

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه شهید چمران اهواز
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

عنوان:

طراحی و آزمون الگویی از برخی پیشایندها و پیامدهای اختلال شخصیت مرزی در دانش‌آموزان دبیرستان-
های شیراز

استاد راهنما:

دکتر یدالله زرگر

اساتید مشاور:

پروفسور مهناز مهربابی زاده هنرمند

دکتر نسرین ارشدی

نگارنده:

سیده فاطمه سجادی

مهر ماه ۱۳۹۲

| | | |
|---|----------------------------------|------------------------|
| نام خانوادگی: سجادی | نام: سیده فاطمه | دانشجویی: ۹۰۲۲۸۰۹ |
| عنوان پایان نامه: طراحی و آزمون برخی پیشایندهای و پیامدهای اختلال شخصیت مرزی در دانش-آموزان دبیرستان‌های شیراز | | |
| استاد راهنما: دکتر یدالله زرگر | | |
| استاتید مشاور: پروفسور مهناز مهربابی زاده هنرمند، دکتر نسرین ارشدی | | |
| درجه تحصیلی: کارشناسی ارشد | رشته: روانشناسی | گرایش: بالینی |
| دانشگاه: شهید چمران اهواز | دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی | گروه: روانشناسی بالینی |
| تاریخ فارغ التحصیلی: ۹۲/۷/۱۵ | | تعداد صفحات: |
| کلید واژه ها: اختلال شخصیت مرزی، نگرش نسبت به پدر و مادر، تروماهای دوران کودکی، ناگویی خلقی، طرحواره، تجربیات تجزیه‌ای، تنظیم هیجان، آمادگی اعتیاد، افکار خودکشی و عملکرد تحصیلی. | | |
| <p>چکیده</p> <p>هدف پژوهش حاضر طراحی و آزمون الگویی از برخی پیشایندها و پیامدهای اختلال شخصیت مرزی بود. در این پژوهش متغیرهای نگرش نسبت به پدر، نگرش نسبت به مادر، تروماهای دوران کودکی و ناگویی خلقی، طرحواره، تجربیات تجزیه‌ای و تنظیم هیجان به عنوان پیشایندهای اختلال شخصیت مرزی، و آمادگی اعتیاد فعال، آمادگی اعتیاد غیرفعال، افکار خودکشی و عملکرد تحصیلی به عنوان پیامدهای آن در نظر گرفته شده‌اند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر شیراز بود که به روش تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان، مقیاس تروماهای اوایل زندگی، نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ، مقیاس تجربیات تجزیه‌ای، مقیاس نگرش فرزند نسبت به پدر و مادر، مقیاس ناگویی خلقی، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان، مقیاس آمادگی اعتیاد، مقیاس افکار خودکشی بک بود. ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق الگویابی معادلات ساختاری (SEM) و با استفاده از SPSS ۱۸ و AMOS ۱۸ انجام گرفته است. هم‌چنین جهت آزمودن فرضیه‌های واسطه‌ای از روش بوت استروپ استفاده شد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که الگوی پیشنهادی دارای برازش نسبتاً خوبی با داده‌ها بود که با انجام اصلاحاتی بهبود یافت. به طور کلی از بین ۱۵ مسیر مستقیم الگوی پیشنهادی، تنها دو مسیر نگرش فرد نسبت به پدر و نگرش فرد نسبت به مادر به تنظیم هیجان به دلیل معنی دار نشدن از الگو حذف شدند. کلیه‌ی فرضیه‌های غیر مستقیم پژوهش نیز مورد تأیید قرار گرفتند.</p> | | |

| | |
|---|----------------------------|
| Surname: Sajadi | Name: Seyede Fateme |
| Title: Designing and testing a model of some antecedents and outcomes of borderline personality disorder in high school students of Shiraz | |
| Supervisor: Dr. Zargar | |
| Advisors: Prof. Mahnaz Mehrabizade Honarmand. Dr. Arshadi | |
| Degree: Master of Art | Field: Clinical Psychology |
| University: Shahid Chamran University of Ahvaz | |
| Faculty: Education and Psychology | Department: Psychology |
| Keywords: Borderline personality disorder, Childs attitudes toward father and mother, early trauma, alexithymia, schema, Dissociation, emotion regulation, Addiction potential, suicide ideation and educational performance. | |
| <p>Abstract</p> <p>The aim of this study was designing and testing a model of some antecedents and outcomes of borderline personality disorder. In this research Child's attitude toward father and mother, early trauma, alexithymia, schema, dissociation experiences, and emotional regulation were considered as precedents of borderline personality disorder, and active addiction potential, passive addiction potential, suicide ideation and educational performance were considered as outcomes. The sample consisted of 400 high school students of Shiraz that selected via multistage random sampling. Data were collected by questionnaires including, Borderline Personality Features for Children, Early Trauma Inventory, Young's schema questionnaire-short form, Dissociative Experience Scale, Child's Attitude toward Father (CAF) and Mother (CAM) scales, Toronto Alexithymia Scale, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Iranian Addiction Potential Scale (IAPS), and Beck Suicide Scale Ideation. Structural equation modeling (SEM) through AMOS 18 and SPSS 18 were used for data analysis. Results suggested that model with some modification had good fit with the data. 2 out of 15 direct paths, the child's attitude toward father and child's attitude toward mother to emotional regulation, were not significant and omitted from the model. All the indirect hypotheses of model were confirmed.</p> | |

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|------|---------------|
| i | فهرست مطالب |
| v | فهرست جدول ها |
| vii | فهرست شکل ها |
| viii | چکیده |

