رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۳، شماره پیاپی۹۶، خرداد ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(3), 2024

روابط ساختاری تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با نشانه‌های اختلال شخصیت خودشیفته: نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه

Structural Relationships of Adverse Childhood Experiences with Symptoms of Narcissistic Personality Disorder: The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas

الهام کریمی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
دکتر تورج هاشمی نصرت آباد
استاد،گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
دکتر زینب خانجانی
استاد،گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

Elham Karimi *
M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
ekarimii75@gmail.com
Dr. Touraj Hashemi Nosratabad
Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Dr. Zeynab Khanjani
Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین روابط ساختاری تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال شخصیت خودشیفته با توجه به نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. روش پژوهش توصیفی- همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ (۲۴۰۰۰ نفر) و نمونه آماری شامل ۳۵۴ نفر بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. جهت اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه‌ی آسیب کودکی (CTQ، برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳)، سیاهه‌ی شخصیت خودشیفته (NPI-16، آمز و همکاران، ۲۰۰۶) و پرسشنامه‌ی فرم کوتاه طرحواره‌ی یانگ (YSQ-SF، یانگ، ۱۹۹۹) و جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد سوءاستفاده جنسی بر اختلال شخصیت خودشیفته اثر مستقیم و از طریق میانجی‌گری حوزه محدودیت‌های مختل و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل اثر غیرمستقیم داشته است ($p<۰/۰۵$). همچنین نتایج حاکی از این بود سوءاستفاده جنسی ، غفلت عاطفی و غفلت جسمی بر حوزه بریدگی و طرد و سوءاستفاده جنسی و غفلت جسمی بر حوزه دیگر جهت‌مندی اثر مستقیم داشته است ($p<۰/۰۵$). نتایج نشان داد مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. مبتنی بر این یافته‌ها می‌توان بیان داشت که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه قادرند تغییرات اختلال شخصیت خودشیفته را پیش‌بینی کرده و وقوع آن را تبیین نمایند.

واژه‌های کلیدی: *تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلال شخصیت خودشیفته.*

Abstract

The present study aimed to determine the structural relationships between adverse childhood experiences and the symptoms of narcissistic personality disorder, with the mediating role of early maladaptive schemas. The descriptive-correlation research was based on path analysis. The statistical population of this research included the students of the University of Tabriz in 2022-2023 (24000 people) and the statistical sample included 354 people who were selected by multi-stage cluster sampling method. To measure the variables, the childhood trauma questionnaire (CTQ, Bernstein et al., 2003), narcissistic personality inventory (NPI-16, Ames et al., 2006), and Young Schema Short Form Questionnaire (YSQ-SF, Young, 1999) were used and the path analysis method was used to analyze the data. Data analysis showed that sexual abuse had a direct effect on narcissistic personality disorder and an indirect effect through the mediation of impaired limits and Impaired autonomy and performance ($p<0.05$). Also, the results indicated that sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect had a direct effect on Disconnection and rejection, and sexual abuse and physical neglect had a direct effect on Other-directedness ($p<0.05$). The results showed that the model had a good fit. Based on these findings, it can be stated that adverse childhood experiences through the mediation of early maladaptive schemas can predict changes in narcissistic personality disorder and explain its occurrence.

Keywords: *Adverse Childhood Experiences, Early Maladaptive Schemas, Narcissistic Personality Disorder.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آذر ۱۴۰۲** | **پذیرش: دی ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: خرداد ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

مقدمه

اختلالات شخصیت[1] الگوهای درون ذهنی و رفتاری پایداری هستند که از معیارهای فرهنگی فاصله داشته، شایع، انعطاف‌ناپذیر و غیرانطباقی هستند، از نوجوانی یا جوانی شروع‌شده و کارکردهای فرد را مختل می‌سازند (سادوک[2] و همکاران، ۲۰۱۵). یکی از حوزه‌های اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت خودشیفته (NPD)[3] است. براساس تعریف متن بازنگری شده‌ی نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5-TR)[4]، اختلال شخصیت خودشیفته الگوی فراگیری از خودبزرگ بینی (در عالم خیال یا رفتار)، نیازمندی به تحسین و فقدان همدلی است که در اوایل بزرگ‌سالی آغاز می‌شود ودر زمینه‌های مختلف وجود دارد. عزت‌نفس بسیار شکننده، مبارزه با شک درونی شدید، انتقاد از خود و پوچی افراد مبتلا به این اختلال منجر به نیاز آن‌ها به جستجوی فعالانه تحسین دیگران می‌گردد. احساس استحقاق، همراه با عدم درک و حساسیت نسبت به خواسته‌ها و نیازهای دیگران، منجر به استثمار آگاهانه یا ناآگاهانه دیگران می‌شود. آن‌ها فقط در صورتی تمایل به ایجاد دوستی یا روابط عاشقانه دارند که طرف مقابل به پیشبرد اهداف و مقاصدشان کمک کند. بر این اساس، روابط در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته تا حد زیادی سطحی توصیف می‌شود و کسانی که با این افراد ارتباط برقرار می‌کنند، معمولاً عدم همدلی، سردی عاطفی و عدم علاقه متقابل را درمی‌یابند (انجمن روانپزشکی آمریکا[5]، ۲۰۲۲). شیوع اختلال شخصیت خودشیفته بین صفر تا ۶/۲ درصد برآورد شده و برخی از مطالعات نشان می‌دهند که این اختلال در مردان شایع‌تر (۵۰ تا ۷۵ درصد) است، بااین‌حال، در مطالعات دیگر شیوع آن بین جنسیت‌ها برابر در نظر گرفته شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ رونینگستام[6]، ۲۰۱۳)؛ بنابراین با توجه به پیامدهای روان‌شناختی و میان‌فردی این اختلال، توجه به ریشه‌های ایجادکننده‌ی آن امری مهم تلقی می‌شود.

یکی از عوامل دخیل در اختلال شخصیت خودشیفته که شیوع نسبتاً بالایی هم دارد، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی[7] است. دوره‌ی کودکی از اساسی‌ترین دوره‌های زندگی است که تجارب آن بر سلامتی و بهزیستی در طول عمر تأثیر می‌گذارد (گوییین[8] و همکاران، ۲۰۱۹). تجارب آسیب‌زای دوران کودکی نشانگر نقص شدید ایمنی و بهزیستی است که کودکان در یک زمینه‌ی ارتباطی تجربه می‌کنند (وارمینگهام[9] و همکاران، ۲۰۲۰) و شامل هرگونه عمل و یا بی‌توجهی والد یا مراقب است که منجر به آسیب (آشکار یا پنهانی) یا تهدید کودک شود، حتی اگر عمل به‌قصد آسیب نبوده باشد (کوهردز و موز[10]، ۲۰۲۰). تجارب آسیب‌زای دوران کودکی اصطلاحی کلی است که می‌تواند مواردی همچون سوءاستفاده‌ی جسمی[11]، سوءاستفاده‌ی جنسی[12]، سوءاستفاده‌ی عاطفی[13] و غفلت[14] نسبت به کودک را شامل شود (سازمان بهداشت جهانی[15]، ۲۰۱۸). سوءاستفاده‌ی جسمی عبارت است از ایجاد جراحت و آسیب عمدی و غیرتصادفی به کودک کمتر از ۱۸ سال به‌طوری که احتمال به خطر افتادن سلامت جسمی کودک وجود داشته باشد (مک گرس[16] و همکاران،۲۰۱۷). سوءاستفاده‌ی عاطفی یعنی انتقال این پیام به کودک که بی‌ارزش، دوست‌نداشتنی، ناخواسته و یا در معرض خطر است و شامل تمامی رفتارهایی است که عزت‌نفس و رشد عاطفی کودک را مختل می‌کند (لیپارد و نمروف[17]، ۲۰۲۰). سوءاستفاده‌ی جنسی به هر نوع رفتار، تماس و بهره برداری جنسی با توسل به زور و برای کسب لذت، بین یک کودک و فرد بالغ یا دو کودک که یکی از آن‌ها به‌طور چشمگیری بزرگتر بوده اطلاق می‌شود (مک گرس و همکاران،۲۰۱۷). غفلت عاطفی شامل کوتاهی در ارضای نیازهای عاطفی مورد نیاز کودک و ناتوانی در فراهم

