



دانشگاه شهید چمران اهواز

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

گروه روان شناسی بالینی

پایان نامه دکتری تخصصی در رشته روان شناسی

موضوع:

تأثیر طرحواره درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم

مرضی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

اساتید راهنما:

دکتر نجمه حمید

دکتر کیومرث بشلیده

استاد مشاور:

پروفسور منیجه شهنی ییلاق

نگارنده:

رسول رضائی ملاجق


زمستان ۱۳۹۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

به نام خدا

نتیجه ارزشیابی پایان نامه دکترا

بدینوسیله گواهی می‌شود پایان‌نامه آقای رسول رضایی ملاحظی دانشجوی رشته دکترای روانشناسی از دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی به شماره دانشجویی ۸۸۲۱۰۰۷ تحت عنوان: «تأثیر طرحواره درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم مرضی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی»

جهت اخذ درجه دکتری (پی.اچ.دی) در تاریخ ۹۱/۱۲/۲۳ توسط هیأت داوران مورد ارزشیابی قرار گرفت و با درجه  تصویب گردید.

امضاء	مرتبه علمی	اعضای هیأت داوران
	دانشیار	استاد راهنما: دکتر نجمه حمید
	دانشیار	استاد راهنما: دکتر کیومرث بشلیده
	استاد	استاد مشاور: دکتر منیجه شهنی ییلاق
	استادیار	داور داخلی: دکتر سیداسماعیل هاشمی شیخ شبانی
	استاد	داور داخلی: دکتر مهناز مهربانی زاده هنرمند
	استادیار	داور خارجی: دکتر کریم سواری
	استادیار	داور خارجی: دکتر جهانگیر گرمی
	استادیار	نماینده تحصیلات تکمیلی دانشگاه: دکتر علیرضا حاجی یخچالی
	استاد	مدیر کل تحصیلات تکمیلی: دکتر مسعود قربان پور

تشکر و قدردانی

با استعانت از درگاه باری تعالی، هم اکنون که توفیق اتمام تحصیل در مقطع دکتری را یافته ام و پایان نامه را ارائه می نمایم، وظیفه خود می دانم از تمامی کسانی که در طول این مدت و بویژه در مراحل پژوهش و تدوین پایان نامه حاضر مرا یاری کرده اند کمال تشکر را به عمل آورم.

ابتدا از استادان راهنما خانم دکتر نجمه حمید و جناب آقای دکتر کیومرث بشلیده که با راهنمایی های خردمندانه و عالمانه خود باعث ارتقاء سطح کیفی این پژوهش شده و از هیچ کمکی در این راستا دریغ ننمودند کمال تشکر و قدر دانی را دارم. از استاد مشاور خانم دکتر منیجه شهنی بیلاق به خاطر راهنمایی ها و مساعدت هایی که در انجام این پژوهش مبذول داشتند تشکر و قدردانی مینمایم. از دوستان گرانقدرم بویژه آقایان دکتر ذکراه مروتی، دکتر حسین واحدی، دکتر ذبیح اله خنجرخانی، دکتر موسی جاودان و دکتر اکبر عطادخت به خاطر راهنمایی و مساعدت هایشان کمال تشکر را دارم. همچنین از مساعدت های بی دریغ کارکنان محترم دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی تشکر می کنم. و نیز از همکاری مراجعان محترم مشارکت کننده در پژوهش سپاسگزاری می نمایم. از تمامی اساتید محترم گروه روانشناسی و از مدیریت محترم دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، مدیر محترم گروه و کارکنان محترم این مرکز که با کمال صبر و بزرگواری اینجانب را در تحصیل و انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزارم.

رسول رضایی

تقدیم به :

زلزله زدگان آذربایجان

فصل اول: موضوع پژوهش

۲	مقدمه
۴	بیان مسئله
۱۳	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۸	هدف های پژوهش
۱۹	فرضیه های پژوهش
۲۱	تعاریف مفهومی و عملیاتی

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۲۵	مقدمه
۲۷	۱-۱ اختلال شخصیت مرزی
۲۹	۱-۲ همه گیرشناسی اختلال شخصیت مرزی
۶۰	۱-۳ سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی
۳۱	۱-۴ ویژگی های عمومی اختلال شخصیت مرزی
۳۴	۱-۵ شناخت اختلال شخصیت مرزی
۳۷	۱-۶ مدل های تبیینی همابندی مرضی در سایکوپاتولوژی
۳۹	۱-۷ همابندی مرضی در اختلال شخصیت مرزی
۴۵	۱-۸ روان درمانی اختلال شخصیت مرزی
۴۹	۱-۹ دارو درمانی اختلال شخصیت مرزی
۵۰	۱-۱۰ عامل های شناسایی شده برای شخصیت مرزی
۶۸	۱-۱۱ تحقیقات در مورد اختلال شخصیت مرزی

