

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد در رشته‌ی  
روانشناسی بالینی

پیش‌بینی اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی بر اساس  
ناگویی خلقی و شیوه فرزندپروری والدین در زندانیان

به کوشش

زهرا ایزدی

استاد راهنما

دکتر چنگیز رحیمی

شهریور ۱۳۹۳

به نام خدا

## اظهارنامه

اینجانب زهرا ایزدی دانشجوی رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی اظهارمی‌کنم که این پایان نامه حاصل پژوهش خودم بوده و در جاهایی که از منابع دیگران استفاده کرده‌ام، نشانی دقیق و مشخصات کامل آن را نوشته‌ام. همچنین اظهارمی‌کنم که تحقیق و موضوع پایان نامه‌ام تکراری نیست و تعهد می‌نمایم که بدون مجوز دانشگاه دستاوردهای آن را منتشر ننموده و یا در اختیار غیر قرار ندهم. کلیه حقوق این اثر مطابق با آیین‌نامه مالکیت فکری و معنوی متعلق به دانشگاه شیراز است.

نام و نام خانوادگی : زهرا ایزدی

تاریخ و امضا:

به نام خدا

پیش بینی اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی  
بر اساس ناگویی خلقی و شیوه فرزند پروری والدین در زندانیان

به کوشش

زهرا ایزدی

پایان نامه

ارائه شده به تحصیلات تکمیلی دانشگاه شیراز به عنوان بخشی از فعالیت های  
تحصیلی لازم برای اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته

روان شناسی بالینی

از دانشگاه شیراز

شیراز

جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی شده توسط کمیته پایان نامه، با درجه: عالی

دکتر چنگیز رحیمی، دانشیار بخش روان شناسی بالینی (استاد راهنما).....

دکتر سید محمدرضا تقوی، استاد بخش روان شناسی بالینی (استاد مشاور).....

دکتر مهدی ایمانی، استادیار بخش روان شناسی بالینی (داور داخلی).....

شهریور ۱۳۹۳

## سپاسگزاری

سپاس پروردگار را که هرچه هست از اوست و درود بی پایان به پیشگاه فرستاده عالی قدرش حضرت محمد مصطفی(ص) و خاندان پاکش باد. اکنون که به خواست خداوند و پشتیبانی بزرگان، موفق به تهیهی این پایان نامه شدم، وظیفه‌ی خود می‌دانم به پاس تمامی مساعدت‌ها و راهنمایی‌های همه‌ی سروران و عزیزانی که در سرانجام رساندن این اثر اینجانب را مدیون محبت‌های خود کردند صمیمانه و خاضعانه سپاسگزاری خود را اهدا کرده، از پیشگاه حضرت حق آرزوی بهروزی ایشان را دارم. در این میان از حسن خلق، بزرگواری، صبر و هدایت‌های عالمانه و مشفقانه‌ی استاد فرزانه دکتر چنگیز رحیمی بیش از هرکس دیگری بهره‌مند گشته‌ام. لذا صمیمانه قدردان این عزیز فرهیخته می‌باشم. هم چنین سپاس و تشکر بی‌دریغ خود را به پیشگاه جناب دکتر محمد رضا تقوی تقدیم می‌دارم.

سپاس از پدر و مادر عزیزم که به من آموختند تاریکی عدم وجود نور است و زندگی بدون دوست داشتن و عاشق بودن رنج آور است و بی نور.

و سپاس از همسرم که دعای خیرش بدرقه راهم و آرزویش خوشبختی من است

و در نهایت از زندان عادل آباد که مرا یاری نموده اند کمال تشکر را دارم و از خداوند متعال

موفقیت روزافزون آنان را خواستارم.

## چکیده

### پیش‌بینی اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی بر اساس ناگویی خلقی و شیوه فرزندپروری والدین در زندانیان

به کوشش  
زهرا ایزدی

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی بر اساس شیوه فرزندپروری والدین و ناگویی خلقی بود. نمونه این پژوهش شامل ۱۵۰ نفر از زندانیان شهر شیراز بود که به روش نمونه در دسترس انتخاب شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه چند محوری میلون ۳، پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری باومریند و پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو بود. در این پژوهش از روش آماری SPSS استفاده شده و تحلیل داده‌ها از طریق رگرسیون چند متغیره و رگرسیون ساده بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که شیوه‌های فرزندپروری و ناگویی خلقی توانسته‌اند پیش‌بین‌کننده خوبی برای اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی باشند. نتایج پژوهش: حاکی از آن است که عوامل تربیتی و عاطفی، بخصوص ساختار خانوادگی و چگونگی ارتباط اعضای خانواده به ویژه والد-فرزندی و ناگویی خلقی نقش مهمی در سازگاری روانی-اجتماعی و اختلالات شخصیت افراد داشتند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، ناگویی خلقی، شیوه‌های فرزندپروری والدین