فصل اول: موضوع پژوهش

| | |
|----|--|
| ۲ | مقدمه |
| ۴ | بیان مسئله |
| ۱۴ | اهمیت و ضرورت تحقیق |
| ۱۶ | اهداف پژوهش |
| ۱۶ | فرضیه های پژوهش |
| ۱۸ | تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش |

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهشی

| | |
|----|--|
| ۲۲ | مقدمه |
| ۲۲ | الف) پیشینه نظری متغیرهای پژوهش |
| ۲۲ | اختلال شخصیت مرزی |
| ۲۲ | چرخه زندگی اختلال شخصیت مرزی |
| ۲۹ | مطالعاتی که آسیب شناسی مرزی را در کودکان بررسی می کنند |
| ۳۰ | دیدگاه های ارائه شده در رابطه با اختلال شخصیت مرزی |
| ۳۲ | دیدگاه زیستی |
| ۳۲ | دیدگاه شناختی |
| ۳۳ | نظریه دل بستگی |
| ۳۳ | نظریه بدتنظیمی هیجانی |
| ۳۴ | نظریه تروما |
| ۳۴ | دیدگاه یادگیری اجتماعی |
| ۳۷ | نگرش نسبت به پدر و مادر |
| ۳۹ | روابط والد فرزندی و اختلال شخصیت مرزی |
| ۴۱ | نگاهی به عقب (مطالعات گذشته نگر) |
| ۴۱ | روابط والد فرزندی |
| ۴۲ | غفلت و پیوند والدینی |
| ۴۲ | نگاهی به جلو (مطالعات آینده نگر) |
| ۴۲ | سوء استفاده، غفلت و فرزندپروری ناکارآمد |
| ۴۴ | سابقه سوء رفتار والدین در دوران کودکی و خطر بد رفتاری نسبت به فرزندشان |

| | | |
|----|-------|--|
| ۴۴ | ..... | تروماهای دوران کودکی |
| ۴۶ | ..... | تاریخچه‌ی نظریه‌ی تروما |
| ۴۸ | ..... | تأثیرات روان زیست‌شناسی تجربیات تروماتیک دوران کودکی |
| ۴۸ | ..... | اختلال استرس تروماتیک پیچیده |
| ۴۹ | ..... | اختلال ترومای رشدی |
| ۵۰ | ..... | میزان شیوع تروما |
| ۵۲ | ..... | پیامدهای رفتاری تروما |
| ۵۲ | ..... | پیامدهای هیجانی تروما |
| ۵۳ | ..... | اختلال شخصیت مرزی و تروماهای دوران کودکی |
| ۵۵ | ..... | اختلال شخصیت مرزی و ترومای تی کوچک |
| ۵۶ | ..... | ناگویی خلقی |
| ۵۷ | ..... | ناگویی خلقی و بدکارکردی زیست‌عصب‌شناختی |
| ۵۸ | ..... | ناگویی خلقی در ابراز کلامی |
| ۵۹ | ..... | ناگویی خلقی در ابراز غیر کلامی |
| ۶۱ | ..... | اختلال شخصیت مرزی و ناگویی خلقی |
| ۶۱ | ..... | طرحواره |
| ۶۹ | ..... | تجزیه |
| ۷۱ | ..... | دیدگاه زیستی |
| ۷۲ | ..... | اختلال شخصیت مرزی و تجربیات تجزیه‌ای |
| ۷۴ | ..... | هیجان |
| ۷۴ | ..... | تنظیم هیجان |
| ۷ | ..... | بدتنظیمی هیجانی |
| ۷۶ | ..... | ارکان بدتنظیمی هیجانی |
| ۷۷ | ..... | مدل زیست‌روانی اجتماعی هیجان‌ها |
| ۸۰ | ..... | تنظیم هیجان در روانشناسی بالینی |
| ۸۱ | ..... | تنظیم هیجان در روانشناسی رشد |
| ۸۱ | ..... | تنظیم هیجان در روانشناسی شناختی |
| ۸۲ | ..... | تنظیم هیجان در روانشناسی اجتماعی |
| ۸۳ | ..... | بدتنظیمی هیجانی و ناگویی خلقی |
| ۸۴ | ..... | بدتنظیمی هیجانی و اختلال شخصیت مرزی |
| ۸۴ | ..... | اعتیاد |
| ۸۷ | ..... | سوء مصرف مواد |
| ۸ | ..... | اعتیاد در ایران |
| ۹۰ | ..... | همه‌گیر شناسی |
| ۹۱ | ..... | تأثیرات محیطی بر سوء مصرف مواد |
| ۹۲ | ..... | تأثیرات خانوادگی بر سوء مصرف مواد |
| ۹۳ | ..... | تروما و سوء مصرف مواد |
| ۹۴ | ..... | اعتیاد در دیدگاه روانشناختی |

