

میزان شیوع اختلالات شخصیت و رابطه‌ی آن با سبک‌های دلبستگی در مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان شیوع اختلالات شخصیت و رابطه‌ی آن با سبک‌های دلبستگی در مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران بود. روش: در این پژوهش پیمایشی ۶۳ نفر از جامعه‌ی مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و برگه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه‌ی بالینی چندمحوری میلون ۳ (MCMI-III) و پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی کولینز و رید را تکمیل کردند. در پایان، نتایج تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهند که میزان شیوع اختلالات شخصیت وابسته ۱/۱، نمایشی ۳۵/۴، اسکیزوئید ۱/۷، دوری‌گزین ۰/۴، افسرده ۶/۹، خودشیفته ۴/۳، دگرآزار ۰/۴، وسواسی ۱۵/۶ و منفی‌گرا ۰/۹ درصد است. میزان شیوع در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی، خودآزار، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید صفر درصد است. همچنین بین سبک دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دوسوگرا و اختلالات شخصیت رابطه‌ی معنادار وجود دارد. نتیجه‌گیری: توجه به میزان شیوع این اختلالات و سبک‌های دلبستگی در تشخیص و درمان اختلالات شخصیت مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: شیوع‌شناسی (همه‌گیر شناسی)؛ اختلالات شخصیت، سبک‌های دلبستگی

فاضل فرنوش کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج البرز

علی حسینی* استادیار و عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد آزادشهر دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، گلستان

مریم بهرامی استادیار و عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، البرز

*نشانی تماس: دانشگاه آزاد اسلامی

واحد آزادشهر، گلستان

رایانامه: a.hosseinaei@gmail.com

The Prevalence of Personality Disorders and its Relationship with the Attachment Styles among Patients Referring to Psychological Clinics in Tehran

Introduction: The purpose of this study was to assess the prevalence rate of personality disorders and its relationship with demographic factors and attachment styles among patients referring to the psychological clinics in Tehran. **Method:** This survey used cluster sampling to enrol 463 subjects from the patients referring to psychological clinics in Tehran. Subjects were asked to complete the demographic datasheet, Millon Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) and Collins & Reid Attachment Style Questionnaire. **Results:** based on our analysis, the prevalence of dependent, histrionic, schizoid, avoidant, depressed, narcissistic, sadistic, obsessive, and negativistic personality disorders turned to be 1.1%, 35.4%, 1.7%, 0.4%, 6.9%, 4.3%, 0.4%, 15.6% and 0.9%, respectively. Our records included no case with antisocial, masochistic, and schizotypal, borderline, and paranoid personality disorder. In addition, there was a significant relationship between secure, insecure avoidant and ambivalent insecure attachment styles with personality disorders. **Conclusion:** The prevalence of personality disorders and attachment styles needs to be taken into account for the diagnosis and treatment of such disorders.

Keywords: Prevalence, Personality disorders, Attachment styles

Fazel Farnoush

Master Of Clinical Psychology,
Department of Psychology, Karaj
branch, Islamic Azad University

Ali Hosseinaei*

Department of Psychology,
Azadshahr branch, Islamic Azad
University

Maryam Bahrami

Department of Psychology, Karaj
branch, Islamic Azad University

*Corresponding Author:

Email: a.hosseinaei@gmail.com

مقدمه

اختلالات شخصیت، الگوها یا ویژگی‌های پایدار، انعطاف‌ناپذیر و ناسازگارانه‌ای است که می‌تواند بر تفکر، واکنش‌های هیجانی، روابط بین فردی و کنترل تکانه تأثیر بگذارد. رفتارهای بدکارکرد با انتظارات فرهنگ فرد، تفاوت‌های بسیار دارد و می‌تواند نگرانی عمده‌ای برای فرد و سایرین ایجاد و کارکردهای اجتماعی و شغلی فرد را مختل کند. اختلالات شخصیت، اختلالات مربوط به خصایص هستند و شیوه‌های ناسازگار و پایدار برای ادراک، برقراری رابطه و تفکر در مورد خود و جهان هستند (۱).

اختلالات شخصیت، دسته‌ی نامتجانسی از اختلالات هستند که با الگوهای دیرینه، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر رفتار و تجربه‌ی درونی، که با انتظارات فرهنگ شخص مغایرت دارند، تعریف می‌شوند. این الگوهای مسأله‌دار دست‌کم در دو مورد از زمینه‌های زیر آشکار می‌شوند: شناخت‌ها و هیجان‌ها، روابط و کنترل (۲).

در چهارمین نسخه‌ی تجدیدنظرشده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا، اختلالات شخصیت به سه دسته‌ی اصلی تقسیم شده‌اند: الف: اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال؛ ب: اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته؛ ج: اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی - جبری (۳).

بر اساس مطالعات گذشته، میزان شیوع اختلالات شخصیت متفاوت است. برای مثال، شیوع اختلال شخصیت پارانوئیدی در بیماران سرپایی کلینیک‌های بهداشت روانی دو تا ۱۰ درصد؛ اختلال شخصیت اسکیزوئید در موقعیت‌های بالینی نادر و شیوع اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در جمعیت کلی سه درصد گزارش شده است. شیوع اختلال شخصیت ضداجتماعی در نمونه‌های جامعه‌ی مردان و زنان به ترتیب تقریباً سه و یک درصد است. برآوردهای مربوط به شیوع در جمعیت‌های بالینی، بسته به خصوصیات جامعه‌ی هدف، از سه تا ۳۰ درصد متغیر است. مثلاً، میزان شیوع

در جمعیت بالینی سوءمصرف‌کننده‌ی مواد و زندانیان یا دیگر جمعیت‌های مشابه بیشتر است. در ارزیابی صفات ضداجتماعی، در نظر گرفتن بستر اجتماعی و اقتصادی رفتارها برای متخصصان بالینی سودمند است (۴).

