

بررسی و مدیریت رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت مرزی در میان دانشجویان دختر دانشگاه آزاد شاهرود

منا مدرسی

دانشجوی کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی مرکز شاهرود

چکیده

هدف از نگارش این مقاله، بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت مرزی می باشد. در این مقاله از روش کتابخانه ای استفاده شده است و سعی شده به تعریف طرحواره و ذکر انواع آن و همینطور، رابطه ی آن با اختلال شخصیت مرزی پرداخته شود. چرا که طرحواره ها میتوانند فرد را در ابتلا به این اختلال، آسیب رسان کنند. با توجه به اینکه نرخ اختلال شخصیت مرزی بین ۱۰ تا ۱۵ درصد جمعیت عمومی تخمین زده شده، بررسی این اختلال حائز اهمیت میباشد.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، طرحواره، طرحواره های ناسازگار اولیه و انواع آن

۱- مقدمه

در این مقاله به بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت مرزی پرداخته شده است. همانطور که در داخل متن نیز اشاره شد، طرحواره های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و بطور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه، بخصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه میگیرند. طرحواره ها از ابتدای زندگی شکل گرفته و در تمام طول زندگی، فرد را تحت تاثیر قرار میدهند. از آنجا که طرحواره ها میتوانند افراد را در ابتلا به اختلالات شخصیتی نظیر اختلال شخصیت مرزی، آسیب پذیر کنند، شناختن آنها و سعی در تعدیلشان بسیار ضروری بنظر میرسد.

رضایت از زندگی لازمه یک زندگی مفید، موثر و رضایت بخش فردی است و شامل ارزیابی شناختی افراد از وضعیت زندگی خودشان است (کیز، شمتکین و ریف، ۲۰۰۲).

در واقع رضایت از زندگی مفهومی کلی و ناشی از نحوه ی ادراک (شناختی و عاطفی) شخص از کل زندگی است. به همین دلیل افرادی با رضایت زندگی بالا هیجان های مثبت بیشتری را تجربه کرده، از گذشته و آینده خود و دیگران، رویدادهای مثبت بیشتری را به یاد آورده و از پیرامون خود ارزیابی مثبت تری دارند و آنها را خوشایند توصیف میکنند (تیم، ۲۰۱۰).

در حالیکه افرادی با رضایت از زندگی پایین، خود، گذشته، و آینده شان، دیگران و نیز رویدادها و موقعیت های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی میکنند و هیجان های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه میکنند (لازاروس و فالکمن، ۱۹۸۴؛ راپست، کراوفورد و دل کاستیلو، ۲۰۰۹).

راپست و کروپانزانو (۲۰۰۰) عوامل متعددی را در افزایش رضایت افراد از زندگی مطرح کرده اند. این عوامل را میتوان در دو دسته عوامل زیستی (نظیر امادگی ژنتیکی و سلامت جسمانی) و عوامل اجتماعی-روانی (نظیر روابط اجتماعی مطلوب و نیازهای روانی) طبقه بندی نمود (رایت و کروپانزانو، ۲۰۰۰).

شواهد پژوهشی خبر از وجود رابطه بین سن (جاج، لاک و دورهام، ۱۹۹۷)، جنسیت و تعداد دوستان (موهنون و تورکلسون، ۲۰۰۴)، عملکرد خانواده، سازگاری و سلامتی (دان گاپوک، ۲۰۰۷) با رضایت از زندگی میدهند. علاوه بر این در سالهای اخیر توجه فزاینده ای به نظریاتی شده که به دنبال شناخت و معرفی فرایندهای شناختی موثر در رضایت از زندگی بوده اند (کاجادوریان، فینچام و داویلا، ۲۰۰۴).

یکی از پدیده های شناختی مورد توجه در این حوزه طرحواره ها بوده است (دوزوپس، مارتین و بایلینگ، ۲۰۰۹). طرحواره ها از ابتدای زندگی شکل گرفته و در تمام طول زندگی، فرد را تحت تاثیر قرار میدهند (یانگ، مک کری، کاستا و دای، ۱۹۹۹).