| | |
|----------|---|
| ۹۵..... | تنظیم هیجان در اعتیاد..... |
| ۹۶..... | نظریه‌ی شرطی‌سازی کلاسیک و روان تحلیل‌گری اعتیاد..... |
| ۹۶..... | عوامل خطر ساز اعتیاد..... |
| ۹۷..... | آمادگی اعتیاد..... |
| ۹۸..... | سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی..... |
| ۱۰۰..... | خودکشی..... |
| ۱۰۲..... | افکار خودکشی..... |
| ۱۰۳..... | اقدام به خودکشی..... |
| ۱۰۶..... | عوامل خطر ساز و رای آسیب‌شناسی روانی..... |
| ۱۰۷..... | خودجرحی غیر خودکشی..... |
| ۱۰۹..... | خودکشی و اختلال شخصیت مرزی..... |
| ۱۰۹..... | رفتارهای خودکشی مکرر، ژست‌ها یا تهدیدهای خودکشی، یا رفتارهای خودزنی در اختلال شخصیت مرزی..... |
| ۱۱۰..... | عملکرد تحصیلی..... |
| ۱۱۱..... | رابطه‌ی بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی و عملکرد تحصیلی کودکان..... |
| ۱۱۱..... | عواملی که بر عملکرد تحصیلی تأثیر گذار است..... |
| ۱۱۱..... | وضعیت اجتماعی اقتصادی..... |
| ۱۱۲..... | ساختار خانواده..... |
| ۱۱۳..... | تفاوت‌های جنسیتی در عملکرد تحصیلی..... |
| ۱۱۴..... | تأثیر باورهای معرفت‌شناختی بر عملکرد تحصیلی..... |
| ۱۱۵..... | صفات شخصیت و عملکرد تحصیلی..... |
| ۱۱۶..... | ب) پیشینه‌ی تجربی متغیرهای پژوهش..... |
| ۱۱۶..... | اختلال شخصیت مرزی و نگرش نسبت به والدین..... |
| ۱۱۷..... | اختلال شخصیت مرزی و تروما..... |
| ۱۱۸..... | اختلال شخصیت مرزی و ناگویی خلقی..... |
| ۱۱۹..... | اختلال شخصیت مرزی و طرحواره..... |
| ۱۲۰..... | اختلال شخصیت مرزی و تجربیات تجزیه‌ای..... |
| ۱۲۱..... | اختلال شخصیت مرزی و تنظیم هیجان..... |
| ۱۲۲..... | اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد..... |
| ۱۲۳..... | اختلال شخصیت مرزی و خودکشی..... |
| ۱۲۵..... | پیشینه‌ی پژوهشی مربوط به مدل‌های اختلال شخصیت مرزی..... |
| ۱۲۹..... | خلاصه فصل..... |

فصل سوم: روش پژوهش

| | |
|----------|---|
| ۱۳۱..... | مقدمه..... |
| ۱۳۱..... | طرح پژوهش..... |
| ۱۳۱..... | جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری..... |
| ۱۳۲..... | ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش..... |
| ۱۳۲..... | ابزار پژوهش..... |

| | |
|-----|---|
| ۱۳۳ | مقیاس ویژگی های شخصیت مرزی کودکان |
| ۱۳۹ | مقیاس نگرش نسبت به پدر و مادر |
| ۱۴۲ | مقیاس تروماهای اوایل زندگی |
| ۱۴۳ | مقیاس ناگویی خلقی |
| ۱۴۶ | نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ |
| ۱۴۸ | مقیاس تجربیات تجزیه‌ای |
| ۱۵۰ | مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان |
| ۱۵۴ | مقیاس آمادگی اعتیاد |
| ۱۵۵ | مقیاس افکار خودکشی بک |
| ۱۵۶ | مقیاس شخصیت مرزی |
| ۱۵۷ | پرسشنامه‌ی شیوه‌های فرزند پروری ادراک شده |
| ۱۵۸ | روش اجرای پژوهش |
| ۱۵۹ | روش تجزیه و تحلیل داده‌ها |

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

| | |
|-----|---|
| ۱۶۱ | مقدمه |
| ۱۶۱ | فرضیه‌های پژوهش |
| ۱۶۳ | یافته‌های توصیفی |
| ۱۶۳ | اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش |
| ۱۶۶ | یافته‌های اصلی |
| ۱۷۰ | یافته‌های مربوط به فرضیه‌های الگوی پیشنهادی |
| ۱۷۰ | یافته‌های مربوط به فرضیه‌های مستقیم الگوی پیشنهادی |
| ۱۷۵ | مسیرهای واسطه‌ای الگوی پیشنهادی |
| ۱۷۵ | یافته‌های مربوط به روابط واسطه‌ای متغیرهای الگوی پیشنهادی |
| ۱۸۲ | خلاصه فصل |

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

| | |
|-----|--|
| ۱۸۳ | مقدمه |
| ۱۸۳ | تبیین یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش |
| ۱۸۳ | فرضیه‌ی کلی |
| ۱۸۴ | فرضیه‌های مستقیم |
| ۲۰۰ | فرضیه‌های غیرمستقیم |
| ۲۱۴ | محدودیت‌های پژوهش |
| ۲۱۵ | پیشنهاد‌های پژوهش |
| ۲۱۸ | منابع فارسی |
| ۲۲۲ | منابع لاتین |