1. Personality disorder
2. Sadock
3. Narcissistic personality disorder
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev)
5. American Psychiatric Association
6. Ronningstam
7. Adverse childhood experiences
8. Guinn
9. Warmingham
10. Cohrdes & Mauz
11. Physical abuse
12. Sexual abuse
13. Emotional abuse
14. Neglect
15. World Health Organization
16. McGrath
17. Lippard & Nemeroff

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

کردن نیازهای روانی مانند محبت، حمایت، عشق و دلبستگی است (کمرون[1] و همکاران،۲۰۱۷). غفلت جسمی شامل اعمالی است که نسبت به کودک ازنظر تغذیه، امنیت، تحصیلات و آموزش، مراقبت پزشکی، پوشاک و سرپناه بی‌توجهی و کوتاهی رخ می‌دهد (کوربین و کروگمن[2]،۲۰۱۴). کوهات[3] (۱۹۷۱) در «مدل کمبود[4]» خودشیفتگی ادعا می‌کند خودشیفتگی بیمارگونه در دوران کودکی و درنتیجه‌ی شکست والدین در همدلی با فرزندشان سرچشمه می‌گیرد. ادغام عادی خود بزرگ‌منش و تصویر ایده آل والدین رخ نمی‌دهد و همه توانی[5] به‌عنوان دفاعی در برابر چندپارگی خود ظاهر می‌شود. همچنین کرنبرگ[6] (۱۹۸۴) در «مدل تعارض[7]» بر پرخاشگری و حسادت بیمار نسبت به دیگران تمرکز دارد. در این مدل، تجارب اولیه‌ی دوران کودکی از چهره‌های سرد، بی‌تفاوت یا پرخاشگر والدین، کودک را وادار می‌کند تا احساس خاص بودن را به‌عنوان یک مکان امن ایجاد کند. این احساسات به یک خود ساختاری بزرگ‌منش بیمارگونه تبدیل می‌شوند که در برابر خشم کودک از ناتوانی او در درونی کردن اشیای خوب دفاع می‌کند. فراتحلیل‌ها شیوع سوءاستفاده‌ی جسمی کودکان در سراسر جهان را ۲۲/۶ درصد تخمین زده است (استولتنبورگ[8] و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این، موارد مربوط به سوءاستفاده‌ی جنسی، غفلت و سوءاستفاده‌ی عاطفی در سال ۲۰۲۰، به ترتیب ۱۵/۹، ۹/۷ و۳/۲ درصد بود (وانگ[9] و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌های برتل[10] و همکاران (۲۰۲۲)، لرزنگنه و عیسی زادگان (۱۴۰۰) و شار و تورک-کورتچا[11] (۲۰۲۱) درزمینه‌ی رابطه‌ی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و اختلال شخصیت خودشیفته نشان داد، بدرفتاری دوران کودکی خودشیفتگی را پیش‌بینی می‌کند.

تجارب آسیب‌زای دوران کودکی یکسری طرحواره‌های ناسازگار اولیه شکل می‌دهند و این طرحواره‌های ناسازگار اولیه زمینه‌ساز اختلال شخصیت خودشیفته می‌شوند (خدابنده لو و همکاران، ۱۳۹۷). طرحواره‌های ناسازگار اولیه[12] الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسان شامل هیجانات، شناخت‌ها، احساسات بدنی و خاطراتی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند، در سیر زندگی تکرار می‌شوند و بر ادراک فرد از جهان، خود و دیگران اثر می‌گذارند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی به وجود آمده و در پنج حوزه‌ی بریدگی و طرد[13]، خودگردانی و عملکرد مختل[14]، محدودیت‌های مختل[15]، دیگر جهت‌مندی[16] و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری[17] طبقه‌بندی می‌شوند (یانگ و همکاران،۲۰۰۳). افراد دارای طرحواره‌های بریدگی و طرد، انتظار ندارند که نیازهای امنیت، ثبات، محبت، همدلی و پذیرش آن‌ها به شیوهای قابل پیش‌بینی ارضاء شود. در حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل انتظارات فرد از خود و محیط با توانایی‌های محسوس او برای جدایی، بقا و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت‌آمیز کارها تداخل پیدا می‌کند. حوزه‌ی محدودیت‌های مختل حاکی از نقص در محدودیت‌های درونی، احساس مسئولیت در قبال دیگران یا جهت‌گیری نسبت به اهداف بلندمدت زندگی است. طرحواره‌های حوزه‌ی دیگرجهت‌مندی به‌طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که کودک را با قید و شرط پذیرفته‌اند و کودک در چنین شرایطی به منظور دستیابی به توجه، عشق و پذیرش دیگران باید جنبه‌های مهم شخصیت خود را نادیده بگیرد. حوزه‌ی گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری با تأکید افراطی بر واپس زنی احساسات و تکانه‌ها و یا برآورده ساختن قواعد و انتظارات انعطاف ناپذیر درباره عملکرد و رفتار اخلاقی مشخص می‌شود (یانگ و همکاران،۲۰۰۳).

نحوه‌ی ارضای نیازهای کودک و تجربیات نامطلوب با چهره‌های دلبستگی در دوران کودکی و خلق‌وخوی فطری کودک می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار گردد (دوزوئیس[18] و همکاران، ۲۰۰۹). شیدعنبرانی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با هدف پیش‌بینی طرحواره‌های ناسازگار اولیه برمبنای بدرفتاری عاطفی دوران کودکی و سبک‌های فرزندپروری به این نتایج دست‌یافتند که

1. Cameron
2. Korbin & Krugman
3. Kohut
4. Deficit model
5. Omnipotence
6. Kernberg
7. Conflict model
8. Stoltenborgh
9. Wang
10. Bertele
11. Şar & Türk-Kurtça
12. Early Maladaptive Schemas
13. Disconnection and rejection
14. Impaired autonomy and performance
15. Impaired limits
16. Other-directedness
17. Overvigilance and inhibition
18. Dozois

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

طرحواره‌های نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی و محرومیت هیجانی بیشترین ارتباط و همبستگی را با بدرفتاری عاطفی دوران کودکی دارند. در پژوهش حاجی سید تقیاتقوی و همکاران (۱۴۰۰) نتایج حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین تجارب آسیب‌زای اولیه با طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری و محدودیت‌های مختل به دست آمد. برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های شخصیت خودشیفته همبستگی معناداری وجود دارد. بیلگه و بالابان[1] (۲۰۲۱) در پژوهشی به این نتایج دست‌یافتند که طرحواره‌ی پذیرش جویی/ جلب‌توجه با اختلال شخصیت خودشیفته رابطه‌ی معنی‌دار دارد. پژوهش استاربرد و استوری[2] (۲۰۲۰) نشان داد طرحواره‌های استحقاق/ بزرگ‌منشی و پذیرش‌جویی/ جلب‌توجه با خودشیفتگی همبستگی مثبتی داشتند. سلیمانی و لرزنگنه (۱۳۹۹) و ولی پور و همکاران (۱۴۰۱) نیز به این نتایج دست‌یافتند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی در پیش‌بینی اختلال شخصیت خودشیفته دارند.

