

ذهنیت‌های طرحواره‌ای، تجربه‌ی کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی

نویسندگان: نازیلا حنایی^{۱*}، مجید محمودعلیلو^۲، عباس بخشی‌پور رودسری^۲ و ابراهیم اکبری^۱

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز.

*Email: hanaeinazila36@gmail.com

چکیده

روابط اولیه والدین با کودک و حوادث تروماتیک دوران کودکی در شکل‌گیری اختلالات شخصیت نقش به‌سزایی دارند. طبق نظر یانگ، مشخصه اختلال شخصیت مرزی حالات متغیر تفکر، احساسات و رفتار می‌باشد که اصطلاحاً به آن «ذهنیت طرحواره‌ای» اطلاق می‌گردد. اهداف پژوهش حاضر، تعیین تفاوت سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری در بیماران اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار و همچنین پیش‌بینی ذهنیت‌های طرحواره‌ای در بیماران اختلال شخصیت مرزی بر اساس تجربه کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش، کلیه بیماران اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی و مرکز مشاوره اندیشه مهر شهر تبریز بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۶۰ نفر (۳۰ بیمار اختلال شخصیت مرزی و ۳۰ نفر گروه بهنجار) انتخاب شدند. گروه بهنجار از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با گروه بیماران اختلال شخصیت مرزی هم‌تا شدند. هر دو گروه پرسشنامه‌های ذهنیت طرحواره‌ای (SMQ)، سبک‌های دلبستگی هازن و شیور (AAI)، و تجربه کودک آزاری (CASRS) را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۱۷ و LISREL نسخه ۸/۵۴ و به روش آزمون تحلیل واریانس چند راهه (MANOVA) و تحلیل مسیر (Path Analysis) انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که گروه‌های پژوهش در سبک دلبستگی دوسوگرا و زیرمقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت و آزار جنسی مقیاس تجربه کودک آزاری با هم تفاوت معناداری نشان دادند. همچنین ذهنیت‌های طرحواره‌ای توسط سبک‌های دلبستگی و مقیاس‌های کودک آزاری پیش‌بینی شدند که سبک دلبستگی اجتنابی و آزارهای عاطفی و جنسی سهم بیشتری را در این پیش‌بینی داشتند. نتایج به دست آمده از مدل طرحواره‌ای یانگ حمایت می‌کند و به نقش سبک تربیتی نامطلوب والدین و روابط اولیه منفی والدین با کودکان بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد تأکید می‌کند. به طوری که شکل‌گیری سبک دلبستگی اجتنابی، و همچنین تجربه آزارهای عاطفی و جنسی در دوران کودکی، فرد را در بزرگسالی مستعد اختلال شخصیت مرزی می‌کند.

کلید واژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، ذهنیت‌های طرحواره‌ای، سبک‌های دلبستگی، کودک آزاری

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وختار

• دریافت مقاله: ۹۲/۸/۲۸

• پذیرش مقاله: ۹۳/۷/۲۶

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-Second Year, No.12
Spring & Summer
2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

مقدمه

جنسی و غیره زیاد است موجب آزار و آسیب کودک می‌گردد، و این کودک آزاری و مسامحه موجب اختلال شخصیت به ویژه مرزی می‌شود [۶].

تعداد زیادی از مطالعات که در دهه اخیر به فراوانی وجود تروماهای کودکی در بیماران مرزی اشاره داشته‌اند، وقوع ترومای (آزار) کودکی، را به شکل بالایی در بیماران مرزی را تأیید کرده‌اند [۷-۲۰]. زانارینی و فرانکنبورگ^۴ [۶] نوعی مدل چند عاملی را برای اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد کرده‌اند و معتقدند که این اختلال از ترکیب پیچیده سه مؤلفه خلق و خوی ذاتی، تجربه‌های دردناک و چالش برانگیز کودکی، و کژکاری‌های نورولوژیکی و بیوشیمیایی ناشی می‌شود. مدل مسیر چندگانه، طبقه بندی مفیدی برای حوادث تروماتیک ارائه کرده است. این مدل براساس تجربه‌های ناگوار کودکی، سه نوع تروما را از هم متمایز کرده است. ترومای تیپ ۱ شامل؛ جدایی‌های اولیه، بی تفاوتی مزمن به احساسات کودک، و اختلافات و ناسازگاری‌های هیجانی داخل خانواده. ترومای تیپ ۲ شامل؛ آزار کلامی و هیجانی، غفلت از نیازهای فیزیکی و بیماری‌های روانی والدین و ترومای تیپ ۳ نیز شامل؛ آزارهای جسمی و جنسی شدید، و اختلالات روانی مزمن یکی از مراقب‌ها می‌باشد [۲]. زانارینی و گوندرسون [به نقل از ۲] در دو گروه مرزی و ضد اجتماعی اشکال اساسی غفلت و آزار (در دوران کودکی) را یافته‌اند که البته در بیماران مرزی آزار کلامی و ترک هیجانی بیشتر از ضد اجتماعی‌ها گزارش شد. در تحقیقی که توسط هرمن و همکاران [۷] انجام شد حاکی از این بود که بیماران مرزی گزارشات بیشتری از آزار کلامی و جنسی و شاهد خشونت بودن را به نسبت افراد غیر بیمار و افراد با صفات مرزی را نشان دادند. بندلا^۵ و همکاران [۹] نیز در پژوهش خود گزارش دادند که تروماهای کودکی و سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد در افراد اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد سالم زیادتر می‌باشد. هر چند تعدادی پژوهشگر از جمله

اختلالات شخصیت از مهمترین مشکلات اجتماعی و پزشکی است. روانپزشکان، متخصصان بهداشت روان و جامعه‌شناسان به این اختلالات توجه جدی نشان داده‌اند. شیوع این اختلالات در جمعیت عادی بین ۱۱ تا ۲۳ درصد گزارش شده است، که رقمی هشدار دهنده می‌باشد [۱].

یکی از انواع اختلالات شخصیت در خوشه B، اختلال شخصیت مرزی^۱ می‌باشد. اختلال شخصیت مرزی، شایع ترین اختلال شخصیت در محیط‌های روانپزشکی است [۲]. نوسان و بی ثباتی شدید در حالات رفتاری و هیجانی بیماران مرزی تا مدت‌ها پژوهشگران را دچار سردرگمی کرده بود. این نوسانات شدید از مهمترین مشخصات اختلال شخصیت مرزی محسوب می‌شود. بر همین اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، اختلال شخصیت مرزی را الگویی فراگیر از بی ثباتی در روابط بین فردی، خودپنداره، هیجانات و همچنین با تکانشگری مشخص، تعریف کرده است [۱ و ۳].

از زمان شروع تشخیص بیماری مرزی، نظریه پردازان بالینی معتقد بودند که هسته آسیب شناسی این بیماری مربوط به حیطه روابط بین فردی می‌باشد که این نظریات با مطرح کردن نقش اساسی نیازهای بین فردی و ترس در زمینه‌های بالینی، گسترش یافت [۴]. تا حدی که با وجود مطرح شدن پایه زیست زادی این بیماری، نقش بالقوه روابط اشفته در آسیب شناسی بیماری مرزی مورد توجه می‌باشد. فریمن، استون، مارتین^۳ [۵] معتقدند که اختلال شخصیت مرزی از تعامل عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی، اجتماعی، روانشناختی، فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه، محیط خانوادگی آشفته، پاتولوژی والدین و سبک‌های فرزندپروری بی کفایت آنها ریشه می‌گیرد. این روابط آشفته خانوادگی و سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد که در آنها غفلت از فرزندان و سوء استفاده‌های عاطفی، جسمی،

1. Borderline Personality Disorder (BPD)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental (DSM-IV)

3. Freeman, Stone, & Martin

4. Zanarini & Frankenburg

5. Bandelow

نظر فونانگی، این حالت علائمی از قبیل بی‌ثباتی خود، تکانشگری و احساس پوچی مزمن را توجیه می‌کند [۲۵]. ناتوانی در تحمل تنهایی که از دید نظریه پردازان مختلف از ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی می‌باشد [۳۲]، نشان‌دهنده شکست در ایجاد دلبستگی اولیه می‌باشد [۲۶]. و اینکه این بیماران در زمان استرس نمی‌توانند از دیگران به عنوان تسلی‌دهنده بهره ببرند که این خود نشان از دلبستگی بی‌ثبات با مراقبان اولیه (دلبستگی ناایمن) دارد.