شیوع اختلال شخصیت مرزی در بیماران سرپایی کلینیک‌های بهداشت، حدود ۱۰ درصد است. میزان شیوع اختلال شخصیت مرزی تقریباً ۷۵ درصد و در زنان بیشتر برآورد شده است (۴). شیوع اختلال شخصیت نمایشی در بیماران سرپایی و بستری مراکز بهداشت روانی تقریباً ۱۰ تا ۱۵ درصد گزارش شده است (۱). شیوع اختلال شخصیت خودشیفته در جمعیت بالینی دو تا ۱۶ درصد است (۴). تقریباً ۱۰ درصد بیماران سرپایی که به کلینیک‌های بهداشت روان مراجعه می‌کنند، اختلال شخصیت اجتنابی دارند. اختلال شخصیت وابسته از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در این کلینیک‌هاست. مطالعاتی که از سنجش منظم استفاده کرده‌اند، نشان می‌دهند که برآوردهای شیوع اختلال شخصیت وسواسی - جبری در افرادی که به کلینیک‌های بهداشت روان مراجعه می‌کنند، تقریباً سه تا ۱۰ درصد است (۴).

یکی از عوامل مرتبط با اختلالات شخصیت، سبک دلبستگی است. سبک‌های دلبستگی از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و آثار منفی تنش را کم‌رنگ‌تر جلوه دهند. بر اساس نظریه‌ی بالبی، دلبستگی به معنای پیوند عاطفی است که بین کودک و مراقب اصلی وی شکل می‌گیرد و بر رشد اجتماعی و احساس کودک درکل زندگی اثر می‌گذارد. او همچنین اظهار داشت که پیوند والد - کودک، بافت غیرقابل جایگزینی برای رشد هیجانی کودک فراهم می‌کند. به نظر وی، بیشتر مشکلات دوران کودکی و بزرگ‌سالی ناشی از تجارب واقعی دوران کودکی است (۵). به نظر بالبی، آسیب روانی از طرد و غفلت والدین از کودک ناشی می‌شود. نو روان تحلیل‌گران نیز این مدل دلبستگی را در اختلالات شخصیت پذیرفته‌اند؛ یعنی قبول کرده‌اند که مشکلات دلبستگی اوایل کودکی می‌تواند علت اصلی اختلالات

شخصیت باشد(۵).

سوروف، و همکاران(۶)، دلبستگی را مأمی از آسایش و امنیت برای کاوش و جست‌وجو کردن و منبعی برای اطمینان‌بخشی به کودک در زمان پریشانی وی می‌دانند. بالبی(۷) دلبستگی را در قالب نظریه‌ای بزرگ مفهوم‌سازی کرد. نظریه‌ی دلبستگی علاوه بر نظریه‌ی تحول کودک، نظریه‌ی تحول در گستره‌ی حیات نیز هست.

در زمینه‌ی اختلالات شخصیت و سبک‌های دلبستگی، پژوهش‌هایی در داخل و خارج از کشور شده است. از جمله خانجانی و همکاران(۸) در بررسی اختلالات شخصیت و رابطه‌ی آن با سبک‌های دلبستگی دانشجویان دانشگاه‌های تبریز به این نتیجه دست یافتند که بین سبک دلبستگی ایمن با اختلالات شخصیت دسته‌ی "الف" رابطه‌ی منفی و معنادار؛ بین سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا با اختلالات دسته‌ی "الف" رابطه‌ی مثبت و معنادار و بین سبک‌های دلبستگی با اختلالات دسته‌ی "ب" رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. همچنین بین سبک دلبستگی ایمن و اختلالات شخصیت دسته "ث" رابطه‌ی منفی و معنادار و بین سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا با دسته "ث" اختلالات شخصیت رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. نتیجه‌ی پژوهش فاتی‌زاده و همکاران(۹) نیز این بود که میزان شیوع علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی ۰/۰۸، خودشیفته ۱/۹، نمایشی ۶/۴ و مرزی ۰/۰۸ درصد است.

مطالعه‌ی اختلالات شخصیت اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا اختلالاتی شایع (۱۰ تا ۲۰ درصد در جمعیت عمومی) و مزمن هستند که علائم‌شان در طی چند دهه ظاهر می‌شود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت اغلب برچسب اعصاب خردکن، پرتوقع یا انگلی دریافت می‌کنند و پیش‌آگهی آنها عموماً نامساعد تلقی می‌شود. حدود نیمی از بیماران روان‌پزشکی، به اختلال شخصیت، که اغلب با اختلالات محور یک همراه است، مبتلا هستند. اختلال شخصیت و درماندگی و مشکلات ناشی از آن در تمام عمر دامن‌گیر فرد می‌شود، اگرچه از نظر میزان

فروپاشی زندگی افراد، انواع آن با هم تفاوت دارد. اختلال شخصیت عامل زمینه‌ساز سایر اختلالات روان‌پزشکی (مانند سوء مصرف مواد، خودکشی، اختلالات عاطفی، کنترل تکانه، اختلالات خوردن و اضطرابی) نیز هست و با تداخل در نتایج درمانی سندرم‌های محور یک، میزان از کار افتادگی، بیماری‌ها و مرگ و میر این بیماران را افزایش می‌دهد(۳، ۱۰).

