طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی

مهدی محمد امینی [۱]، ندا خورشیدیان [۲]، علی اصغر اسداللهی شهیر [۳]، شروین- السادات هاشمیان اصفهانی [۴]، آرش نجیمی [۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف تعیین طرحواره‌های غالب و مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار انجام شده است.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، از میان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و افراد بهنجار شهر اردبیل، ۹۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند (۴۵ نفر در هر گروه). برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی طرحواره‌ی یانگ و پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (Ver 17) و آزمون‌های آماری کای دو و تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر آن تفاوت معنی‌داری در طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ($P<۰/۰۰۱$) در دو گروه مورد مطالعه دیده می‌شود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ناکارآمد می‌باشند. بر این اساس با شناسایی طرحواره های فوق پیش از ابتلای فرد به اختلال شخصیت مرزی و اندازه‌گیری شدت این طرحواره‌ها و مشخص کردن الگوی طرحواره می‌توان راهبردهای مداخله‌ای مناسبی را در جهت کاهش این طرحواره به عمل آورد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، اختلال شخصیت ، اختلال شخصیت مرزی

ارجاع: محمد امینی مهدی، خورشیدیان ندا، اسداللهی شهیر علی اصغر، هاشمیان اصفهانی شروین- السادات، نجیمی آرش. **طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۳): ۵۱۲-۵۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۲۰ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۰۱**

۱. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. مرکز بهداشت شهرستان شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۳. سازمان بیمه سلامت، گرگان، ایران
۴. گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران
۵. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: najimiarash@yahoo.com

مقدمه

شخصیت مجموعه صفات هیجانی و رفتاری است که در هر فرد نسبتاً ثابت و قابل پیش‌بینی است. طبق چهارمین مجموعهٔ تجدید نظر شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلالات شخصیت الگوهای پایداری از تجربه درونی و رفتارند که آشکارا از انتظارات و فرهنگ فرد فاصله دارند و این اختلالات فراگیر و انعطاف‌ناپذیر هستند (۱). شروع این اختلالات در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی است، در طول زمان

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

پایدار می‌مانند و منجر به ناراحتی یا آسیب می‌شوند. این الگوهای پایدار در بسیاری از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی انعطاف‌ناپذیر هستند و از نظر بالینی منجر به نگرانی شدید یا آسیب جدی در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا دیگر زمینه‌های مهم می‌شوند. اگرچه اختلالات شخصیت به وسیله‌ی وجود صفات شخصیتی خاص مشخص می‌شود که آن‌ها را از اختلالات روانی شناختی دیگر متمایز می‌کند اما این صفات سبب ایجاد نارضایتی در شخص نمی‌شود چرا که فرد با آن زندگی می‌کند، اما این افراد دیگر هستند که ابراز نارضایتی می‌کنند (۲). از جمله مهم‌ترین این اختلالات می‌توان به اختلال شخصیت مرزی اشاره نمود. شیوع این اختلال ۱ تا ۲٪ در جمعیت عمومی است و حدود ۱۰٪ بیماران سرپایی مراکز بالینی و تقریبا ۲۰٪ از بیماران روانی بستری را تشکیل می‌دهد (۳).

یکی از متغیرهایی که در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مختل می‌گردد، طرحواره‌ها است. یانگ معتقد است برخی از این طرحواره‌ها، به ویژه آن‌هایی که عمدتا در نتیجه‌ی تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند ممکن است هسته‌ی اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش‌شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن در محور یک باشند (۵-۴). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، موضوعات ثابت و دراز مدتی که در دوران کودکی به وجود می‌آیند، به بزرگسالی راه می‌یابند و تا حد زیادی ناکار آمدند. Gouyando و Liotty معتقد هستند که طرحواره‌ها، ساختارهای عمیق و غیر قابل انکار هستند و بنابراین واقعی و لازم به نظر می‌رسند (۷-۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه تداوم‌بخش هستند و در برابر تغییر مقاومت می‌کنند. این طرحواره‌ها کار خود را به راحتی و از روی عادت انجام می‌دهند و هنگامی که با چالش روبرو می‌شوند، فرد به منظور حفظ صحت و درستی این طرحواره‌ها اطلاعات را تحریف می‌نماید (۴).