یانگ^۴ [۳۳]، مدلی را بیان می‌کند که بر طبق آن، ارتباط نوزاد با مراقب در دوران کودکی، شناختواره‌ها و طرحواره‌هایی از محیط را در ذهن کودک شکل می‌دهد که اگر کودک تجارب ناگواری در این دوران داشته باشد طرحواره‌های ناسازگاری شکل می‌گیرند که هسته اصلی اختلالات شخصیت می‌باشد. در افرادی که در دوران کودکی مورد تجربه‌های ناگوار و خشونت قرار می‌گیرند، به دلیل آسیب‌ها و جراحت‌های روانشناختی حاصل از این سوء رفتار، طرحواره‌های ذهنی شکل می‌گیرد [۳۴]. این طرحواره‌ها در طول زمان به حرکت خود ادامه می‌دهند و خود را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند. بر طبق فرضیات، طرحواره‌های ناکارآمد نقش مهمی در ایجاد و حفظ اختلال شخصیت مرزی بازی می‌کنند [۳۷-۳۵]. طرحواره بازنمایی از خود، دیگران و جهان است که موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی مشخص می‌شوند [۳۶]. یانگ [۳۳] پیشنهاد می‌کند که ۹ تا از ۱۸ تا طرحواره‌های اولیه ناکارآمد در اختلال شخصیت مرزی نقش دارند اما همه این موارد حجم زیادی را تشکیل می‌دهند که نمی‌تواند به عنوان عقاید هسته‌ای اختلال مرزی در نظر گرفته شود. تعداد کمی از تحقیقات، رابطه بین اختلال شخصیت مرزی و طرحواره‌های ناکارآمد که توسط یانگ ارائه شده را بررسی کرده‌اند [۳۳، ۳۸-۳۶]. در مطالعه‌ی ای، ۲۳ بیمار سرپایی که به خاطر درمان سوء مصرف مواد تحت درمان

سیمون، نلسون، الیاس، گرینبرگ، هولاندر^۱ [۲۱] و زویگ-فرانک و پاریس^۲ [۲۲] این نتایج را به دست نیاورده‌اند.

از دیرباز بالبی در نظریه دلبستگی، تاثیر شرایط محیط‌های اولیه و رفتارهای مراقبین اولیه را بر کودکان مورد توجه قرار داده و دو سبک دلبستگی ایمن و ناایمن را مشخص نموده است [۲۳]. طرفداران این نظریه معتقدند که به احتمال زیاد سبک دلبستگی کودک براساس الگوهای فعال درونی^۳ از خود و نگاره‌های دلبستگی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و در روابط بزرگسالی منعکس می‌شود [۲۴]. نظریه پردازان بالینی بر این عقیده هستند که سبک دلبستگی ناایمن از مشخصه‌های اصلی آسیب‌شناسی بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌باشد [۳۰-۲۵]. هدف دلبستگی در واقع خلق کردن بیرونی مدل ذهنی (ذهنیتی) است که کودک از خود دارد (ایمن و مطمئن). سبک دلبستگی ایمن به کودک این امکان را می‌دهد که جهان اطرافش را با اعتماد به اینکه والدینش در زمان نیاز در دسترس هستند، کاوش کند. همچنین دلبستگی ایمن باید خوپنداره‌ای مثبت، پیوسته و استوار در کودک ایجاد کند و این حس که ارزش دوست داشته شدن را دارد و دید مثبتی به دیگران مهم داشته باشد (از نظر مقبول و پاسخگو بودن). این نوع از دلبستگی به شکل فاحشی با الگوهای (بی‌ثبات و بدخواهانه) که بیماران مرزی از خود و دیگران دارند متفاوت می‌باشد؛ روابط مبتنی بر خشم، فریب و غیره [۳۱]. اگر مراقبان کودک ظرفیت توسعه یافته‌ای از تفکر در مورد محتوای ذهنی خود و دیگران داشته باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که دلبستگی ایمن را در کودکانشان ایجادکنند که این موضوع ظرفیت کودک برای درک آنچه در ذهن مراقبانش است را به دست می‌آورد در حالیکه در بیماران مرزی این توانایی وجود ندارد و این بیماران از شکل دفاعی از تشخیص احساسات خشم خودشان نسبت به مراقبان یا احساس مراقبان نسبت به خود خودداری می‌کنند. که به

1. Simeon, Nelson D, Elias, Greenberg, & Hollander

2. Zweig-Frank & Paris

3. internal working model

4. Young

نماینده بعد سالم می‌باشد (که با توجه به آسیب شدید روانی در این بیماران) این بعد در بیماران مرزی ضعیف می‌باشد [۴۲].

در ذهنیت کودک رهاشده/ آسیب دیده، احساس ناتوانی و درماندگی در رسیدن به خواسته هایشان و گرفتن حمایت و مراقبت از مراقبین شان می‌باشند. علائم و نشانه‌های این ذهنیت؛ احساس درماندگی، ضعیف و بی‌ارزش بودن، ایده آل کردن والدین و تلاش‌های افراطی برای اجتناب از ترک شدن می‌باشد. در ذهنیت کودک تکانشی، فرد به شکل تکانشگرانه‌ای برای رفع نیازهایش عمل می‌کند و به صورت شدیدی خشمگین، تکانشی، خوارکننده و پرتما می‌باشد. در ذهنیت مراقب بی تفاوت، ارتباط فرد با احساسات و نیازهایش قطع می‌باشد (به صورت دفاعی، بی تفاوت اند). علائم شان؛ بی تفاوتی، ملال، سوء مصرف مواد و الکل، انزوای اجتماعی، خودزنی (که برای از بین بردن عواطف و شناخت‌های ناخوشایند می‌باشد). متناسب با این توضیحات، بیماران اختلال شخصیت مرزی در ذهنیت‌های ذکر شده نمرات بالاتری را نسبت به گروه غیر بیمار، خوشه C^۶ و اختلال شخصیت ضد اجتماعی بدست آورده اند [۴۲-۴۰]. و طبق گزارش آرنز و همکاران [۴۱] در روش القاء استرس، بیماران مرزی نسبت به سایر گروه‌ها، فعال شدن ذهنیت مراقب بی تفاوت را نشان دادند که حاکی از شدت اختصاصی بودن این ذهنیت در بیماران اختلال شخصیت مرزی می‌باشد.

با توجه به افزایش اختلال شخصیت مرزی در جوامع کنونی، پژوهش در مورد عوامل مؤثر بر شکل‌گیری این اختلال ضروری بنظر می‌رسد. البته باید در بررسی این عوامل روانشناختی به غیرخطی بودن آنها در ارتباط با اختلال شخصیت مرزی نیز توجه داشت. اهمیت عملی پژوهش، توجه به بنیادهای شناختی - هیجانی این اختلال از یک سو، و نقش تجارب آسیب زای دوران کودکی این افراد، در کاربندی مناسب و دقیق تر مداخلات بالینی است همچنین روشن ساختن نقش تجارب تروماتیک

بودند، اختلال شخصیت مرزی مرتبط با دو طرحواره ناکارآمد از حیطه گسستگی و طرد^۱ (ترک شدگی و سوء ظن^۲) بودند و به شکل اختصاصی مرتبط با طرحواره رها شدگی می‌باشد [۳۹].

طبق یافته‌های اخیر، اختلال شخصیت مرزی را نمی‌توان توسط یک دسته از طرحواره‌های آسیب‌زا توصیف کرد، بلکه مجموعه‌ای از طرحواره‌های مختلف که به شکل گردشی فعال می‌شوند، این اختلال را بهتر توصیف می‌کند [۴۰]. زیرا این بیماران، خیلی سریع از یک حالت عاطفی یا پاسخ مقابله‌ای افراطی به یک حالت یا پاسخ دیگر، تغییر جهت می‌دهند و از آنجائی که تمرکز عمده مدل اصلی طرحواره بر سازه‌های صفت مانند، همچون طرحواره یا سبک‌های مقابله‌ای بود، لذا در نظر گرفتن این مدل جهت تبیین پدیده تغییر حالت‌های ناگهانی بیماران کافی به نظر نمی‌رسد [۳۶]. یانگ [۳۳] مدل «ذهنیت طرحواره ای^۳» را برای توضیح و فهم بهتر نوسان‌های شدید در بیماران مرزی در نظر گرفته است که این ایده را قبلاً بک^۴ در یک ورکشاپ بالینی^۵ استفاده کرده بود [۴۱]. ذهنیت طرحواره‌ای یک الگوی سازمان یافته از تفکر، احساس و رفتار است که منشأ آن مجموعه‌ای از طرحواره هاست که از سایر ذهنیت‌های طرحواره ای، مستقل می‌باشد. فرض براین است که بیماران مرزی به طور ناگهانی از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر پرش دارند. طبق شواهد بک، بعضی از این حالات کودکان بنظر می‌رسند که ممکن است برای خود بیمار و دیگران گیج کننده باشد [۴۰].