۲ رفتاردرمانی دیالکتیکی

۷۹	۲-۱ رفتاردرمانی دیالکتیکی چیست؟
۸۰	۲-۲ مفهوم سازی قضیه دیالکتیکی
۸۱	۲-۳ جهت گیری تئوریک به درمان
۸۱	۲-۴ مرور ساختار برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی
۸۲	۲-۵ تئوری زیستی اجتماعی رفتاردرمانی دیالکتیکی
۸۲	۲-۶ بدتنظیمی هیجان
۸۳	۲-۷ محیط بی اعتبار ساز
۸۶	۲-۸ مراحل رفتاردرمانی دیالکتیکی و اهداف درمانی
۸۷	۲-۹ سلسله مراتب مراحل استاندارد رفتاردرمانی دیالکتیکی

۱۰-۲	راهبردهای درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی	۸۹
۱۱-۲	راهبردهای دیالکتیکی	۹۱
۱۲-۲	آموزش رفتارهای دیالکتیکی	۹۱
۱۳-۲	راهبردهای خاص دیالکتیک	۹۲
۱۴-۲	تحقیقات در مورد رفتار درمانی دیالکتیکی	۱۰۰
۳ طرحواره درمانی		
۱-۳	مقدمه	۱۰۶
۲-۳	طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۱۰۷
۳-۳	ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها:	۱۱۹
۴-۳	تجارب اولیه زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۱۲۰
۵-۳	سبک‌های مقابله‌ای	۱۲۲
۶-۳	انواع سبک‌های مقابله‌ای از دیدگاه یانگ	۱۲۴
۷-۳	طرحواره‌های ناسازگار	۱۲۵
۸-۳	تغییرات در حالات هیجانی و رفتاری بیماران	۱۳۱
۹-۳	دیدگاه طرحواره‌درمانی نسبت به بیماران	۱۳۷
۱۰-۳	اهداف کلی طرحواره‌درمانی	۱۳۸
۱۱-۳	مراحل درمان	۱۳۹
۱۲-۳	تحقیقات در مورد طرحواره‌درمانی برای اختلال شخصیت مرزی	۱۵۹
فصل سوم: روش پژوهش		
۱-۱	مقدمه	۱۶۶
۲-۱	روش پژوهش	۱۶۶
۳-۱	متغیرها	۱۶۷
۴-۱	جامعه آماری و روش نمونه‌گیری	۱۶۸
۵-۱	ابزارهای پژوهش	۱۶۹
۶-۱	تعیین روایی و پایایی پرسشنامه	۱۷۱
۷-۱	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها	۱۷۳
فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها		
۱-۱	مقدمه	۱۷۵
۲-۱	توصیف داده‌ها	۱۷۵
۳-۱	بررسی فرضیه‌ها	۱۹۴
۴-۱	یافته‌های جانبی	۲۰۹
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری		
۱-۱	مقدمه	۲۲۴
۲-۱	بحث و نتیجه‌گیری فرضیه‌ها	۲۲۴

۲۴۲	۱-۳ محدودیت های تحقیق
۲۴۳	۱-۴ پیشنهادهای پژوهشی
۲۴۳	۱-۵ پیشنهادهای کاربردی
۲۴۹	منابع