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۱: الگوی پیشنهادی برخی پیشایندها و پیامدهای اختلال شخصیت مرزی ۱۳
- شکل ۲-۱: شکل‌گیری ساختار مرزی ۲۵
- شکل ۲-۲: ظهور تشخیص اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در DSM ۲۷
- شکل ۲-۳: مدل تکمیلی (تلفیقی) اختلال شخصیت مرزی ۳۱
- شکل ۲-۴: مدل رشدی زیستی اجتماعی ۳۶
- شکل ۲-۵: طبقه بندی تروما در جمعیت ناهمگون کودکان از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ ۵۱
- شکل ۲-۶: مدل سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی ۴۵
- شکل ۲-۷: شکل‌گیری طرحواره‌های معیوب ۶۲
- شکل ۲-۸: مدل فرایند تنظیم هیجان ۷۸
- شکل ۲-۹: مدل روان زیست اجتماعی هیجان‌ات ۷۹
- شکل ۲-۱۰: مدل مفهومی ارتباطات میان عوامل فرضی که منجر به هم ابتلایی اختلال شخصیت مرزی و اختلالات سوء مصرف مواد می‌شود ۹۹
- شکل ۲-۱۱: ارتباط بین سوء استفاده‌ی جسمی، متغیرهای میانجی بالقوه، و افکار خودکشی ۱۰۵
- شکل ۲-۱۲: ارتباط بین سوء استفاده روانشناختی، متغیرهای میانجی بالقوه و افکار خودکشی ۱۰۶
- شکل ۲-۱۳: مدل عصب رفتاری اختلال شخصیت مرزی ۱۲۵
- شکل ۲-۱۴: مدل رفتارهای خودجرحی اختلال شخصیت مرزی ۱۲۶
- شکل ۲-۱۵: مدل اختلال شخصیت مرزی ۱۲۷
- شکل ۲-۱۶: مدل ساختاری تجربیات تروماتیک و اختلال شخصیت مرزی ۱۲۸
- شکل ۴-۱: الگوی پیشنهادی پژوهش ۱۲۶
- شکل ۴-۲: الگوی نهایی و ضرایب مسیر در پژوهش حاضر ۱۶۸
- شکل ۴-۳: رابطه‌ی غیر مستقیم نگرش نسبت به پدر با اختلال شخصیت مرزی از طریق طرحواره و تنظیم هیجان ۱۷۶
- شکل ۴-۴: رابطه‌ی غیر مستقیم نگرش نسبت به مادر با اختلال شخصیت مرزی از طریق طرحواره و تنظیم هیجان ۱۷۸
- شکل ۴-۵: رابطه‌ی تروماهای دوران کودکی با اختلال شخصیت مرزی از طریق طرحواره، تجربیات تجزیه‌ای و تنظیم هیجان ۱۷۹

فهرست جداول

- جدول ۱-۲: علائم بالینی "گروه مرزی" پیشنهادی اشترن ۲۲
- جدول ۲-۲: معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR در مورد اختلال شخصیت مرزی ۲۳
- جدول ۲-۳: آسیب‌شناسی مرزی پیشنهاد شده توسط گرینکر و گوندرسون ۲۶
- جدول ۲-۴: دسته بندی علائم مرزی ۲۸
- جدول ۲-۵: تأثیرات احتمالی تروماهای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی ۵۴
- جدول ۲-۶: ارتباط بین اختلال شخصیت مرزی و طحوااره ها ۶۳
- جدول ۲-۷: خلاصه‌ی مبنای نظریه‌ی طحوااره یونگ ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷
- جدول ۲-۸: ملاک‌های DSM-TV-IR برای وابستگی به مواد ۸۵، ۸۶
- جدول ۲-۹: ملاک‌های DSM-IV-TR برای مسمومیت با مواد ۸۶
- جدول ۲-۱۰: ملاک‌های تشخیصی DSM-TV_IR برای سوء مصرف مواد ۸۷
- جدول ۲-۱۱: عوامل مخاطره آمیز در گرایش به سوء مصرف مواد ۹۷
- جدول ۳-۱: ضرایب پایایی BPFS-C و خرده مقیاس‌های آن به روش آلفای کرونباخ و تنصیف در پژوهش حاضر ۱۳۴
- جدول ۳-۲: همبستگی‌های بین BPFS-C و خرده مقیاس‌های آن با STB و عامل‌های آن در پژوهش حاضر .. ۱۳۶
- جدول ۳-۳: شاخص‌های نیکویی برازش مقیاس شخصیت مرزی کودکان در پژوهش حاضر ۱۳۹
- جدول ۳-۴: همبستگی درونی نمرات خرده مقیاس‌ها با یکدیگر و با کل مقیاس نگرش فرزند نسبت به پدر و مادر در پژوهش حاضر ۱۴۰
- جدول ۳-۵: ضرایب پایایی مقیاس نگرش فرزند نسبت به پدر و مادر و خرده مقیاس‌های آن به روش آلفای کرونباخ و تنصیف در پژوهش حاضر ۱۴۱
- جدول شماره ۳-۶: همبستگی‌های بین مقیاس نگرش نسبت به پدر و مادر و دو خرده مقیاس آن با پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری والدینی ادراک شده و خرده‌مقیاس‌های آن در پژوهش حاضر ۱۴۲
- جدول ۳-۷: ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۲۰ - TAS در پژوهش حاضر ۱۴۴
- جدول ۳-۸: همسانی درونی شاخص‌های شش خرده مقیاس نسخه‌ی یونانی انطباق یافته DERS و ضرایب پایایی آزمون باز آزمون در پژوهش میستوپولو و همکاران ۱۵۲
- جدول ۳-۹: خلاصه‌ی شاخص‌های نیکویی برازش مقیاس دشواری تنظیم هیجان در پژوهش میستوپولو و همکاران ۱۵۴
- جدول ۴-۱: یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ۱۶۳

- جدول ۲-۴: ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر ۱۶۵
- جدول ۳-۴: برازش الگوی پیشنهادی اصلاح شده و نهایی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی ۱۶۷
- جدول ۴-۴: ضرایب استاندارد و مسیرها مربوط به متغیرهای پژوهش در الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر ۱۶۷
- جدول ۵-۴: ضرایب استاندارد شاخص‌های متغیر مکنون پژوهش حاضر ۱۶۹
- جدول ۶-۴: ضرایب استاندارد و مسیرها مربوط به متغیرهای پژوهش در الگوی نهایی پژوهش حاضر ۱۶۹
- جدول ۷-۴: نتایج بوت استروپ برای مسیر نگرش نسبت به پدر به اختلال شخصیت مرزی از طریق طرحواره و تنظیم هیجان ۱۷۶
- جدول ۸-۴: نتایج بوت استروپ برای مسیر نگرش نسبت به مادر به اختلال شخصیت مرزی از طریق طرحواره و تنظیم هیجان ۱۷۸
- جدول ۹-۴: نتایج بوت استروپ برای مسیر تروماهای اوایل زندگی به اختلال شخصیت مرزی از طریق طرحواره، تجربیات تجزیه‌ای و تنظیم هیجان ۱۸۰
- جدول ۱۰-۴: نتایج بوت استروپ برای مسیر ناگویی خلقی ← تنظیم هیجان ← اختلال شخصیت مرزی ۱۸۱