یانگ چهار طرحواره‌ی کلیدی را برای اختلال شخصیت مرزی مطرح کرده است: محافظ از هم گسیخته، کودک تکانشی، کودک ترک شده و کودک خشمگین. در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی طرحواره محافظ از هم گسیخته به صورت معنی‌داری بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال شخصی C و گروه‌های غیربالینی است (۸). سایر تحقیقات نیز نشان داده است که بین اختلالات شخصیت و طرحواره‌های دارای سوگیری پردازش اطلاعات ارتباط وجود دارد (۹).

با توجه به این امر که طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوی اصلی بسیاری از اختلالات شخصیت هستند، مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی می‌تواند یک پشتوانه‌ی قوی برای آسیب‌شناسی روانی و طرحواره درمانی فراهم آورد. به همین منظور مطالعه حاضر با هدف تعیین طرحواره‌های غالب و مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار انجام شد.

روش‌ها

در مطالعه حاضر ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و هم‌چنین ۴۵ آزمودنی بهنجار مورد مطالعه قرار گرفتند. به منظور انتخاب بیماران مورد مطالعه، نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده از میان ۲۵۰ بیمار مراجعه‌کننده به مراکز بالینی در شهر اردبیل انجام پذیرفت. این بیماران پیشتر بر اساس معیارهای DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994) مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی تشخیص داده شده بودند. گروه بهنجار نیز از میان همراهان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و نیز همسان شده با گروه بیمار انتخاب شدند. معیار ورود افراد به مطالعه شامل تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختمند و پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون (Millon clinical Multiaxial Inventory) و هم‌چنین رضایت آگاهانه افراد به منظور شرکت در مطالعه بود. علاوه بر آن در صورتی که افراد منتخب دارای ضایعه‌ی مغزی، مصرف مواد یا وابستگی به مواد، بیماری‌های جسمانی یا سایکوتیک بودند از مطالعه خارج می‌شدند.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

ابزار گردآوری اطلاعات در مطالعه حاضر شامل مصاحبه‌ی بالینی ساختمند، پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون و نسخه‌ی کوتاه فرم پرسش‌نامه‌ی طرحواره‌ی یانگ (Young Schema Questionnaire) بود. مصاحبه‌ی بالینی ساختمند به منظور تشخیص اختلالات محور یک در DSM_IV استفاده می‌شود که مصاحبه‌ای انعطاف‌ناپذیر است. بر اساس مطالعات انجام شده این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی و تشخیص از اعتبار مناسبی برخوردار است (۱۰).

پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون نخستین بار در سال ۱۹۷۷ منتشر شد برای سومین بار تجدید نظر شده است (۱۱). این پرسش‌نامه ۱۷۵ آیتم صحیح و غلط دارد و برای اندازه‌گیری اختلالات شخصیتی و روان‌شناختی سنین نوجوانی و بالاتر طراحی و تدوین شده است. این پرسش‌نامه ۱۴ مقیاس در زمینه اختلال شخصیت و ۱۰ مقیاس مربوط به اختلالات بالینی روان‌شناختی دارد که در این پژوهش از مقیاس اختلالات شخصیت مرزی استفاده شده است. میلون و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین ضریب پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه بعد از یک ماه و یک سال به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۶۹ به دست آمده است (۱۲).

ج- نسخه‌ی کوتاه فرم پرسش‌نامه‌ی طرحواره‌ی یانگ دارای ۷۵ ماده می‌باشد. این پرسش‌نامه بر پایه‌ی ۱۵ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. در این پرسش‌نامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را می‌سنجد. این طرحواره‌ها عبارت هستند از: ۱- محرومیت هیجانی ۲- طرد-رهاشدگی ۳- بی‌اعتمادی- بدرفتاری ۴- انزوای اجتماعی ۵- نقص- شرم ۶- شکست ۷- وابستگی – بی‌کفایتی ۸- آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۹- گرفتاری- در دام افتادگی ۱۰- اطاعت ۱۱- ایثار ۱۲- بازداری هیجانی ۱۳- معیارهای سرسختانه – عیب جویی ۱۴- استحقاق ۱۵- خویشتن‌داری – خود انضباطی ناکافی. شش گزینه در هر ماده وجود دارد و بر اساس مقیاس ۱-۶ (۱=کاملاً نادرست، ۲= نادرست، ۳= تاحدودی نادرست، ۴= تاحدودی درست، ۵= درست، ۶ کاملاً نادرست) نمره‌گذاری شده است. نمره‌ی بالا در یک خرده مقیاس معین احتمالاً وجود یک طرحواره‌ی ناسازگار را در آن فرد نشان می‌دهد. علاوه بر آن ۱۵ طرحواره ذکر شده در درون ۵ حوزه مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری) قرار می‌گیرند. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۹۶ /۰گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسش‌نامه ۰/۷۰ به دست آمده است (۱۳).