فهرست جداول

صفحه

عنوان

جدول ۱-۲: ویژگی های جمعیت شناختی بیماران مبتلا.....	۳۱
جدول ۲-۲: معیارهای تشخیصی.....	۳۵
جدول ۲-۳: مروری بر بخش مهارت ها.....	۹۹
جدول ۳-۱: طرح آزمایشی با دو گروه آزمایشی.....	۱۶۷
جدول ۳-۲: ضریب همبستگی برای تعیین روایی.....	۱۷۱
جدول ۳-۳: پایایی پرسشنامه شاخص شدت مرزی.....	۱۷۲
جدول ۴-۱: نتایج جمعیت شناختی.....	۱۷۵
جدول ۴-۲: نتایج توصیفی نمره های گروه های آزمایش و گواه در سه عامل اختلال شخصیت مرزی.....	۱۷۶
جدول ۴-۳: نتایج توصیفی ر عاملهای نه گانه اختلال شخصیت مرزی.....	۱۸۰
جدول ۴-۴: نتایج توصیفی در عاملهای نه گانه اختلال شخصیت مرزی.....	۱۸۱
جدول ۴-۵: نتایج آمار توصیفی نمره های تفاضل پیش آزمون - پس آزمون در سه عامل اختلال.....	۱۸۳
جدول ۴-۶: نتایج آمار توصیفی نمره های تفاضل پیگیری - پیش آزمون در سه عامل اختلال.....	۱۸۶
جدول ۴-۷: نتایج آمار توصیفی نمره های تفاضل پس آزمون - پیش آزمون ارتباط مختل اختلال.....	۱۸۷
جدول ۴-۸: نتایج آمار توصیفی نمره های تفاضل پس آزمون - پیش آزمون بدتنظیمی هیجانی.....	۱۸۸
جدول ۴-۹: نتایج آمار توصیفی نمره های تفاضل پیش آزمون - پس آزمون در بدتنظیمی رفتاری.....	۱۸۹
جدول ۴-۱۰: نتایج آمار توصیفی نمره های تفاضل پیگیری - پیش آزمون در ارتباط مختل اختلال.....	۱۹۰
جدول ۴-۱۱: نتایج آمار توصیفی نمره های تفاضل پیگیری - پیش آزمون در زیرعاملهای بدتنظیمی هیجانی.....	۱۹۱
جدول ۴-۱۲: نتایج آمار توصیفی نمره های تفاضل پس آزمون - پیش آزمون در بدتنظیمی رفتاری.....	۱۹۲
جدول ۴-۱۳: نتایج آزمون همگنی های واریانس لوین بین هر سه عامل.....	۱۹۵
جدول ۴-۱۴: ماتریس همگنی واریانس کواریانس.....	۱۹۶
جدول ۴-۱۵: خلاصه نتایج تحلیل چند متغیری برای مقایسه نمره های تفاضل پس آزمون - پیش آزمون.....	۱۹۶
جدول ۴-۱۶: نتایج تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا روی نمره های تفاضل پس آزمون در سه عامل.....	۱۹۷
جدول ۴-۱۷: نتایج آزمون تعقیبی توکی روی نمره های تفاضل پس آزمون-پیش آزمون.....	۱۹۸
جدول ۴-۱۸: خلاصه نتایج تحلیل چند متغیری برای مقایسه نمره های تفاضل پیگیری - پیش آزمون.....	۲۰۴
جدول ۴-۱۹: نتایج تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا روی نمره های تفاضل پیگیری - پیش آزمون.....	۲۰۵
جدول ۴-۲۰: نتایج آزمون تعقیبی توکی روی نمره های تفاضل پیگیری - پیش آزمون.....	۲۰۶
جدول ۴-۲۱: خلاصه نتایج تحلیل چند متغیری برای مقایسه نمره های تفاضل پس آزمون.....	۲۰۹
جدول ۴-۲۲: نتایج تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا روی نمره های تفاضل پس آزمون - پیش آزمون در.....	۲۱۰
جدول ۴-۲۳: نتایج آزمون تعقیبی توکی روی نمره های تفاضل پس آزمون - پیش آزمون در نه نشانه مرضی.....	۲۱۲
جدول ۴-۲۴: خلاصه نتایج تحلیل چند متغیری برای مقایسه نمره های تفاضل پیگیری.....	۲۱۶
جدول ۴-۲۵: نتایج تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا روی نمره های تفاضل پیگیری - پیش.....	۲۱۷
جدول ۴-۲۶: نتایج آزمون تعقیبی توکی روی نمره های تفاضل پیگیری - پیش آزمون.....	۲۱۹

فهرست اشکال و نمودارها

صفحه

عنوان

-
- شکل ۲-۱ راهبردهای درمانی در رفتاردرمانی دیالکتیکی..... ۹۰
- نمودار ۴-۱. میانگین های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری عامل ارتباط مختل گروه های آزمایش و گواه.. ۱۷۷
- نمودار ۴-۲. میانگین های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری عامل بدتنظیمی رفتاری..... ۱۷۸
- نمودار ۴-۳. میانگین های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری عامل بدتنظیمی رفتاری..... ۱۷۹
- نمودار ۴-۴. میانگین های تفاضل پس آزمون ازپیش آزمون..... ۱۸۴
- نمودار ۴-۵. میانگین های تفاضل پیگیری ازپیش آزمون..... ۱۸۶