یانگ فرض کرده است که بیماران مرزی چهار ذهنیت طرحواره مرکزی دارند: محافظ بی تفاوت، کودک عصبانی/ کودک رها شده (که بعداً به دلیل نقش آزار در شکل‌گیری اختلال مرزی به کودک رهاشده/ آسیب دیده تبدیل شد) و والد تنبیه‌گر [۴۰ و ۴۲]. علاوه بر این ذهنیت‌ها، یک ذهنیت بزرگسال سالم وجود دارد که

1. disconnection and rejection

2. abandonment and misuse/ abuse

3. schema mode

4. Beck

5. clinical workshops

6. Cluster

دوران کودکی در شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی می‌تواند به بینش‌های مفیدی از نظر مداخلات در سطح اول پیشگیری منجر گردد و اینکه می‌توان از یافته‌های این پژوهش تلویحات عملی متعددی را در زمینه آموزش خانواده‌ها و مداخلات بهنگام تر استنتاج نمود. اهمیت نظری این پژوهش، توسعه مرزهای دانش است و منظری جدید به فهم و صورت‌بندی این اختلال، به ویژه در پرتو نظریه هیجان برانگیز طرحواره درمانی می‌گشاید. بنابراین، در این پژوهش سعی بر آن است که با توجه به نوع روابط بین کودک و والد که در دوران کودکی رخ داده است، سبک‌های ویژه شناختواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌هایی که در این دوران شکل می‌گیرند، بررسی شود. در واقع به طور اختصاصی تر هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری در افراد اختلال شخصیت مرزی با افراد عادی است و اینکه عوامل مؤثر بر شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای را که خود هسته اختلال شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی می‌باشند، بررسی کند که در این راستا دو عامل تجربه کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی مورد توجه قرار می‌گیرد. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از: ۱- بین بیماران اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار در سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری تفاوت معناداری وجود دارد. ۲- ذهنیت‌های طرحواره‌ای در بیماران اختلال شخصیت مرزی را می‌توان براساس سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری پیش‌بینی کرد.

روش

نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای می‌باشد.

آزمودنی

جامعه آماری پژوهش حاضر را جمعیت افراد با اختلال شخصیت مرزی و افراد فاقد این اختلال و دیگر

نشانه‌های اختلال روانشناختی شهر تبریز تشکیل می‌دادند. با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ بیمار اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. نمونه بیماران از بین مراجعان پذیرفته شده در بیمارستان رازی تبریز و مرکز مشاوره اندیشه مهر انتخاب شدند. این بیماران که توسط متخصصین روانپزشک و روانشناس بالینی به عنوان اختلال شخصیت مرزی تشخیص‌گذاری شده بودند، مجدداً توسط گروه پژوهش به وسیله مصاحبه بالینی ساختاریافته و مقیاس شخصیتی مرزی^۱ تشخیص‌گذاری شدند. پس از توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش و راهنمایی‌های لازم در خصوص نحوه پرکردن پرسشنامه‌ها، با گروه پژوهشی همکاری کردند. ۳۰ آزمودنی غیربیمار از میان بستگان بیماران و آشنایان افرادی که در مراکز درمانی شاغل بودند انتخاب شده و مورد مقایسه قرار گرفتند. آزمودنی‌های غیربیمار نیز، با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، میزان تحصیلات، سطح اجتماعی-اقتصادی، وضعیت شغلی، و وضعیت تأهل با گروه بیمار هم‌تا شدند.

معیارهای ورود آزمودنی‌های بیمار شامل: سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال (حداقل سن لازم برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی ۱۸ سال است و مقطع سنی است که از آن پس نشانه‌های این اختلال ممکن است کاهش یابد، ۴۵ سالگی است)، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی براساس DSM-IV، فاقد سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی، عدم سوء مصرف مواد و مشکلات جسمی شدید. معیارهای خروج عبارت بودند از: فقدان نشانه‌های مرضی مشخص اختلال شخصیت مرزی، سابقه دوره‌های آشفتگی و روان‌گسستگی، سوء مصرف مواد و مسمومیت دارویی و یا ترک دارو. معیارهای ورود آزمودنی‌های غیربیمار نیز اختلال در محور یک یا مشکلات در محور دو، عدم سوء مصرف مواد، عدم مشکلات و بیماری‌های جسمی شدید.

^۱ Schizotypal Trait questionnaire-B form (STB)

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه ذهنیت طرحواره ای^۱: این پرسشنامه براساس پیشنهاد یانگ [۳۳]، بک و فریمن^۲ [۳۵]، آرنتز و همکاران [۳۹] و مشاهدات بالینی می‌باشد. پرسشنامه ذهنیت طرحواره‌ای شامل ۷ ماده از شناخت‌ها، ۵ ماده هیجانی و ۵ ماده رفتاری برای هر ذهنیت می‌باشد که این ماده‌ها به طور تصادفی در بین مقوله‌های هر ذهنیت جای داده شده است. از شرکت کنندگان خواسته می‌شود که ماده‌های مربوطه را با توجه به حالات کلی خودشان درجه بندی کنند [۴۰]. در این پژوهش از فرم ۵ ذهنیت طرحواره‌ای که توسط آرنز و همکاران [۴۱] تهیه گردیده، استفاده شد. (۱) مراقب بی تفاوت (بهترین کار این ست که از دیگران فاصله بگیرم، احساس تهی بودن یا پوچی می‌کنم)، (۲) کودک عصبانی (من باید احساساتم را تخلیه کنم و آنها را خنثی کنم، من مستقیماً نیازهایم را ارضا می‌کنم)، (۳) کودک آسیب دیده/رها شده (من ناتوان و عاجزم، من به اطمینان بخشی و تضمین نیاز دارم)، (۴) والد تنبیه گر (من آدم بدی هستم و مستحق تنبیه می‌باشم، من گناهکارم)، و (۵) ذهنیت بزرگسال سالم (من ارزشمند هستم، من احساس خوبی دارم). نمره گذاری این آزمون روی یک مقیاس شش درجه‌ای از نوع لیکرت که از «هرگز» تا «همیشه» می‌باشد، نمره گذاری می‌شود. طبق تحقیقات انجام شده توسط لوبستال و همکاران [۴۰]، در مورد پایایی این آزمون، همبستگی درونی خرده مقیاس‌ها، که از طریق آلفای کرونباخ به دست آمده از ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ با میانگین ۰/۸۹ می‌باشد. همچنین اینکه این آزمون دارای روایی افتراقی مناسب و روایی همگرایی متوسطی می‌باشد. با توجه به فقدان تحقیقات ایرانی در مورد این پرسشنامه، جهت برآورد پایایی، از روش محاسبه همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) و روش آزمون-باز آزمون استفاده شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۹۰ می‌باشد.

۲. پرسشنامه تجربه کودک آزاری^۳: این پرسشنامه،

تجربه کودک آزاری را در ۴ بعد غفلت، آزار جنسی، آزار جسمی و آزار عاطفی بررسی می‌کند. این پرسشنامه توسط محمد خانی و همکاران [۴۳] تهیه شده است که ابتدا شامل ۵۴ آیتم بوده که از این تعداد، ۷ سؤال برای آزار جسمی، ۹ سؤال برای آزار جنسی، ۲۱ سؤال برای آزار عاطفی و جوّ منفی خانه و ۱۷ سؤال برای غفلت، مشخص شده است. محققان مذکور پس از اجرای تحلیل عاملی به روش تحلیل مولفه‌های اصلی از ۵۴ ماده مقیاس، ۳۸ ماده که دارای بیشترین همبستگی با متغیرهای مورد اندازه گیری بود را به دست آوردند و به منظور بررسی روایی مقیاس خودگزارشی کودک آزاری از روش‌های محاسبه روایی محتوا، روایی سازه و روایی ملاکی استفاده کردند و برای محاسبه ضریب پایایی مقیاس از روش محاسبه همبستگی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ) و روش آزمون-باز آزمون استفاده نمودند. در پژوهش آنها ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خود گزارشی کودک آزاری ۰/۹۲ محاسبه گردید. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین ضریب همبستگی آزمون-باز آزمون برای خرده مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و آزار جنسی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بدست آوردند [۴۳].

۳. پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان ۴ هازن و شیور^۴: برای تعیین سبک دلبستگی از آزمون دلبستگی بزرگسالان هازن و شیور (۱۹۸۷) استفاده شد. یک مقیاس خودگزارش دهی است که بر مبنای سبک‌های دلبستگی سه گانه اینزورث^۵ طراحی شده است. این مقیاس مشتمل بر سه عبارت توصیفی از احساسات فرد درباره روابط بین فردی است که هر کدام از آنها به یکی از سبک‌های دلبستگی اشاره دارد. شامل دو بخش است که در بخش اول پرسشنامه دلبستگی بزرگسال سه پاراگراف اساسی به شکل جملاتی توصیفی مطرح شده، که آزمودنی باید پاسخ هایش را روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از نوع لیکرت

۴. Adults Attachment Inventory (AAI)

۵. Hazen & Shaver

۶. Ainsworth

۱. The Schema Mode Questionnaire (SMQ)

۲. Beck & Freeman

۳. Child Abuse Self Report Survey (CASRS)

(ماده‌های؛ ۷، ۹، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) را می‌سنجد. راولینگز و همکاران ضریب آلفای مقیاس شخصیتی مرزی را ۰/۸۰ و روایی همزمان این مقیاس با مقیاس‌های روان‌آزردگی و روان‌گسستگی پرسشنامه شخصیتی آیزنک ۵ به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش کرده‌اند. در ایران محمدزاده و همکاران برای کل مقیاس شخصیتی مرزی و خرده‌مقیاس‌های ناامیدی، تکانشگری و علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس، به ترتیب ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۴، ۰/۵۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰ و ضریب آلفای ۰/۷۷، ۰/۶۴، ۰/۵۸ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند [به نقل از ۴۵]. در پژوهش محمود علیلو و همکاران [۴۵] نیز پایایی کل مقیاس شخصیت مرزی و خرده‌مقیاس‌های ناامیدی، تکانشگری و علایم تجزیه‌ای به ترتیب برابر با ۰/۷۳، ۰/۶۳، ۰/۵۸ و ۰/۵۶ حاصل شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) با استفاده از نرم افزار SPSS-17 و تحلیل مسیر با نرم افزار LISREL-8/54 استفاده شده است.

