/خوب‌ستن تحول نیافته
۳۱	محرومیت هیجانی
۳۹	نقص/شرم
۴۷	وابستگی/بی‌کفایتی
۲۸۹	نشانه‌های اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی
۲۳۸	ضداجتماعی
۵۱	مرزی
۷۰۶	Grand Total

همان‌گونه که در جدول بالا مشخص شده است، در میان مؤلفه‌های مطرح‌شده در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤلفه‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و وابستگی/بی‌کفایتی دارای بیشترین مجموع میزان شاخص برون مرکزی بوده‌اند. این بدان معناست که مفاهیم این مؤلفه‌ها در مجموع بیشتر از سایر مفاهیم در خارج از شبکه قرار دارند. همچنین در نشانه‌های اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی نیز مؤلفه ضداجتماعی دارای مجموع بسیار بالاتری از شاخص برون مرکزی بوده است.

جدول (۸) جدول مجموع میزان برون مرکزی مفاهیم موجود در شبکه به تفکیک پرسش نامه، مؤلفه و

خوشه

Grand Total	۵	۴	۳	۲	۱	۰	Row Labels
۴۱۷		۷۴/۰	۱۲۱/۰	۱۴۵/۰	۱۱/۰	۶۶/۰	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۱۹				۱۹/۰			استحقاق/بزرگ‌منشی
۱۰		۱۰/۰					آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
۴۰		۱۳/۰				۲۷/۰	اطاعت
۳۴			۹/۰	۲۵/۰			انزوای اجتماعی/بیگانگی

۳۹			۲۸/۰		۱۱/۰	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	
۲۶			۱۸/۰		۸/۰	خوب‌شدن‌داری/خودانضباطی ناکافی	
۵۶			۵۶/۰			رهاشدگی/بی‌ثباتی	
۴۲				۴۳/۰		شکست	
۳۳		۲۳/۰			۱۰/۰	گرفتار/خوب‌شدن تحول‌نیافته	
۳۱			۱۰/۰		۲۱/۰	محرومیت هیجانی	
۳۹				۳۹/۰		نقص/شرم	
۴۷		۲۸/۰		۱۹/۰		وابستگی/بی‌کفایتی	
۲۸۹	۱۲۶/۰			۱۴۵/۰	۱۸/۰	نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی	
۲۳۸	۱۲۶/۰			۱۱۲/۰		ضداجتماعی	
۵۱				۳۳/۰	۱۸/۰	مرزی	
۷۰۶	۱۲۶/۰	۷۴/۰	۱۲۱/۰	۱۴۵/۰	۱۵۶/۰	۸۴/۰	Grand Total

همان‌گونه که در جدول بالا مشخص شده است، در خوشه ۰ مؤلفه‌های اطاعت و محرومیت هیجانی، در خوشه ۱ مؤلفه‌های ضداجتماعی و مرزی، در خوشه ۲ مؤلفه‌های شکست و نقص/شرم، در خوشه ۳ مؤلفه‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و بی‌اعتمادی/بدرفتاری، در خوشه ۴ مؤلفه‌های وابستگی/بی‌کفایتی و گرفتار/خوب‌شدن تحول‌نیافته، در خوشه ۵ مؤلفه ضداجتماعی دارای بیشترین میزان مجموع شاخص برون‌مرکزی بوده‌اند.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

طرح‌واره‌های ناسازگار به‌عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می‌شوند. طرح‌واره‌ها دارای مؤلفه‌های 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 روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء‌مصرف مواد، تعارضات بین فردی و مانند آن می‌شود. طرح‌واره‌های ناسازگار مستقیماً منجر به اختلال شخصیتی خاصی نمی‌شوند اما آسیب‌پذیری فرد را برای این اختلالات افزایش می‌دهند (هالجرین و ویتبورن، ۱۹۹۸؛ ترجمه یحیی سیدمحمدی، ۱۳۸۴).