نام خانوادگی: رضائی ملاجق	نام: رسول	شماره دانشجویی: ۸۲۱۰۰۷
عنوان پایان نامه: تاثیر طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم مرضی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی		
استاد راهنما: دکتر نجمه حمید و دکتر کیومرث بشلیده		
استاد مشاور: پروفسور منیجه شهنی ییلاق		
درجه تحصیلی: دکتری تخصصی	رشته: روانشناسی	گرایش:
دانشگاه: شهید چمران اهواز	دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی	گروه: روانشناسی بالینی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۹۱/۱۲/۲۳		تعداد صفحه: ۲۷۸
کلید واژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، طرحواره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و علائم مرضی		
<p>هدف از انجام این پژوهش بررسی و مقایسه و تاثیر طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم مرضی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر تبریز بود. در این مطالعه تجربی، جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر تبریز بین سنین ۱۷ تا ۴۵ سال بود از این تعداد ۳۰ نفر بیمار از طریق روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده بودند و ابزارهای استفاده شده برای تشخیص مصاحبه بالینی ساختاریافته چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور دو (SCID-II) بود و از شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی (BPDSI) هم برای تشخیص و هم برای ارزیابی مراحل درمان مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل نتایج با استفاده از روش تحلیل واریانس از طریق نمرات تفاضل انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم مرضی اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. و این پژوهش در دو مرحله مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم مرضی علائم مرضی بیماران مرزی تاثیر دارد و بین طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم مرضی تفاوت وجود دارد و اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در عامل ارتباط مختل بهتر از طرحواره درمانی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری می باشد ولی هر دو روش درمانی در بدتنظیمی هیجانی و بدتنظیمی رفتاری در هر دو مرحله درمان تفاوتی با همدیگر نداشتند. بررسی های بیشتر نشان داد که در نشانه رفتارهای بی ثبات هیجانی طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری دارد. در سایر نشانه تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در پیگیری نتایج روابط بین فردی بی ثبات رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخشی بیشتری را نشان داد. در نشانه خودکشی و رفتارهای تخریبی و رفتارهای بی ثبات هیجانی طرحواره درمانی اثر بخشی بیشتری را نشان داد.</p>		

فصل اول

موضوع پژوهش

مقدمه

بیمار دچار اختلال شخصیت مرزی^۱ یک کابوس برای درمانگر محسوب می شود. زیرا بیماران شخصیت مرزی خودشان در پی درمان نیستند و به عبارتی خود پذیر دیگر تاثیر هستند یعنی با بیماری شان زندگی می کنند و بر زندگی و روابط با دیگران تاثیر منفی می گذارند. آنها به طور مزمن افسرده هستند، مصرانه و بطور ارادی معتادند، بطور تکانشی طلاق گرفته اند، از یک مصیبت هیجانی به مصیبت هیجانی دیگری زندگی می کنند. همچنین هنگامی که آنها از بخش های روانپزشکی یا سلولهای زندان ترخیص می شوند خوب به نظر می رسند و امید هر کسی را بر می انگیزند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۶).

اختلال شخصیت مرزی یکی از ۱۰ طبقه ی اختلال های شخصیت می باشد. اصطلاح مرزی اولین بار توسط آدلف استرن^۲ (۱۹۳۸، به نقل از میلر^۳، راتوس^۴ و لینهان^۵، ۲۰۰۷) برای توصیف گروهی از بیماران که در مرز گروههای روان گسسته و روان آزرده قرار داشتند، مورد استفاده قرار گرفت. اختلال شخصیت یک بیماری شایع و مزمن است که شیوع آن بین ۱۰-۱۵ درصد جمعیت عمومی تخمین زده می شود. در حدود نصف بیماران روانپزشکی به اختلال شخصیت مبتلا هستند که بطور مکرر همراه با اختلالات محور یک (مانند افسردگی اساسی و سوء مصرف یا وابستگی به مواد) همراه اند. این اختلال ممکن است فرد را مستعد اختلالات دیگر روانپزشکی کرده و یا با نتایج درمانی تداخل نماید. در نتیجه میزان ناتوانی، مرگ و میر این بیماران را افزایش دهد. اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع ترین اختلالات شخصیت است که علایم آن شامل ناپایداری شدید و مداوم خلق، تصویر از خود و روابط بین فردی همچنین تکانشگری واضح است (آرنتز^۶ و هانیه^۷، ۲۰۰۹).