با توجه به تجربه‌های شایع افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته که می‌توان به مشکلات بین فردی و شغلی، طرد و از دست دادن محبت دیگران همراه با تلاش جهت دست‌یابی به تعادل از طریق توجه‌طلبی و تأییدخواهی و خودبزرگ‌بینی اشاره نمود (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵؛ بوکوسکی و سامسون[3]، ۲۰۲۱)، پرداختن به این موضوع در میان دانشجویان به دلیل اینکه در آغاز مسیر شغلی و گسترش روابط اجتماعی هستند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مبانی نظری و نتایج مطالعات پیشین دلالت بر این دارند تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه دو عامل موثر بر اختلال شخصیت خودشیفته می‌باشند. اما با توجه به اهمیت این موضوع، مطالعه‌ای در بررسی پیشینه یافت نشد که به بررسی نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و اختلال شخصیت خودشیفته در میان دانشجویان بپردازد؛ بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین روابط ساختاری تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با نشانه‌های اختلال شخصیت خودشیفته با توجه به نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی_ همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ (۲۴۰۰۰ نفر) و نمونه آماری شامل ۳۵۴ نفر بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد؛ به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از دریافت مجوز و معرفی‌نامه، ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه تبریز تعداد پنج دانشکده به شیوه تصادفی انتخاب و سپس از هر دانشکده تعداد دو گروه و از هر گروه دو کلاس به‌تصادف انتخاب گردید. ملاک ورود، رضایت دانشجویان برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج، مخدوش و ناقص بودن پرسشنامه‌ها بود. پیش از پخش پرسشنامه‌ها، اعلام شد شرکت در این پژوهش، کاملا اختیاری بوده و نوشتن نام و نام‌خانوادگی الزامی نیست و اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنها کاملا محرمانه می‌ماند. در نهایت پرسشنامه‌ها بعد از اعلام رضایت شرکت‌کنندگان توزیع و پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص، نمره‌گذاری صورت گرفته و داده‌ها مورد تحلیل قرارگرفت. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر و نرم افزارهای SPSSنسخه ۲۰ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی آسیب کودکی (CTQ)[4]: پرسشنامه‌ی آسیب کودکی برنشتاین[5] و همکاران (۲۰۰۳) شامل ۲۸ عبارت است و پنج خرده مقیاس سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «هرگز= ۱» تا «همیشه =۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سه سوال ۱۰،۱۶ و۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. نمره‌گذاری سوالات ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ به صورت معکوس انجام می‌شود. برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) پایایی این ابزار را به دو روش بازآزمایی در فاصله ۲ ماهه و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ و همبستگی بالای این ابزار با مصاحبه‌های بالینی بزرگسالان در مورد بدرفتاری کودکی برای زیرمقیاس‌های سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، غفلت جسمی و

1. Bilge & Balaban
2. Starbird & Story
3 . Bukowski & Samson
4. Childhood Trauma Questionnaire
5. Bernstein

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

غفلت عاطفی ۰/۷۲، ۰/۲۷، ۰/۳۲، ۰/۲۰ و ۰/۱۶ به‌عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند (ذرراتی و همکاران، ۱۳۹۹). گروسی و نخعی (۲۰۰۹) در نسخه ایرانی، پایایی این ابزار به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته و به روش همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و۰/۹۴ و روایی همگرای این ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی(GHQ)[1] را ۰/۴۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۷۰ و ۰/۸۳ به دست آمد.

سیاهه‌ی شخصیت خودشیفته (NPI-16)[2]: این پرسشنامه توسط آمز[3] و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است و شامل ۱۶ گویه می‌باشد که شرکت‌کنندگان حق انتخاب یکی از آن‌ها را دارد. برای هرگویه‌ی انتخاب شده از ردیف الف (یک) امتیاز و برای هر گویه‌ی انتخاب شده از ردیف ب (صفر) امتیاز در نظر گرفته می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، کل امتیازات تمام گویه ها با هم جمع می‌شوند که امتیاز دامنه از ۰ تا ۱۶ را خواهد داشت. امتیاز بالاتر بیان‌کننده‌ی خودشیفتگی بالاتر فرد خواهد بود و برعکس. به‌عنوان یک نقطه‌ی برش امتیاز ۸ به بالا بیان‌کننده‌ی شخصیت خودشیفته در فرد است. ضرایب پایایی بازآزمایی گزارش شده در فاصله پنج هفته، ۰/۸۵ و میزان همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه ۴۰ سوالی خودشیفتگی راسکین و تری[4](۱۹۹۸)، ۰/۹۰ به‌دست آمد (آمز و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش محمدزاده (۱۳۸۸) ضریب پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای و ضریب همبستگی در تعیین پایایی تنصیفی در سنجش همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۴ و ضریب همبستگی میان نمرات پرسشنامه‌ی شخصیت خودشیفته NPI-16 و مقیاس خودشیفتگی میلون (MCMI II)[5] ۷۷ /۰ محاسبه شده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش نوروزی و همکاران (۱۴۰۱) با استفاده از فرمول کودر ریچاردسون محاسبه و برابر با ۰/۷۶ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب همسانی درونی به روش کودر ریچاردسون برای این پرسشنامه ۰/۷۰ به‌دست آمد.