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۲: درجه‌بندی طرحواره در سه گروه اختلالات شخصیت ۶۸
- نمودار ۱-۳: مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌ی تحقیق به تفکیک جنسیت ۱۳۲
- نمودار ۲-۳. ساختار عاملی مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان با استفاده از تحلیل عامل تأییدی ... ۱۳۸

فصل اول

موضوع پژوهش

مقدمه

شخصیت عاملی تأثیرگذار در سازگاری و سلامت عمومی و مجموعه‌ای سازمان‌یافته، واحد و متشکل از خصوصیات نسبتاً ثابت و پایداری است که در مجموع یک شخص را از اشخاص دیگر متمایز می‌کند (علیلو، اسمعلی، واحدیورضایی، ۱۳۸۸). وقتی صفات شخصیتی انعطاف‌ناپذیر و غیرانطباقی شوند، ایجاد اختلالات کارکردی و ناراحتی روانی می‌کنند و در این جا ممکن است تشخیص اختلال شخصیت^۱ مطرح شود (علیلو، صمدی راد و دانشور، ۱۳۹۰). کلونینجر^۲ در سال ۱۹۸۷ (به نقل از جود^۳ و مک‌گلاشان^۴، ۲۰۰۳) شخصیت را به عنوان یک سازه‌ی پویا از سیستم‌های روان _ زیست شناختی تعریف می‌کند که انطباق با تجربیات را تعدیل می‌کند و خُلق را زمینه‌های زیستی یا پاسخ‌های خودکار به محرک هیجانی می‌داند که بر شخصیت تأثیرگذار است و یا آن را شکل می‌دهد. پینل^۵ اولین کسی بود که مفهوم اختلالات شخصیت را معرفی کرد (لانکون^۶، ۲۰۱۲). اختلالات شخصیت یک مسئله‌ی سلامت جهانی و البته یکی از مشکل‌ترین اختلالات برای درمان است (فوک^۷ و همکاران، ۲۰۱۲). این اختلال ۱۰ تا ۱۵٪ از جمعیت عمومی را مبتلا می‌کند (ملایری، کاویانی، اسعدی و فریدحسینی، ۱۳۸۷) و تأثیر اقتصادی قابل توجهی روی خدمات بهداشت روان و بهداشت عمومی دارد (فوک و همکاران، ۲۰۱۲).

طبق چهارمین ویرایش کتابچه‌ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸ (DSM-IV-TR) انجمن روانپزشکی آمریکا، اختلالات شخصیت عبارت است از الگویی پایدار از رفتارها و تجارب درون‌ذهنی که بر معیارهای فرهنگی فرد منطبق نیست، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان با دوام است، و منجر به ناخشنودی و اختلال در کارکردهای فرد می‌شود (تیم^۹، ۲۰۱۱). تاریخچه‌ی مفهوم اختلالات شخصیت بین ایده‌ی آسیب‌پذیری نسبت به بیماری روانی و آسیب‌شناسی رفتارهای اجتماعی در نوسان است، پیچیدگی و ابهام مفهوم اختلالات شخصیت سه محرک اصلی دارد: عدم توافق درباره‌ی ماهیت شخصیت؛ عدم اطمینان درباره‌ی اینکه این طبقه‌بندی چگونه به انواع دیگر اختلالات روانی مربوط می‌شود؛ ابهام نگرش‌ها درباره‌ی مدل‌هایی که می‌تواند این اختلالات را توصیف کند (لانکون، ۲۰۱۲).

^۱-personality disorder

^۲-Cloninger

^۳-Judd

^۴-McGlashan

^۵-Pnyl

^۶-Lancon

^۷-Fok

^۸-Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

^۹-Thimm

با قرار دادن اختلالات شخصیت در محور دو، تشخیص این اختلالات از دیگر بیماری‌های روانی تفکیک داده شد (کریسمن^۱ و استروس^۲، ۲۰۰۴). از میان ۱۰ اختلال شخصیت تعریف شده در DSM-IV-TR، اختلال شخصیت مرزی^۳ مهمترین آنهاست. اصطلاح مرزی اولین بار بیشتر از ۶۰ سال قبل برای توصیف بیمارانی که مرز بین سایکوتیک^۴ و نوروتیک^۵ بودند ولی علائم کافی برای قرار گرفتن در هیچ کدام از طبقه بندی‌های را نداشتند به کار گرفته شد. با گذشت سال‌ها، اصطلاحاتی همچون "اسکیزوفرنی نوروتیک نما"^۶ و "شخصیت نصفه نیمه"^۷ برای توصیف این اختلال به کار گرفته شد (کریسمن و استروس، ۲۰۰۴). این اختلال در DSM-IV به عنوان "الگوی فراگیری از بی‌ثباتی روابط بین فردی، خود انگاره، هیجان‌ات و تکانشگری" تعریف می‌شود. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را می‌توان در چارچوب الگوی رفتاری داشتن "ثبات در بی‌ثباتی" تعریف کرد، این افراد واکنش‌های بسیار شدیدی نشان می‌دهند، نوسان‌های سریع خلقی دارند، در روابط بین فردی رفتارهای بی‌ثبات و پرتنش از خود بروز می‌دهند، و همچنین رفتارهای تکانشی و خشم مفرط مثل سوء مصرف مواد و خودجرحی از مشخصه‌های رفتاری این بیماران است (بارنیکوت^۸ و همکاران، ۲۰۱۲). اختلال شخصیت مرزی ۱٪ تا ۲٪ از جمعیت عمومی را مبتلا می‌کند (روسو^۹، امیرتاواساگام^{۱۰}، چویی کین^{۱۱} و مک‌مین^{۱۲}، ۲۰۱۳)، ۱۰٪ بیماران روانپزشکی غیر بستری و ۱۵٪ تا ۲۵٪ بیماران بستری به این اختلال مبتلا هستند (لیشس‌نرینگ^{۱۳}، لیبینگ^{۱۴}، کروس^{۱۵}، نیو^{۱۶} و لوک^{۱۷}، ۲۰۱۱). شیوع این اختلال در میان جمعیت عمومی نوجوانان ۱۵٪ و میان نوجوانان بستری ۵۰٪ است (روبین^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۲).