## فهرست مطالب

عنوان صفحه

### فصل اول: مقدمه

- ۱-۱- بیان مسئله شامل (بیان منطقی محیط، شرح واضح مساله مورد مطالعه)..... ۶
- ۱-۲- ضرورت و اهداف پژوهش..... ۱۲
- ۱-۳- اهداف پژوهش..... ۱۵
- ۱-۴- پرسش های پژوهش..... ۱۶
- ۱-۵- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها..... ۱۶
- ۱-۶- تعریف عملیاتی متغیرها..... ۱۸

### فصل دوم: پیشینه پژوهش

- ۲-۱- ادبیات پژوهش..... ۲۰
- ۲-۲- مبانی نظری..... ۲۰
- ۲-۲-۱- نظریه ژنتیکی..... ۲۱
- ۲-۲-۲- نظریه روان تحلیل گری..... ۲۱
- ۲-۲-۳- نظریه دلبستگی..... ۲۱
- ۲-۲-۴- نظریه میلون..... ۲۲
- ۲-۲-۵- نظریه های سرشتی، خانوادگی و محیطی..... ۲۳
- ۲-۳- شیوه فرزندپروری والدین..... ۲۴

۲-۳-۱- نگرش نسبت به پدر و مادر .....	۲۳
۲-۴- انواع شیوه‌های فرزندپروری .....	۲۷
۲-۴-۱- طبقه بندی باومریند .....	۲۷
۲-۴-۱-۱- فرزندپروری مقتدر .....	۲۸
۲-۴-۱-۲- فرزندپروری سهل‌گیر .....	۲۸
۲-۴-۱-۳- فرزندپروری مستبد .....	۳۱
۲-۴-۲- طبقه بندی دارینگ و استنبرگ .....	۳۲
۲-۴-۳- طبقه بندی السون .....	۳۳
۲-۵- ناگویی خلقی .....	۳۳
۲-۶- اختلال شخصیت مرزی .....	۳۴
۲-۶-۱- چرخه ی زندگی اختلال شخصیت مرزی .....	۳۵
۲-۷- روابط والد فرزندی و اختلال شخصیت مرزی .....	۳۸
۲-۸- اختلال شخصیت مرزی و ناگویی خلقی .....	۴۰
۲-۹- اختلال شخصیت ضد اجتماعی .....	۴۱
۲-۹-۱- اختلال شخصیت ضد اجتماعی و شیوه فرزندپروری والدین .....	۴۲
۲-۹-۲- اختلال شخصیت ضد اجتماعی و ناگویی خلقی .....	۴۳
۲-۱۰- پژوهشهای پیشین .....	۴۳
۲-۱۰-۱- اختلال شخصیت مرزی و نگرش نسبت به والدین .....	۴۵
۲-۱۰-۲- اختلال شخصیت مرزی و ناگویی خلقی .....	۴۶
۲-۱۰-۳- اختلال شخصیت ضد اجتماعی و شیوه فرزندپروری والدین .....	۴۸
۲-۱۰-۴- اختلال شخصیت ضد اجتماعی و ناگویی خلقی .....	۵۰



## فصل سوم: روش پژوهش

مقدمه.....	۵۳
۱-۳- روش پژوهش.....	۵۳
۲-۳- طرح پژوهش، بیان متغیرها و نحوه تغییر یا کنترل آنها.....	۵۳
۳-۳- جامعه آماری، مشارکت کنندگان و روش انتخاب آنها.....	۵۴
۴-۳- ابزار پژوهش: (شرح کامل ابزار های پژوهشی مورد استفاده):.....	۵۴
۱-۴-۳- پرسشنامه چند محوری میلون ۳.....	۵۴
۲-۴-۳- پرسش نامه شیوه فرزندپروری.....	۵۷
۳-۴-۳- پرسش نامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20).....	۵۸
۵-۳- روش اجرا.....	۵۹
۶-۳- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات.....	۶۰