مشارکت کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش داوطلبانه و با رضایت آگاهانه بود. تکمیل پرسش‌نامه‌های طرحواره یانگ توسط افراد و برای هر فرد در یک جلسه انجام پذیرفت. در این مطالعه داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون کای دو به منظور مقایسه خصوصیات دموگرافیک در دو گروه و هم‌چنین از آزمون تی مستقل به منظور مقایسه میانگین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار استفاده گردید. برای همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری α =۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

در بیماران اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار به ترتیب ۵۱/۱ و ۵۲/۱ درصد را مردان تشکیل می دادند. نتایج نشان می دهد که اختلاف معناداری بین گروه های مورد مطالعه از نظر سن، جنس، وضعیت اقتصادی، تأهل و تحصیلات وجود نداشت (P>۰/۰۵) (جدول ۱). مقایسه میانگین طرحواره های ناساز گار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار نشان می دهد که میانگین طرحواره های رها شدگی(P=۰/۰۳)، بی اعتمادی – بدرفتاری (P=۰/۰۰۱)، انزوای اجتماعی – بیگانگی، نقص- شرم، محرومیت هیجانی، شکست، وابستگی- بی کفایتی، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی، خویشتن داری- خودانضباطی ناکافی و استحقاق (P<۰/۰۰۱) به صورت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

معناداری در گروه دارای اختلال شخصیت مرزی بیشتر از افراد بهنجار می باشد این درحالی است که در طرحواره ایثار افراد بهنجار دارای میانگین بالاتری می باشند (P<۰/۰۰۱) علاوه بر آن اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه در میانگین طرحواره معیارهای سرسختانه دیده نمی شود (P=۰/۳۲) (جدول ۲).

مقایسه میانگین حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری را در میانگین حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (P<۰/۰۰۱ برای همه) و دیگر جهت‌مندی (P=۰/۰۳) نشان می‌دهد (جدول ۳).

جدول ۱. متغیرهای دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه

متغیر		مرزی		بهنجار	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۲۳	۵۱/۱	۲۳	۵۲/۱
	زن	۲۲	۴۸/۸	۲۲	۴۷/۹
وضعیت تأهل	مجرد	۲۹	۶۴/۴۴	۳۲	۷۱/۱۱
	متاهل	۱۶	۳۵/۵۶	۱۳	۲۸/۸۹
وضعیت اقتصادی	پایین	۱۳	۲۸/۸۸	۱۲	۲۷/۰
	متوسط	۲۵	۵۵/۵۵	۲۶	۶۰/۵
	بالا	۷	۱۵/۵۷	۷	۱۲/۵
وضعیت تحصیلات	دیپلم و پایین تر	۱۷	۳۷/۷۸	۱۶	۳۵/۵۶
	فوق دیپلم و لیسانس	۱۹	۴۲/۲۲	۲۰	۴۴/۴۴
	لیسانس و بالاتر	۹	۲۰	۹	۲۰

جدول ۲. مقایسه میانگین طرحواره های ناساز گار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار

متغیر	مرزی(n=45) M(SD)	بهنجار(n=45) M(SD)	Mean Difference	ED–GW 95% CI	P-Value
رهاشدگی	۱۶/۵۳(۶/۰۹)	۱۴/۱۳(۵/۷۴)	۲/۴۰	۴/۸۹to −۰/۰۹	۰/۰۳۹
بی اعتمادی/ بدرفتاری	۱۶/۲۳(۴/۷۹)	۱۲/۶۰(۵/۳۴)	۳/۶۲	۵/۷۶to ۱/۴۷	۰/۰۰۱
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۸/۳۰(۹/۸۹)	۱۱/۶۹(۶/۱۰)	۶/۶۰	۱۰/۰۴ to ۳/۱۶	<۰/۰۰۱
نقص/شرم	۱۸/۸۸(۵/۷۲)	۱۰/۷۳(۶/۲۷)	۸/۱۴	۱۰/۶۷ to ۵/۶۰	<۰/۰۰۱
محرومیت هیجانی	۲۲/۴۱(۳/۶۹)	۱۳/۹۷(۶/۵۸)	۸/۴۴	۱۰/۷۰to ۶/۱۷	<۰/۰۰۱
شکست	۱۷/۰۴(۱۱/۰۱)	۱۰/۹۳(۶/۴۶)	۶/۱۱	۹/۸۸ to ۲/۳۳	۰/۰۰۲
وابستگی/بی کفایتی	۱۵/۰۱(۶/۸۳)	۹/۷۳(۴/۶۰)	۵/۲۶	۷/۷۰ to ۲/۸۲	<۰/۰۰۱
آسیب پذیری در برابر ضرر یا بیماری	۱۶/۵۳(۷/۱۹)	۱۰/۱۹(۵/۴۶)	۶/۳۳	۹/۰۲ to ۳/۶۵	<۰/۰۰۱
گرفتار	۱۹/۴۱(۳/۷۵)	۱۲/۰۴(۵/۵۱)	۷/۳۷	۹/۳۷ to ۲/۳۷	<۰/۰۰۱
اطاعت	۱۴/۹۷(۵/۰۷)	۱۰/۹۷(۵/۲۹)	۳/۹۹	۶/۱۸ to ۱/۸۱	<۰/۰۰۱
ایثار	۱۳/۳۴(۵/۷۲)	۱۶/۷۱(۵/۶۴)	−۳/۳۶	−۰/۹۷ to −۵/۷۶	<۰/۰۰۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

معیارهای سرسختانه	۱۸/۵۵(۴/۳۳)	۱۷/۴۳(۶/۱۹)	۱/۱۲	۳/۳۹ to −۱/۱۴	۰/۳۲
بازداری هیجانی	۱۸/۲۰(۳/۳۵)	۱۳/۳۶(۵/۲۹)	۴/۲۸	۱۵/۶۲ to ۱۲/۲۵	<۰/۰۰۱
خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی	۲۳/۲۳(۲/۴۳)	۱۳/۲۸(۵/۱۱)	۹/۹۴	۶/۷۲ to ۲/۹۵	<۰/۰۰۱
استحقاق	۲۳/۴۱(۲/۳۸)	۱۶/۰۰(۵/۹۲)	۷/۴۱	۱۱/۶۵ to ۸/۲۴	<۰/۰۰۱

جدول ۳. مقایسه میانگین حوزه‌های طرحواره‌های ناساز گار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار

متغیر	مرزی(n=45) M(SD)	بهنجار(n=45) M(SD)	Mean Difference	ED–GW 95% CI	P-Value
بریدگی و طرد	۹۲/۳۷(۱۴/۱۴)	۶۳/۱۵(۲۱/۷۹)	۲۹/۲۱	۳۷/۰۲ to ۲۱/۴۱	<۰/۰۰۱
خود گردانی و عملکرد مختل	۶۸/۰۱(۱۴/۱۸)	۴۲/۹۱(۱۸/۳۷)	۲۵/۰۸	۳۲/۰۳ to ۱۸/۱۳	<۰/۰۰۱
محدودیت های مختل	۴۶/۶۵(۴/۲۲)	۲۹/۲۸(۸/۹۹)	۱۷/۳۶	۲۰/۳۶ to۱۴/۳۷	<۰/۰۰۱
دیگر جهت مندی	۳۶/۷۶(۶/۰۵)	۳۰/۸۰(۹/۴۰)	۰/۶۲	۳/۹۹ to −۲/۷۳	۰/۰۳
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	**۳۶/۷۶(۶/۰۵)**	**۳۰/۸۰(۹/۴۰)**	**۵/۹۶**	**۹/۳۲ to ۲/۶۰**	**۰/۰۰۱**