1-Kreisman

2-Straus

3-borderline personality disorders

4-psychotic

5-neurotic

6-pseudoneurotic

7-as-if personality

8-Barnicot

9-Ruocco

10-Amirthavasagam

11-Choi-Kain

12-McMain

13-Leichsenring

14-Leibing

15-Kruse

16- New

17-Leweke

18-Robin

بیان مسئله

در اوایل دهه‌ی ۱۹۰۰، روان تحلیل‌گران گروهی از بیماران را شناسایی کردند که در هیچکدام از طبقه‌بندی‌های 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 نتیجه‌ی این مشاهدات، عنوان "مرزی" برای توصیف این دسته از بیماران انتخاب شد (روتشیلد^۱، سلاند^۲، هاسلام^۳ و زیمرمن^۴، ۲۰۰۳). اصطلاح مرزی اولین بار توسط اشترن^۵ (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^۶ 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^۷ (۱۹۷۹) و گوندرسون^۸ (۱۹۷۹) آسیب‌شناسی مرزی را به عنوان یک اختلال بالینی، متمایز و قابل تشخیص با ویژگی‌های رفتاری مشخص تعریف کرد. مفاهیم ارائه شده توسط گرینکر و گوندرسون بسیار شبیه هستند. در دیدگاه دوم، آسیب‌شناسی مرزی به عنوان نوعی اسکیزوفرنی خفیف‌تر و ژنتیکی دسته‌بندی شد که به آن اسکیزوفرنی مرزی یا اسکیزوفرنی نما می‌گفتند.

تکانشگری مشخصه‌ی اصلی افرادی است که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند، این اختلال را می‌توان به عنوان "زمینه‌ای برای عکس‌العمل‌های سریع و برنامه‌ریزی 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 پرخطر مثل مصرف بیش از حد مواد و رانندگی بی‌پروا می‌شوند. تشخیص اختلال شخصیت مرزی با سطوح پایین‌تر تحصیلات و شرایط اقتصادی اجتماعی نابسامان مشخص می‌شود (شاف^۹ و همکاران، ۲۰۱۲). این بیماران تقریباً در همه‌ی جنبه‌های زندگی خود مشکل دارند. علی‌رغم اینکه بسیاری از بیماران اختلال شخصیت مرزی باهوش و خلاق هستند، آنها به ندرت در پرورش دادن استعدادهای خود موفق می‌شوند. اغلب،

¹-Rothschild

²-Cleland

³-Haslam

⁴-Zimmerman

⁵-Stern

⁶-Miller

⁷-Grinker

⁸-Gunderson

⁹-Schaaff

تحصیلات آنها ناتمام مانده و بیکار هستند (آرنتز^۱ و جندرن^۲، ۲۰۰۹). از دیدگاه روان‌عصب‌شناختی، رفتارهای پرخطر محصول اختلال در عملکرد اجرایی، از جمله اشکال در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی است (اسوالدی^۳، فیلیپسن^۴، متیز^۵، 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 (لیشسنرینگ، ۲۰۱۱).

در سبب‌شناسی این اختلال عوامل ژنتیکی، تروماهای دوران کودکی و تعاملات معیوب والدین فرزندی مطرح شده است (روت، کین^۶، پچتل^۷، برتا^۸ و گوندرسون^۹، ۲۰۱۱). در واقع پدیده‌ی خاطرات ناخوشایند، واپس‌رانده شده، و بازیافت شده‌ی آزارگری‌های دوران کودکی در حوزه‌ی روانپزشکی و روانشناسی بالینی بویژه در قرن گذشته بسیار مورد بحث بوده است. از یک طرف بالینگران حرفه‌ای معتقد هستند که خاطرات تروماتیک شبیه به خاطرات غیرتروماتیک واپس‌رانی و تجزیه می‌شوند و از طرف دیگر، محققین شناختی و اجتماعی در حوزه‌ی بالینی بر خطاپذیری و تلقین‌پذیری خاطرات تأکید دارند و اظهار می‌دارند که خاطرات تروماتیک از وقایع معمول قدرت بیشتری دارند. علاوه بر این، آنها اظهار می‌دارند که تناقض خاطرات تروماتیک به دلیل مکانیسم خاص حافظه نیست، بلکه محصول منابع یکسان تحریف و افسانه بافی است (اسپینهوون^{۱۰}، باملیس^{۱۱}، هرینگسما^{۱۲}، مولندیجک^{۱۳} و آرنتز، ۲۰۱۱).