یانگ (۱۹۹۹) بیان می‌کند که طرح‌واره‌های ناسازگار بیشتر از آنکه نتیجه وقایع تکان‌دهنده مجزا باشند، بیشتر احتمالاً به‌وسیله الگوی مداوم و "تجارب سمی" روزمره با اعضاء خانواده و هم‌تابان ایجاد می‌شوند که به‌نحو فزاینده‌ای طرح‌واره‌ها را تقویت می‌کنند. از سوی دیگر اختلالات شخصیت نشانگان طولانی‌مدتی هستند که اندیشیده می‌شود یک

اساس سبب‌شناسی در شناخت، تعاملات آسیب‌شناسی کودکی با والدین، همتایان و دوستان و اشخاص مهم دیگر داشته باشند. سربازان هنگامی مستعد ایجاد طرح‌واره‌های حوزه بریدگی و طرد (رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ 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 سربازان از سوی والدین با انتقاد مواجه شود یا احساس کند ناخواسته است. دیدگاه‌های اجتماعی- فرهنگی در مورد اختلال شخصیت ضداجتماعی بر عوامل موجود در خانواده، محیط اولیه و تجربیات اجتماعی شدن تأکید می‌کنند که می‌توانند افراد را به سمت پرورش سبک زندگی سایکوپات سوق دهند. نظریه‌های مربوط به معنای رابطه سوءاستفاده‌شدن اولیه و بی‌توجهی با رشد اختلال شخصیت مرزی اعلام می‌دارند که این تجربیات باعث می‌شوند که سربازان انتظار داشته باشند دیگران نیز به آن‌ها آسیب برسانند. به منظور پرورش حس کفایت و خودگردانی سربازان باید اطمینان پیدا کنند که افرادی سالم، قوی، محکم و باکفایت هستند و اینکه جهان نسبتاً امن است. وقتی که والدین در فراهم‌سازی محیطی که خودگردانی را تشویق می‌کند شکست بخورند یکی از چهار طرح‌واره مربوط به خودگردانی و عملکرد ممکن است در سربازان ایجاد شود. این طرح‌واره‌ها عبارت‌اند از وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار و شکست. طرح‌واره‌های استحقاق/ بزرگ‌منشی و خویش‌داری ناکافی وقتی به وجود می‌آیند که کودکان با آسان‌گیری افراطی از سوی والدین مواجه شوند و به آن‌ها اجازه داده شود بدون در نظر گرفتن نیازهای دیگران هر کاری که می‌خواهند بکنند (یانگ، ۱۹۹۹؛ ترجمه صاحبی و حمید پور، ۱۳۸۳). تورز^۱ (۲۰۰۲) به بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تحریفات شناختی در مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی و خودشیفته پرداخت. در این پژوهش که از فرم بلند پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ استفاده شده بود مشخص شد که خودشیفتگی آشکار با طرح‌واره‌های استحقاق، خویش‌داری ناکافی، وابستگی/ عدم صلاحیت شکست، معیارهای نامنعطف، هیجان خواهی، شرم/ نقص و بازداری هیجانی همبستگی داشته و خودشیفتگی پنهان با تمام طرح‌واره‌ها به‌استثنا طرح‌واره ایثار و معیارهای نامنعطف مرتبط بود. همچنین اختلال شخصیت ضداجتماعی اولیه با طرح‌واره‌های استحقاق، تنبیه، بدرفتاری، بی‌اعتمادی، بازداری هیجانی، هیجان

^۱ Torres

خواهی، گرفتاری و خویشتن‌داری ناکافی ارتباط داشته و اختلال شخصیت ضداجتماعی ثانویه با تمام طرح‌واره‌ها به‌استثناء ایثار مرتبط بود. همچنین پژوهش نوردال، هولت و هیوگام^۱ (۲۰۰۵) نشان داد که اختلال شخصیت ضداجتماعی با طرح‌واره استحقاق، اختلال شخصیت خودشیفته با طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، خودکنترلی ناکافی و بازداری هیجانی مرتبط بود. اختلال شخصیت مرزی با وابستگی، شرم/نقص، بیگانگی اجتماعی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، محرومیت هیجانی، وابستگی/عدم صلاحیت، بی‌اعتمادی/بدرفتاری ارتباط داشت. پیشنهاد می‌شود ایجاد یکپارچگی و نظم به‌گونه‌ای که هرگونه تبعیض و برخورد سلیقه‌ای با سربازان برچیده شود و جای خود را به رفتار نظام‌مند و قانون‌مدار و در راستای شایسته‌سالاری بدهد. پیشنهاد می‌شود تحقیقات کیفی در این زمینه صورت گیرد که در آن‌ها بتوان مشاهدات را به صورت داده‌های کمی درآورد. همچنین لازم است مطالعات مداخله‌ای بیشتر به منظور مقایسه بهتر و صحیح‌تر برنامه‌های پیشگیری از اختلالات شخصیت مرزی و شخصیت ضد اجتماعی به مرحله اجرا درآید.