1 . borderline personality disorder
2 . Stern
3 . Miller
4 . Rathus
5 . Linehan
6 . Arntz
7 . Hannie

طرحواره درمانی یا درمان مبتنی بر طرحواره یک درمان ابتکاری و تلفیقی است که توسط یانگ^۱ (۱۹۹۹) مبتنی بر درمان‌ها و مفهوم‌های رفتاردرمانی شناختی پی ریزی شده است. این روش درمانی، مولفه‌هایی از رویکرد‌های مختلف، از جمله نظریه‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، رابطه شیء ساختارگرایی و روان‌تحلیلی را دربرگرفته است. در واقع طرحواره درمانی این مولفه‌ها را در قالب یک مدل مفهومی و درمانی با یکدیگر یکپارچه ساخته است (یانگ، کلوکو^۲ و ویشار^۳، ۲۰۰۳، ترجمه ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶). طرحواره درمانی با بکارگیری روشهای رفتاردرمانی شناختی و نیز افزودن راهکارها و راهبردهای درمانی نوین تلاش کرده است روزنه‌ای را در مقابل درمانگران درمان اختلال‌های شخصیتی بکشد. طرحواره درمانی در واقع با بکارگیری گستره‌ای از تمامی روش‌های آزمون شده، در تلاش است تا پیچیدگی‌های روان‌درمانی اختلال‌های شخصیتی را سامان دهد. این روش یک فرآیند درمانی دقیق و در عین حال چند جانبه را ارائه می‌دهد (آرنتر و هانیه، ۲۰۰۹). طرحواره درمانی یک سیستم جدید روان‌درمانی را بنا می‌نهد. این شیوه درمانی، به ویژه برای بیمارانی مناسب است که به اختلال‌های روانی دیرپا و گسترده‌ای مبتلا و نسبت به درمان‌های روان‌شناختی مقاوم هستند. تجربه بالینی نشان داده است که بیماران مبتلا به اختلال‌های شخصیت، به طرحواره درمانی پاسخ خوبی باشند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶).

مارشا لینهان (۱۹۹۳) نوعی روش درمانی موسوم به رفتاردرمانی دیالکتیکی^۴ (DBT) را برای کمک به بیماران مرزی ابداع کرده است که به سطح دوم درمانی (درمان فشرده سرپایی همراه با تغییرات رفتاری) تعلق دارد. درمان بیمارانی که ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را بطور کامل دریافت می‌کنند، استفاده از روان‌کاوی و بستری نمودن این بیماران مستلزم صرف هزینه و زمان طولانی است. لذا رفتاردرمانی دیالکتیکی در ابتدا به عنوان یک برنامه درمانی سرپایی برای آن دسته از بیماران مرزی در نظر گرفته شد که بگونه‌ای مفرط، خودکشی گرا بودند (بووس^۵ و همکاران،

1 . Young
2 . Klosko
3 . Weishaar
4 . dialectical behavior therapy
5 . Bohus

۲۰۰۴). در اصل کاهش مدت و فراوانی بستری شدن بخش مهمی از فلسفه رفتاردرمانی دیالکتیکی را تشکیل می دهد. این پژوهش نیز تاثیر طرحواره درمانی را با رفتار درمانی دیالکتیکی را در کاهش نشانه های مرضی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داد.

بیان مسئله

اختلال شخصیت مرزی یکی از پیچیده ترین و جدی ترین اختلالات روانی است که وجه مشترک آن، مشکلات پایدار در تنظیم هیجانات، کنترل تکانه، و بی ثباتی در روابط بین فردی و خودانگاره است. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بین «نزدیک شدن به دیگران» از یک سو و «دوری از آنها و اتکا به خویشتن» از سوی دیگر تردید دارند. وقتی تنها هستند، شدیداً "محتاج حضور دیگرانند؛ وقتی به سمت دیگران می روند، به دلایل متعدد ناکام می شوند. این جزر و مد شدید در روابط بین فردی و مصائب حاصل از آن، سبب می شود تا «سکوت و بی تفاوتی» را بعنوان بهترین راه تسکین درد ناشی از رابطه ها تلقی کنند؛ حالتی که در نظریه طرحواره درمانی یانگ با عنوان ذهنیت «محافظ بی تفاوت» مشخص می شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶).