طرح‌واره‌های نابهنجار اولیه به عنوان الگوی فراگیر و گسترده‌ای از خاطرات، هیجانات، شناخت‌ها و احساسات بدنی تعریف می‌شوند که در ارتباط با روابط میان فردی شکل گرفته‌اند، این طرح‌واره‌ها ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارند و در جریان زندگی فرد توسعه می‌یابد و به میزان قابل توجهی معیوب هستند. عدم تطابق میان رفتارهای تربیتی والدین و خلق ذاتی کودک نیز ممکن است موجب شکل‌گیری طرح‌واره‌های نابهنجار اولیه شود (تیم، ۲۰۱۰). یافته‌های پژوهشی که توسط

1-Arntz
2-Genderen
3-Svaldi
4-Philipsen
5-Matthies
6-Kain
7-Pechtel
8-Bertha
9-Gunderson
10-Spinhoven
11-Bamelis
12-Haringsma
13-Molendijk

جانسون^۱، دوراهی^۲، کورتنی^۳، بیلز^۴ و اوکین^۵ (۲۰۰۹) با هدف بررسی رابطه‌ی بین ذهنیت طرحواره، تروماهای دوران کودکی و تجزیه^۶ در اختلال شخصیت مرزی انجام شد، وجود طرحواره‌های معیوب را در این اختلال تأیید کرده و بر نقش تجزیه تأکید دارد. فرض بر این است که چهار ذهنیت طرحواره‌ی معیوب در شخصیت مرزی وجود دارد: دو ذهنیت کودک که شامل ذهنیت کودک طرد شده یا مورد تجاوز قرار گرفته، و ذهنیت کودک عصبانی یا تکانشگر می‌شود، و دو ذهنیت بزرگسال که دربرگیرنده‌ی ذهنیت والد تنبیه‌گر، و ذهنیت مراقب جدا شده است. این طرحواره‌های معیوب ریشه در تروماهای دوران کودکی یا تجربیات ناخوشایند دارند. طبق یافته‌های این محققین، تجربیات تجزیه‌ای در اختلال شخصیت مرزی پیامد وجود دو ذهنیت کودک معیوب (ذهنیت کودک طرد شده یا مورد تجاوز قرار گرفته، و ذهنیت کودک عصبانی یا تکانشگر) می‌باشد. یافته‌های این پژوهش بیانگر این است که طرحواره‌های معیوب پیش‌بین تجربیات تجزیه‌ای هستند نه تروماهای دوران کودکی.

سابقه‌ی تروما شامل غفلت، سوء استفاده‌ی جنسی، سوء استفاده‌ی جسمی و سوء استفاده‌ی هیجانی (کلامی) می‌شود (ایگاراشی^۷ و همکاران، ۲۰۱۲). اکثر بیماران اختلال شخصیت مرزی در دوره‌ی کودکی خود بویژه در سنین ۶ تا ۱۲ سال، مورد سوء استفاده‌ی جسمی، جنسی و هیجانی قرار گرفته‌اند. در مقایسه با سوء استفاده‌های جسمی و جنسی، شناسایی سوء استفاده‌های هیجانی بسیار مشکل‌تر است. سوء استفاده‌های هیجانی اغلب پنهان می‌مانند و یا اینکه به دلیل وفاداری این بیماران نسبت به والدینشان و یا به دلیل عدم آگاهی این افراد به شیوه‌های تربیتی سالم و بهنجار گزارش نمی‌شوند. این تجربیات تروماتیک به همراه وضعیت خلقی این بیماران، دلبستگی ناایمن، مراحل رشد کودکی آن‌ها و همچنین بستر اجتماعی رشد آنها، منجر به این می‌شود که این افراد دربارهِ خود و دیگران سوء تعبیرهایی داشته باشند (آرنتز و جندرن، ۲۰۰۹). مدت‌هاست که محققین معتقدند مشکل پردازش هیجانات با سبب‌شناسی و تداوم اختلالات شخصیت همبستگی بالا و یا رابطه‌ی علی دارد. به نظر می‌رسد در بعضی از افراد حساسیت بسیار زیاد یا واکنش بیش از اندازه نسبت به مسائل هیجانی وجود دارد، و این اغلب در افرادی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی می‌گیرند، مشاهده می‌شود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی درک مختلفی از ابراز هیجانی

¹-Johnston

²-Dorahy

³-Courtney

⁴-Bayles

⁵-OKane

⁶-dissociation

⁷-Igarashi

دارند. لوین^۱، مارزلی^۲ و هود^۳ (۱۹۹۷)، گزارش کردند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شناسایی هیجان‌های منفی مثل خشم، ترس و اندوه ضعیف هستند، اما هیچ نقصی در شناسایی هیجان‌های مثبت در آنها یافت نشد. هم‌چنین لینهان^۴ (۱۹۹۳)، اظهار می‌دارد که آسیب‌پذیری هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بسیار بیشتر است و این حساسیت بیشتر به محرک‌های هیجانی، بخصوص هیجان‌های منفی مربوط می‌شود (اسنودن^۵، کریج^۶ و گری^۷، ۲۰۱۲).