اما طرحواره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه میگیرند (زانگ و هه، ۲۰۱۰). در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پا برجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل میدهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک میکنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتی و دی، ۲۰۰۴؛ تیم، ۲۰۱۰). از آنجا که طرحواره‌ها همانند چهارچوبی برای پردازش اطلاعات بکار میروند و تعیین کننده واکنش‌های عاطفی افراد نسبت موقعیت‌های زندگی و روابط بین فردی میباشند، گفته شده که با رضایت از زندگی رابطه دارند (پاپالیا، گراس و فلدمن، ۲۰۰۳).

به عنوان مثال کسانی که از زندگی خود رضایت دارند، اطلاعات مربوط به زندگی‌شان را به شکلی طبقه بندی میکنند که منتهی به نتایج لذت بخشی شود. اما کسانی که از زندگی خود ناراضی هستند به جنبه‌های منفی زندگی گرایش بیشتری دارند (یانگ، گلوکسو و ویشار، ۲۰۰۳). پژوهشگران بر این عقیده اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه همچون یک صافی برای اثبات یا تایید تجارب کودکی عمل میکنند و به نشانه‌های بالینی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلالات شخصیت، تنهایی به دلیل روابط بین فردی مخرب و سوء مصرف الکل و مواد مخدر، پراشتهایی یا زخم معده منجر میشوند (گرین هاوز، کولینز و شاو، ۲۰۰۳؛ سلیگمن، شولمن و ترابون، ۲۰۰۷).

یکی از نظریه‌های مطرح در عرصه‌ی طرحواره‌ها، نظریه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ است (یانگ، ۲۰۰۵) در نظریه خود پانزده طرحواره معرفی کرده که در نتیجه ارضا نشدن پنج نیاز هیجانی مهم، شامل نیاز به پیوند و پذیرفته شدن، خودگردانی، شایستگی و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودابرازی، خودانگیزگی و لذت و جهت‌گیری از درون ایجاد میشوند.

این طرحواره‌ها عبارتند از محرومیت هیجانی (عقیده به اینکه دیگران با ما همدلی ندارند و به موقع نیازهای ما را برآورده نمیکنند)، رهاشدگی/بی‌ثباتی (در این حالت شخص احساس میکند که نزدیکانش از او حمایت عاطفی نمیکنند و نمیتوانند از او محافظت نمایند)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری (عقیده به اینکه دیگران به ما آسیب میرسانند و به ما دروغ میگویند تا امتیازات ما را بگیرند)، انزوای اجتماعی (اعتقاد به این موضوع که فرد با دیگران متفاوت است و به هیچ دسته‌ای تعلق ندارد)، نقص/شرم (احساس اینکه او فردی بد و ناخواسته است، در این شرایط فرد احساس حقارت میکند و فکر میکند که هیچ کس او را دوست ندارد)، شکست (عقیده به اینکه او شخصی شکست خورده است و در هر زمینه‌ای شکست خواهد خورد)، وابستگی/بی‌کفایتی (عقیده به اینکه او به میزان قابل توجهی برای انجام وظایفش نیازمند کمک دیگران است)، آسیب‌پذیری به ضرر (ترس افراطی از یک بیماری و یا ترس از اینکه در یک موقعیت به او ضربه شدیدی وارد خواهد شد که او قادر به پیشگیری از آن نیست)، گرفتاری/در دام افتادگی (وابستگی عاطفی شدید به یک یا چند نفر از نزدیکان بخصوص والدین)، اطاعت (سرکوبی بیش از حد عواطف بخصوص خشم به منظور اجتناب از تنهایی)، ایثار (نادیده گرفتن خود و تمرکز بیش از حد در برآوردن نیازهای دیگران در موقعیت‌های زندگی)، بازدارنده هیجانی (تاکید افراطی بر منطقی بودن و ممانعت از ابراز خشم و هر نوع عاطفه دیگر، بیان نکردن احساسات و عواطف)، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی (عقیده به اینکه شخص باید

میارهای درونی بسیار بابایی داشته باشد، نوعی کمالگرایی افراطی)، استحقاق (عقیده به اینکه شخص از دیگران بالاتر است و هر کاری که او انجام می‌دهد یا ادعا میکند درست است) و خویشتن داری و خود انطباطی ناکافی (ناتوانی در مهار خواسته‌ها و تمایل افراطی برای خشنودی و اجتناب از موقعیت‌های ناراحت کننده). یانگ (۱۹۹۹، به نقل از سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۷) بر این باور است که طرحواره‌های ناسازگار در افراد به تجربه رویدادهای منفی در زندگی منجر می‌شود و حضور چنین رویدادهایی در زندگی شخص، باعث احساس فشار روانی بیش از حد و نارضایتی از زندگی می‌شود.