## فصل چهارم: یافته ها

مقدمه.....	۶۲
۱-۴- تجزیه و تحلیل توصیفی داده ها.....	۶۲
۱-۱-۴- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش.....	۶۲
۲-۱-۴- بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش.....	۶۴
۲-۴- بررسی سؤال های پژوهش.....	۶۵
۱-۲-۴- بررسی سؤال اول: پیش بینی بروز اختلال شخصیت مرزی بر اساس شیوه های فرزندپروری: (مقتدرانه، مستبدانه و سهل گیرانه).....	۶۵
۲-۲-۴- بررسی سؤال دوم: پیش بینی بروز اختلال شخصیت ضداجتماعی بر اساس شیوه های فرزندپروری: (مقتدرانه، مستبدانه و سهل گیرانه).....	۶۶
۳-۲-۴- بررسی سؤال سوم: پیش بینی بروز اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی بر اساس ناگویی خلقی.....	۶۸

## فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- مقدمه ..... ۷۱
- ۵-۱- سؤال اول تحقیق این بود که آیا شیوه‌های فرزندپروری می‌تواند اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی کند. .... ۷۱
- ۵-۲- سؤال دوم تحقیق این بود که آیا سبک‌های فرزندپروری می‌تواند اختلال شخصیت ضداجتماعی را پیش‌بینی کند؟ ..... ۷۳
- ۵-۳- سؤال سوم تحقیق این بود که آیا ناگویی خلقی اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی را پیش‌بینی می‌کند؟ ..... ۷۹
- ۵-۴- کاربرد یافته‌های تحقیق ..... ۷۵
- ۵-۵- محدودیت‌ها ..... ۷۶
- ۵-۶- پیشنهادات ..... ۷۷

## فهرست منابع

- منابع فارسی ..... ۷۸
- منابع انگلیسی ..... ۸۳

## پیوست

- ۱- پرسشنامه چند محوری میلون ۳ ..... ۹۷
- ۲- پرسشنامه ناگویی خلقی ..... ۱۰۴
- ۳- پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری ..... ۱۰۶

## فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول (۱-۲) فهرست ده گروه اختلالات مرزی بر اساس نظر اشترن .....	۳۹
جدول (۲-۲): معیارهای تشخیصی دی اس ام در مورد اختلال شخصیت مرزی .....	۴۰
جدول ۱-۴. فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل .....	۶۸
جدول ۲-۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای شیوه‌های فرزندپروری (مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه)، ناگویی خلقی، اختلال شخصیت مرزی و اجتماعی .....	۶۸
جدول ۳-۴. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش .....	۶۹
جدول ۴-۴. مدل رگرسیون، تحلیل واریانس، شاخص‌های آماری پیش‌بینی بروز اختلال شخصیت مرزی بر اساس شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه .....	۷۰
جدول ۵-۴. ضرایب رگرسیون، پیش‌بینی بروز اختلال شخصیت مرزی بر اساس شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه .....	۷۱
جدول ۶-۴. مدل رگرسیون، تحلیل واریانس، شاخص‌های آماری پیش‌بینی بروز اختلال شخصیت ضداجتماعی بر اساس شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه .....	۷۲
جدول ۷-۴. ضرایب رگرسیون، پیش‌بینی بروز اختلال شخصیت ضداجتماعی بر اساس شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه .....	۷۲
جدول ۸-۴. مدل رگرسیون، تحلیل واریانس، شاخص‌های آماری پیش‌بینی بروز اختلال شخصیت مرزی بر اساس ناگویی خلقی .....	۷۳
جدول ۹-۴. ضرایب رگرسیون، پیش‌بینی بروز اختلال شخصیت مرزی بر اساس ناگویی خلقی .....	۷۳
<b>عنوان</b>	<b>صفحه</b>

جدول ۱۰-۴. مدل رگرسیون، تحلیل واریانس، شاخص‌های آماری پیش‌بینی بروز اختلال شخصیت ضداجتماعی بر اساس ناگویی خلقی .....	۷۴
جدول ۱۱-۴. ضرایب رگرسیون، پیش‌بینی بروز اختلال شخصیت ضداجتماعی بر اساس ناگویی خلقی .....	۷۴

# فصل اول

## مقدمه

اگر فردی در جزیره‌ای دور افتاده تنها زندگی کند، تنها بیماری روان پزشکی‌ای که نمی‌تواند به آن مبتلا شود، اختلال شخصیت است چون اختلال شخصیت در ارتباط با دیگر افراد جامعه معنی پیدا می‌کند. فرد در این موقعیت فرضی می‌تواند افسرده شود، وسواس پیدا کند یا ارتباطش با واقعیت دگرگون شود، اما از آنجا که اختلال شخصیت خود را در «ارتباط» با دیگر افراد جامعه نشان می‌دهد، نمی‌توان او را مبتلا به اختلال شخصیت دانست.