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در زمینه‌ی شیوع اختلالات شخصیت پژوهش‌های پراکنده‌ای شده، اما میزان شیوع این نوع اختلالات در کلان‌شهر تهران تاکنون بررسی نشده است. از آنجا که در مورد رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی و اختلالات شخصیت در جمعیت بالینی (مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌شناختی) نیز کمتر پژوهش شده، هدف این پژوهش دستیابی به میزان شیوع اختلالات شخصیت در مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران و پی‌بردن به این نکته است که آیا سبک‌های دلبستگی با اختلالات شخصیت رابطه دارند؟ بنابراین سؤال‌ها و فرضیه‌های پژوهش پیش‌رو به این شرح تعیین شد:

- ۱) میزان شیوع اختلالات شخصیت در مراجعین به کلینیک‌های مناطق مختلف شهر تهران چقدر است؟
- ۲) آیا بین سبک دلبستگی و اختلالات شخصیت رابطه‌ی معنادار وجود دارد؟

روش

در پژوهش حاضر که توصیفی از نوع پیمایشی است، میزان شیوع اختلالات شخصیت و رابطه‌ی آن با سبک‌های دلبستگی در مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی مناطق ۲۲ گانه‌ی شهرداری تهران بررسی شد. جامعه‌ی پژوهش، مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی مناطق ۲۲ گانه‌ی شهرداری تهران بود که تقریباً سالی ۱۹ هزار نفر است. طبق جدول کرجسی و مورگان، نمونه شامل ۳۷۷ نفر از مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی ۲۲ منطقه‌ی شهرداری تهران در سه ماهه‌ی آخر سال ۱۳۹۳ و سه ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۴ بود و از

مشترک سنجیده و ارزیابی شد. میزان همبستگی این دو آزمون ۰/۷۵ و بیشتر گزارش شده است (۱۱). شریفی (۱۲) نسخه‌ی سوم آزمون میلون را در اصفهان هنجاریابی کرده است. نسخه‌ی سوم این آزمون، بر اساس فرآیند رواسازی یا اعتباریابی سه مرحله‌ای لئوینگر ساخته و برای پالایش آن از انتخاب گویه تا ساخت مقیاس و برای رواسازی بیرونی با استفاده از نظریه‌ی میلون به عنوان ملاک، از این سه مرحله تبعیت شده است (۱۲).

مطالعات مختلف نشان‌دهنده‌ی اعتبار نسبتاً خوب نسخه‌ی سوم میلون است. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت، همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ و برای مقیاس‌های نشانگان بالینی نیز همبستگی‌های متوسطی از ۰/۴۴ (اختلال استرس پس از سانحه) تا ۰/۹۵ (افسردگی اساسی) با متوسط ۰/۸۰ به دست آمده است (۱۲). اعتبار مقیاس‌ها در مطالعه‌ی هنجاریابی آزمون با فاصله‌ی زمانی پنج تا ۱۴ روز، از دامنه‌ی ۰/۸۲ (مقیاس بدنمایی) تا ۰/۹۶ (اختلال شبه جسمی) با متوسط ۰/۹۰ برای تمام مقیاس‌ها گزارش شده است (۱۲).

در مطالعه‌ی شریفی (۱۲)، همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه‌ی ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در این مطالعه، پایایی آزمون از طرق روش همسانی درونی محاسبه شده و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمده است (۱۲).

۲) پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰) این مقیاس، که شامل ۱۸ ماده است، خودارزیابی مهارت‌های برقراری ارتباط و خودتوصیفی شیوه‌ی شکل‌دهی دلبستگی‌های نزدیک را در برمی‌گیرد و با علامت‌گذاری هر ماده بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای (لیکرت) سنجیده می‌شود. کولینز و رید، موارد پرسش‌نامه‌ی خود را که هرکدام شامل شش ماده است و تحلیل عوامل سه زیرمقیاس را مشخص می‌سازد، بر

آنجا که پژوهش حاضر از نوع مطالعات همه‌گیرشناسی بود، ۶۶۳ نفر به عنوان نمونه بررسی شدند. در این پژوهش، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به کار رفت؛ به این صورت که شهر تهران به سه پهنه‌ی شمال (مناطق یک، دو، سه و چهار)، مرکز (مناطق پنج، شش، هفت، هشت، نه، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۲۲) و جنوب (مناطق ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱) تقسیم شد. سپس به طور تصادفی از هر پهنه دو منطقه (سه و چهار از شمال، شش و هشت از مرکز و ۱۵ و ۱۹ از جنوب تهران) انتخاب و پرسش‌نامه به شیوه‌ی در دسترس بین ۱۵۶ مراجع کلینیک‌های پهنه‌ی شمال، ۱۳۸ مراجع پهنه‌ی مرکز و ۱۶۹ مراجع پهنه‌ی جنوب توزیع شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

۱) پرسش‌نامه‌ی چندمحوری بالینی میلون-۳ (MCM-3)

این آزمون را ابتدا میلون در سال ۱۹۷۷ طراحی کرد، اما تاکنون دو بار مورد تجدید نظر قرار گرفته است. نسخه‌ی سوم، که میلون آن را در سال ۱۹۹۴ مدون کرد، شامل ۱۷۵ ماده است که بر اساس ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، الگوهای بالینی شدید شخصیت، نشانگان‌های بالینی و نشانگان بالینی شدید. مقیاس‌ها به همراه مواد تشکیل‌دهنده‌ی آنها با نظریه‌ی شخصیت میلون و DSM-IV همخوانی دارند. این آزمون یک پرسش‌نامه‌ی خودسنجی است که به دو صورت دستی و کامپیوتری برای افراد بالای ۱۸ سال و سطح سواد تقریباً هشت کلاس قابل اجرا و نمره‌گذاری است. آزمون شامل یک راهنمای پاسخ به سؤال‌هاست که در اختیار آزمودنی قرار می‌گیرد. روش نمره‌گذاری، که برای مرد و زن متفاوت است، در یک راهنمای نمره‌گذاری دستی توضیح داده شده است (۱۱).

میلون و همکاران برای اندازه‌گیری میزان اعتبار چهار آزمون، از روش همسانی استفاده و در مجموع میزان اعتبار آن را ۰/۷۸ برآورد کرده‌اند. روایی چهار آزمون نیز در مقایسه با آزمون MMPI، با مقایسه‌ی عوامل

برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۲، آزمودنی‌های پسر ۰/۹۳ و آزمودنی‌های دختر ۰/۹۰ بود که نشان‌دهنده‌ی پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش این مقیاس است (۱۴).