کسانی که از طرحواره‌های ناسازگار بطور افراطی استفاده می‌کنند، بیشتر تحت تاثیر حوادث منفی زندگی قرار می‌گیرند (مک کالوگ، بلا، کیل پاتریک و جانسون، ۲۰۰۱).

طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیر ساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیر منطقی می‌شوند. طرحواره‌ها دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند. هنگامی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم و غیر مستقیم منجر به اشکال مختلفی از اشفتگی‌های روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی و مانند آن می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار مستقیماً منجر به اختلال شخصیتی خاصی نمی‌شوند اما آسیب پذیری فرد را برای این اختلالات افزایش می‌دهند (سیدمحمدی، ۱۳۸۴).

یانگ (۱۹۹۹) بیان می‌کند که طرحواره‌های ناسازگار بیشتر از آنکه نتیجه وقایع تکان دهنده مجزا باشند، احتمالاً به وسیله الگوی مداوم و تجارب سمی روزمره با اعضای خانواده و هم‌تایان ایجاد می‌شوند که به نحو فزاینده‌ای طرحواره‌ها را تقویت می‌کنند.

از سوی دیگر اختلالات شخصیت نشانگان طولانی مدتی هستند که اندیشیده می‌شود یک اساس سبب شناسی در شناخت، تعاملات آسیب شناسی کودکی با والدین، هم‌تایان و دوستان و اشخاص مهم دیگر باشند (کیمیایی، ۱۳۸۰).

پژوهش نوردال، هولث و هیوگام (۲۰۰۵) نشان داد که اختلال شخصیت مرزی با وابستگی، نقص/شرم، بیگانگی اجتماعی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، محرومیت هیجانی، وابستگی/عدم صلاحیت، بی اعتمادی/بد رفتاری ارتباط داشت.

اختلال شخصیت یک بیماری شایع و مزمن است که شیوع آن بین ۱۵-۱۰ درصد جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود. در حدود نصف بیماران روانپزشکی به اختلال شخصیت مبتلا هستند که بطور مکرر همراه با بیماری‌های محور اول (مانند افسردگی اساسی و سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد) است. این اختلال هم می‌تواند فرد را مستعد اختلالات روانپزشکی دیگر کند و هم با نتایج درمانی تداخل کرده، ناتوانی و مرگ و میر این بیماران را افزایش دهد (کلونینجر). اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت است و علائم آن شامل ناپایداری شدید و مداوم خلق، تصویر از خود و روابط بین فردی همچنین تکانشگری واضح است

(کلونینجر؛ ماج، ۲۰۰۵). این اختلال در قسمت اختلالات شخصیت (محور ۲) از هنگام DSM سوم (در سال ۱۹۸۰) گنجانده شد (ماج، ۲۰۰۵، کلیفتون، ۲۰۰۶).

مرزی (Borderline) یک واژه سایکو انالیتیک است و مشخص کننده یک عده از بیماران مشکل است که در مرز بین بیماران نوروتیک و بیماران سایکوتیک قرار دارند (ماج، ۲۰۰۵). اختلال شخصیت مرزی در ۸/۱ تا ۲۰/۰ درصد از جمعیت عمومی رخ میدهد.

شیوع بالاتر اختلال در بین بیماران روانپزشکی یافت میشود، تخمین زده میشود ۸ تا ۱۱ درصد از بیماران سرپایی و ۱۴ تا ۲۰ درصد بیماران بستری ملاک های کامل اختلال شخصیت مرزی را دارند (لیندا، ۱۹۹۹). اگرچه مشکلات بیماران مرزی احتمالاً متنوع است با وجود این آنها را میتوان در چهار گروه عاطفی، شناختی، بین فردی و رفتاری دسته بندی کرد. در مدل شناختی، اهمیت اصلی به باورها و فرض های فرد داده میشود که به عنوان عواملی در نظر گرفته میشوند که در درک و تفسیر واقعه ها و شکل دهی واکنش های هیجانی و رفتاری نقش دارند. مدل درمان شناختی بر این فرض استوار است که ساختارهای شناختی برجسته، بصورت سلسله وار درجه بندی و سازمان بندی شده اند. ممکن است در یک طبقه، تعداد وسیعی از مشکلات درمان جو جای گرفته باشد و درمان با تغییر یک یا چند طرحواره صورت میپذیرد. این فرمولبندی با نظریه های برجسته معاصر مانند ساختار شناخت و رشد شناختی مطابقت دارد که در همه ی آنها طرحواره ها بعنوان عامل تعیین کننده ی قوانین راهبردی حاکم بر رفتار در نظر گرفته میشوند. طرحواره ها سکان تنظیم و تعیین کیفیت زندگی و جهت یابی آن را بر عهده دارند.