نتایج

به منظور ارائه تصویر روش‌تر از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای سبک‌های دلبستگی و زیرمقیاس‌های کودک آزاری هر یک از دو گروه آزمودنی‌های دچار اختلال شخصیت مرزی و آزمودنی‌های غیر بیمار در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

به منظور مقایسه دو گروه در سبک‌های دلبستگی و زیرمقیاس‌های کودک آزاری، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. قبل از انجام تحلیل مانوا می‌بایست پیش فرض‌های آن، یعنی برابری کوارینانس و واریانس، مورد آزمون قرار گیرد. به همین منظور با توجه به گروه‌های پژوهش از آزمون باکس (BOX) و آزمون لوین استفاده گردید.

که از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» درجه بندی شده مشخص کند که در واقع تعیین این امر است که تا چه حد با ویژگی‌های آزمودنی مطابقت دارد. در بخش دوم پرسشنامه دلبستگی بزرگسال، مجدداً همان توصیف‌ها مطرح شده ولی این بار آزمودنی باید تنها با علامت زدن یکی از آنها تشابه خود را با یکی از آن توصیف‌ها بیان کند. بالدوین و فر ۱ در ۱۹۹۵، با انجام شش مطالعه به فاصله زمانی ۱۲ تا ۱۶ هفته روی دانشجویان پایایی کلی این مقیاس را ۰/۶۷ گزارش نموده‌اند. پاکدامن در سال ۱۳۸۰ قابلیت اعتماد این آزمون را بر روی آزمودنی‌های ایرانی مورد بررسی قرار داد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که، همبستگی بین آزمون و آزمون مجدد بعد از یک ماه برای دلبستگی ایمن ۰/۳۶ و برای دلبستگی اجتنابی ۰/۵۶ و در مورد دلبستگی اضطرابی - دوسوگرا ۰/۷۲ به دست آمده است. میزان آلفای کرونباخ در مورد اجرای پرسشنامه بر روی ۱۰۰ نفر برای دستیابی به قابلیت اعتماد، برابر ۰/۸۷ شده که میزان بالایی است [به نقل از ۴۴].

۴. مقیاس شخصیتی مرزی (STB): این مقیاس بخشی از پرسشنامه صفات اسکیزوتوئیدی و مقیاس شخصیت مرزی است که در سال ۱۹۸۴ توسط کلاریج و بروکس^۲ ساخته شده و در سال ۲۰۰۱ توسط راولینگز، کلاریج و فریمن^۳ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. در سال ۱۳۸۴، محمدزاده و همکاران با انطباق نسخه ویرایش شده این آزمون با ملاک‌های DSM-IV علاوه بر ۱۸ ماده اولیه، ۶ ماده دیگر نیز به آن افزودند. بنابراین مقیاس شخصیتی مرزی ۲۴ ماده دارد (۴ ماده وزن عاملی کمتر از ۰/۳۰ داشته و از تحلیل حذف شدند؛ بنابراین در بررسی نهایی تنها ۲۰ ماده دارای اعتبار و روایی مناسب بودند) که به صورت بلی / خیر پاسخ داده می‌شوند. این مقیاس سه عامل ناامیدی (ماده‌های؛ ۲، ۳، ۴، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴)، تکانشگری (ماده‌های؛ ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷) و علایم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس^۴

1. Baldwin & Fehr

2. Claridge & Broks

3. Rawlings, Claridge, & Freeman

4. hopelessness, impulsivity, stress related dissociative and paranoid symptoms

5. Eysenck personality questionnaire

جدول ۱: میانگین (و انحراف معیار) دو گروه در متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	آزمودنی‌های اختلال شخصیت مرزی	آزمودنی‌های غیر بیمار
سبک‌های دلبستگی	اجتنابی	۴/۸۶ (۱/۶۷)
	دوسوگرا	۵/۲۰ (۱/۹۸)
	ایمن	۴ (۱/۷۶)
کودک آزاری	آزار عاطفی	۰/۹۱۷ (۰/۳۹۱)
	غفلت	۱/۳۷ (۰/۶۱۸)
	آزار جسمی	۰/۷۳۱ (۰/۱۵۵)
	آزار جنسی	۰/۷۱۲ (۰/۳۸۵)

جدول ۲: نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	خطای df	سطح معناداری	توان مشاهده شده
لامبدای ویلکز	۰/۶۲	۸/۲۲	۷	۵۵	۰/۰۱۰	۱

جدول ۳: آزمون مانوا برای مقایسه دو گروه در سبک‌های دلبستگی و زیرمقیاس‌های کودک آزاری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سبک‌های دلبستگی	اجتنابی	۱	۹/۶۰	۳/۵۸	۰/۰۶۳
	دوسوگرا	۱	۲۸/۰۱۷	۸/۰۸	۰/۰۰۶
	ایمن	۱	۴/۸۱۷	۱/۵۵	۰/۲۱۷
کودک آزاری	آزار عاطفی	۱	۰/۷۹۶	۶/۷۷	۰/۰۱۲
	غفلت	۱	۰/۷۹۶	۲۳/۱۵	۰/۰۰۱
	آزار جسمی	۱	۰/۰۱۴	۰/۴۹	۰/۴۸
	آزار جنسی	۱	۲/۵۷	۲۰/۹	۰/۰۰۱

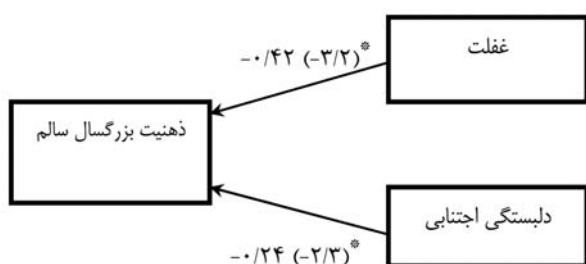
P < ۰/۰۵

معناداری به دست نیامد. فرضیه اصلی پژوهش این بود که سبک دلبستگی و زیرمقیاس‌های کودک آزاری در بیماران اختلال شخصیت مرزی پیش‌بینی‌کننده ذهنیت‌های طحوراره‌ای می‌باشند. چون بین متغیرهای پژوهش روابط پیچیده علمی وجود دارد و هدف گروه پژوهشی آزمودن مدل خاصی از رابطه بین متغیرها بود لذا برای آزمودن این فرضیه به جای رگرسیون از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در نمودار ۱ مشخص شده که سبک دلبستگی و مقیاس‌های کودک آزاری چه ذهنیت‌هایی را پیش‌بینی می‌کند.

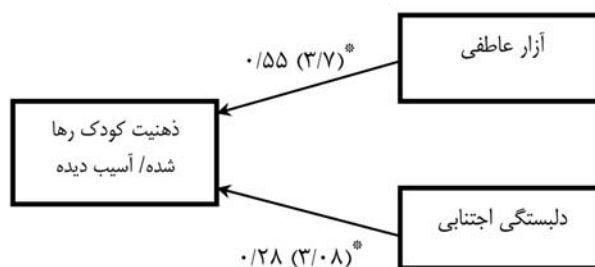
نتایج آزمون باکس برای برابری کواریانس و آزمون لوین برای همسانی واریانس نشان داد که در سطح $P > ۰/۰۵$ معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین پیش‌فرض‌های انجام مانوا مشکلی ندارد و در ادامه نتایج تجزیه و تحلیل مانوا در جدول ۲ آمده است.