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولان و متخصصان روان‌شناسی کلینیک‌های روان‌شناختی شهرداری تهران و انتخاب نمونه، برگه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه‌ی چندمحوری بالینی میلون و پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی کولینز و رید در هفت کلینیک منتخب روان‌شناختی شهرداری تهران توزیع و پس از کسب رضایت، به وسیله‌ی متخصص روان‌شناس به صورت فردی اجرا شد. در این پژوهش، شاخص‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی و درصد و آزمون‌های آمار استنباطی نظیر ضریب همبستگی پیرسون به کار رفت.

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد که ۴/۵ درصد افراد ۱۸ تا ۲۰، ۳۰/۹ درصد ۲۱ تا ۳۰، ۳۵/۹ درصد ۳۱ تا ۴۰، ۱۵/۶ درصد ۴۱ تا ۵۰، ۱۲/۳ درصد ۵۱ تا ۶۰ و ۰/۹ درصد ۶۱ تا ۷۰ سال دارند. میانگین سنی ۳۴/۸۴، انحراف استاندارد ۱۰/۳۵ سال و کمترین و بیشترین سن نیز به ترتیب ۱۸ و ۶۸ بود. از حیث جنسیت، ۶۷ درصد افراد زن و ۳۳ درصد مرد بودند. وضعیت درآمد افراد نیز از این قرار بود: ۳۴/۳ درصد بدون درآمد، ۱/۳ درصد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان در ماه، ۳۰/۵ درصد بین ۵۰۰ هزار تا ۱/۵ میلیون تومان و ۲۷/۹ درصد بین یک تا دو میلیون تومان و ۲۸ درصد بیش از دو میلیون تومان درآمد داشتند. میانگین درآمد گروه نمونه ۹۰۱۸۵۷/۴۵ تومان در ماه و انحراف استاندارد درآمد ۸۸۱۵۲۲/۹۴ تومان بود. کمترین و بیشترین درآمد به ترتیب صفر و پنج میلیون تومان در ماه بود. از نظر تحصیلات، پنج درصد افراد زیردیپلم، ۲۹/۲ درصد دیپلم، ۱۲/۷ درصد فوق‌دیپلم، ۳۴/۶ درصد لیسانس، ۱۵/۱ درصد فوق‌لیسانس بودند و ۳/۵ درصد مدرک دکتری داشتند. وضعیت تأهل، ۳۹/۳ درصد افراد مجرد، ۵۷/۲ درصد متأهل و ۳/۵ درصد

پایه‌ی توصیفات پرسش‌نامه‌ی دلبستگی بزرگ‌سالان هازن و شیور در مورد سه سبک دلبستگی تدارک دیده‌اند. این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: وابستگی: میزان اعتماد و اتکای افراد به هم؛ نزدیک بودن: میزان آسایش فرد در یک رابطه، همراه با صمیمیت و نزدیکی هیجانی؛ اضطراب: میزان ترس از داشتن رابطه (۱۲)

زیرمقیاس اضطراب (A) با دلبستگی ناایمن اضطرابی - دوسوگرا مطابقت دارد و زیرمقیاس نزدیک بودن (C) در تطابق با دلبستگی، ایمنی بخش است و زیرمقیاس D را می‌توان تقریباً عکس دلبستگی اجتنابی قرار داد. کولینز برای قابلیت اعتماد مقیاس بزرگ‌سالان، میزان آلفای کرونباخ در نمونه‌ی ۱۷۳ نفری از دانشجویان را برای زیرمقیاس‌های A، C، D و به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۵ گزارش کرده است (۱۲).

در ایران نیز پاکدامن (۱۳) با فاصله‌ی زمانی یک ماه آزمون - آزمون را برای ۱۰۰ دختر و پسر اجرا کرد و نشان داد که در این پرسش‌نامه، تفاوت بین دو اجرای مقیاس‌های A، C، D معنادار نیست و این آزمون در سطح معناداری ۰/۰۵ قابل اعتماد است. از سوی دیگر، محاسبه‌ی آلفای کرونباخ مشخص کرد که زیرمقیاس اضطراب، بیشترین پایایی (۰/۷۴) و وابستگی، کمترین پایایی (۰/۲۸) را دارد و پایایی زیرمقیاس نزدیک بودن ۰/۵۲ است. همچنین پاکدامن (۱۳) روایی سازه‌ی این پرسش‌نامه را با استفاده از روایی و اگر بررسی کرد و نشان داد که ضریب همبستگی بین زیرمقیاس‌های "A" و "C" و "A" و "D" در سطح معناداری ۰/۰۰۱، به ترتیب ۰/۳۱۳ و ۰/۳۳۶ و ضریب همبستگی بین زیرمقیاس‌های C و D در سطح معناداری ۰/۰۱۴، ۰/۲۴۶ است.

ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در نمونه‌ی ۲۴۰ نفری برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب برای دانشجویان دختر ۰/۷۴، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۷۲ بود که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی مقیاس دلبستگی بزرگ‌سالان است. همچنین ضرایب همبستگی بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در دو نوبت، به فاصله‌ی دو هفته

جدول ۱ - فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی	زیرمتغیرها	فراوانی	درصد
سن	۱۸ تا ۲۰	۲۱	۴/۵
	۲۱-۳۰	۱۴۳	۳۰/۹
	۳۱-۴۰	۱۶۶	۳۵/۹
	۴۱-۵۰	۷۲	۱۵/۶
	۵۱-۶۰	۵۷	۱۲/۳
	۶۱-۷۰	۴	۰/۹
جنسیت	زن	۳۱۰	۶۷
	مرد	۱۵۳	۳۳
وضعیت درآمد	بدون درآمد	۱۵۹	۳۴/۳
	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۶	۱/۳
	۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان	۱۴۱	۳۰/۵
	یک تا دو میلیون تومان	۱۲۹	۲۷/۹
	بیش از دو میلیون تومان	۲۸	۶
	کمتر از دیپلم	۲۳	۵
سطح تحصیلات	دیپلم	۱۳۵	۲۹/۲
	فوق دیپلم	۵۹	۱۲/۷
	لیسانس	۱۶۰	۳۴/۶
	فوق لیسانس	۷۰	۱۵/۱
	دکتری	۱۶	۳/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۱۸۲	۳۹/۳
	متأهل	۲۶۵	۵۷/۲
منطقه‌ی محل سکونت	جدانشده	۱۶	۳/۵
	شمال	۱۵۶	۳۳/۷
	مرکز	۱۳۸	۲۹/۸
	جنوب	۱۶۹	۳۶/۵
مجموع		۴۶۳	۱۰۰