منابع

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub., 451-460.
2. Antique Chi, A., Bigdali, A., & Sabahi, P. (2016). Comparison of neuropsychological indicators related to executive functions in people with antisocial, obsessive-compulsive and normal personality disorders. *New Quarterly Journal of Cognitive Sciences*, 19(1): 61-48.
3. Basharat, M., Mirzaei, I., Lavasani, G., Naqipour, M. (2016). The moderating role of positive and negative emotions in the relationship between knowledge and sexual attitude with marital satisfaction. *Family Psychology*, 4(2): 18-3.
4. Bigdley, A. A., Azami, S., & Ghoshchian, S. (2013). Comparison of clinical and visual-spatial memory function of patients with borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*, 8(2): 121-128.

¹ Nordahl, Holth & Haugum

5. Borsboom D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *J Clin Psychol*, 64:1089-108.
6. Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*. 161.
7. Borsboom, D., & Cramer, A.O.J. (2013). Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. *Critical thinking*, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608.
8. Cockram, D., Drummond, P., & Leem, W. (2010). Role and Treatment of Early maladaptive Schemas in Vietnam Veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17: 165-82.
9. Constantin, E.I., Epskamp, S., & Borsboom, D. (2014). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behav. Res, Methods*, 50: 195–212.
10. Cramer, O.J.C., Waldrop L.J. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral & Brain Sciences*, 33: 137-193.
11. Esmailian, N., Dehghani, M., Koster, E. H.W., & Hoorelbeke, K. (2019). Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis. *Clinical Psychology*, 26(3): 388 -398.
12. Fossati, A., Barratt, E. S., Carretta, I., Leonardi, B., Grazioli, F., & Maffei, C. (2004). Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. *Psychiatry Research*, 125(2): 161-170.
13. Ghasemi, K., & Elahi, T. (2018). The relationship between primary maladaptive schemas and illness anxiety: the mediating role of experiential avoidance. *Journal of Psychological Health Research*, 13(3): 47-55.
14. Guenole, N. (2014). Maladaptive personality at work: Exploring the darkness. *Ind Organ Psychol*, 7(1): 85-97.
15. Halgin, R.P.; Whitburn, S. C. (1998). Psychopathology of clinical perspectives on mental disorders, second volume, translated by Yahya Sayed Mohammadi (2005), Tehran: Nash Ravan:67-68.
16. Hyland, K. (2011). *Disciplines and discourses: social interactions in the construction of knowledge*. In: Starke-Meyerring, Doreen and Paré, Anthony and Artemeva, Natasha and Horne, Miriam and Yousoubova,