اکثر مردم به طریقی نسبتاً قابل پیش بینی و منحصر به فرد در مقابل پدیده‌ها واکنش نشان می‌دهند، ولی در عین حال نوعی انعطاف پذیری سازگارانه و مخصوص هم دارند. شخصیت افراد ثابت و ایستا نیست. ما از تجارب گذشته درس می‌گیریم و سعی می‌کنیم در موقعیتهای مختلف، پاسخهای مختلف و متنوع نشان بدهیم تا بتوانیم به خوبی از عهده کارها برآییم. این یادگیری و انطباق چیزی است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت غالباً از عهده آن بر نمی‌آیند (فاتحی زاده، ۱۳۸۶). یکی از نابهنجارهای روانی شایع در انسان اختلال‌های شخصیت است به طوری که طبق بررسی ویسمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۵)، شیوع اختلال‌های شخصیت، ۱۰ تا ۱۳ درصد جمعیت عمومی را در بر می‌گیرد. اختلال شخصیت، عبارت است از سبک‌های رفتاری و الگوی رفتاری بادوام ناسازگارانه و انعطاف ناپذیر نسبت به دریافت و تفکر درباره‌ی محیط و خویشتن. اختلال‌های شخصیت، دسته‌ای از اختلال‌های روانی هستند که با جرم نیز ارتباط دارند (محمدی فرود و میر هاشمی، ۱۳۸۷).

از میان ۱۰ اختلال شخصیت تعریف شده در DSM-IV اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> مهمترین

---

<sup>۱</sup> - weissman

<sup>۲</sup> - Borderline Personality

آنهاست. اصطلاح مرزی اولین بار بیشتر از ۶۰ سال قبل برای توصیف بیمارانی که مرز بین سایکوتیک و نوروتیک بودند ولی علائم کافی برای قرار گرفتن در هیچ کدام از طبق بندی‌ها را نداشتند و به کار گرفته شد. با گذشت سالها، اصطلاحاتی همچون " اسکیزوفرنی نوروتیک‌نما " و " شخصیت نصفه نیمه " برای توصیف این اختلال به کار گرفته شد (کریسمن و استروس، ۲۰۰۴).

این اختلال در DSM - IV به عنوان " الگوی فراگیری از بی ثباتی روابط بین فردی، خودانگاره، هیجانانگاری و تکانشگری " تعریف می‌شود. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را می‌توان در چارچوب الگوی رفتاری داشتن " ثبات در بی‌ثباتی " تعریف کرد، این افراد واکنش-های بسیار شدیدی نشان می‌دهند، نوسان‌های سریع خلقی دارند، در روابط بین فردی رفتارهای بی‌ثبات و پر تنش از خود بروز می‌دهند، و همچنین رفتارهای تکانشی و خشم مفرط مثل سوء مصرف مواد و خود جراحی از مشخصه‌های رفتاری این بیماران است (بارنیکوت و همکاران، ۲۰۱۲). اختلال شخصیت مرزی ۱٪ تا ۲٪ از جمعیت عمومی را مبتلا می‌کند (روسو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، ۱۰٪ بیماران روانپزشکی غیر بستری و ۱۵٪ تا ۲۵٪ بیماران بستری به این اختلال مبتلا هستند (لیشسنرینگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). شیوع این اختلال در میان جمعیت عمومی نوجوانان ۱۵٪ و میان نوجوانان بستری ۵۰٪ است (روبین<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از اختلال‌های شخصیت که در جامعه ما از اهمیت فراوانی برخوردار است، اختلال شخصیت ضداجتماعی<sup>۶</sup> است، که این اختلال شرایط ناتوان کننده‌ای است و یک نگرانی عمده از لحاظ سلامت روان می‌باشد. اختلال شخصیت ضداجتماعی در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به عنوان یک الگوی فراگیر از بی‌اعتنایی و تجاوز به حقوق دیگران که از کودکی یا اوایل نوجوانی آغاز شده و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. این افراد، خود پسند، بی‌عاطفه، بی‌نظم و بی‌قاعده، تحریک پذیر و بی‌پروا هستند. آنها نمی‌توانند طبق قاعده-