مطابق جدول ۳، بین میانگین نمرات دو گروه در سبک دلبستگی دوسوگرا و زیرمقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، و آزار جنسی در کودک آزاری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). تنها در سبک دلبستگی اجتنابی و ایمن و زیرمقیاس آزار جسمی در کودک آزاری بود که تفاوت

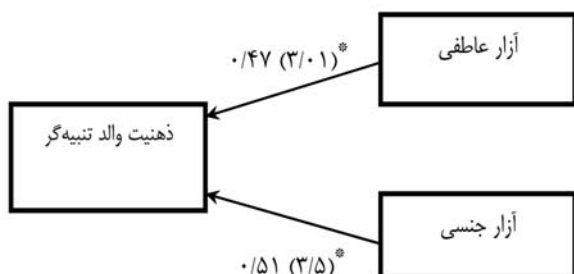
ذهنیت‌های طرحواره ای، تجربه‌ی کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی



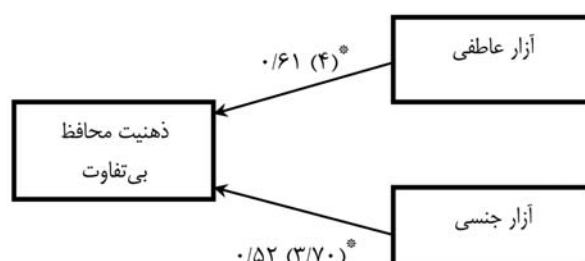
نمودار ۳: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای بزرگسال سالم



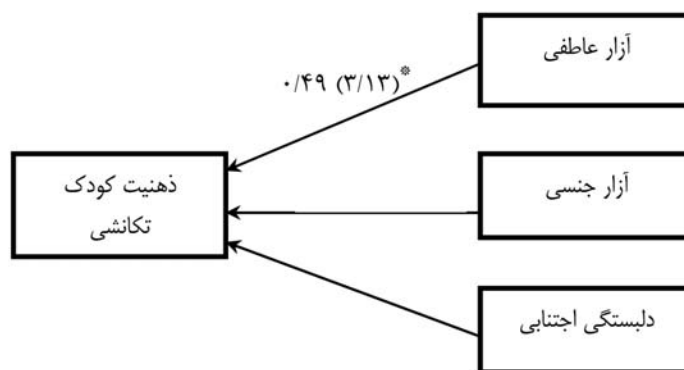
نمودار ۱: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای کودک رها شده / آسیب دیده



نمودار ۴: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای والد تنبیه‌گر



نمودار ۲: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای محافظ بی تفاوت



نمودار ۵: پیش‌بینی‌کننده‌های ذهنیت طرحواره‌ای کودک تکانشی

جنسی، و غفلت و در میان سبک‌های دلبستگی تنها سبک دلبستگی اجتنابی ذهنیت‌های طرحواره‌ای را در آزمودنی‌های اختلال شخصیت مرزی پیش‌بینی می‌کنند. ذهنیت طرحواره‌ای محافظ بی تفاوت با آزار عاطفی (۴) و آزار جنسی (۳/۷۰) یک رابطه مثبت دارد، ذهنیت

در نمودارهای ۱ الی ۵ که با استفاده از روش تحلیل مسیر و نرم‌افزار LISREL نسخه ۸/۵۴ بدست آمده است، اعداد روی مسیر، ضریب مسیر و اعداد داخل پرانتز، ضریب t را نشان می‌دهد. مطابق نمودارهای فوق، زیرمقیاس‌های کودک آزاری شامل آزار عاطفی، آزار

می‌باشد و در راستای نتایج پژوهش اکبری و همکاران [۳۰]، فوناگی [۲۵]، استیل و سیور [۲۶]، بال و لینکس [۳۸]، واتسون و همکاران [۲۰]، بندلا و همکاران [۹]، آگراوال و همکاران [۴۳]، باتل و همکاران [۱۲]، گولیر و همکاران [۱۴]، گودمن و یهودا [۱۵]، فوساتی و همکاران [۲۹]، زانارینی و همکاران [۱۷]، زانارینی و فرانکنبورگ [۶] می‌باشد. هرچند مطالعات انجام شده از لحاظ روش با هم فرق داشته‌اند ولی همه این مطالعات حاکی از مشکلاتی در روابط بین فردی، سبک‌های دلبستگی و تجربه تروماهای کودکی در بیماران شخصیت مرزی هستند. نتایج این پژوهش ناهمسو با پژوهش‌های سیمون و همکاران [۲۱] و زویگ و همکاران [۲۲] می‌باشد.

فقدان سبک دلبستگی ایمن، بنا به دلایلی شامل غفلت و آزار است که نقش اساسی در تخریب ارتباط موضوعی افرادی دارد که دارای آسیب‌شناسی اختلال مرزی هستند. یکی از مشخصه‌های اساسی اختلال شخصیت مرزی، فقدان رشد پایداری شیء است که به طور کلی در سال‌های دوم و سوم زندگی به وجود می‌آید. ترومای کودکی معمولاً با دلبستگی نایمن به مراقبان اولیه شروع می‌شود که طبق این سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی مرتبط با الگوهای دلبستگی سازمان نیافته/ جهت نیافته مرتبط می‌باشد و در نوزادانی مشاهده می‌شود که مراقبان اولیه، رفتارهای آشفتگی و گسسته نسبت به نوزاد داشته‌اند که مطابق با نیازهای کودک نبوده است [۴۶]. ترومای کودکی به صورت مستقیم، اختلال شخصیت مرزی را پیش بینی نمی‌کند بلکه تجربه آزارهای کودکی و تروماها، سبک دلبستگی را خراب می‌کند و فرد را به سمت الگوهای نایمن دلبستگی می‌کشاند [۳۹].

طبق یافته‌ها، تجارب افراد اختلال شخصیت مرزی از ارتباطات بین فردی ناخوشایند، غفلت و تهدید به ترک شدن، می‌تواند توجیهی برای تصور آسیب‌زننده بودن و مورد غفلت واقع شدن این بیماران به روابط فعلی شان باشد [۳۱]. زانارینی و همکاران [۱۷]، این فرض را در نظر گرفته‌اند که مادر غفلتگر ممکن است نتواند از کودک در

طرحواره‌های کودک رها شده و سوء استفاده شده با آزار عاطفی (۳/۷) و سبک دلبستگی اجتنابی (۳/۰۸) یک رابطه مثبت دارد، ذهنیت طرحواره‌ای والد تنبیه‌گر با آزار عاطفی (۳/۰۱) و آزار جنسی (۳/۵) یک رابطه مثبت دارد. ذهنیت طرحواره‌ای کودک تکانشی با آزار عاطفی (۳/۱۳)، آزار جنسی (۲/۷)، و سبک دلبستگی اجتنابی (۲/۳) یک رابطه مثبت دارد ($P < 0.05$). به عبارتی دیگر، هرچه افراد در کودکی بیشتر مورد آزار عاطفی، آزار جنسی قرار گرفته باشند و از سبک دلبستگی اجتنابی برخوردار باشند، احتمال شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای مراقب بی تفاوت، کودک رها شده و مورد سوء استفاده واقع شده، والد تنبیه‌گر و کودک تکانشی در آنها بیشتر است و بالعکس. ذهنیت طرحواره‌ای بزرگسال سالم با زیرمقیاس غفلت (-۳/۲) و سبک دلبستگی اجتنابی (-۳/۳) یک رابطه منفی دارد ($P < 0.05$). به عبارتی هر چه افراد در کودکی کمتر دچار غفلت (مسامحه) قرار گرفته باشند و دارای سبک دلبستگی ایمن‌تری باشند، ذهنیت طرحواره‌ای بزرگسال سالم در آنها فعال‌تر می‌شود و برعکس.

به طور کلی، زیرمقیاس‌های کودک‌آزاری و سبک‌های دلبستگی قادر به پیش‌بینی پنج ذهنیت طرحواره‌ای در افراد اختلال شخصیت مرزی بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین تفاوت سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک‌آزاری در افراد اختلال شخصیت مرزی و افراد عادی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه در سبک‌های دلبستگی دوسوگرا و زیرمقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، و آزار جنسی تفاوت معناداری وجود دارد. افراد اختلال شخصیت مرزی دارای سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا هستند و در کودکی آزار عاطفی، غفلت و آزار جنسی را تجربه کرده‌اند. این یافته‌ها هماهنگ با نظریه‌هایی است که بی‌ثباتی در روابط بین فردی را هسته اصلی آسیب‌شناسی بیماران مرزی

می‌گردد و خشم را افزایش می‌دهد که در قالب الگوی ترک خشمگینانه تجلی می‌یابد. افرادی که تمایل به ارتباط نزدیک و صمیمی دارند اما در مقابل تحقیر شدن یا وابستگی به شکل واکنشی عمل می‌کنند. و این شبیه الگویی است که می‌یر^۳ و همکاران [به نقل از ۲] با عنوان پروتوتایپ اختلال شخصیت مرزی نام می‌برند: دمدمی مزاج بودن و دوسوگرایی در روابط [۲۷]. آنها نمی‌توانند میان خود و دیگران تمایز قائل شوند مگر آنکه قبلاً تصویر یک «چهره ارضاء کننده» را که حضوری پایدار و باثبات دارد، درونی سازی کرده باشد. هراس کودک از آن است که مبدا مادر او را برای همیشه ترک کند و دیگر بازگشتی در کار نباشد. بیمار مرزی، دائماً چیزی شبیه این نوع «اضطراب جدایی» کوبنده را مجدداً در بزرگسالی تجربه می‌کند [۲].