- Larissa, (eds.) Writing in Knowledge Societies. West Lafayette, IN, U.S.A.: Parlor Press and the WAC Clearinghouse, 193-214. ISBN 9781602352698.
17. Imani, M., Porschebazi, M. (2015). Prediction of borderline personality disorder based on the components of psychological flexibility: acceptance and action, distortions and cognitive dissonance. *Psychological Health Research Quarterly*, 10(4): 1-9.
18. Kendler, K. S., Zachar, P., & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, 41 (6):1143-1150.
19. Kendler, K.S., Gardner, C.O., Edwards, A., Hickman, M., Heron, J., Macleod, J. (2013). Dimensions of parental alcohol use/problems and offspring temperament, externalizing behaviors, and alcohol use/problems. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*; 37 (12):2118-27.
20. Kessler, R.C. (2002). Life Time and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Persons Aged 15-54. In United States. *Arch. Gen Psychiatry*, 51(1): 8-19.
21. Khakbin, S. (2014). The role of primary maladaptive schemas and basic personality traits in predicting beliefs about marital infidelity. Master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Madani University of Azerbaijan.
22. Lotfi, R., Dinavi, Vahid., & Khosravi; V. (2007). Comparison of early maladaptive schemas in soldiers with personality disorders and healthy soldiers. *Scientific Research Journal of the University of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran Army*, 5) 2):1261-1266.
23. Nordahl, H., Holth, M. & Haugum, A. (2005). Early Maladaptive schemas in Patient with or without personality disorders. *clinical psychology and psychotherapy*, 12: 142-149.
24. Perils, W. F. (2006). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute*, (32): 32-9.
25. Razaghian, M., Rah Nejat, A.M., Kianipour, A., Bahrainian, S. B.A., Moini, F., & Dinavi. (2021). The effect of psycho-display on emotional-cognitive regulation and self-mutilation in soldiers suffering from borderline personality disorder. *Psychological Studies*, 17(1): 23-40.

26. Ron, J., Fried, E. I. & Epskamp, S. (2021). Psychological networks in clinical populations: investigating the consequences of Berkson's bias. *Psychol. Med.* 51: 168–176 .
27. Sadok, b. J., & Sadok, (1991). *Kaplan and Sadok's Summary of Psychiatry: DSM-5*, translated by Mehdi Ganji (2016).
28. Salahi, A.A., Mohammadi Kalhari, S., Hasli, M., Salahi, A., & Darabi, A. (2018). The effect of cognitive-behavioral group therapy on symptoms of borderline personality disorder and impulsive behaviors of soldiers. *7th Congress of Iranian Psychological Association*, Tehran.
29. Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194:204-211.
30. Soloff, P.H., & Chiappetta, L. (2020). Time, age, and predictors of psychosocial outcome in borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 34(2): 145–60.
31. Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1995). Coping, locus of control, social support, and combat -related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (2): 279.
32. Svrakik, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 106: 189-195.
33. Ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., & Kleinjan, M. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: A study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16(1): 249.
34. Thorlund, K., & Mills, E. J. (2012). Sample size and power considerations in network meta-analysis. *Systematic reviews*, 1 (1): 1-13.
35. Torres. C. (2002). *Early Maladaptive schema and cognitive distortions in psychopathy and narcissism*. Australian National university.
36. Vathaghi, E., & Zabeeti, M. (2008). Reliability and validity of the short form of Young's Schemas Questionnaire. *Ecology*, 34(47): 1-10.
37. Vesepour, M. (2014). *Investigating the mediating role of coping styles in the relationship between early maladaptive schemas and job stress of student-*

teachers of Farhangian University of Kermanshah in the academic year of 2013-2014. Master's thesis in the field of clinical psychology, Islamic Azad University, Ilam branch.

38. Warren, J. I., Stein, J. A. & Grella, Ch. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3): 267-274.

39. Young, J (1999). *Therapeutic recognition of personality disorders, schema-based approach*, translated by Ali Sahibi; Hassan Hamidpour (2004). Tehran: Agh Arjmand: 111-115.

40. Young, J. E. (1999). (3rd ed.). *Professional Resource Press/Professional Resource Exchange*.

41. Young, J., Klosko, J., & Wishar, M. (1995). *Schema therapy (Volume 1), 10th edition*, translated by Hassan Hamidpour and Zahra Indoz (2018). Tehran: Honorable.

42. Young, J.E. (2005). *Young Schema Questionnaire– Short Form*. New York: Schema Therapy Institute.

43. Yousefi, R., Chelbianlu, G., & Baghban Novin, R. (2015). Prediction of symptoms of personality disorders based on primary maladaptive schemas and personality traits. *Journal of Behavioral Sciences*, 9(1): 5-41.

44. Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2020). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal personality Disorder*, 11: 93 -104.

45. Zare, R., & Razavi, M.S. (2018). The effectiveness of cognitive behavioral couple therapy counseling on postpartum anxiety of women referring to the hospital. *The 17th National Conference on New Researches in Science and Technology*.