بحث

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که طرحواره‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی وگوش به زنگی بیش از حد و بازداری در بیماران مرزی غالب بود. بر اساس نتایج میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در طرحواره‌ی بریدگی و طرد از افراد بهنجار بیشتر می‌باشد. یکی از ویژگی‌های خانواده‌های بیمارانی که در آن‌ها، این طرحواره غالب است، بی‌ثبات بودن آن‌ها است، بیماران مرزی سابقه جدایی از والدین، بدرفتاری کلامی و بدرفتاری عاطفی را در دوران کودکی گزارش می‌کنند که در نتیجه‌ی این اعمال آن‌ها از خانواده‌ی خود بریده و طرد می‌شوند. از طرفی همان‌طور که مطالعات نشان داده است، ویژگی بارز بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی در خلق و رفتارشان می‌باشد که در افراد بهنجار دیده نمی‌شود (۱۴).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر میانگین نمرات گروه‌های مرزی و بهنجار در حیطه خودگردانی و عملکرد مختل تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، حمایت بیش از اندازه از فرزندان در خانواده‌های بیمارانی که این طرحواره در آن‌ها غالب است منجر به کاهش اعتماد به نفس کودک شده و در خودگردانی کودک اختلال ایجاد می‌شود. از طرفی بیماران مرزی هم در اعتماد به توانایی‌های خود دچار کمبود هستند و دچار اختلال در هویت نیز می‌باشند (۳). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای هیجان‌های شدید و دمدمی می‌باشند که ممکن است به طور ناگهانی، به خصوص از آرمانی‌سازی پرشور و حرارت به خشم اهانت‌بار تغییر کند که نشان‌دهنده‌ی خودگردانی در این بیماران است (۱۵).

میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار در محدودیت‌های مختل تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد یکی از ویژگی‌های خانواده‌هایی که این طرحواره در آن‌ها غالب است، این است که آن‌ها در رعایت کردن حقوق دیگران و خود با مشکل مواجه هستند و علت آن حمایت‌های افراطی و تفریطی خانواده‌های این بیماران می‌باشد، از طرفی بیماران مرزی به دلیل مشکل در کنترل خشم و تکانشوری های مکرر باعث تضعیف حقوق اطرافیان و خودشان می‌شوند (۱۴). هم‌چنین رفتار خودکشی در بیماران مرزی یک ویژگی نگران‌کننده است به طوری که ۱۵/۵٪ این بیمارن در اثر خودکشی جان خود را از دست

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

می‌دهند (۳) هم‌چنین رفتار خودزنی نیز به وفور در این بیماران به چشم می‌خورد برای مثال آن‌ها ممکن است پاهایشان را بسوزانند یا دستشان را ببرند که این رفتارها گویای این است که بیماران مرزی در کنترل رفتارهایشان محدودیت مختل دارند.

میانگین نمرات بیماران مرزی و بهنجار در طرحواره‌ی دیگر جهت‌مندی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در تبیین این یافته باید گفت، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، در تصمیم‌گیری‌ها دچار مشکل هستند این بیماران خودانگیخته اما تکانشی، کارهای خود را انجام می‌دهند اما افراد بهنجار در مقابل مشکلات و تصمیم‌های زندگی به طور معقول و منطقی بر خورد می‌کنند (۱۶). هم‌چنین می‌توان گفت بیماران مرزی به صورت تصوری ویژگی‌های غیر قابل‌تحمل خود را به فرد دیگری انتقال می‌دهد تا آن فرد نقش بیمار را بازی کند و در ادامه آن شخص با بیمار یکی می‌شود. این فرایند می‌تواند دلیلی برای دیگر جهت‌مندی بیماران مرزی باشد.

میانگین نمرات گروه‌های مرزی و بهنجار در گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به نظر می‌رسد بیمارانی که این طرحواره در آن‌ها غالب است، در دوران کودکی یاد گرفته‌اند که همیشه گوش به زنگ باشند و در مورد حوادث زندگی سختگیرانه عمل کنند. بیمارن مرزی بدون اندیشه به اقدام‌های ناگهانی دست می‌زنند که به نوعی گوش به زنگی بیش از حد آنها را نشان می‌دهد. در حالی که افراد بهنجار این‌گونه نیستند (۱۴). هم‌چنین بیماران مرزی طی دوره‌های فشارزای روانی ممکن است اندیشه‌های پارانویایی یا نشانه‌های تجزیه‌ای شدیدی نشان دهند که معمولاً از زمان کافی برخوردار نیستند و در پاسخ به رها شدگی خیالی یا واقعی آشکار می‌شوند این ویژگی‌ها می تواند تبیین‌کننده‌ی غالب بودن طرحواره گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در بیماران اختلال شخصیت مرزی باشد.

نتیجه‌گیری

در نهایت نتایج مطالعه حاضر در برگیرنده‌ی این مطلب است که با شناسایی طرحواره‌های فوق و اندازه‌گیری شدت این طرحواره‌ها و مشخص کردن الگوی طرحواره در بین این دو گروه می‌توان راهبردهای مداخله‌ای مناسبی را در جهت پیشگیری و کاهش ابتلا به اختلال شخصیت مرزی به عمل آورد.