بدتنظیمی هیجانی^۸ در اختلال شخصیت مرزی اغلب به عنوان مشخصه اصلی مطرح می‌شود. مباحث نظری عموماً توضیح می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تمایل بیشتری نسبت به تجربه‌ی هیجان‌های منفی دارند که این هیجان‌ها به آسانی برانگیخته می‌شوند و بسیار شدید و دیرپا هستند. این خلق‌وخوی آسیب‌پذیر هیجانی در تقابل با محیط ناسازگار دوران کودکی و وقایع تروماتیک و استرس‌زا می‌تواند موجب شود افراد در بزرگسالی مشکلات هیجانی شدید و مهارت‌های سازنده‌ی کمی برای مدیریت آن داشته باشند. بیشتر رفتارهای تکانشی و سوء که در اختلال شخصیت مرزی شایع است از جمله رفتارهای خودجرحی، سوء‌مصرف مواد، و رفتارهای پرخطرانه نسبت به دیگران، به عنوان تلاش‌های غیرانطباقی برای کاهش یا اجتناب از تأثیرات منفی و شدید کژتنظیمی هیجانی لحاظ می‌شوند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر حسب عادت به محرک‌های منفی توجه می‌کنند، دسترسی نامتناسبی به خاطرات منفی دارند، طیفی از عقاید منفی پایدار را درباره‌ی خودشان، جهان و مردم دیگر تأیید می‌کنند، و تعبیرات و ارزیابی‌های سوگیرانه‌ی منفی درباره‌ی محرک‌های خنثی یا مبهم دارند. اما هنوز این مسئله روشن نشده است که پردازش شناختی نابهنجار آنها در ایجاد و حفظ این اختلال نقش سببی دارد، یا با آن همبستگی دارد یا اینکه از پیامدهای ابتلا به این اختلال است (بائر^۹، پیترز^{۱۰}، مول^{۱۱}، گیگر^{۱۲} و سوئر^{۱۳}، ۲۰۱۲).

اواخر قرن نوزدهم اصطلاح "تجزیه"^{۱۴} وارد روانپزشکی شد، از این‌رو هنوز هم یک مفهوم‌سازی منسجم و قطعی برای این اصطلاح صورت نگرفته است. علی‌رغم اهمیت بالینی تجزیه، هنوز در رابطه

¹-Levine

²-Marziali

³-Hood

⁴-Linehan

⁵-Snowden

⁶-Craig

⁷-Gray

⁸-emotional dysregulation

⁹-Baer

¹⁰-Peters

¹¹-Moul

¹²-Geiger

¹³-Sauer

¹⁴-dissociation

با اساس نظری این اختلال اختلاف نظر وجود دارد (شوئر^۱ و البرت^۲، ۲۰۱۰). تعاریف مفهومی زیادی از تجزیه مطرح شده است. بیشتر این تعاریف بر این اصل توافق دارند که تجزیه یک نوع پردازش شناختی است که در انسجام موفقیت‌آمیز مسائلی که به طور معمول در سطح آگاهی کدگذاری می‌شوند اختلال ایجاد می‌کند؛ تجزیه در پژوهش‌های انجام شده با انطباق هیجانی متعاقب وقایع تروماتیک تعریف می‌شود. پیر ژانت اولین کسی بود که اهمیت تجزیه را مورد توجه و مطالعه قرار داد و معلوم کرد که تجزیه چگونه می‌تواند بصورت انطباقی و غیر انطباقی به عنوان ابزاری برای مقابله با حوادث تروماتیک مورد استفاده قرار بگیرد. به طور خاص تجزیه با تغییرات اساسی در توجه و حافظه همراه است، که این به لحاظ روانشناسی هم می‌تواند مخرب باشد هم سازنده (اولسن^۳ و بک^۴، ۲۰۱۲).

گرایش‌های تجزیه‌ای در بزرگسالان با عاطفه‌ی منفی همبستگی دارد. در مطالعاتی که روی نوجوانان و بزرگسالان انجام شده است، علائم تجزیه‌ای همبستگی بالایی با شدت اضطراب دارد که این بدین معناست که تجزیه به عنوان راهی برای مقابله با اضطراب کاربرد دارد. در همین راستا، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ممکن است در زمان تجربه‌ی فشار روانی مستعد تجزیه باشند و این با سطح بالای تجزیه در این بیماران مشخص می‌شود. در دو سوم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، تجزیه اتفاق می‌افتد (ایورن^۵، سینار^۶ و ایورن، ۲۰۱۲). همچنین باید توجه داشت که تجزیه به عنوان یک موقعیت، به عنوان یک تاکسون^۷ (حالتی از تجزیه که به دلیل ایجاد اختلال زیاد در عملکرد فرد از اهمیت زیادی در حوزه‌ی بالینی برخوردار است)، و به عنوان یک ویژگی نیز مفهوم‌بندی شده است. تجزیه‌ی پری‌تروماتیک یک شکل از تجزیه‌ی موقعیتی است، که محققین اظهار داشته‌اند که ممکن است منعکس‌کننده‌ی پردازش هیجانی ناپایدار باشد، همچون ترس از مرگ یا پانیک. مفهوم‌سازی تاکسون، تجزیه را به عنوان یک پاسخ آسیب‌شناختی (نابهنجار) به تروما تلقی می‌کند، از این‌رو شامل تجزیه‌های غیرآسیب‌شناختی مثل رؤیاپردازی نمی‌شود. دیدگاه تاکسون فرض را بر این می‌گذارد که تجزیه‌های ناشی از تروما شکل متمایزی دارند و موجب تغییرات بیشتری در سطح آگاهی فرد می‌شوند. مفهوم‌سازی تجزیه به عنوان یک ویژگی بیان می‌کند که تجزیه کارکردی است که محصول تفاوت فردی است، روی یک طیف قرار گرفته، ثبات فرد را در موقعیت‌ها نشان می‌دهد و می‌توان آن را با استفاده از ابزارهایی مثل مقیاس تجربیات تجزیه‌ای سنجید. علی‌رغم

1-Schauer

2-Elbert

3-Olsen

4-Beck

5-Evren

6-Cinar

7-taxon