---

<sup>1</sup> - Kreisman & Straus

<sup>2</sup> - Barnicot

<sup>3</sup> - Ruocco

<sup>4</sup> - Leichsenring

<sup>5</sup> - Robin

<sup>6</sup> - Antisocial Personality

ای مشخص عمل کنند و شکستن پی در پی قوانین برای آنها مشکلات متعددی ایجاد می‌کند. این افراد از این که قانون را بشکنند یا موجبات ناراحتی دیگران را فراهم کنند، احساس گناه نمی‌کنند، در جامعه این اختلال بیشتر در میان افرادی که به زندان رفته‌اند، دیده می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

اختلال شخصیت ضداجتماعی همواره مشکل جدی در جوامع انسانی بوده و در دوسطح فردی و اجتماعی مسأله برانگیز است. در سطح فردی، بزرگسالان ضداجتماعی، تمایل به روابط ناپایداری دارند که با تعارض مشخص می‌شود. همچنین کمتر احتمال دارد ازدواج کنند و در صورت ازدواج، میزان بالاتری از خشونت خانوادگی، طلاق و بد سرپرستی فرزندان را تجربه می‌نمایند. در سطح اجتماعی، بزرگسالان ضداجتماعی به احتمال بیشتری کارهای بی‌ثبات، دستگیری و توقیف و نیز فعالیت‌های تبه‌کارانه را تجربه کرده و نیز به احتمال بیشتری به نزاع پرداخته و در درگیریها از اسلحه استفاده می‌کنند (فازل و دانش، ۲۰۰۲).

پژوهشگران نشان داده‌اند که در بین عوامل مختلف شکل‌گیری شخصیت، شیوه‌های فرزندپروری از مهمترین و بنیادی ترین عوامل محسوب می‌شود. با این وجود شیوه‌های فرزندپروری، شیوه‌ها و روش‌هایی است که والدین براساس آنها فرزندان خود را تربیت می‌کنند و در شکل‌گیری شخصیت کودک نقش به‌سزایی دارد (ریچمن و لندزدان، ۱۹۹۰، نقل از نوایی نژاد، ۱۳۸۰).

ویژگی‌های خانواده و به‌ویژه شیوه فرزندپروری والدین قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار مجرمانه می‌باشد. دلبستگی به والدین، فرزندپروری سختگیرانه، یا نظارت ضعیف، روابط ضعیف با والدین، و تربیت ناپایدار و غیر اصولی، فاکتورها خانوادگی مرتبط با انحراف و بزهکاری نوجوانانند (هوو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

ثنائی نیز معتقد است: "انسان عمدتاً وارث برنامه‌ریزی‌های خودآگاه و ناخودآگاه خانواده و برون‌سازی‌های دوران کودکی خود با آنهاست." پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فرزندپروری مؤثر یک عامل محافظ‌قدرتمند است (ممتازی، ۱۳۸۶).

موضوعات مهمی که در سالهای اخیر مورد پژوهش قرار گرفته است ناگویی خلقی است<sup>۲</sup>، این

<sup>1</sup> - Hoeve

<sup>2</sup> - Alexithymia

اصطلاح اولین بار توسط سیفنوز (۱۹۷۳) در توصیف افرادی به کار برده شد که فقدان ظرفیت عاطفی آنها، منجر به شکست در تشخیص و توصیف هیجان‌ها و به کلام در آوردن آنها می‌شد (به نقل از میجر-دیگن ولانسن، ۲۰۰۶). این سازه در انواع بیماران و با گستره وسیعی از آسیب شناسی روان پزشکی و بالینی (تیلو، بگی و پارکر، ۱۹۹۷). و حتی در جمعیت‌های غیربالینی مشاهده شده است.