اختلال شخصیت مرزی، یک اختلال روانپزشکی متداول و ناتوان کننده است که با آشفتگی های اساسی و اختلال در کنش مشخص می شود. این اختلال الگوی فراگیر مزمنی از ناتوانی در زمینه های عاطفی، رفتاری، روابط بین فردی، هویت و شناخت را دربر می گیرد (گاندرسون^۱، ۲۰۰۹). اکثر افراد مبتلا به این اختلال به ندرت در پی درمان می روند؛ اما زمانی که رفتارهای ناسازگار آنها به مسائل زناشویی و خانوادگی غیر قابل تحمل همراه با اضطراب، سوء مصرف مواد و اختلالات خوردن منجر می شد به جستجوی درمان بر می آیند و آمار جهانی نشان می دهد که شیوع اختلالات شخصیت، به ویژه اختلال شخصیت مرزی در حال افزایش می باشد به طوری که برخی موسسات نرخ ۵/۹ درصد را برای جامعه نرمال گزارش داده اند (آرنتز و هانیه، ۲۰۰۹).

1. Gunderson

اختلال شخصیت مرزی شایع ترین اختلال شخصیت در قلمرو پزشکی است (بارلو^۱ و دوراند^۲، ۲۰۰۲). اکثر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۵۰ درصد) در دوره ی سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، مبتلا به این اختلال تشخیص داده می شوند. همچنین دو سوم کل جمعیت بیماران اختلال شخصیت مرزی را زنان تشکیل می دهند (گاندرسون، ۲۰۰۸). این تفاوت جنسیتی احتمالاً تحت تاثیر تفاوت های مزاجی (خلق و خویی) است. شاید زنان در قیاس با مردان از مزاج شدیدتر و بی ثبات تری برخوردار باشند (آرتنز و هانیه، ۲۰۰۹).

پژوهش ها نشان دهنده همبودی^۳ بالای اختلال شخصیت مرزی با سایر اختلالات شخصیتی و نیز اختلالات روان پزشکی محور یک از جمله افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از سانحه و سوء مصرف مواد بوده اند. وجود همزمان اختلال شخصیت مرزی با این اختلالات باعث می شود که هم دارودرمانی و هم درمان های روانشناختی این بیماران اثربخشی کمتری داشته باشد (گران^۴ و همکاران، ۲۰۰۸).

در حوزه شناخت درمانی یکی از مدل های مرتبط با طرحواره، مدل طرحواره درمانی است که توسط یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به وجود آمده که درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً^۵ بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی و رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب های شناختی - رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. تصور می شود طرحواره های شناختی نقش اصلی در توسعه و ادامه اختلالات روانی و نیز عود و برگشت آنها دارند. بنابراین شناخت طرحواره ها می تواند به توصیف آسیب پذیری در آسیب شناسی روانی کمک کند (گاندرسون، ۲۰۰۸). نادورت^۵ و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که حمایت طرحواره ای و سبک های آن می تواند به عنوان یک عامل مهم در ثبات هیجانی و رسیدن به یک

1 . Barlow
2 . Durand
3 . Simultaneity
4 . Grant
5 . Nadort

هویت ثبات نقش مهمی داشته باشد و نیز مشاوره تلفنی در طی درمان نیز می تواند نقش سازنده داشته باشد.

مزیت های طرحواره درمانی، این روش را به عنوان یک روش درمانی خوب معرفی کرده است؛ که این مزیت ها عبارتند از: یکپارچگی طرحواره درمانی در مقایسه با دیگر رویکردهای درمانی، ایجاز و قابل تعمق بودن طرحواره درمانی، که باعث شده درک آن برای بیمار و درمانگران راحت باشد و مدل طرحواره، ایده های پیچیده را در قالب ساده و قابل فهم بیان می کند که درک ایده ها در قالب مدل های دیگر مشکل و گیج کننده بنظر می رسد. طرحواره درمانی دو ویژگی مهم رفتار درمانی شناختی را حفظ کرده است که هر دو ساخت یافته و نظام مند هستند و نیز درمانگر به دنبال فرایند سنجش، روشهای درمانی را اعمال می کند. یکی دیگر از مزیت های مدل طرحواره، اختصاصی بودن آن است. این مدل، طرحواره ها، سبک های مقابله ای و ذهنیت های خاصی را مشخص می کند. طرحواره درمانی در مقایسه کلی با دیگر مدل ها بسیار دلسوزانه و انسانی است و بجای آنکه اختلالات روانشناختی را پدیده ای غیر عادی بنگرد، آنها را طبیعی جلوه می دهد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶).