پرسشنامه‌ی فرم کوتاه طرحواره ی یانگ (YSQ-SF)[6]: این پرسشنامه توسط یانگ در سال ۱۹۹۹ ساخته شد و شامل ۷۵ عبارت و ۵ حوزه طرحواره ای است. این پرسشنامه حوزه‌ی بریدگی و طرد (سؤال‌های ۱ تا ۲۵)، خودگردانی و عملکرد مختل (سؤال‌های ۲۶ تا ۴۵)، دیگر جهت‌مندی (سؤال‌های ۴۶ تا ۵۵)، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری (سؤال‌های ۵۶ تا ۶۵) و محدودیت‌های مختل (سؤال‌های ۶۶ تا ۷۵) را در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً غلط=۱) تا (کاملاً درست=۶) ارزیابی می‌کند (یانگ، ۱۹۹۹). استانیاسک و پوپیل[7] (۲۰۱۹) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ و روایی همگرای بین دو نسخه کوتاه و بلند را ۰/۸۰ گزارش نموده‌اند. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۶) در دانشگاه‌های تهران انجام‌گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به‌دست‌آمده است. دیوانداری و همکاران (۱۳۸۸) روایی همگرای این پرسشنامه با مقیاس نگرش‌های ناکارآمد[8] (DAS) را ۰/۵۵ بدست آوردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری و محدودیت‌های مختل به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۸۴ و ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته ها

این مطالعه روی ۳۵۴ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز انجام شد که از این تعداد از نظر شاخص جنسیت، ۲۴۲ زن (۶۸/۴ درصد) و ۱۱۲ مرد (۳۱/۶ درصد)، از نظر شاخص تاهل، ۳۱۸ مجرد (۸۹/۸ درصد) و ۳۶ متاهل (۱۰/۲ درصد) و از نظر شاخص سن، ۱۶۴ نفر ۱۸-۲۰ سال (۴۶/۳ درصد)، ۱۰۸ نفر ۲۱-۲۳ سال (۳۰/۵ درصد)، ۵۳ نفر ۲۴-۲۶ سال (۱۵/۰ درصد) و ۲۹ نفر ۲۷ سال به بالا (۸/۲ درصد) بودند.

1 . General Health Questionnaire
2. Narcissistic Personality Inventory
3. Ames
4 . Raskin & Terry
5 . Millon Clinical Multiaxial Inventory
6. Young Schemas Questionnaire Short Form
7. Staniaszek & Popiel
8 . Dysfunctional Attitude scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

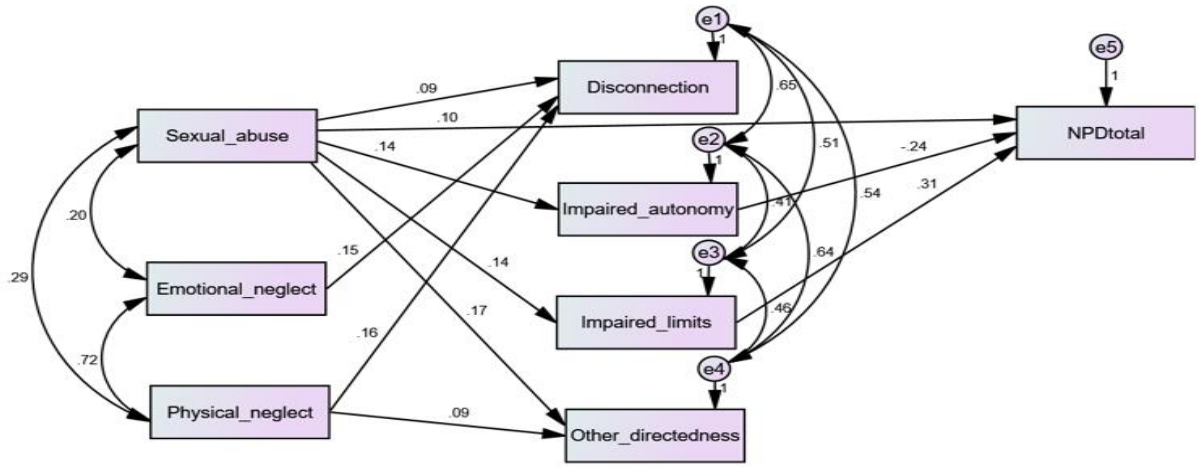
جدول ۱. خلاصه ضرایب همبستگی متغیرهای موردمطالعه، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، نتایج مربوط به پیش‌فرض نرمال بودن

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. سوءاستفاده عاطفی	۱										
۲. سوءاستفاده جسمی	۰/۵۸**	۱									
۳. سوءاستفاده جنسی	۰/۳۳**	۰/۵۳**	۱								
۴. غفلت عاطفی	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۲۰**	۱							
۵. غفلت جسمی	۰/۶۶**	۰/۴۹**	۰/۲۹**	۰/۷۲**	۱						
۶. بریدگی و طرد	۰/۴۱**	۰/۲۲**	۰/۱۹**	۰/۴۳**	۰/۴۳**	۱					
۷. خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۲۴**	۰/۱۶**	۰/۱۷**	۰/۲۳**	۰/۲۴**	۰/۶۷**	۱				
۸. محدودیت‌های مختل	۰/۱۸**	۰/۰۶	۰/۱۲*	۰/۱۵**	۰/۱۶**	۰/۵۲**	۰/۴۲**	۱			
۹. دیگر جهت‌مندی	۰/۲۶**	۰/۱۸**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۰/۲۹**	۰/۶۱**	۰/۶۶**	۰/۴۷**	۱		
۱۰.گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد	۰/۱۵**	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۱۹**	۰/۱۴**	۰/۵۴**	۰/۴۰**	۰/۵۳**	۰/۴۸**	۱	
۱۱. اختلال شخصیت خودشیفته	۰/۰۲	-۰/۰۱	۰/۰۹	-۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۵	-۰/۰۹	۰/۲۳**	۰/۰۳	۰/۰۸	۱
میانگین	۷/۲۸	۵/۷۳	۶/۰۲	۹/۳۳	۶/۹۳	۶۰/۰۴	۴۱/۲۹	۳۱/۱۶	۲۶/۰۱	۳۳/۳۳	۵/۵۸
انحراف استاندارد	۳/۰۲	۱/۹۵	۲/۴۰	۴/۲۲	۲/۵۹	۲۰/۶۹	۱۴/۸۸	۹/۱۴	۸/۶۹	۱۰/۵۰	۳/۲۶
چولگی	۱/۸۶	۲/۴۴	۲/۲۳	۱/۲۵	۱/۷۳	۰/۷۴	۰/۹۶	۰/۰۲	۰/۶۹	۰/۲۰	۰/۵۱
کشیدگی	۳/۷۷	۵/۸۹	۴/۵۳	۱/۳۸	۳/۰۲	۰/۳۰	۰/۹۴	-۰/۴۱	۰/۳۹	-۰/۶۶	-۰/۱۵

* P ‹ ۰/۰۵ **P ‹۰/۰۱

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد سوءاستفاده عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی با حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارند. بین سوءاستفاده جسمی و حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهت‌مندی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. بین سوءاستفاده جنسی و حوزه‌های بریدگی و طرد، محدودیت‌های مختل، خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهت‌مندی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. بین حوزه‌ی محدودیت‌های مختل و اختلال شخصیت خودشیفته رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. در آزمودنی‌های موردمطالعه پراکندگی متغیر سوءاستفاده‌ی جسمی (۱/۹۵) نسبت به سایر متغیرها کمتر و پراکندگی متغیر حوزه‌ی بریدگی و طرد (۲۰/۶۹) نسبت به سایر متغیرها بیشتر است. در آزمودنی‌های موردمطالعه میانگین متغیر اختلال شخصیت خودشیفته (۵/۵۸) نسبت به سایر متغیرها کمتر و میانگین متغیر حوزه‌ی بریدگی و طرد (۶۰/۰۴) نسبت به سایر متغیرها بیشتر است. در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری متغیرها از ابزاری استفاده‌شده که دارای صفر قراردادی بوده و فواصل نمرات از یکدیگر برابر فرض شده‌اند، لذا پیش‌فرض فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرها محقق شده است. میزان شاخص چولگی بین ۳- و ۳+ و میزان شاخص کشیدگی بین ۱۰- و ۱۰+ قرار داشت، بنابراین شاخص پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها محقق شد. پیش‌فرض هم خطی چندگانه متغیرها نیز محقق شده است زیرا مقادیر شاخص Tolerance محاسبه‌شده مطلوب و مقادیر شاخص VIF محاسبه‌شده از حد بحرانی ۱۰ کمتر است. برای بررسی پیش‌فرض استقلال منابع خطای متغیرها از شاخص دوربین - واتسون استفاده شد. این پیش‌فرض نیز محقق شده است چراکه مقدار دوربین- واتسون محاسبه‌شده (۲/۱۲) در بین دو حد بحرانی (۱/۵-۲/۵) قرار دارد. از آنجا که تمامی پیش‌فرض‌های مدل تحلیل مسیر محقق شده است، لذا برای تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه پژوهش از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در شکل ۱، ضرایب مسیر متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]