افراد می‌توانند از هیجان‌ها خود برای شناسایی اهداف و انگیزه‌های خود استفاده کنند. اکثر مردم معتقدند خوب می‌دانند چه می‌خواهند و چه چیزی برایشان بهتر است؛ با وجود این افراد اهداف و انگیزه‌هایی دارند که از آنها بی‌خبرند (فرانکن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). آگاهی اشخاص از احساس‌هایشان و توانایی بیان این احساس‌ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تأثیر گذار است آگاهی هیجانی ضعیف چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان ناگویی خلقی شناخته شده است (نیکولو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

شیوه‌های فرزندپروری ممکن است با اثر گذاری بر ویژگی‌های روانی منجر به اختلالاتی در سلامت روانی و فیزیکی شود. یک مشخصه روانی که ممکن است با شیوه فرزندپروری والدین، مشکلات جسمانی و اختلالات شخصیت مرتبط باشد، ناگویی خلقی است

جیمز<sup>۳</sup> و برن بوم<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) یک همبستگی مثبت بین ناگویی خلقی و میزان گزارش احساس امنیتی فیزیکی و عاطفی در طول دوران کودکی یافته‌اند. ناگویی خلقی و علی‌الخصوص مشکل در شناسایی احساسات به شدت نشانگر و حاکی از طیف وسیعی از پاتولوژی روانی در میان بیماران روانپزشکی می‌باشد (سکستون<sup>۵</sup> و همکاران؛ ۱۹۹۸، گراب<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). در نمونه‌های بیماران، مشخصه‌های ناگویی خلقی با اختلال شخصیت مرتبط هستند. طبق پژوهش‌های انجام شده شیوه فرزندپروری، ناگویی خلقی و اختلالات شخصیت همه با یکدیگر مرتبط هستند. توانایی شناسایی و انتقال عواطف به طور متفاوت با شیوه فرزندپروری و اختلال شخصیت مرتبط بوده‌اند.

---

<sup>۱</sup> -Franken

<sup>۲</sup> - Nicolo

<sup>۳</sup> James

<sup>۴</sup> -Berenbaum

<sup>۵</sup> - Sexton

<sup>۶</sup> - Grabe



## ۱-۱- بیان مسئله شامل (بیان منطقی محیط، شرح واضح مساله مورد مطالعه)

علل اختلال شخصیت، محل بحث و اختلاف نظر بوده است. برخی کارشناسان عقیده دارند که اختلالات شخصیت به دلیل تجربیات اولیه‌ای که مانع رشد عادی الگوهای فکری و رفتاری شده‌اند به وجود می‌آیند. برخی دیگر از پژوهشگران عقیده دارند که تأثیرات بیولوژیکی یا ژنتیکی ریشه پیدایش اختلالات شخصیتی هستند. با وجودی که هنوز بر سر یک علت قطعی برای اختلال شخصیت توافق نشده است اما به احتمال زیاد ترکیبی از زمینه‌های ژنتیکی و متغیرهای محیطی در رشد آنها دخالت دارند.

در اوایل دهه‌ی ۱۹۰۰، روان تحلیل‌گران گروهی از بیماران را شناسایی کردند که در هیچ کدام از طبق بندی‌های تعریف شده برای اختلالات روانی قرار نمی‌گرفتند، بلکه مرز بین نوروز و سایکوز بودند. این بیماران در ظاهر افسرده و مضطرب تحت شرایط استرس‌زا رفتارهای موقتی روانپزشانه از خود بروز می‌دادند. در نتیجه این مشاهدات، عنوان "مرزی" برای توصیف این دسته از بیماران انتخاب شد (روشیلو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). اصطلاح مرزی اولین بار توسط اشترن (۱۹۳۸)، برای توصیف گروهی از بیماران مورد استفاده قرار گرفت که تحت شرایط پر استرس افکار و رفتار روانپزشانه بروز می‌دادند و به سرعت به سطوح سالم‌تر بازگشت می‌کردند (میلر و همکاران، ۲۰۰۸). پس از کارهای بنیادین اشترن در زمینه‌ی اختلال شخصیت مرزی، دو دیدگاه درباره‌ی ساختار مرزی ارائه شد که از سال ۱۹۵۰ به بعد مطرح شدند. در آغاز و همراه با سازه‌ی اختلال شخصیت مرزی، گرینکر (۱۹۷۹)، گوندerson<sup>۲</sup> (۱۹۷۹) آسیب شناسی مرزی را به عنوان یک اختلال بالینی، متمایز و قابل تشخیص با ویژگی‌های رفتاری مشخص تعریف کرد. مفاهیم ارائه شده توسط گرینکر و گوندerson بسیار شبیه هستند. در دیدگاه دوم،