در این افراد، باورهای بنیادین ناکارآمد به طرز چشم گیری محدود است، هیچ باور جایگزین سازگارانۀ دیگری هم که قابل دسترسی باشد وجود ندارد (دیویدسون، ۲۰۰۴).

اختلال شخصیت مرزی سندرم پیچیده ای است که خصیصه های مرکزی آن بی ثباتی خلق، اختلال کنترل تکانه و اختلال در ارتباطات بین فردی است (پریس، ۲۰۰۵).

برخی مبتلایان در یک یا بیشتر حوزه ها، آسیب رسان تکانشی هستند مثل بی مسئولیتی، ولخرجی، قماربازی، درگیری در رفتارهای جنسی ناسالم، سوء مصرف دارو یا الکل، بی پروایی در رانندگی یا پر خوری، خود آسیب رسانی و رفتارهای مکرر خودکشی، ژست ها یا اقدام به خودکشی، بی ثباتی عاطفی و واکنشهای خلقی از دیگر خصیصه های شایع اختلال هستند (دوره های شدید دیسفوریک، تحریک پذیری یا اضطراب که برای ساعات کم و به ندرت برای بیشتر از چند روز دوام می یابد). بعضی تجربه ی نامتناسب خشم شدید یا مشکل در کنترل خشم دارند. برای مثال، آنها ممکن است از کوره در بروند، احساس همیشگی خشم، آشفتگی های کلامی یا اقدام به درگیری فیزیکی کنند. اختلال شخصیت مرزی رایج ترین اختلال شخصیتی است و در تمام فرهنگ های جهان گزارش شده است (اولدهام، ۲۰۰۱).

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیوسته در بحران هستند. مهم‌ترین سیمایه آنها نوسانات خلقی و رفتاری است. این نوسانات به صورت احساس افسردگی که به راحتی به احساس اضطراب و سپس به خشم تغییر میکند، در افراد نمایان میشود. از ویژگی‌های دیگر بیماران مذکور، روابط بین فردی آشفته است؛ آنها به دیگران بسیار وابسته اند، برای حفظ تعادل فکری و رفتاری نه تنها به حمایت، امنیت و تشویق دیگران نیاز دارند، بلکه نسبت به جدایی از منابع حمایتی بسیار آسیب پذیرند. همیشه از اینکه رها شوند، می‌ترسند و از نشانه‌های فقدان، وحشت دارند. بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از آن است که ترس از رها شدن و تنها ماندن مهم‌ترین مشکل این افراد است (میلون و گراسمن، ۲۰۰۷). هر بیمار مرزی حداقل با سه نفر در ارتباط است (همسر، فرزندان، والدین، دوستان و همکاران). نگرش این افراد نسبت به اطرافیان به دلیل دوسو گرایی، از تایید تا خشم شدید در نوسان است. آنها بطور معمول با اطرافیان خود مشکل دارند و روابط شان بین قهر و آشتی تغییر میکند. همین امر موجب فرسودگی اطرافیان آنها نیز میشود و گاه ممکن است موجب بروز انواع مشکلات روانشناختی در خانواده گردد (وایس و دیگران، ۱۹۹۶).