شکل ۱. مدل اصلاح‌شده پژوهش

مدل اصلاح شده پژوهش حاضر پس از حذف مسیرهای غیرمعنادار رسم و ضرایب مستقیم و غیرمستقیم مدل در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. اثرات مستقیم در الگوی ساختاری مورد مطالعه

مسیر	ضرایب بتای غیراستاندارد	ضرایب بتای استاندارد	خطای استاندارد	T	سطح معنی‌داری
سوءاستفاده جنسی← بریدگی و طرد	۰/۷۵	۰/۰۹	۰/۳۵	۲/۱۳	۰/۰۳
سوءاستفاده جنسی← خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۸۶	۰/۱۴	۰/۲۹	۲/۹۶	۰/۰۰۳
سوءاستفاده جنسی← محدودیت‌های مختل	۰/۳۳	۰/۱۴	۰/۱۷	۱/۹۷	۰/۰۴
سوءاستفاده جنسی← دیگر جهت‌مندی	۰/۵۰	۰/۱۷	۰/۱۶	۳/۰۵	۰/۰۰۲
سوءاستفاده جنسی← اختلال شخصیت خودشیفته	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۰۶	۱/۹۸	۰/۰۴
غفلت عاطفی← بریدگی و طرد	۰/۷۳	۰/۱۵	۰/۲۳	۳/۱۴	۰/۰۰۲
غفلت جسمی← بریدگی و طرد	۰/۷۲	۰/۱۶	۰/۲۳	۳/۱۷	۰/۰۰۱
غفلت جسمی← دیگر جهت‌مندی	۰/۳۰	۰/۰۹	۰/۱۴	۲/۲۲	۰/۰۲
خودگردانی و عملکرد مختل← اختلال شخصیت خودشیفته	-۰/۰۵	-۰/۲۴	۰/۰۱	-۴/۴۵	۰/۰۰۱
محدودیت‌های مختل← اختلال شخصیت خودشیفته	۰/۱۰	۰/۳۱	۰/۰۲	۵/۷۴	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد اثر مستقیم سوءاستفاده جنسی بر بریدگی و طرد مثبت و معنی‌دار ($p<۰/۰۵$ ، $\beta=۰/۰۹$)، بر خودگردانی و عملکرد مختل مثبت و معنی‌دار ($p<۰/۰۱$ ، $\beta=۰/۱۴$)، بر محدودیت‌های مختل مثبت و معنی‌دار ($p<۰/۰۵$ ، $\beta=۰/۱۴$)، بر دیگر جهت‌مندی مثبت و معنی‌دار ($p<۰/۰۱$ ، $\beta=۰/۱۷$) و بر اختلال شخصیت خودشیفته مثبت و معنی‌دار است ($p<۰/۰۵$ ، $\beta=۰/۱۰$). اثر مستقیم غفلت عاطفی بر بریدگی و طرد مثبت و معنی‌دار است ($p<۰/۰۱$ ، $\beta=۰/۱۵$). اثر مستقیم غفلت جسمی بر بریدگی و طرد مثبت و معنی‌دار ($p<۰/۰۱$ ، $\beta=۰/۱۶$) و بر دیگر جهت‌مندی مثبت و معنی‌دار است ($p<۰/۰۵$ ، $\beta=۰/۰۹$). اثر مستقیم خودگردانی و عملکرد مختل بر اختلال شخصیت خودشیفته منفی و معنی‌دار است ($p<۰/۰۱$ ، $\beta=-۰/۲۴$). اثر مستقیم محدودیت‌های مختل بر اختلال شخصیت خودشیفته مثبت و معنی‌دار است ($p<۰/۰۱$ ، $\beta=۰/۳۱$).

جدول ۳. اثرات غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استراپ

مسیر	حدود بوت استراپ		ضریب مسیر	سطح معناداری
	حد پایین	حد بالا		
سوءاستفاده جنسی←خودگردانی و عملکرد مختل←اختلال شخصیت خودشیفته	-۰/۰۶	۰/۰۰	-۰/۰۳۳	۰/۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

سوءاستفاده جنسی←محدودیت‌های مختل←اختلال شخصیت خودشیفته	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۴۳	۰/۰۲

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد مسیر غیرمستقیم سوءاستفاده جنسی←خودگردانی و عملکرد مختل←اختلال شخصیت خودشیفته با ضریب مسیر استاندارد شده ۰/۰۳۳- ($p<۰/۰۵$) و مسیر غیرمستقیم سوءاستفاده جنسی←محدودیت‌های مختل←اختلال شخصیت خودشیفته با ضریب مسیر استاندارد شده ۰/۰۴۳ ($p<۰/۰۵$)، معنادار است. بنابراین می‌توان گفت حوزه خودگردانی و عملکرد مختل و حوزه محدودیت‌های مختل قادر است رابطه سوءاستفاده جنسی و اختلال شخصیت خودشیفته را به طور معنی‌دار میانجی‌گری کنند.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	RMSEA	X^2/df	p	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	RFI	TLI
مدل اولیه	۰/۱۷	۱۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۵۸	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۵۲	۰/۵۵
مدل اصلاح شده	۰/۰۳	۱/۴۱	۰/۱۰	۰/۹۸	۰/۹۵	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۹۸
بازه قابل‌قبول	<۰/۰۸	<۳	>۰/۰۵	>۰/۹۰	>۰/۸۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰

به دلیل نامطلوب بودن شاخص‌های برازش مدل اولیه، مسیرهای غیر معنی‌دار حذف‌شده و مدل اصلاح شد. مدل اصلاح‌شده در شکل ۱ و نتایج آن در جدول ۴ آمده است. مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد پس از حذف مسیرهای نامطلوب، مدل اصلاح‌شده برازش مطلوبی دارد. شاخص‌های نیکویی برازش (GFI) و نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI) به‌عنوان شاخص‌های برازش مطلق، مجذور خی بر درجه آزادی (X^2/df) و مجذور میانگین مربعات خطای تقریبی (RMSEA) به‌عنوان شاخص‌های برازش تعدیل‌یافته و شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص توکرلوییس (TLI)، شاخص برازش نسبی (RFI) و شاخص برازش افزایشی (IFI) به‌عنوان شاخص‌های برازش تطبیقی همگی در حد مطلوب قرار دارند. براین اساس می‌توان استنباط نمود که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به‌واسطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند تغییرات اختلال شخصیت خودشیفته را تبیین کنند؛ بنابراین پاسخ به فرضیه اصلی‌مان مثبت است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین روابط ساختاری تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با نشانه‌های اختلال شخصیت خودشیفته با توجه به نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. نتایج حاکی از آن است که سوءاستفاده جنسی بر اختلال شخصیت خودشیفته اثر مستقیم و از طریق میانجی‌گری حوزه محدودیت‌های مختل اثر غیرمستقیم داشته است. پژوهشی که به‌طور مستقیم با این نتایج همسو باشد یافت نشد اما می‌توان این نتایج را از یافته‌های سلیمانی و لرزنگنه (۱۳۹۹)، حاجی سید تقیاتقوی و همکاران (۱۴۰۰)، ولی پور و همکاران (۱۴۰۱)، استاربرد و استوری (۲۰۲۰) ، لرزنگنه و عیسی زادگان (۲۰۲۲) و فیضی اوغلو[1] و همکاران (۲۰۲۳) استنتاج کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی موجب می‌شود که کودکان در این دوران احساسات ضد و نقیضی تجربه کرده و موفق به دریافت محبت و عشق واقعی نشوند. یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در سبب‌شناسی اختلال خودشیفته به این امر اشاره نموده‌اند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته معمولاً در دوران کودکی از سوی یکی از والدین مورد آزار قرار گرفته و زمانی عشق و محبت واقعی دریافت می‌کرده‌اند که به معیارهای خاصی دست یافته‌باشند. این پذیرش مشروط زمینه‌ساز اختلال شخصیت خودشیفته می‌شود. از سویی دیگر این تجربیات آسیب‌زا به شدت با طرحواره‌هایی مانند نقص/ شرم (یک فرد معیوب و ناخواسته است و یا دوست‌داشتنی نیست) مرتبط است. ذهنیت کودک تنها (یعنی کودکی که مورد بدرفتاری قرارگرفته) برای کنار آمدن با این طرحواره‌ها از سبک مقابله‌ای جبران افراطی استفاده می‌کندکه در نتیجه‌ی آن طرحواره استحقاق (حوزه‌ی محدودیت‌های مختل) به وجود می‌آید؛ یعنی افرادی که دچار نقص و شرم شده‌اند دست به انتقاد و طرد دیگران می‌زنند طوری که انگار خودشان هیچ عیب و نقصی ندارند. افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه‌ی محدودیت‌های مختل قرار دارد معمولاً خود را یک سر و گردن بالاتر از دیگران می‌دانند و حقوق خاصی برای خود در نظر می‌گیرند. این

1. Feyzioğlu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

افراد تمرکز بالایی بر برتری‌جویی دارند و بدون همدلی و بدون توجه به نیازها و خواسته‌های دیگران به رقابت یا کنترل کردن رفتارهای دیگران می‌پردازند. لذا می‌توان استنباط نمود سوءاستفاده جنسی دوران کودکی با ایجاد طرحواره‌های حوزه محدودیت‌های مختل زمینه‌ساز ایجاد اختلال شخصیت خودشیفته می‌شوند.

یافته دیگر حاکی از آن است که سوءاستفاده جنسی بر اختلال شخصیت خودشیفته اثر مستقیم و از طریق میانجی‌گری حوزه خودگردانی و عملکرد مختل اثر غیرمستقیم داشته است. پژوهشی که به‌طور مستقیم با این نتایج همسو باشد یافت نشد اما می‌توان این نتایج را از یافته‌های سلیمانی و لرزنگنه (۱۳۹۹)، حاجی سید تقیاتقوی و همکاران (۱۴۰۰)، بویدا[1] و همکاران (۲۰۱۸)، لرزنگنه و عیسی‌زادگان (۲۰۲۲) و فیضی‌اوغلو و همکاران (۲۰۲۳) استنتاج کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل درنتیجه‌ی رویدادهای نامطلوب کودکی بخصوص آسیب‌دیدگی یا قربانی شدن (مانند سوءاستفاده جنسی) تشکیل می‌شود. افرادی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد نسبت به دیگران سوءظن شدید دارند و معتقدند دیگران از عمد و برای لذت‌طلبی خود به آن‌ها آسیب می‌رسانند. این افراد خود را فردی نالایق، بی‌استعداد و شکست‌خورده می‌دانند و در مقایسه با دیگران در حوزه‌های پیشرفت تحصیلی و شغلی، احساس بی‌کفایتی و عجز می‌کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). این توصیفات با ویژگی‌های اختلال شخصیت خودشیفته مغایر است و نشان دهنده رابطه منفی حوزه خودگردانی و عملکرد مختل و اختلال شخصیت خودشیفته است، چراکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته خود را خاص و برتر می‌دانند، احساس خودبزرگ‌بینی و خود مهم‌پنداری دارند و همواره درگیر تخیلاتی همچون موفقیت نامحدود، قدرت، هوش و استعداد هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا،۲۰۲۲). با توجه به اندازه اثر منفی مسیر غیرمستقیم ، می‌توان استنباط نمود زمانی که سوءاستفاده جنسی موجب ایجاد طرحواره‌های حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل شوند، نشانه‌های اختلال شخصیت خودشیفته کمتر نمایان می‌شود.

یافته دیگر پژوهش حاکی از این بود سوءاستفاده جنسی ، غفلت عاطفی و غفلت جسمی بر حوزه بریدگی و طرد اثر مستقیم دارند. این نتایج با یافته‌های حاجی سیدتقیاتقوی و همکاران (۱۴۰۰)، زینال و اوزر[2] (۲۰۲۰)، یزتاپه[3] و همکاران (۲۰۲۰)، برجس و دلاگلو[4] (۲۰۲۰)، موستی[5] و همکاران (۲۰۲۱)، منه‌گوتسو[6] و همکاران (۲۰۲۱)، پیلکینگتون[7] و همکاران (۲۰۲۱)، لرزنگنه و عیسی‌زادگان (۲۰۲۲) و فیضی‌اوغلو و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت طبق دیدگاه یانگ و همکاران (۲۰۰۶) طرحواره‌ها زمانی به وجود می‌آیند که نیازهای اصلی در دوران کودکی و نوجوانی برآورده نشده باشند. دلبستگی و ارتباط ایمن با دیگران یکی از این نیازهای هیجانی است و شامل احساس تعلق، ثبات، محافظت، پرورش، محبت، امنیت، همدلی و پذیرش می‌شود. درصورتی‌که این نیاز برآورده نشود طرحواره‌های حوزه‌ی بریدگی و طرد شکل می‌گیرند؛ یعنی فرد انتظار این را دارد که افراد مهم زندگی‌اش نتوانند به ارائه حمایت و ارتباط ادامه دهند. لذا می‌توان استنباط نمود در صورت قرار گرفتن کودک در معرض غفلت عاطفی یعنی بی توجهی به نیازهای عاطفی نظیر عشق و دلبستگی و غفلت فیزیکی یعنی کوتاهی در تامین امنیت ، تغذیه و... و بدرفتاری‌هایی نظیر سوءاستفاده جنسی طرحواره‌های بیشتری در حوزه‌ی بریدگی و طرد شکل می‌گیرند.