وابسته ۱/۱، نمایشی ۳۵/۴، اسکیزوئید ۱/۷، دوری‌گزین ۰/۴، افسرده ۶/۹، خودشیفته ۴/۳، دگرآزار ۰/۴، وسواسی ۱۵/۶ و منفی‌گرا ۰/۹ درصد است. میزان شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی، خودآزار، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید صفر است. ملاک تعیین اختلال، نمرات BR بیشتر از ۸۵ در آزمون چندمحوری بالینی میلیون ۳ است. شیوع کلی اختلالات شخصیت در جمعیت بالینی

جدا شده بودند. محل سکونت ۳۳/۷ درصد افراد شمال تهران و ۲۹/۸ مناطق مرکزی شهر و ۳۶/۵ درصد مناطق جنوبی شهر تهران بود. سؤال تحقیق: میزان شیوع اختلالات شخصیت در مراجعین به کلینیک‌های مناطق مختلف شهرداری تهران چقدر است؟ جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال شخصیت

جدول ۳- ضریب همبستگی بین سبک دلبستگی ایمن و اختلالات شخصیت

سبک دلبستگی ایمن	اختلال شخصیت	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
وابسته		۰/۰۴	۰/۳۵
نمایشی		۰/۳۱	۰/۰۰۱
اسکیزوتیپ		-۰/۱۱	۰/۰۲
دوری‌گزین		-۰/۱۳	۰/۰۰۶
افسرده		-۰/۰۶	۰/۲
خودشیفته		۰/۰۲	۰/۶۲
ضداجتماعی	سبک	-۰/۰۱	۰/۷۹
دگرآزار	دلبستگی ایمن	-۰/۰۲	۰/۷۱
وسواسی		-۰/۰۵	۰/۲۵
منفی‌گرا		-۰/۱۰	۰/۰۴
خودآزار		-۰/۱۱	۰/۰۲
اسکیزوتایپال		-۰/۱۴	۰/۰۰۲
مرزی		۰/۰۷	۰/۱۳
پارانویید		-۰/۱۱	۰/۰۲

وجود دارد. همچنین رابطه‌ی سبک دلبستگی ایمن و اختلال شخصیت اسکیزوتیپ، اجتنابی، منفی‌گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال، پارانوئید معکوس و رابطه‌ی سبک دلبستگی ایمن و اختلال شخصیت نمایشی مستقیم است.

جدول ۴ حاکی از آن است که رابطه‌ی سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و اختلال شخصیت ضداجتماعی، دگرآزار و مرزی؛ و نیز رابطه‌ی سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و اختلال شخصیت اسکیزوتیپ، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، وسواسی، منفی‌گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال و پارانوئید معنادار است. همچنین ارتباط سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و اختلال شخصیت وابسته، نمایشی، خودشیفته و پارانوئید معکوس و رابطه‌ی سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و اختلال شخصیت اسکیزوتیپ، دوری‌گزین، افسرده، وسواسی، منفی‌گرا، خودآزار و اسکیزوتایپال مستقیم

نیز ۵۴/۶۴ درصد به دست آمد.

بیشترین میزان شیوع در پژوهش حاضر به ترتیب به اختلال شخصیت نمایشی، وسواسی جبری، افسرده، خودشیفته، اسکیزوتیپ، وابسته، منفی‌گرا، دوری‌گزین، دگرآزار و اختلالات شخصیت ضداجتماعی، خودآزار، مرزی، اسکیزوتایپال، پارانوئید بدون برجسب اختلال تعلق داشت.

فرضیه‌ی تحقیق: بین سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های اختلال شخصیت رابطه‌ی معنادار وجود دارد. برای تحلیل این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین سبک دلبستگی ایمن

جدول ۲- فراوانی و درصد اختلالات شخصیت در گروه

نمونه		
اختلال شخصیت	فراوانی	درصد
وابسته	۵	۱/۱
نمایشی	۱۶۴	۳۵/۴
اسکیزوتیپ	۸	۱/۷
دوری‌گزین	۲	۰/۴
افسرده	۳۲	۶/۹
خودشیفته	۲۰	۴/۳
ضداجتماعی	۰	۰
دگرآزار	۲	۰/۴
وسواسی	۷۲	۱۵/۶
منفی‌گرا	۴	۰/۹
خودآزار	۰	۰
اسکیزوتایپال	۰	۰
مرزی	۰	۰
پارانویید	۰	۰
کل	۲۵۳	۵۴/۶۴

و اختلال شخصیت افسرده، وابسته، خودشیفته، ضداجتماعی و دگرآزار، وسواسی و مرزی رابطه‌ی معنادار وجود ندارد، اما بین سبک دلبستگی ایمن و اختلال شخصیت اسکیزوتیپ، اجتنابی، نمایشی منفی‌گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال و پارانوئید رابطه‌ی معنادار

است.