تکانشگری یکی دیگر از سیمایه‌های بیماران مرزی است. ولخرجی‌های زیاد، برقراری روابط جنسی نالایم، پرخوری، سوء مصرف مواد و دارو، نمونه‌ای از رفتارهای تکانه‌ای آنان است. ۲۲ درصد آنها دچار الکلیسم و سوء مصرف آن هستند. از میان افرادی که به دلیل سوء مصرف مواد بستری شده‌اند ۶۵ تا ۵۸ درصد آنها اختلال شخصیت مرزی دارند. ۲۳ درصد از زندانیان مرد و ۲۰ درصد از زندانیان زن نیز به اختلال شخصیت مرزی دچارند (کراویتز، واتسون، ۱۹۹۹). خودکشی و رفتارهای خود آسیب رسان در میان این بیماران امری رایج و معمول است. ۸۰ درصد آنها در طی زندگی خود تاریخچه‌ای از اقدام به خودکشی دارند. ۳۰ درصد از افرادی که به دلیل خودکشی می‌میرند و ۵۰ درصد از بیماران روانپزشکی که به دلیل خودکشی می‌میرند، جزء بیماران مرزی هستند (الدهام، ۲۰۰۶). ۷۰ تا ۷۵ درصد از آنها تاریخچه‌ای از رفتارهای آسیب رسان مانند بریدن و سوزاندن خود دارند. میانگین روزهای بستری شدن این افراد در بیمارستانها سالانه به ۶۵ تا ۸۰ روز میرسد (بوهاس و دیگران، ۲۰۰۴). ۷۵ درصد این بیماران زن هستند. بطور معمول نشانه‌های اختلال در دوران جوانی شروع میشود که گاه یک دهه یا بیشتر تداوم می‌یابد. با توجه به اینکه این سن، سن ازدواج و مادر شدن است، بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند مادرانی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند در پرورش فرزندان خود با مشکل جدی روبرو هستند. مهارت‌های والدینی افرادی که بی‌ثباتی خلقی، تحریک پذیری، تکانشگری و تحریف واقعیت دارند به گونه‌ای جدی صدمه می‌خورد. از سوی دیگر بر اساس پاره‌ای از مطالعات، اختلالات مرتبط با تکانشگری، خصوصیات نوسانات خلقی، هیجانی و رفتاری در فرزندان چنین مادرانی بیشتر دیده میشود. بنابراین کودکان این افراد در خطر ابتلا به اشکال مختلف اختلالات روانی از جمله اختلالات مرتبط با سبک دلبستگی قرار دارند (وایس و دیگران، ۱۹۹۶).

یکی دیگر از مشکلات بیماران مرزی بی‌ثباتی واضح در خود انگاره است. آنها هویتی نابالغ یا سردرگمی هویت دارند. خودبازنمایی‌های متناقض، انعکاسی از فقدان انسجام درونی و دوپارگی شخصیت آنهاست. بی‌ثباتی مخرب در

خود انگاره فرد بصورت تغییرات ناکهانی در اهداف، ارزشها و شغل نمایان میشود. این تغییرات میتواند انتخاب نوع دوستان، هویت جنسی و برنامه ریزی فرد را نیز تحت الشعاع قرار دهد (میلون و گراسمن، ۲۰۰۷).

پژوهش‌های اخیر نشان میدهد اختلال شخصیت مرزی قابل درمان بوده و حتی پیش آگهی آن بهتر از اختلالات دیگری چون اختلالات خلقی و دوقطبی است. در حال حاضر رویکردهای درمانی متفاوتی وجود دارد که در کاهش رفتار خودکشی، رفتارهای آسیب رسان، افسردگی و اضطراب موثرند. در میان آنها میتوان به رویکردهای روان تحلیلی از جمله روان درمانی مبتنی بر انتقال (کرنبرگ و کلارک، ۱۹۹۹)، طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۰) و رفتار درمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳) اشاره کرد (دایمف و کوثرنر، ۲۰۰۷).

اختلالات شخصیت بر اساس شباهت های توصیفی به سه خوشه (محور) گروه بندی میشوند. خوشه اول شامل اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی میشود. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب عجیب و غریب و غیرعادی بنظر میرسند. خوشه دوم مشتمل بر اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته است. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب نمایشی، احساساتی و دمدمی بنظر میرسند. اختلالات شخصیت خوشه سوم عبارتند از: اجتنابی، وابسته، و وسواسی-جبری. اغلب افراد مبتلا به این اختلالات مضطرب و وحشت زده بنظر میرسند. شیوع تخمین زده شده ی خوشه های مختلف، ۷/۵ درصد برای اختلالات خوشه اول، ۵/۱ درصد برای اختلالات خوشه دوم، ۶ درصد برای اختلالات خوشه سوم و بالاخره ۱/۹ درصد برای هر نوع اختلال شخصیت است، که مورد آخر بیانگر هم ابتلایی شایع اختلالات از خوشه های مختلف است (انجمن روانپزشکی امریکا، رضاعی، ۱۳۹۳).