یافته دیگر پژوهش حاکی از این بود سوءاستفاده جنسی و غفلت جسمی بر حوزه دیگر جهت‌مندی اثر مستقیم دارند. این نتایج با یافته های حاجی سیدتقیاتقوی و همکاران (۱۴۰۰)، زینال و اوزر (۲۰۲۰)، یزتاپه و همکاران (۲۰۲۰)، لرزنگنه و عیسی‌زادگان (۲۰۲۲) و فیضی‌اوغلو و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در راستای تبیین این یافته طبق دیدگاه یانگ و همکاران (۲۰۰۶) بیماران در حوزه دیگر جهت‌مندی به‌جای رفع نیازهای خود، تأکید بیش‌ازحد بر ارضای نیازهای دیگران دارند و بیشتر از محیط بیرون تاثیر می‌پذیرند. آن‌ها این کار را برای به دست آوردن تأیید و حفظ رابطه‌ی عاطفی انجام می‌دهند. ریشه‌ی تحولی طرحواره‌های این حوزه مبتنی بر پذیرش مشروط است؛ کودکان باید جنبه‌های مهمی از خود را مهار کنند تا عشق یا تأیید را به دست آورند. هانسون و مورتون -بورگون[8] (۲۰۱۹) این احتمال را مطرح می‌کنند که نگرش‌ها و باورهایی که امکان رابطه جنسی غیرتوافقی را فراهم می‌کنند، ممکن است از طریق تلاش‌های کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند، برای درک تجربیات خود و اتخاذ نگرش آزارگرشان ایجاد شود. در اکثر خانواده های

1. Boyda
2. Yaztappeh
3. Zeynel & Uzer
4. Borges & Dell'Aglio
5. Musetti
6. Meneguzzo
7. Pilkington
8. Hanson & Morton-Bourgon

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

افرادی که طرحواره هایشان در حوزه دیگر جهت مندی قرار دارند، والدین به‌جای ارجحیت دادن به نیازهای منحصربه‌فرد کودک نظیر تغذیه، امنیت، تحصیلات وپوشاک بیشتر به خواسته‌ها، نیازها و منزلت اجتماعی خود اهمیت می‌دهند. در نتیجه می‌توان استنباط نمود سوءاستفاده‌ی جنسی و غفلت جسمی در دوران کودکی می‌تواند از ریشه‌های حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی باشد.

براساس یافته‌های پژوهش می‌توان بیان داشت که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه قادرند تغییرات اختلال شخصیت خودشیفته را پیش‌بینی کرده و وقوع آن را تبیین کنند. همچنین توجه به تعیین نقش این عوامل در سبب‌شناسی اختلال شخصیت خودشیفته، در جهت پیش‌بینی و تبیین اثرات آن‌ها، می‌تواند برای پژوهش‌ها و رویکردهای درمانی آتی در زمینه‌ی اختلال شخصیت خودشیفته سودمند بوده و موجب کاستن هزینه‌های روان‌شناختی و اجتماعی و نیز بهبود کیفیت زندگی بیماران شود.

این پژوهش نیز دارای محدودیت‌هایی است از جمله این‌که در این پژوهش برای ارزیابی متغیرها از ابزارهای خودگزارشی و پرسشنامه‌ها استفاده‌شده که ممکن است آزمودنی‌ها با سوگیری، فقدان دقت لازم، عدم صداقت یا عدم شناخت صحیح از وضعیت خود به سؤالات پاسخ داده باشند و همچنین بیشتر بودن تعداد دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج را با محدودیت روبرو کرده و امکان مقایسه فراهم نشد. با توجه به نتایج حاصل‌شده پیشنهاد می‌شود از ابزارهای اندازه‌گیری گوناگون نظیر مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین نمونه‌گیری معرف جامعه بوده و نسبت‌های جنسیتی رعایت شود. در رابطه با تأثیر اهمیت رابطه‌ی والدین و فرزندان پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مشاوره و پیشگیرانه‌ی مفیدی برای والدین تدوین گردد و با استفاده از بستر فضای مجازی، تأثیرات منفی بی‌توجهی، غفلت و تنبیه به والدین و مراقبان اولیه آموزش داده شود.

منابع

آهی، ق.، محمدی فر، م.، و بشارت، م. (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های یانگ. *روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۷(۳)، ۵-۲۰. https://sid.ir/paper/55767/fa

حاجی سیدتقیانقوی، ز.، پورشریفی، ح.، مسچی، ف.، حسن آبادی، ح.، و رضایی، م. (۱۴۰۰). نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال پرخوری با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*. ۱۶ (۲): ۱۴۰-۱۳۱ https://sid.ir/paper/412680/fa

خدابنده لو، س.، نجفی، م.، و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد منفرد. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۸(۳۰)، ۶۵-۱۰۱.https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8579

دیوانداری، ح.، آهی، ق.، اکبری، ح.، و مهدیان، ح. (۱۳۸۸). فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ - SF): بررسی ویژگی های روانسنجی و ساختار عاملی بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر سال تحصیلی ۸۶ - ۱۳۸۵. *پژوهشنامه تربیتی*، ۵(۲۰)، ۱۰۳-۱۳۳. https://sid.ir/paper/175203/fa

ذرراتی، ا.، برماس، ح.، و ثابت، م. (۱۳۹۹). همبستگی ترومای کودکی و ایده پردازی خودکشی با میانجیگری درد روانی و روابط موضوعی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. ۹ (۳) :۳۴-۴۸ http://jhpm.ir/article-1-1143-fa.html

سلیمانی، ا.، و لرزنگنه، س. (۱۳۹۹). بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با خودشیفتگی در دانشجویان. *اولین همایش ملی پژوهش در آسیب شناسی روانی*، ۲(۴)، ۱۸-۲۲. https://civilica.com/doc/1222595

شیدعنبرانی، ب.، گل، ع.، امین یزدی، س.، فرهادیان، ف.، و نامور طباطبایی، س. (۱۳۹۸). پیش‌بینی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر مبنای بدرفتاری عاطفی دوران کودکی و سبک‌های فرزندپروری. *رویش روان شناسی*. ۸ (۱۱): ۹۴-۸۵. http://frooyesh.ir/article-1-1549-fa.html

فرخزادیان، ع.، رضایی، ف.، و صادقی، م. (۱۳۹۹). نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۲)، ۸۹-۱۰۱. https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2910

لرزنگنه، س.، و عیسی زادگان، ع. (۱۴۰۰). تبیین علائم خودشیفتگی بر اساس ابعاد ترومای کودکی و تحریف شناختی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷(۳)، ۵۳-۷۲.https://sid.ir/paper/410287/fa

محمدزاده، ع. (۱۳۸۸). اعتبارسنجی پرسشنامه‌ی شخصیت خودشیفته (NPI-16) در جامعه‌ی ایرانی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۴۴)، ۸۱-۲۷۴. https://doi.org/10.22038/jfmh.2009.1131

نوروزی، ا.، منیرپور، ن.، و میرزاحسینی، ح. (۱۴۰۱). پایداری ازدواج بر اساس کیفیت رابطه والدین و دلبستگی: نقش میانجی خود شیفتگی، بیگانگی و تجربه مایی. رویش روان شناسی. ۱۱ (۵) :۱۹۶-۱۸۳. http://frooyesh.ir/article-1-3644-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