جدول ۵ نشان می‌دهد که رابطه‌ی بین سبک دلبستگی

جدول ۴- ضریب همبستگی بین سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و اختلالات شخصیت

سبک دلبستگی ناایمن-اجتنابی	اختلال شخصیت	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
اسکیزوئید	۰/۰۱۶	۰/۰۰۱	
دوری‌گزین	۰/۲۲	۰/۰۰۰۱	
افسرده	۰/۰۱۵	۰/۰۰۱	
وابسته	-۰/۱۰	۰/۰۲۷	
نمایشی	-۰/۲۵	۰/۰۰۰۱	
خودشیفته	-۰/۱۶	۰/۰۰۰۱	
ضداجتماعی	۰/۰۳	۰/۵۲۴	
دگرآزار	-۰/۰۷	۰/۰۹۷	
وسواسی	۰/۲۳	۰/۰۰۰۱	
منفی‌گرا	۰/۱۹	۰/۰۰۰۱	
خودآزار	۰/۲۲	۰/۰۰۰۱	
اسکیزوتایپال	۰/۱۶	۰/۰۰۰۱	
مرزی	-۰/۱۸	۰/۷۰۵	
پارانوئید	-۰/۱۶	۰/۰۰۰۱	

سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی

جدول ۵- ضریب همبستگی بین سبک دلبستگی ناایمن

دوسوگرا و اختلالات شخصیت

سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا	اختلال شخصیت	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
اسکیزوئید	۰/۳۱	۰/۰۰۰۱	
دوری‌گزین	۰/۳۱	۰/۰۰۰۱	
افسرده	۰/۳	۰/۰۰۱	
وابسته	۰/۲۶	۰/۰۰۰۱	
نمایشی	-۰/۳۱	۰/۰۰۰۱	
خودشیفته	-۰/۱۳	۰/۰۰۷	
ضداجتماعی	۰/۱۱	۰/۰۱۴	
دگرآزار	۰/۰۷	۰/۱۲۶	
وسواسی	۰/۱	۰/۰۳	
منفی‌گرا	۰/۲۸	۰/۰۰۰۱	
خودآزار	۰/۲۳	۰/۰۰۰۱	
اسکیزوتایپال	۰/۲۰	۰/۰۰۰۱	
مرزی	۰/۱۴	۰/۰۰۳	
پارانوئید	۰/۲۲	۰/۰۰۰۱	

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش در مورد میزان شیوع اختلالات شخصیت در مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال شخصیت وابسته ۱/۱، نمایشی ۳۵/۴ (۱۵ درصد در DSM-IV-TR)، اسکیزوئید ۱/۷ (شیوع به ندرت در DSM-IV-TR)، دوری‌گزین ۰/۴ (۱۰ درصد در DSM-IV-TR)، افسرده ۶/۹، خودشیفته ۴/۳ (دو تا ۱۶ درصد در DSM-IV-TR)، دگرآزار ۰/۴، وسواسی ۱۵/۶ (سه تا ۱۰ درصد در DSM-IV-TR) و منفی‌گرا ۰/۹ درصد است. میزان شیوع اختلال شخصیت ضد اجتماعی صفر (سه تا ۱۰ درصد در DSM-IV-TR)، خودآزار صفر، اسکیزوتایپال صفر، مرزی صفر (۱۰ درصد در

ناایمن دوسوگرا و اختلال شخصیت خودشیفته و دگرآزار؛ و نیز رابطه‌ی بین سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا و اختلال شخصیت وابسته، نمایشی، خودشیفته، اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، ضداجتماعی، وسواسی، منفی‌گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید معنادار است. همچنین ارتباط بین سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته معکوس و رابطه‌ی سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و اختلال شخصیت وابسته، اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، ضداجتماعی، وسواسی، منفی‌گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید مستقیم است؛ بنابراین فرضیه تأیید می‌شود.

۱- میزان شیوع ذکر شده در DSM-IV-TR، مربوط به جمعیت بالینی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی (به صورت سریایی) است که میزان شیوع برخی اختلالات در آن نیامده است.

است که باتوجه به میزان شیوع دو تا ۱۶ درصدی در DSM-IV-TR و بافت فرهنگی شهر تهران از نظر وجود الگوهای بزرگ‌منشانه و احساس خودبرتری به دلیل موقعیت اجتماعی و اقتصادی برتر تبیین پذیر است. شیوع اختلال شخصیت ضداجتماعی، مرزی و پارانوئید در DSM-IV-TR زیاد و در این پژوهش صفر شده است که چون نمره‌ی برش برچسب اختلالات شخصیت (BR) در این پژوهش ۸۵ در نظر گرفته شده، چند حالت می‌تواند مد نظر قرار بگیرد:

۱- احتمالاً مراجعین و گروه نمونه هنگام تکمیل پرسش‌نامه، از بیان برخی حقایق در مورد این اختلالات، که با تابلوی بالینی نامناسب همراه است، اجتناب و مطلوب‌نمایی بیشتری کرده‌اند.

۲- نمرات BR ۶۵ به بالا، که مبین رگه‌ها و ویژگی‌هایی از این اختلالات است، نشان‌دهنده‌ی ویژگی‌های اختلالات ضداجتماعی، مرزی و پارانوئید بیشتری است که البته به مرز اختلال کامل نمی‌رسد.

۳- از آنجا که اساس تشخیص در این پژوهش، صرفاً پرسش‌نامه‌ی میلون بود و برای تشخیص دقیق‌تر، مصاحبه‌ی بالینی انجام نشد، شاید با مصاحبه‌ی بالینی دقیق بتوان میزان شیوع بیشتری برای گروه نمونه در نظر گرفت.

۴- با توجه به اینکه گروه نمونه‌ی این پژوهش، مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران بودند و از آنجا که در شهر تهران هنوز مؤسسات بیمه از خدمات روان‌شناسی حمایت نمی‌کنند و این خدمات با تعرفه‌ی آزاد ارائه می‌شود، می‌توان انتظار داشت که مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناسی از سطح درآمد بالاتری برخوردار باشند و به اختلالات حاد شخصیت مبتلا نباشند، زیرا اغلب مبتلایان به اختلالات حاد شخصیت (از جمله ضداجتماعی، مرزی و پارانوئید) مراجعین به مراکز روان‌پزشکی دولتی هستند که با تعرفه‌ی دولتی تحت درمان قرار می‌گیرند.

۵- با توجه به نتایج پژوهش و عدم شیوع بعضی اختلالات در کلینیک‌های روان‌شناسی (نظیر اختلال

DSM-IV-TR) و پارانوئید صفر (۱۰ تا ۲۰ درصد در DSM-IV-TR) است. ملاک تعیین اختلال، نمرات BR بیشتر از ۸۵ است. شیوع کلی اختلالات شخصیت در جمعیت بالینی نیز ۵۴/۶۴ درصد به دست آمد. در پژوهش فاتحی‌زاده و همکاران (۹) نیز بیشترین میزان شیوع اختلالات شخصیت مربوط به اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته بود که قسمتی از آن با نتایج این پژوهش همخوان است.