<sup>۱</sup> - Rothschild

<sup>۲</sup> - Gunderson

آسیب شناسی مرزی به عنوان نوعی اسکیزوفرنی خفیف تر و ژنتیکی دسته بندی شد که به آن اسکیزوفرنی مرزی یا اسکیزوفرنی نما می‌گفتند. تکانشگری مشخصه اصلی افرادی است که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند، این اختلال را می‌توان به عنوان "زمینه‌ای برای عکس العمل‌های سریع و برنامه ریزی نشده به محرک‌های درونی و بیرونی، بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای خودشان و دیگران" تعریف کرد. در نتیجه افراد مبتلا به این اختلال به طور مکرر وارد رفتارهای پر خطر مثل مصرف بیش از حد مواد و رانندگی بی پروا می‌شوند. تشخیص اختلال شخصیت مرزی با سطوح پایین‌تر تحصیلات و شرایط اقتصادی و اجتماعی نابسامان مشخص می‌شود (شاف<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). این بیماران تقریباً در همه‌ی جنبه‌های زندگی خود مشکل دارند. علی‌رغم اینکه بسیاری از بیماران اختلال شخصیت مرزی با هوش و خلاق هستند، آنها به ندرت در پرورش دادن استعدادهای خود موفق می‌شوند. اغلب، تحصیلات آنها ناتمام و بیکار هستند (آرتنز<sup>۲</sup> و چندرن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). از دیدگاه روان‌عصب شناسی، رفتارهای پر خطر محصول اختلال در عملکرد اجرایی، از جمله اشکال در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی است (اسوالدی<sup>۴</sup>، همکاران ۲۰۱۲). با این حال بعضی افراد مبتلا به این اختلال عملکرد روانی اجتماعی مطلوبی دارند (۲۵/۹٪) ولی بیشتر آنها (۸۰٪) با گذشت زمان این سطح عملکرد را از دست می‌دهند و دوباره آن را بدست نمی‌آورند (لیشسرنینگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱).

نظریه پردازان مختلف پیشنهاد کردند که عواطف به عنوان یک سیستم بازخورد عمل می‌کند و همچنین رفتار و تعاملات بین فردی را تنظیم می‌کنند. فردی که قادر به شناسایی عواطف شخصی‌اش نمی‌باشد به احتمال خیلی کم از بازخورد فراهم شده از عواطف سود می‌برد. محتمل به نظر می‌رسد که اختلال در بازخورد فراهم شده بوسیله عواطف عملکرد تنظیمی عواطف را مختل سازند (کمپوز<sup>۶</sup>؛ ۱۹۸۹ و کراور<sup>۷</sup>؛ ۱۹۹۰). از آنجایی که بی‌نظمی عاطفی ظاهراً یک مشخصه مرکزی اختلالات شخصیت می‌باشد مخصوصاً اختلال شخصیت مرزی، توانایی شناسایی عواطف شخصی فرد به احتمال زیاد به توانایی تنظیم عاطفه کمک می‌کند

---

<sup>1</sup> -Schaaff

<sup>2</sup> - Arntz

<sup>3</sup> - Genderen

<sup>4</sup> - Svaldi

<sup>5</sup> -Leichsering

<sup>6</sup> Campos

<sup>7</sup> Carver

(گروتستین<sup>۱</sup>؛ ۱۹۸۷).

برنام و جیمز (۱۹۹۴) همبسته‌های خانوادگی ناگویی خلقی را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که کودکان پرورش یافته در محیط‌های ناامن و نایمن از نظر جسمی و هیجانی و یا در محیط‌هایی که ابراز هیجان در آن منع شده بود، چگونگی سازگاری موفقیت آمیز با سطوح هیجانی‌شان را نیاموخته بودند و در ابراز هیجانات مشکل داشتند. این نتایج در پژوهش‌های دیگر نیز تایید شد.

کریستال<sup>۲</sup> (۱۹۷۹) ناگویی خلقی را به تجربیات تروماتیک مربوط دانسته و آن را بازگشتی روان شناختی ناشی از حوادث آسیب رسان شدید کودکی و بزرگسالی و نیز مکانیزمی برای جلوگیری از احساسات دردناک دانسته است.