شواهد زیادی مبنی بر اینکه بدرفتاری ظرفیت‌های بازتابی و احساس نسبت به خود^۴ را مختل می‌کند، وجود دارد [۲۶]. تحقیق بر روی کودکانی که مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند نشان داد که نقص انجام در تکالیفی که مستلزم ذهنی سازی بود، وجود دارد مخصوصاً کودکانی که مورد آزار جسمی و جنسی قرار گرفته بودند. این نتایج نشان از این دارد که بدرفتاری باعث کنار کشیدن کودک از جهان ذهنی می‌گردد. اما با این حال نیاز به مجاورت (صمیمیت) در این کودکان باقی مانده و شاید- به خاطر استرس ناشی از آزار و تجربه ترومای دیگر- افزایش نشان دهد. مجاورت (نزدیکی) ذهنی به شکل غیر قابل تحملی برایشان دردناک می‌شود و به همین دلیل نیاز به نزدیکی در سطح فیزیکی خود را نشان می‌دهد. قابل ذکر است که تناقض بین مجاورت جویی فیزیکی و اجتناب از مجاورت به شکل ذهنی، ریشه در سبک دلبستگی سازمان نیافته‌ای است که در بیماران مرزی وجود دارد [۴۹ و ۵۰].

هدف دیگر پژوهش حاضر، پیش بینی ذهنیت‌های طرحواره‌ای در افراد اختلال شخصیت مرزی براساس سبک‌های دلبستگی و تجربه کودک آزاری بود. برطبق

مقابل آزار جنسی توسط دیگران محافظت کند و پدر آزارگر این دید را در دخترش بوجود می‌آورد که تحت آزار قرار گرفتن، غیر قابل اجتناب است. اثرات مخرب بی تفاوتی والدین در سنین کودکی باعث حساسیت این بیماران به «جدایی» و «از دست دادن» شده است. در واقع در نتیجه پاسخ‌های والدین به کودک، مدل درونی خود (مرتبط با درجه پذیرش و دوست داشتن والدین از دیدگاه کودک می‌باشد) و دیگران (مرتبط با این موضوع است که والدین از دید کودک تا چه اندازه در دسترس و پاسخگو بوده‌اند) شکل می‌گیرد که کودک بر اساس این الگوهای شکل گرفته شده در روابط بعدی در زندگی اش رفتار خواهد کرد [۲۳]. این مدل که تمایل به استمرار در طول دوره زندگی دارد، باورها و انتظارات فرد را با توجه به تعاملاتش در گذشته، حال و آینده جهت دهی می‌کند [۲۸]. اثرات مخرب طرد از طرف مادر در کودکی منتج به رفتارهای کنترل گرایانه بین فردی (تنبیه گر یا انزوا طلبی) در اواسط کودکی می‌شود و اگر چه شاید اختلال شخصیت مرزی را باعث نشود ولی حداقل علائم شخصیت مرزی در دوره نوجوانی را سبب خواهد شد. در طیف طرد مادرانه، شدید ترین حالت آن غیبت کامل مادرانه می‌باشد [۴۷]. این جدایی طولانی مدت از مادر که یک ماه یا بیشتر در پنج سال اول مرتبط با آسیب شناسی بعدی اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی یا بزرگسالی شناخته شده است [۴۸، ۴۶، ۴۹].

بیماران اختلال شخصیت مرزی سطح بالایی از نایمینی در سبک دلبستگی را نشان می‌دهند که منجر به وابستگی مخرب^۱ یا آشفته به الگوهای دلبستگی می‌شود و زمانی که همه مسائل به نوعی به این وابستگی مخرب ارجاع داده می‌شود، الگوی ترک خشمگینانه^۲ دیده می‌شود. به عبارتی، آنها بین مراقبت جویی و سواس گونه و ترک خشمگینانه در نوسان هستند. این افراد مشتاق به نزدیکی و گرفتن امنیت از اشکال دلبستگی شان هستند و در نتیجه گرفتار و آشفته می‌شوند. این امنیت جویی اغلب ناکام

^۳. Meyer

^۴. sense of self

^۱. enmeshed

^۲. angry withdrawal

ناکارآمدتر، گسترده تر و غیر قابل انعطاف می‌گردند. بنابراین گسستگی در آسیب‌شناسی ذهنیت (آسیب‌شناسی اختلال مرزی) نقش دارد و هرچه این آسیب‌شناسی ذهنیت بیشتر باشد ساختار گسسته شخصیت مرزی هم افزایش می‌یابد. این گسستگی ناشی از تروماهای دوران کودکی و سبک‌های دلبستگی و محیط خانوادگی است [۵۱]. وجود ذهنیت‌های مختلف در بیماران مرزی به نوعی رفتار متناقض و آشفته‌شان را توجیه می‌کند. برای مثال در ذهنیت والد تنبیه‌گر، فرد خود را مستحق تنبیه و سرزنش می‌داند و برای خودش هیچ حقی قائل نیست و از طرفی در ذهنیت کودک تکانشی، فرد عقیده دارد که از حق اساسی اش محروم شده و برای ارضاء نیازهایش باید بجنگد. هر دو این ذهنیت‌ها در بیماران مرزی وجود دارد که بسته به فعال شدن نوع ذهنیت، رفتارهای فرد دستخوش تغییر می‌شود.

در بیماران اختلال شخصیت مرزی ذهنیت‌های طرحواره‌ای مذکور زیر مجموعه‌ای از شخصیت مرزی است که با افزایش تروماهای کودکی و سبک دلبستگی نایمن، ناکارآمدی ذهنیت‌ها هم افزایش می‌یابد و بطورکلی سبک‌های دلبستگی نایمن و تروماهای کودکی، به صورت اختصاصی ذهنیت کودک (کودک تکانشی و کودک رهاشده/ آسیب دیده) تجارب گسستگی را در مدل پیش بینی می‌کند. بنابراین تجارب کودکی گزارش شده در بیماران اختلال شخصیت مرزی ممکن است مرتبط با بخش‌هایی از شخصیت باشد که به ذهنیت‌های ناکارآمد تبدیل شده‌اند مخصوصاً ذهنیت‌های کودک تکانشی و کودک رهاشده/ آسیب دیده.

در حالی که بیماران اختلال شخصیت مرزی به کنترل نداشتن بر خشم شان شناخته می‌شوند، درمانگرانی که به مدت طولانی با آنها کار کرده‌اند، دریافته‌اند که این بیماران در بیشتر اوقات تمایل دارند که بی تفاوت باشند و اینکه به نظر نمی‌رسد افراد مرزی، به طور واقعی با دیگر افراد و یا حتی با احساسات و عقاید خودشان پیوندی داشته باشند. یانگ در این مورد بیان می‌کند که افراد دارای این ذهنیت

یافته‌های حاضر، چهار ذهنیت مراقب بی تفاوت، کودک رها شده/ آسیب دیده، والد تنبیه‌گر، کودک تکانشی که مختص افراد اختلال شخصیت مرزی است، همچنین ذهنیت بزرگسال سالم توسط سبک‌های دلبستگی و زیرمقیاس‌های کودک آزاری پیش بینی شده است. از میان زیرمقیاس‌های کودک آزاری، آزار عاطفی و جنسی و به مقدار کمتری غفلت در پیش‌بینی این ذهنیت‌ها مؤثر بوده‌اند که نقش آزار عاطفی در این پیش‌بینی مهمتر بوده (۴ ذهنیت از ۵ ذهنیت را پیش‌بینی کرده است). سبک دلبستگی اجتنابی در پیش‌بینی ذهنیت‌های طرحواره‌ای نقش داشته است که این مطلب را منعکس می‌کند که نوع سبک دلبستگی در بروز اختلال شخصیت مرزی نقش ایفا می‌کند. این نتایج با پژوهش‌های جانستون و همکاران [۴۲]، لوبستال و همکاران [۵۰]، و آرنز و همکاران [۴۱] همسو می‌باشد.