بیشترین میزان شیوع در پژوهش حاضر به ترتیب به اختلال شخصیت نمایشی، وسواسی جبری، افسرده، خودشیفته، اسکیزوئید، وابسته، منفی‌گرا، دوری‌گزین، دگرآزار و اختلالات شخصیت ضداجتماعی، خودآزار، مرزی، اسکیزوتیپال، پارانوئید (بدون برچسب اختلال) اختصاص یافت.

با توجه به بافت فرهنگی شهر تهران، میزان شیوع اختلالات شخصیت در این پژوهش و پژوهش پیشین فاتحی‌زاده و همکاران (۹) در کلان‌شهر اصفهان، که اختلال شخصیت‌های نمایشی و خودشیفته در آن بسامد بالایی داشتند، قابل توجه است. بیشترین میزان مربوط به اختلالات شخصیت نمایشی، وسواسی و خودشیفته به عنوان ویژگی اصلی اختلال شخصیت نمایشی، رفتار توجه‌طلبانه و هیجان‌پذیری مفرط و فراگیر است که این خصیصه با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی و موقعیت ویژه‌ی کلان‌شهر تهران از نظر جغرافیایی و اجتماعی تبیین پذیر است (۹).

ویژگی اصلی اختلال شخصیت وسواسی-جبری، اشتغال ذهنی به نظم، کمال‌گرایی و کنترل ذهنی و میان‌فردی به بهای از دست دادن انعطاف‌پذیری، گشاده‌رویی و کارآیی است که با توجه به اینکه این اختلال در قشر تحصیل کرده و از نظر اقتصادی بالا بیشتر شیوع دارد، احتمالاً با توجه به موقعیت اقتصادی و تحصیلی بهتر شهروندان تهرانی، به عنوان پایتخت‌نشینان، می‌توان میزان شیوع زیاد این اختلال در شهر تهران را تبیین کرد.

ویژگی اصلی اختلال شخصیت خودشیفته، الگوی فراگیر بزرگ‌منشی، نیاز به تحسین و فقدان همدلی

اجتماعی تر هستند، می توان انتظار داشت که این سبک دلبستگی با اختلال شخصیت نمایشی، که تابلوی بالینی آن توجه طلبی و مرکز توجه بودن است، رابطه‌ی مستقیم داشته باشد.

همچنین، نتایج نشان می دهند که بین سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و اختلال شخصیت اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، وسواسی، منفی گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال و پارانوئید رابطه‌ی معنادار وجود دارد. همچنین ارتباط بین سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و اختلال شخصیت وابسته، نمایشی، خودشیفته و پارانوئید معکوس و رابطه‌ی سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و اختلال شخصیت اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وسواسی، منفی گرا، خودآزار و اسکیزوتایپال مستقیم است که این با پژوهش تیمرمن (۱۸) و بشارت (۱۹) هم خوان و با قسمتی از پژوهش خانجانی و همکاران (۸) ناهم خوان است.

افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی از نزدیک شدن به دیگران احساس ناراحتی کرده و نمی توانند کاملاً به دیگران اعتماد کنند. تکیه کردن به دیگران برای این افراد مشکل است و از اینکه کسی بخواهد خیلی به آنها نزدیک شود عصبی شده و احساس می کنند دیگران اغلب بیشتر از حدی که آنها احساس راحتی می کنند، با آنها صمیمی اند. اجتناب گرها انزواطلب اند و پرخاشگری بی جهت نشان می دهند. بنابراین ارتباط مستقیم این سبک دلبستگی با اختلالات شخصیت اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وسواسی، منفی گرا، خودآزار و اسکیزوتایپال به دلیل ویژگی مشترک انزواطلبی در اغلب این اختلالات قابل تبیین است. همچنین از آنجا که در بیشتر اختلالات شخصیت وابسته، نمایشی، خودشیفته و پارانوئید برون گرایی و نمایشگری دیده می شود، رابطه‌ی معکوس با سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی تبیین پذیر است.

نتایج بررسی فرضیه‌ی پژوهش نشان می دهد که بین سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا و اختلال شخصیت وابسته، نمایشی، خودشیفته، اسکیزوئید، دوری گزین،

شخصیت ضداجتماعی، خودآزار، مرزی، اسکیزوتایپال، پارانوئید) می توان این فرضیه را مطرح کرد که افراد مبتلا به این اختلالات، به علت ناآگاهی از بیماری خود و مقاومت زیاد در برابر مراجعه به روان شناس، اغلب بعد از پیدا کردن یک مشکل قانونی و درگیری، وسیله‌ی مراجع قضائی به روان پزشک ارجاع داده می شوند.

۶- با توجه به پژوهش های فاتحی زاده و همکاران (۹)، شاکری (۱۵) و مظاهری و همکاران (۱۶)، که با نسخه های اول و دوم آزمون میلون انجام دادند و مقایسه با نتایج این پژوهش، احتمالاً شیوع اختلالات شخصیت مرزی، ضداجتماعی، پارانوئید و وابسته در جمعیت بالینی بیشتر از عدد فعلی است، لذا می توان این فرضیه را مطرح کرد که نسخه‌ی سوم آزمون میلون در ایران به خوبی هنجاریابی نشده، چون شیوع این اختلالات در پژوهش های قبلی بالا بوده است (۹، ۱۵، ۱۶).

نتایج بررسی فرضیه‌ی پژوهش نشان می دهد که بین سبک دلبستگی ایمن و اختلال شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، نمایشی منفی گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال و پارانوئید رابطه‌ی معنادار وجود دارد. همچنین رابطه‌ی سبک دلبستگی ایمن و اختلال شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، منفی گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال، پارانوئید معکوس و رابطه‌ی سبک دلبستگی ایمن و اختلال شخصیت نمایشی مستقیم است که این با نتایج پژوهش خانجانی و همکاران (۸)، عارفی (۱۷) هم خوان و با قسمتی از پژوهش تیمرمن (۱۸) ناهم خوان است.