کارین (۱۹۹۷) با استفاده از پرسشنامه طرحواره یانگ به عنوان متغیر پیش بین در یک تحلیل تابعی متمایز، سودمندی نظریه طرحواره یانگ را در تشخیص اختلالات شخصیت مورد بررسی قرار داد. سوال اصلی کارین این بود که آیا وجود طرحواره های ناسازگار میتواند بیماران مبتلا به اختلالات روانی محور اول را از بیماران مبتلا به سایر انواع اختلالات روانی متمایز کند. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که تشخیص ابتلای فرد به اختلالات محور دوم، در ۸۳ درصد موارد با پرسشنامه طرحواره یانگ قابل پیش بینی است.

کارین همچنین به این نتیجه دست یافت که طرحواره های ناسازگار، جزء لاینفک و ذاتی اختلالات شخصیت هستند. این یافته مهر تاییدی بر نظریه یانگ است.

اگرچه پرسشنامه طرحواره یانگ برای سنجش اختلالات شخصیت DSM4 تهیه نشده است، ولی با این حال، رابطه معناداری بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت وجود دارد (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۵).

نمره کل در پرسشنامه طرحواره ینگ همستگی بالایی با نمره کل در پرسشنامه تشخیصی اختلالات شخصیت- فرم تجدید نظر شده ی آن (هایلر و همکاران، ۱۹۸۷) دارد.

پرسشنامه تشخیصی اختلالات شخصیت، ابزاری خود گزارشی برای سنجش آسیب شناسی اختلالات شخصیت مطرح شده در DSM3-R است. در این مطالعه مشخص شد طرحواره های خویشتن داری/خود انطباطی ناکافی و نقص، بیشترین رابطه را با نشانه های اختلال شخصیت دارند. همچنین مشخص شد هر یک از طرحواره ها، رابطه ی معناداری با اختلالات شخصیت مربوطه دارند.

بعنوان مثال طرحواره بی اعتمادی/بدرفتاری با اختلال شخصیت پارانوئید، طرحواره وابستگی با اختلال شخصیت وابسته، طرحواره خویشتن داری/خود انطباطی ناکافی با اختلال شخصیت مرزی و طرحواره معیارهای سرسختانه با اختلال شخصیت وسواسی-جبری رابطه بالایی نشان دادند (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۵).

اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder)

براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ((DSM5 اختلال شخصیت مرزی یک الگوی نافذ از بی ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف و، تکانشگری بارز که از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در زمینه های مختلف بروز کرده است.

طرحواره

طرح واره بطور کلی به عنوان ساختار، قالب یا چهارچوب تعریف میشود. در حوزه ی رشد شناختی، طرح واره را به صورت قالبی در نظر میگیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل میگیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. طرح واره، بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده ی یک واقعه است. به عبارت دیگر، طرحی گلی از عناصر برجسته ی یک واقعه را طرح واره میگویند (یانگ و همکاران، حمید پور ۱۳۸۶).

طرحواره های ناسازگار اولیه

یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) معتقد است برخی از این طرحواره ها به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل میگیرند، ممکن است هسته ی اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور اول قرار بگیرند. یانگ برای بررسی دقیق تر این ایده مجموعه ای از طرحواره ها را مشخص کرده است که به آنها طرحواره های ناسازگار اولیه میگویند.

فهرست طرحواره های ناسازگار اولیه

حوزه اول: بریدگی و طرد شامل:

رهاشدگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی

حوزه دوم: خودگردانی و عملکرد مختل شامل:

وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته/گرفتار، شکست

حوزه سوم: محدودیت‌های مختل شامل:

استحقاق/بزرگ منشی، خوبستن داری و خود انضباطی ناکافی

حوزه چهارم: دیگر جهت مندی شامل:

اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه

حوزه پنجم: گوش به زنگی بیش از حد و بازداری شامل:

منفی‌گرایی/بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، تنبیه (یانگ و همکاران، حمیدپور ۱۳۸۶).

۲- نتیجه‌گیری

با شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه که از کودکی (در ۷ سال اول زندگی) در ما شکل می‌گیرند، و کسب مهارت برای تعدیل این طرحواره‌ها، می‌توانیم بهتر و سالم‌تر زندگی کنیم و تا حد زیادی از بروز اختلال‌های شخصیتی جلوگیری به عمل آوریم.