طبق نظر یانگ و همکاران [۳۶]، مدل ذهنیت طرحواره‌ای کوشی برای توضیح آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی - در چارچوب ساختار شخصیتی مرزی - است که خود را به شکل ذهنیت‌های ناکارآمدی که به صورت سریع و چرخه‌ای فعال می‌شوند، نشان می‌دهند. یانگ اظهار می‌کند که ذهنیت طرحواره‌های ناکارآمد در واقع صورتی از «خود» است که به شکل پیوسته‌ای در ساختار شخصیتی ادغام نشده است و به شکل گسسته‌ای^۱ عمل می‌نماید [۴۲]. و این جابجایی پیوسته‌ای است که بین ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد وجود دارد - که این جابجایی توسط ساختار تجزیه‌ای، تسهیل می‌شود - که مسئول الگوی بی ثبات احساس، خودپنداره، روابط بین فردی و ضعف کنترل تکانه می‌باشد. پس بدون وجود شخصیتی که به شکل گسسته سازمان یافته، ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد (که هسته اصلی مشخصه مرزی می‌باشد) و همچنین حالات ناگهانی تغییرات هم وجود نداشت. هرچه گسستگی بیشتری در ذهنیت‌های طرحواره‌ای وجود داشته باشد، به نسبت این ذهنیت‌ها

^۱. dissociation

یا به خاطر فعال شدن خواسته‌هایی که برایش تهدید آمیز است، خود را فردی شیطان صفت یا بی ارزش درک کند [۴۰]. این تصور از خود را می‌توان به تجربه‌ی آزار جنسی در کودکی مرتبط دانست. در واقع بیمار تصور می‌کند به دلیل بد و شیطان صفت بودن اوست، که مورد این آزارها قرار گرفته است «من بد هستم و مستحق تنبیه‌ام». همچنین برخوردهایی مثل تنبیه کودک برای ابراز کردن عقاید یا هیجانانگیزی منفی اش، خشونت‌های کلامی و تهدید به تنبیهات شدید (آزار عاطفی) منجر به شکل‌گیری این ذهنیت می‌شود «عقاید، خواسته‌ها و هیجانانگیزی من اساساً نادرست‌اند، من حق ندارم عقاید را ابراز کنم».

افرادی که ذهنیت کودک تکانشی در آنها فعال شده، با توجه به عقاید هسته‌ای شان، آزارهایی (جنسی یا عاطفی) که در طول کودکی یا نوجوانی در خانواده تحمل کرده‌اند را به افراد دیگر و محیط‌های دیگر تعمیم می‌دهند و در واقع طرحواره‌ای از جهانی بد و مردمانی بد خواه دارند که معتقدند برای زنده ماندن باید با آنها جنگید و حق خود را از آنها گرفت. «من از حقوق اساسی‌ام محروم شده‌ام، من برای زنده ماندن باید بجنگم». این نوع شناخت باعث می‌شود این افراد در ارتباط شان با دیگران محتاط بوده و به دیگران اعتماد نکنند «دیگران شیطان صفت و بدجنس‌اند، من برای ارضاء نیازهایم باید بجنگم (سبک دلبستگی اجتنابی)» [۴۰، ۴۱، ۵۲، ۵۳].

به طور کلی نتایج حاکی از این است که آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با دیگر اختلالات شخصیت، مرتبط با آزار جنسی و جسمی می‌باشد. این یافته‌ها از این فرض حمایت می‌کند که ترومای کودکی پایه دلبستگی ناایمن در فرد به وجود می‌آورد و این دو متغیر (ترومای کودکی و سبک دلبستگی ناایمن) نیز ذهنیت طرحواره‌ای را شکل می‌دهند که این ذهنیت‌ها به نوبه خود، زمینه آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی هستند.

البته می‌بایست یافته‌های پژوهش حاضر از دیدگاه حلقوی (غیرخطی) نگاه کرد که در این زمینه اعتقاد بر این

در مقابله با آزارهای جنسی و عاطفی مجموعه‌ای از سبک‌های حفاظتی کودکانه را شکل می‌دهند، تا در این دنیای پرخطر زنده بمانند و این ذهنیت احتمالاً به آنها کمک می‌کند تا در مقابل دلبستگی (چون دلبستگی با رنج همراه است: ترک شدن، تنبیه یا آزار)، تجارب هیجانی (چون ابراز هیجانانگیزی، معمولاً ذهنیت مراقب بی تفاوت را فعال می‌کند)، ابراز وجود (دیگر ذهنیت‌های دردناک را فعال می‌کند) از خود محافظت کنند. عقاید هسته‌ای مربوط به این ذهنیت، وجود آزار جنسی (برای کنترل زندگی و زنده ماندن باید بی تفاوت بود) و آزار عاطفی (این معنایی ندارد که هیجانانگیزی احساس شوند یا با دیگران ارتباط داشته باشیم و خطرناکه اگر انجامش دهیم) را در پیشینه این افراد منعکس می‌کند [۴۱].

ریشه ذهنیت کودک رها شده/ آسیب پذیر مرتبط با ترک و آزاری است که این بیماران در دوران کودکی تجربه کرده‌اند. عقاید هسته‌ای مربوط به ذهنیت کودک رها شده/ آسیب پذیر نشان می‌دهد که این افراد در کودکی تجاربی داشته‌اند که در طی آن طرحواره‌هایی در آنها شکل گرفته که باعث می‌شود دیگران (والدین و دیگر افراد) را یاری‌گر ندانند و تصور کنند حامی و پشتیبانی نداشته و تا آخر عمر تنها خواهند ماند. «رنج‌های من پایان نمی‌پذیرد، من همیشه تنها خواهم ماند، هیچ کسی نیست که از من مراقبت کند، دیگران تو را ترک می‌کنند یا تنبیه می‌کنند، مخصوصاً وقتی با آنها صمیمی شده‌ای». از طرفی به خاطر شکل‌گیری چنین طرحواره‌هایی، افراد دارای این ذهنیت، ترجیح می‌دهند به دلیل رنجی که از ترک شدن و تنها ماندن می‌برند، به سختی به دیگران اعتماد کرده و از روابط صمیمانه اجتناب کنند «دیگران بدخواهند، به آنها نمی‌شود اعتماد کرد (سبک دلبستگی اجتنابی)» [۴۱ و ۵۲].

تحریک ذهنیت والد تنبیه‌گر منجر به فعال شدن خودسرزنی اخلاقی، که بیشتر به صورت درونی کردن مستقیم رفتارهای تنبیه‌گرانه یکی از والدین است، می‌گردد. در این ذهنیت، بیمار می‌ترسد که کار اشتباهی انجام دهد

است که از نوع مقطعی بوده، لذا با قاطعیت بالایی نمی‌توان به نتایج پژوهش استناد کرد و برای نتیجه‌گیری کامل‌تر، پژوهش‌ها و بررسی‌های بیشتری الزامی است. در این پژوهش، اکثریت آزمودنی‌ها را جمعیت مردان تشکیل می‌دهند. استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی و حجم پایین نمونه نیز از دیگر محدودیت‌هایی است که می‌توان به آن اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، گروه زنان اختلال شخصیت مرزی نیز وارد پژوهش گردد و از حجم نمونه بالاتری استفاده کرد. همچنین یک گروه از بیماران خلقی در پژوهش‌های بعدی از نظر ذهنیت‌های طرحواره‌ای بررسی گردد.

حال بر اساس نتایج حاضر، پدیدآیی اختلال شخصیت مرزی بر اساس الگوهای دلبستگی و رخداد‌های تروماتیک دوران کودکی تبیین می‌شود و این الگوها و رخدادها نیز باعث شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای در این افراد می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر برای درک ماهیت و تداوم علائم اختلال شخصیت مرزی، تلویحات بالینی جالبی دارد. اخیراً در برخی از روش‌های درمانی، بررسی الگوهای روابط والد-کودک و شناسایی حوادث آسیب‌زای کودکی و تخلیه هیجانی آنها برای کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی، مورد تأکید قرار گرفته‌اند [۵۳]. از این رو به مسئولین بهداشت روان پیشنهاد می‌شود بوسیله سلسله کارگاه‌های آموزشی با تأکید بر روابط والد-فرزند و رویکردهای دلبستگی، زمینه‌های بروز نشانه‌ها و علائم اختلال شخصیت مرزی را به حداقل برسانند.

سپاسگزاری

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌داند در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان و همچنین از مسئولین محترم بیمارستان رازی تبریز که ما را تا انتهای پژوهش یاری کردند و با سعه صدر خود موجب دلگرمی ما شدند، کمال تشکر و قدردانی داشته باشد.