ولی پور، م.، شیدعنبرانی، ب.، داودی، ف.، آقامحمدیان شعرباف، ح.، و گل، ع. (۱۴۰۱). نقش صفات مرضی شخصیت، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و طرحواره‌های هیجانی در پیش‌بینی اختلالات شخصیت خوشهB . *مجله روانشناسی*. ۱(۲۶)،۷۶-۹۰. https://dorl.net/dor/20.1001.1.18808436.1401.26.1.6.3

یانگ، ج.، کلوسکو، ژ.، و ویشار، م. (۲۰۰۳). *طرحواره درمانی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۸). تهران: نشر ارجمند.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Ames, D. R., Rose, P., & Anderson, C. P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of research in personality*, *40*(4), 440-450. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.03.002

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *27*(2), 169-190. https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0

Bertele, N., Talmon, A., & Gross, J. J. (2022). Childhood maltreatment and Narcissism: The mediating role of dissociation. *Journal of interpersonal violence*, *37*(11-12), NP9525-NP9547. https://doi.org/10.1177/0886260520984404

Bilge, Y., & Balaban, G. (2021). The Relationships between Personality Disorders and Early Maladaptive Schemas and the Moderating Role of Gender. *Alpha Psychiatry*, *22*(1). https://doi.org/10.5455/apd.114935

Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2020). Early maladaptive schemas as mediators between child maltreatment and dating violence in adolescence. Ciência & Saúde Coletiva, 25, 3119-3130. https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.24992018

Boyda, D., McFeeters, D., Dhingra, K., & Rhoden, L. (2018). Childhood maltreatment and psychotic experiences: Exploring the specificity of early maladaptive schemas. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(12), 2287-2301. https://doi.org/10.1002/jclp.22690

Bukowski, H., & Samson, D. (2021). Automatic imitation is reduced in narcissists but only in egocentric perspective-takers. *Acta Psychologica*, *213*, 103235. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2020.103235

Cameron, J. L., Eagleson, K. L., Fox, N. A., Hensch, T. K., & Levitt, P. (2017). Social origins of developmental risk for mental and physical illness. *Journal of Neuroscience*, *37*(45), 10783-10791. https://doi.org/10.1523/jneurosci.1822-17.2017

Cohrdes, C., & Mauz, E. (2020). Self-efficacy and emotional stability buffer the negative effects of adverse childhood experiences on young adult health-related quality of life. *Journal of Adolescent Health*, *67*(1), 93-100. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.005

Dozois, D. J., Martin, R. A., & Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive therapy and research*, *33*(6), 585-596. https://doi.org/10.1007/s10608-008-9223-9

Feyzioğlu, A., Taşlıoğlu Sayıner, A. C., Özçelik, D., Tarımtay Altun, F., & Budak, E. N. (2023). The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between early childhood trauma and alexithymia. Current Psychology, 42(21), 17851-17861. https://doi.org/10.1007/s12144-022-02988-1

Garrusi, B., & Nakhaee, N. (2009). Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychological reports*, 104(2), 509-516. https://doi.org/10.2466/PR0.104.2.509-516

Guinn, A. S., Ports, K. A., Ford, D. C., Breiding, M., & Merrick, M. T. (2019). Associations between adverse childhood experiences and acquired brain injury, including traumatic brain injuries, among adults: 2014 BRFSS North Carolina. *Injury prevention*, *25*(6), 514-520. http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2018-042927

Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2019). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. In *Clinical Forensic Psychology and Law* (pp. 67-76). Routledge. https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.6.1154

Kernberg, O. F. (1975). Borderline conditions and pathological Narcism, New York (Jason Aronson).

Kohut H (1971) *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. International Universities Press

Korbin, J. E., & Krugman, R. D. (2014*). Handbook of child maltreatment: Child Maltreatment 2*. Dordrecht, the Netherlands: Springer Science þ Business Media Dordrecht. http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-7208-3

Lippard, E. T., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American journal of psychiatry*, *177*(1), 20-36. https://doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.2019.19010020

Lorzangeneh, S., & Esazadegan, A. (2022). The role of early maladaptive schema domains and childhood trauma in predicting cognitive distortions. *Journal of Research in Psychopathology*, *3*(8), 1-8. https://doi.org/10.22098/jrp.2022.10098.1049

McGrath, J. J., McLaughlin, K. A., Saha, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... & Kessler, R. C. (2017). The association between childhood adversities and subsequent first onset of psychotic experiences: a cross-national analysis of 23 998 respondents from 17 countries. *Psychological medicine*, *47*(7), 1230-1245. https://doi.org/10.1017/s0033291716003263

Meneguzzo, P., Cazzola, C., Castegnaro, R., Buscaglia, F., Bucci, E., Pillan, A., ... & Todisco, P. (2021). Associations between trauma, early maladaptive schemas, personality traits, and clinical severity in eating disorder patients: a clinical presentation and mediation analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 661924. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661924

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

Musetti, A., Grazia, V., Manari, T., Terrone, G., & Corsano, P. (2021). Linking childhood emotional neglect to adolescents' parent-related loneliness: Self-other differentiation and emotional detachment from parents as mediators. *Child Abuse & Neglect*, 122, 105338. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105338

Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(3), 569-584. https://doi.org/10.1002/cpp.2533

Ronningstam, E. (2013). An update on narcissistic personality disorder. *Current opinion in psychiatry*, *26*(1), 102-106. https://doi.org/10.1097/yco.0b013e328359979c

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. New York: Wolters Kluwer.

Şar, V., & Türk-Kurtça, T. (2021). The vicious cycle of traumatic narcissism and dissociative depression among young adults: a trans-diagnostic approach. *Journal of Trauma & Dissociation*, *22*(5), 502-521. https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869644

Staniaszek, K., & Popiel, A. (2019). Development and validation of the Polish experimental short version of the Young Schema Questionnaire (YSQ-ES-PL) for the assessment of early maladaptive schemas. *Roczniki Psychologiczne*, *20*(2), 401-427. https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-5en

Starbird, A. D., & Story, P. A. (2020). Consequences of childhood memories: Narcissism, malevolent, and benevolent childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, *108*, 104656. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104656

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., & Alink, L. R. (2013). Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, *48*(2), 81-94. https://doi.org/10.1080/00207594.2012.697165

Wang, W. L., Hung, H. Y., Chung, C. H., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chan, Y. Y., ... & Chen, M. H. (2022). Risk of personality disorders among childhood maltreatment victims: a nation-wide population-based study in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*, *305*, 28-36. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.109

Warmingham, J. M., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2020). Intergenerational maltreatment and child emotion dysregulation. *Child abuse & neglect*, *102*, 104377. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104377

World Health Organization. (2018). Adverse childhood experiences international questionnaire. *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*, 245-258.

Yaztappeh, J. S., Mojahed, A., & Mohebi, M. D. (2020). The role of childhood abuse experience and early maladaptive schemas in predicting impulsivity among patients with psychiatric disorders. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 9(1). https://doi.org/10.5812/ijhrba.96484

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.

Zeynel, Z., & Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*, 99, 104235. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104235

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]