نظریه جدیدتر یانگ در مورد سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی قویاً با این اختلال سازگار است. این نظریه توصیف می کند که چگونه ویژگی های خانوادگی، در کارکردهای مختلف، مانند محرومیت، طرد و استیلا منجر به ناکامی نیازهای هیجانی اصلی خاص در کودکان کوچکتر می شود. این ناکامی ها، بنوبه خود منجر به شکل گیری طرحواره های ناسازگار می شوند. فرایند پردازش اطلاعات بعدی قویاً بوسیله چنین طرحواره هایی هدایت می شود، و مبنای آسیب شناسی اختلال شخصیت مرزی قرار می گیرد. البته کودکانی که از لحاظ هیجانی دمدمی مزاج هستند نسبت به تاثیرات کارکردهای مختل آسیب پذیرتر خواهند بود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمید پور و اندوز، ۱۳۸۶). یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که آموزش مبتنی بر مدل طرحواره ها

می تواند به عنوان یکی از روشهای مداخله در زمینه مشکلات بین فردی زوجین به ویژه نارضایتی زناشویی مورد استفاده قرار گیرد.

تحقیقات انجام گرفته در زمینه کارآمدی طرحواره درمانی برای اختلال شخصیت مرزی نشان دهنده اثربخشی این روش درمانی در کاهش علائم این اختلال بوده است. برای مثال نادورت و همکاران (۲۰۰۹)، در پژوهشی که جهت بررسی کاربرد طرحواره درمانی در مورد ۶۲ نفر از بیماران سرپایی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام داده بودند، بعد از یک و نیم سال درمان و پیگیری ۷۰ درصد از بیماران بهبود یافتند، لذا به نظر می رسد نیازی که برای درمان اختلال شخصیت مرزی احساس می شود می تواند از طریق طرحواره درمانی برآورده شود.

در نشانه های مرضی تلاش های دیوانه وار برای اجتناب از تکرار شدن واقعی یا تصویری، ذهنیت ناکارآمد کودک رها شده تاثیر دارد و در نشانه های مرضی تکانشگری، آشفتگی و احساسهای مزمن خلاء و پوچی، ذهنیت کودک عصبانی و تکانشی و ذهنیت محافظ بی تفاوت دخیل هستند. در تهدید به خودکشی و خود زنی ها پیایی، بروز افکار پارانوئیدی، بی ثباتی شدید در روابط بین فردی و بی ثباتی هیجانی، تمامی پنج نوع ذهنیت طرحواره ای ناکارآمد دخیل هستند. برای کاهش نشانه های مرضی، از روش های ترمیم ذهنیت کودک رها شده از طریق باز پرورش محدود، عبور از محافظ بی تفاوت، محدود کردن ارتباط بیرون از جلسه درمان (در مورد کودک ترک شده)، ارتباط برقرار کردن با درمانگر هنگام خودکشی و محدود کردن رفتارهای تکانشی و ویران گر (در مورد کودک عصبانی)، محدود کردن غیبت ها و عدم حضور در جلسه درمان (در محافظ بی تفاوت)، الگوشکنی رفتاری و چالش مجدد با ذهنیت کودک عصبانی و تکانشی، مبارزه با والد تنبیه گر و تکنیک های تجربی استفاده می شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۰).

آندین^۱ و همکاران، (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان بررسی تحلیل عاملی نشانه های اختلال شخصیت مرزی براساس دو دیدگاه، مدل سه عاملی سانیسلاو^۲ و پنج عاملی الدهام^۳ از طریق مصاحبه

1. Andiñ
2. Sanislow
3. Oldham

بالینی ساختاری، برای اختلالات محور دو DSM-IV-TR و شاخص شدت اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPDSI) به این نتیجه رسیدند که مدل سه عاملی بهتر از مدل پنج عاملی می باشد و نیز این مدل بهتر از مدل تک عاملی مورد استفاده در DSM-IV-TR می باشد و می توان گفت که مدل سه عاملی نشانه های مرضی نه گانه اختلال شخصیت را بهتر تشخیص می دهد و این مدل از طریق BPDSI بدست می آید و نیز تاثیر، طرحهای درمانی، طرحواره درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی در این مدل بیشتر می باشد و این یافته در پژوهشهای گیزین بلو^۲، وچترز^۳، اشتون^۴ و آرنتز^۵، (۲۰۱۰)، زانارینی (۲۰۰۵)، سانیسلاو و همکاران (۲۰۰۲)، بیکر^۶، آنیز^۷، پاریس^۸ و گریلو (۲۰۱۰)، سانیسلاو^۹، گریلو^{۱۰} و مگلاسن^{۱۱} (۲۰۰۰) و برادلی^{۱۲}، کانکلین^{۱۳} و وستون^{۱۴} (۲۰۰۷) مورد تایید قرار گرفتند.

رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز با نگرشی کاملاً دلسوزانه و انسان مدارانه توسط مارشا لینهان (۱۹۹۳) ابداع شده است. گرایش به این روش درمانی در قالب کلی رفتاردرمانی شناختی قرار می گیرد و در آغاز برای درمان زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که بطور مزمن خودکشی داشته اند، ایجاد شده است. نگرشی دلسوزانه و تا اندازه ای مدارانه لینهان نسبت به بیماران مرزی، شباهت زیادی با دیدگاه انسان مدارانه ی یانگ (۱۹۹۹) دارد. هر دو معتقدند که متون قدیمی آسیب شناسی، درباره ی بیماران مرزی به اشتباه قضاوت کرده اند، این افراد واقعا "اهل دستکاری دیگران نیستند و پشت رفتارهای نابسامان و بی ثبات و خشم ویرانگر آنها، کودک تنها و کم سن و سالی قرار دارد که به شدت نیازمند محبت مادر است؛ مادری که یا حضور فیزیکی نداشته، یا اگر هم بصورت جسمی در کنار کودک بوده، حضور روانشناختی واقعی نداشته است. نظریه زیرساز رفتاردرمانی دیالکتیکی بیان می دارد که اختلال

۱ . Borderline Personality Disorder Severity Index

۲ . Giesen-Bloo

۳ . Wachters

۴ . Schouten

۵ . Arntz

۶ . Becker

۷ . Añez

۸ . Paris

۹ . Sanislow

۱۰ . Grilo

۱۱ . McGlashan

۱۲ . Bradley

۱۳ . Conklin

۱۴ . Westen

شخصیت مرزی نتیجه یک محیط بی اعتبارساز و نوعی اختلال در تنظیم هیجانی است که از نقایص جدی در مهارت‌های بین فردی، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی ریشه گرفته و بسیاری از مهارت‌های رفتار انطباقی در این اختلال، دچار بازداری شده است (نیک سو^۱، رایزوی^۲ و لینهان^۳، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، بسیاری از پژوهش‌های انجام شده، مدل زیر ساز رفتار درمانی دیالکتیکی را تایید کرده و نشان داده اند که بیماران مرزی، مشکلاتی را در تنظیم هیجانی (میلر و همکاران، ۲۰۰۷)، روابط بین فردی و تحمل پریشانی و رنج تجربه می کنند (نیک سو و همکاران، ۲۰۱۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی که به صورت هفتگی برگزار می گردد، کانون تمرکز خود را بر آموزش مهارت‌های رفتاری، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی، و کارآمدی بین فردی قرار داده است همچنین مطالعات تجربی کنترل شده نیز اثربخشی آن را در طیف وسیعی از علائم بیماران مرزی نشان داده اند. در واقع، رفتاردرمانی دیالکتیکی نخستین درمان اختصاصی برای اختلال شخصیت مرزی است که کارآیی آن با دقت بالا و شواهد تجربی گسترده نشان داده شده است (برای مثال مک مین^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سولر^۵ و همکاران، ۲۰۰۹؛ کلارکین^۶، لوی^۷، لزنوگر^۸ و کرنبرگ^۹، ۲۰۰۷).

در این پژوهش از روش رفتار درمانی دیالکتیکی برای کاهش نشانه مرضی «تلاش‌های دیوانه وار برای اجتناب از تکرار شدن واقعی یا تصویری» از «روش ذهن آگاهی» استفاده شده است و برای علامت مرضی «بی ثباتی و شدید بودن روابط فردی به صورت الگویی که مشخصه اش تناوب میان دو قطب افراطی است که به صورت آرمانی نمایی و بی ارزشی نمایی مشخص می شود» با روش «میان بر رفتن و استراتژیهای مدیریتی» مداخله می نماید و برای نشانه مرضی «آشفتگی هویت و بی ثبات بودن واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خویش» از «کارآمدی بین فردی» استفاده می کند و برای «تکانشگری» از روش مهارتی «تحمل پریشانی» استفاده می کند. برای «رفتار کشتار با

1. Neacsiu
2. Rizvi
3. Linehan
4. McMain
5. Soler
6. Clarkin
7. Levy
8. Lenzenweger
9. Kernberg