همانطور که گفته شد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه زمینه را برای ابتلای فرد به انواع اختلال‌های شخصیتی از جمله اختلال شخصیت مرزی مهیا می‌کنند که این اختلال‌های شخصیتی می‌تواند زندگی فرد را به خطر بیندازد و صدمات جبران‌ناپذیری به جامعه وارد نماید.

همانطور که طرحواره‌های ناسازگار اولیه بستر مناسبی را برای ابتلای فرد به اختلال شخصیت مرزی فراهم می‌نماید، طرحواره درمانی می‌تواند در کنترل این اختلال، موثر واقع شود.

پیشنهادات

۱- پیشنهاد می‌گردد که کارگاه‌های آموزشی در زمینه‌ی عوامل مؤثر در ابتلای افراد به اختلال شخصیت مرزی برگزار گردد.

۲- در پژوهش‌های آینده، عوامل مداخله‌گری همچون وضعیت اقتصادی، جنسیت و سن، در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گیرد.

۳- می‌توانید پژوهش‌های بیشتری در مورد ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت مرزی را انجام دهید.

۴- به این دلیل که علت ابتلا به اختلال شخصیت مرزی چندان شناخته شده نیست، بنابراین نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتری در این زمینه احساس می‌شود.

۵- با توجه به نقش طرحواره های ناسازگار اولیه در ایجاد تمامی انواع اختلال های روانی، پیشنهاد میشود این مبحث جزو دروس آموزشی در رشته های روان شناسی قرار گیرد.

منابع

- ۱- انجمن روانپزشکی امریکا، ۱۳۹۳، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی DSM5، ارجمند.
- ۲- یانگ، جفری، ۱۳۸۶، طرح واره درمانی، ارجمند.
- ۳- کیمیایی، سیدعلی، نظریه های روان درمانی و مشاوره، گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۳۸۰، ص ۵۶-۵۹.
- ۴- هالچین، ریچارد بی؛ ویتبورن، سوزان کراس، آسیب شناسی روانی دیدگاه های بالینی درباره ی اختلال های روانی، جلد دوم، ترجمه یحیی سیدمحمدی- تهران: نشر روان، ۱۳۸۴، ص ۶۷-۶۸.
- ۵- یوسف نژاد شیروانی، مائده؛ پیوسته گر، مهرانگیز، ۱۳۹۰، دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۲ (پیاپی ۴۴).
- ۶- لطفی، راضیه و همکاران، ۱۳۸۶، مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، ۲ (مسلسل ۱۸).
- ۷- علی ملابری، نوشین و همکاران، ۱۳۸۷، مجله دانشکده پزشکی، ۹.
- ۸- اکبری، جواد و همکاران، ۱۳۸۸، اصول بهداشت روانی، ۴ (پیاپی ۴۰).
- ۹- گلشنی، فاطمه و همکاران، ۱۳۸۹، تحقیقات روانشناختی، ۵.
- ۱۰- پیوسته گر، مهرانگیز، ۱۳۹۷، علوم اعصاب شفای خاتم، ۲.

1. Cloninger CR, srvríc DM. Prsonality disorders. In: sadok BJ, sadok

VA. editors. Comperhensive Textbook of Psychiatry. P.2063-105

2. Maj M, Akishkal HS, Mezzich JE, Okasa A. Personality Disorders. WPA series. Wiley Press 2005.

3. Clifton A, Pilkons PA. Evidence for a single latent class of DSM borderline pathology comperhensive psychiatry. ۲۰۰۶

4. Lindia A, Mc David J, linehan MM. phamacotherapy for borderline personality disorder. A review of the literature and recommendation for tr catment. J clin psychol Med set 1999;6(1):114.

Davidson KM. [cognitive therapy for personality disorder]. Shams G. (translator). I ed. Tehran: Roshd 2004:53-6. (۷۳۳ Persian).

Paris P. Resent advances in the treatment of borderline disorder. Can J psychiatry 2005; 50(1):436.

7. Oldham JM, Gabbard Go, Goin MK, Gunderson J, soloff P, Spigel D, et al. Practice guideline for the treatment of patient with borderline personality disorder. Peractice section of the APA 2001. [Cited 2001].

Available from: <http://www.Psych.org>