است که رفتار فرد را نمی‌توان بدون توجه به بافتی که رفتار در آن بروز می‌کند (محیط) درک کرد. پیامی که یک فرد می‌فرستد، باعث تغییر و پاسخ در فرد دیگر می‌شود. آن پاسخ، پاسخ جدیدی را در فرد اول ایجاد می‌کند و به همین روال پیش می‌رود، تا بالاخره تعارض بالا می‌گیرد. یعنی بین رویدادها و پدیده‌ها رابطه دو سویه برقرار است و پدیده‌ها روی هم تأثیر متقابل دارند و این طور نیست که این متغیر باعث به وجود آمدن این اختلال می‌شود بلکه در این بین، عوامل زیادی هستند که یا روند آن را تسریع و کند می‌کنند یا باعث به وجود آمدن یا حذف آن اختلال می‌گردند. از جمله این عوامل می‌توان به نقش «افراد مهم زندگی» در تربیت کودک، تجارب ناگوار کودکی، خلق و خوی کودک، سبک‌های مقابله‌ای، موقعیت اجتماعی فرد و غیره اشاره کرد که این عوامل باعث می‌شوند طرحواره‌های فرد در بزرگسالی اصلاح شود یا تسریع پیدا کنند. ممکن است فردی شرایط اولیه زندگی سختی داشته باشد اما با سبک مقابله‌ای مناسب و خلق و خوی مثبت دچار اختلال شخصیت نشود یا آن را تعدیل نماید اما فردی دیگر با سبک مقابله‌ای ناسازگار و خلق و خوی منفی و نداشتن موقعیت اجتماعی مناسب با توجه به ترومای کودکی، در بزرگسالی دچار اختلال شخصیت گردد (۳۲، ۵۴، ۲). یکی از علت‌های اساسی اختلال شخصیت مرزی، تروماهای کودکی است (۱). اما ما نمی‌توانیم آنرا تنها علت اختلال بدانیم، بلکه نحوه رفتار «افراد مهم زندگی»، سبک‌های مقابله‌ای، خلق و خوی کودک و دیگر عوامل نقش به‌سزایی در پیدایش یا تعدیل این اختلال نقش دارند. اگر تروماهای کودکی خاموش شده باشد اما در بزرگسالی با روبرو شدن و مشاهده سوء استفاده جنسی، جسمی، کلامی و عاطفی افراد دیگر یا تجارب ناگوار دیگر در بزرگسالی ممکن است ماشه چکانی برای بروز این اختلال گردد.

از نکات هشدار دهنده در نتایج تحقیق، وقوع بالای آزار جنسی کودکی می‌باشد که توسط بیماران مرزی گزارش شده است. محدودیت اصلی این پژوهش این

منابع

- 11- Sansone RA, Gaither GA, & Songer DA. (2002). the relationships among childhood abuse, borderline personality, and selfharm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims* 17, 49– 55.
- 12- Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow C, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, & Morey LC. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18: 193-211.
- 13- Graybar S, & Boutilier LR. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 152–162.
- 14- Golier J, Yehuda R, Bierer L, Mitropoulou V, New A, Schmeidler J, Silverman J, & Siever J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160: 2018-2024.
- 15- Goodman M, & Yehuda R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 33: 337–345.
- 16- Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, Skodol AE, Grilo, CM, Gunderson JG, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender DS, Rettew JB, & McGlashan TH. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive– compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190: 510-518.
- 17- Zanarini MC, Ruser TF, Frankenburg FR, Hennen J, Gunderson JG. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188, 26– 30.
- 18- Zerkowicz P, Paris J, Guzder J, Feldman R. (2001). Diatheses and stressors in borderline pathology of childhood: the role of neuropsychological risk and trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 100– 105.
- ۱- سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی. جلد دوم. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند و نسل فردا. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷)
- ۲- محمودعلیلو، مجید، شریفی، محمد امین. (۱۳۹۰). رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- 3- Kring AM, Davison GC, Neale JM, & Johnson SL. *Abnormal Psychology*, New York: John Wiley & Sons, 2007.
- 4- Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, & Widiger TA. (2002). the borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*, 51:951–63.
- 5- Freeman A, Stone M, & Martin D. (2005). *Comparative treatments for borderline personality disorder*. New York: Springer.
- 6- Zanarini MC, & Frankenburg FR. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal Personality Disorder*, 11: 93-104.
- 7- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 490– 495.
- 8- Goldman SJ, D'Angelo EJ, DeMaso DR., & Mezzacappa E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 149: 1723–1726.
- 9- Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, & Ruther E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research* 134: 169– 179.
- 10- Brown GR., & Anderson B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry* 148, 55–61.

- 28- Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, & Lyons-Ruth K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harv Rev Psychiatry*, 12(2): 94-104.
- 29- Fossati A, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Maffei C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *J Personal Disord*, 15:390-402.
- ۳۰- اکبری، ابراهیم، محمودعلیلو، مجید، ایل بیگی، رضا، عظیمی، زینب، قاسم پور، عبدالله. (زیر چاپ).
پیش بینی مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی بر اساس الگوهای دلبستگی در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان.
- 31- Carlson EA, Egeland B, & Sroufe LA. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol*, 21: 1311-1334.
- 32- Adler G, Buie DH Jr. (1979). Aloneness and borderline psychopathology. The possible relevance of child developmental issues. *Int J Psychoanal*, 60:83-96.
- 33- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- ۳۴- خمه، اکرم، حسینیان، سیمین. (۱۳۸۹). بررسی نقش تجربه خشونت در دوران کودکی و الگوهای رفتاری خشونت و صمیمیت در دانشجویان متأهل. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۷ (۴۳): ص. ۳۹-۴۸.
- 35- Beck AT, & Freeman A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- ۳۶- یانگ، جفری، کلوسکو، ژانت، ویشار، مارجوری. (۱۳۸۶). طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصین. ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.
- 19- Van der Bosch LMC, Verheul R, Langeland W, & Van Den Bink W. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female patients with and without substance misuse. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37: 549-555.
- 20- Watson S, Chilton R, Fairchild H, & Whewell P. (2006). Associations between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 478-481.
- 21- Simeon D, Nelson D, Elias R, Greenberg J, & Hollander E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, 8(10), 755-762.
- 22- Zweig-Frank H, & Paris J. (1991). Parent's emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 648-651.
- 23- Bowlby J. (1980). *Attachment and loss. Vol. III: Sadness and depression*. Basic Books; New York.
- ۲۴- امانی، رزیتا، مجذوبی، محمدرضا. (۱۳۹۰). پیش بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۳ (۵): ص. ۱۳-۲۴.
- 25- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, & Gerber A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:22-31.
- 26- Steele H, & Siever L. (2010). An Attachment Perspective on Borderline Personality Disorder: Advances in Gene-Environment Considerations. *Curr Psychiatry Rep*, 12:61-67.
- 27- Aaronson CJ, Bender DS, Skodol AE, & Gunderson JG. (2006). Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77(1): 69-80.

- 46- Baird L. (2008). Childhood trauma in the etiology of borderline personality disorder: theoretical considerations and therapeutic interventions. *Hakomi Forum- Issue 19-20-21*: 31-42.
- 47- Lyons-Ruth K, Bureau JF, Henninghausen K, Holmes BM, & Easterbrooks A. (2009). Parental helplessness and adolescent role-reversal as correlates of borderline features and self-injury. Paper presented in J-F Bureau & K. Lyons-Ruth (Chairs), *Relational Predictors of Self-Damaging Behavior in Adolescence: Multiwave Longitudinal Analyses*. Presented at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development (SRCD), Denver, Colorado, USA.
- 48- Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, & Ehrensaft M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*, 21(3):1013-1030.
- 49- Mosquera D, Gonzalez A, & van der Hart O. (2011). Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality. *FUNDAP. Personality Argentine Foundation for Study and Treatment of Personality Disorders*, 11(1): 44-47.
- 50- Leigh T, Kennedy R, Mattoon G, & Target M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, ed. S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr. New York: Analytic Press: 233-278.
- 51- Dorahy MJ, & Van der Hart O. (2007). The relationship between trauma and dissociation: a historical analysis. In E. Vermetten, M. J. Dorahy, & D. Spiegel (Eds.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment* (pp. 3-30). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 52- Lobbestael J, Van Vreeswijk MF, Arntz A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46: 854-860.
- 37- Lawrence KA, Allen JS, & Chanen AM. (2011). A Study of Maladaptive Schemas and Borderline Personality Disorder in Young People. *Cognitive Therapy and Research*, 35(1): 30-39.
- 38- Ball JS, & Links PS (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
- 39- Arntz A, Dietzel R, & Dreessen L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research and Therapy*, 37: 545-557.
- 40- Lobbestael J, Arntz A, & Sieswerda A. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and anti-social personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 240-253.
- 41- Arntz A, Klokman J, & Sieswerda S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36: 226-239.
- 42- Johnston C, Dorahy MJ, Courtney D, Bayles T, & O'Kane M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40: 248-255.
- 43- Mohammadkhani P, Mohammadi MR, Nazari MA, Salavati MA, & Razzaghi OM. (2003). *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 17(1):51-58.
- ۴۴- بخشی پور رودسری، عباس، منصور، احمد. (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد اسکیزوتایپی با توجه به الگوهای دلبستگی در دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۹ (۱): ۳۲-۲۴.
- ۴۵- محمود علیلو، مجید، قاسم پور، عبدالله، عظیمی، زینب، اکبری ابراهیم، فهیمی صمد. (۱۳۹۱). نقش راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش بینی صفات شخصیت مرزی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۶ (۲۴): ۱۸-۹.

۵۴- ریزو، لارنس. پی.، تویت، پیترا ال. دو، استین، دان. جی.، یانگ، جفری. (۱۳۹۰). طرحواره‌های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روانشناختی: راهنمای عملی برای متخصصان و درمانگران. ترجمه رضا مولودی و سیما احمدی. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷)

53- Celani D. (2012). Borderline Personality Disorder & Attachment Theory: Revolutionize Your Treatment Approach. Premier Publishing & Media.