محدودیت ها

همانند سایر مطالعات مطالعه حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. مقطعی بودن مطالعه، تعداد محدود افراد شرکت‌کننده در مطالعه، روش خود گزارش‌دهی از مواردی می‌باشد که احتیاط بیشتر در نتیجه‌گیری از نتایج را طلب می‌نماید.

این دست نوشته حاصل استخراج نتایج پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی به شماره ۱۱/۴/۹۸۸ مصوب در دانشگاه اردبیل می‌باشد.

References

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., revised. Washington, DC: Author; 2000.
2- American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001; 158: 1-5.
3- Linda A, McDavid J, Linehan MM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder. A review of the literature and recommendation for treatment. J Clin Psychol Med Set 1999; 6(1): 113-138.
4- Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. ed.). Sarasota,FL: professional Resources Press, 1999.
5- Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. Cogn Ther Res 2006; 30: 571–584

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

6- Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB, Campbell LF. Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. Journal of Personality 2001; 15(6): 546-559.
7- Gouyando SD, Liotty HN. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I). New York: Biometric Research Department, 1997.
8- Arntz A, Klokman j, Sieswerda S. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005; 36(3) 226–239.
9- Kriston L, Schäfer J, von Wolff A, Härter M, Hölzel LP. The Latent Factor Structure of Young's Early Maladaptive Schemas: Are Schemas Organized Into Domains? J Clin Psychol 2012; 68(6): 684-98.
10- Kotov R, Chang SW, Fochtmann LJ, Mojtabai R, Carlson GA, Sedler MJ, and et al. Schizophrenia in the Internalizing-Externalizing Framework: A Third Dimension? Schizophr Bull 2011; 37: 1168-1178.
11- Millon T, Davis RD. The MCMI--III: Present and Future Directions. Journal of Personality Assessment 1997; 68(1): 69-85.
12- Hesse M, Guldager S, Holm Linneberg I. Convergent validity of MCMI-III clinical syndrome scales. Br J Clin Psychol 2012; 51(2): 172-84.
13- Waller G, Meyer C, Hanian V. Psychometric properties of the long & short versions of the Young Schema Questionnarie. Cogn Ther Res 2001; 25: 137-147.
14- Millon,T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. Personality Disorders in Modern life.2nd ed. Hoboken: Jon Wiley & Sons, Inc; 2004.
15- Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM. A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. Cogn Ther Res 2011; 35: 30–9.
16- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press; 2003.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

Early maladaptive schemas in borderline personality disorders patients

Mehdi Mohammad Amini [1], Neda Khorshidian [2], Ali-asghar Asadollahi Shahir [3], Shervin-Sadat Hashemian- Esfahani [4], Arash Najimi [5]

Original Article

Abstract

Background: The purpose of the present study was to determine the dominant schemas and comparison of early maladaptive schemas in borderline personality disorders patients and normal individuals.

Methods: In this cross sectional study, 90 borderline personality disorders patients & normal individuals have been chosen (45 in each group). Collecting information tool was the short form of the Young Schema Questionnaire and Millon Clinical Multiaxial Inventory. After collecting information, data were analyzed using chi-square and independent T-test.

Findings: Our findings indicated that there is a significant difference between early maladaptive schemas in borderline personality disorders patients and normal individuals. Also, The borderline personality disorders group had significantly higher scores on most maladaptive schemas with the Disconnection and Rejection, Impaired Autonomy, Impaired Limits ($P<0.001$), Other- Directedness ($P=0.03$) and Over-Vigilance ($P=0.001$) as compared to the control group.

Conclusion: This study showed that the early maladaptive schemas are inefficient on the borderline personality disorders patients. With the identification early maladaptive schemas before getting a borderline personality disorder and Measurement of the schemas, can be done an appropriate intervention strategies to reduce the scheme.

Key Words: Early Maladaptive Schema, Personality Disorders, Borderline Personality

Citation: Mohammad Amini M, Khorshidian N, Shahir AA, Hashemian- Esfahani Sh, Najimi A. **Early maladaptive schemas in borderline personality disorders patients.** J Health Syst Res 2015; 11(3):505-512

Received date: 09.04.2014 **Accept date: 21.04.2014**

1. Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
2. Department of Health Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
3. Health Insurance Organization, Gorgan, Golestan, Iran
4. Department of Community Medicine and Health, School of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran
5. Department of Health Education & Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran (Corresponding Author) Email: najimiarash@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]