از آنجا برقراری ارتباط با دیگران برای افراد دارای سبک دلبستگی ایمن آسان است و از اینکه به دیگران تکیه کنند و نیز اجازه دهند که دیگران به آنها تکیه کنند، احساس راحتی می کنند و با توجه به نتایج پژوهش می توان مشاهده کرد که افراد دارای اختلال شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، منفی گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال، پارانوئید در برقراری ارتباط مطمئن با دیگران بیشتر مشکل پیدا می کنند و لذا وجود رابطه‌ی معکوس بین این اختلالات با سبک دلبستگی ایمن موجه است. با توجه به اینکه افراد دارای سبک دلبستگی ایمن

تضاد با ویژگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته است، بنابراین رابطه‌ی معکوس و معنادار این اختلالات با سبک دلبستگی نایمن اجتنابی تبیین می‌شود. در بیشتر افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته، اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، ضداجتماعی، وسواسی، منفی‌گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید، که رابطه‌ی مثبت و معناداری با سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا دارند، آشفتگی در روابط صمیمانه‌ی بین فردی و سایر ویژگی‌های افراد دارای سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا قابل مشاهده و بدین ترتیب رابطه‌ی مستقیم این اختلالات با سبک دلبستگی نایمن اجتنابی قابل دفاع است.

افسرده، ضداجتماعی، وسواسی، منفی‌گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید رابطه‌ی معنادار وجود دارد. ارتباط سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته معکوس و رابطه‌ی سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و اختلال شخصیت وابسته، اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، ضداجتماعی، وسواسی، منفی‌گرا، خودآزار، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید مستقیم و با پژوهش خانجانی و همکاران (۸) و محمدزاده (۲۰) کاملاً همخوان است.

افراد دارای سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا احساس می‌کنند دیگران مایل نیستند آنقدر که آنها دوست دارند با آنان رابطه‌ی نزدیک داشته باشند. آنها مایل‌اند که با بعضی افراد کاملاً یکی شوند، ولی این خواسته بعضی اوقات باعث ناراحتی و دوری مردم از آنها می‌شود. عدم تمایل به نزدیکی با دیگران، نگرانی از اینکه طرف مقابل واقعاً آنها را دوست نداشته باشد و پریشانی و آشفتگی به هنگام پایان یافتن یک رابطه، از دیگر ویژگی‌های افراد دارای سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا بوده و در

دریافت مقاله: ۹۳/۶/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۹۳/۹/۲۰

منابع

1. Seligman M, Rosenhan D, Walker E. Psychopathology. [R. Rostami, H. Nadali, A. Niloofari, trans] Tehran: Arjmand; 2011. [Persian].
2. Davison CJ, Neal JM, Johnson SL. Psychopatology (Abnormal psychology). [H. Shamsipour, trans]. Tehran: Arjmand; 2007. [Persian].
3. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive psychiatry, behavioral sciences- clinical psychiatry. [F. Rezaei, trans]. Tehran: Arjmand; 2007. [Persian].
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual for mental disorders (DSM-IV-TR). 4th ed. [MR. Nikkhoo, H. Avadisians, trans]. Tehran: Sokhan, 2000. [Persian].
5. Davidson S, Ireland CA. Substance misuse: The relationship between attachment styles, personality traits and coping in drug and nondrug users. *Drugs and Alcohol Today*. 2009;9(3):22-27.
6. Grossman KE, Grossman K, Water E, editors. Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. New York: Guilford Press; 2005.
7. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. New York: Tavistock; 1979.
8. Khanjani Z, Hosseininasab SD, Kazmi A, Panah Ali A. Attachment styles and personality disorders, analysis of role of insecurity attachment on B and C clesters of personality disorders. *Clinical Psychology Research Quarterly* 2012;7(2):97-119. [Persian].
9. Fatehizade M, Imami T, Najarian B. Study of epidemiology of antisocial, narcistic and borderline personality disorders signs among male students. *Journal of Behavioral Sciences* 2007;14(22):47-62. [Persian].
10. Cloninger CR. Antisocial personality disorder. Hoboken NJ: Wiley Press; 2005.
11. Fathi Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: Personality and mental health assessment Tehran: Besat; 2012. [Persian].

12. Sharifi AA, Molavi H, Namdari K. The Validity of MCMI-III (Millon) Scales. *Science and Research in applied Psychology* 2008;34:27-38. [Persian].
13. Pakdaman S. The relationship between attachment styles and community seeking in adolescents. *Journal of Learning disabilities* 2014 : 3(4):124-142. [Persian].
14. Rasouli Z, Farahbakhsh K. The Relationship between attachment styles and locus of control and marital adjustment. *Journal of Thought and behavior* 2009;4(13):17-24. [Persian].
15. Shakeri J, Epidimiology of personality disorders among substance-related prisoners in central prisons of Kermanshah in 2004 year. *Journal of Law Medicine* 2004;3:158-161. [Persian].
16. Mazaheri M, Khalighi N, Raghbi M, Sarabandi H. Prevalence of personality disorders among female prisoners of Zahedan prison. *Zahedan Journal of Research of Medical Scinces* 2011;13(3):46-49.[Persian].
17. Arefi MA. Relationship between attachment styles and personality disorders in students of Tehran University [dissertation]. University of Tehran ;2004. [Persian].
18. Timmerman IG, Emmelkamp PM. The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006;29(1):48-56.
19. Besharat MA. Explanation of personality disorders based on Attachment theory. *Journal of Contemporary Psychology* 2006;1(2):41-48. [Persian].
20. Mohamadzade A. explanation of schizotypal and borderline traits based on attachment styles and fundamental trait of personality. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran* 2012;18(4):322-330. [Persian].