طیفی از پژوهش‌های صورت گرفته بر روی آزمودنی‌هایی که وقایع تنیدگی زای شدید را تجربه کرده بودند نیز نشان داد که این افراد واجد ویژگی‌های ناگویی خلقی هستند. برای مثال در پژوهش در مورد بازماندگان جنگ ویتنام که واجد اختلال تنیدگی پس از ضربه بودند، نمرات بالایی از ناگویی خلقی را گزارش کردند (میجر - دیگن و لانس، ۲۰۰۶). بر این اساس، ناگویی- خلقی می تواند به عنوان سازه‌ای برای انطباق با تنیدگی‌های روانی تهدید کننده زندگی در نظر گرفته شود تا به عنوان یک صفت شخصیتی خالص. هم چنین در مورد شیوع و شدت ناگویی- خلقی در زنان و مردان، یافته‌های متفاوت گوناگونی گزارش شده است. برای مثال ماتیل<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) عنوان می‌کنند که شیوع ناگویی خلقی در مطالعات صورت گرفته بین ۹ تا ۱۷٪ برای مردان و ۵ تا ۱۰٪ برای زنان، در جمعیت بزرگسالان می‌باشد و زنان و مردان در توانایی شناسایی و توصیف هیجانات و نیز سبک تفکر برون مدار با یکدیگر متفاوتند (موریگوچی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

یکی از ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی عدم تنظیم و تعادل احساسات از جمله واکنش‌های عاطفی قوی و شدید نسبت به محرک‌های هیجانی و بازگشت تدریجی به عواطف اولیه می‌باشد (چاپمانا<sup>۵</sup> و کلاسیب<sup>۱</sup> ۲۰۰۷). بنابراین در صورتی که گرایش به رفتارهای پر خطر چون مصرف

<sup>۱</sup> - Grotstein

<sup>۲</sup> - Krystal

<sup>۳</sup> - Mattila

<sup>۴</sup> - Muriguchi

<sup>۵</sup> - Ghapmana

مصرف الکل و مواد مخدر، استراتژی‌های تنظیمات حساسات میان افراد دارای خصوصیات ویژه اختلال شخصیت مرزی محسوب شوند، ممکن است این احتمال را منعکس سازد که این افراد ترجیحا از دست زدن به رفتارهای پرخطر به عنوان یک استراتژی تنظیم و تعدیل عواطف و احساسات استفاده می‌کنند (چاپمانا و کلاسیب، ۲۰۰۷).

انتظار می‌رود اختلال شخصیت مرزی با توانایی کاهش یافته شناسایی عواطف شخصی مرتبط باشد. اگرچه رابطه بین اختلال شخصیت مخصوصا اختلال شخصیت مرزی از سوی دیگران توصیف شده است، تا کنون فقط یک مطالعه تجربی رابطه را بررسی کرده است (فارل<sup>۲</sup>؛ ۱۹۹۴).

مشخصه‌های ناگویی خلقی با اختلالات شخصیت به ویژه اختلالات شخصی خوشه C مرتبط هستند (سکستون<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). با این حال، مطالعات بر روی توانایی مشخصه‌های ناگویی خلقی به منظور پیش‌بینی اختلالات و انپزشکی نادر می‌باشند. در یک پژوهشی که اخیرا صورت گرفته محققین روابط بین ناگویی خلقی و اختلالات شخصیت را بررسی کردند، آنها دریافتند که گروه‌های ناگویی خلقی بیشتر دارای خصیصه‌های خوشه C می‌باشند به علاوه، نسبت‌های بالاتری وجود دارند که با معیارهایی برای اختلال شخصیت وابسته مطابقت دارند و به عنوان ناگویی خلقی شناسایی می‌شوند (نیکولو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

ناگویی خلقی نیز مثل واکنش‌های تجزیه‌ای یک راهکار دیگر است که به عنوان مکانیسم مقابله-ای برای کاهش هیجان‌های درد ناک عمل می‌کند. ناگویی خلقی یک سازه‌ای شخصیتی چند سطحی است که با (الف) دشواری در شناسایی احساسات، (ب) دشواری در توصیف احساسات، و (ج) تفکر بیرونی مشخص می‌شود (ایورن و همکاران، ۲۰۱۲). ناگویی خلقی را همچنین می‌توان به عنوان اختلال در خودتنظیمی هیجانی تعریف کرد (بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱). درک احساسات، بیان احساسات در قالب کلمات و در میان گذاشتن آن با یک مخاطب، لازمه‌ی سلامت و سازگاری است. هیجان‌ات بعد اساسی‌گزینشی و تکاملی عملکرد انسانی هستند. داشتن درک صحیح درباره‌ی تجارب درونی، امکان بسیاری از عملکردهای لازم برای داشتن

---

<sup>1</sup> - Celluccib

<sup>2</sup> - Farrell

<sup>3</sup> - Sexton

<sup>4</sup> - Nicolo