

مقایسه ذهنیت های طرحواره ای، افکار تکرار شونده منفی و تحمل آشفتگی در افراد دارای نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی

علی شاکر دولقی^۱ و محسن بریاجی^۲

با توجه به همپوشانی بالینی اضطراب فراگیر و نشانگان شخصیت مرزی در الگوهای پردازش هیجانی-شناختی، مقایسه ذهنیت های طرحواره ای، افکار تکرار شونده منفی و تحمل آشفتگی می تواند به تبیین تفاوت های سازوکارهای زیربنایی و هدف گذاری دقیق تر مداخلات درمانی کمک کند. برای این منظور، طی یک پژوهش علی-مقایسه ای ۵۰ نفر با نشانگان اضطراب فراگیر، ۵۰ نفر با نشانگان شخصیت مرزی به شیوه هدفمند انتخاب و از نظر ذهنیت های طرحواره ای، افکار تکرار شونده، و تحمل آشفتگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها، حاکی از آن بود که افراد با نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی در ذهنیت های کودک آسیب پذیر، کودک شاد، تسلیم شده مطیع، محافظ بی تفاوت، خود آرام بخش بی تفاوت، والد تنبیه گر، والد پرتوقع، بزرگسال سالم تفاوت معنی داری نداشتند اما در ذهنیت های کودک عصبانی، کودک غضبناک، کودک تکانشی، خودبزرگ منش و زورگو و تهاجمی تفاوت معناداری داشتند با توجه به نتایج افراد با نشانگان شخصیت مرزی در ذهنیت های کودک آسیب پذیر، کودک عصبانی، کودک غضبناک، کودک تکانشی، کودک بی انضباط، تسلیم شده ی مطیع، محافظ بی تفاوت، خود آرام بخش بی تفاوت، خودبزرگ منش، زورگو و تهاجمی، والد تنبیه گر، والد پرتوقع میانگین نمرات بالاتری داشتند. همچنین افراد با نشانگان اضطراب فراگیر در ذهنیت های کودک شاد، بزرگسال سالم میانگین نمرات بالاتری داشتند و بین افکار تکرار شونده منفی در افراد دارای نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی تفاوت معناداری (۰/۰۱۱) وجود داشت. بطوریکه افراد دارای نشانگان اضطراب فراگیر نسبت به افراد با نشانگان شخصیت مرزی از افکار تکرار شونده ی منفی بالایی برخوردار بودند. از طرفی افراد با نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی در مولفه های تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم و در نهایت در تحمل آشفتگی تفاوت معناداری نداشتند. با توجه به نتایج می توان گفت افراد با نشانگان شخصیت مرزی تحمل آشفتگی پایینی داشتند.

کلمات کلیدی: اضطراب فراگیر، افکار تکرار شونده ی منفی، تحمل آشفتگی، ذهنیت های طرحواره ای، شخصیت مرزی

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر، با علائمی همچون نگرانی مزمن، افراطی و غیرقابل کنترل در مورد شماری از موضوعات و اضطراب، گوش به زنگی و علائم بدنی توأم با آن مشخص می گردد (انجمن روانپزشکی

۱ دپارتمان روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسوول) alishakerdolg@gmail.com

۲ دپارتمان روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

آمریکا، ۲۰۱۳). از دیگر نشانه های شایع آن آشفتگی ذهنی شدید، دلوپسی دائمی و نگرانی می باشند (هزلت و استیونز، ۲۰۱۰). میزان شیوع طول عمر اختلال اضطراب فراگیر ۴/۳٪ - ۵/۹٪ برآورد شده است (بندلو و همکاران، ۲۰۱۳) و میزان شیوع این بیماری در زنان دو برابر مردان می باشد (ویتشن، ۲۰۰۲). کمتر از ۲۰٪ افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بدون درمان، بهبودی کامل علائم را تجربه می کنند و اغلب این افراد ۵ الی ۱۰ سال قبل از این که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کنند، واجد ملاک های تشخیصی این اختلال بوده اند (بالنگر و همکاران، ۲۰۰۱؛ کسلر، کلر و ویتشن، ۲۰۰۱).

اختلال شخصیت به تعریف متن پنجمین کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی عبارتست از الگوی بادوام تجربه ی درونی و رفتار که به طور چشم گیری از انتظارات فرهنگ فرد منحرف می شود و با گذشت زمان پایدار بوده و باعث ناراحتی می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). یکی از مهم ترین اختلالات گروه دوم (B)، اختلال شخصیت مرزی است. اختلال شخصیت مرزی یکی از ۱۰ طبقه ی اختلال های شخصیت و شایع ترین اختلال در محیط های روانپزشکی است. در واژگان DSM-5 اختلال شخصیت مرزی با الگوی بی ثباتی روابط میان فردی، خودانگاره، و عواطف و تکانشگری محسوس که در اوایل بزرگسالی شروع گردیده و در زمینه های مختلف وجود دارد. شیوع متوسط اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۱/۶ درصد برآورد شده است ولی امکان دارد به اندازه ی ۵/۹ درصد بالا باشد. شیوع اختلال شخصیت مرزی در محیط های مراقبت اولیه تقریباً ۶ درصد، در افرادی که به کلینیک های بهداشت سرپایی مراجعه می کنند، تقریباً ۱۰ درصد و در بیماران بستری تقریباً ۲۰ درصد می باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۴).

در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال شخصیت مرزی یک از مولفه های تاثیرگذار ذهنیت ها طرحواره ای است. واژه ی طرحواره دارای تاربخچه غنی و برجسته در روانشناسی و به طور وسیع در حوزه شناختی است. به طور کلی طرحواره را همچون باورهای بنیادینی تعریف می کنند که تشکیل دهنده ی دیدگاه فرد در مورد خود، جهان و دیگران است. طرحواره ها، قدیمی ترین مولفه های شناختی به حساب می آیند و حتی برخی اوقات قبل از آن که کودک زبان را بیاموزد، شکل می گیرند (طرحواره های پیش کلامی). این طرحواره ها در طی زمان به حرکت خود ادامه می دهند و خود را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند. با این تعریف کلی، طرحواره می تواند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشد (یانگ، ترجمه صاحبی و همکاران، ۱۳۸۶). یانگ (۱۹۹۹) مدل ذهنیت طرحواره ای را برای توضیح و فهم بهتر نوسان های شدید در بیماران مرزی در نظر گرفته

است که این ایده را قبلاً بک در یک ورکشاپ بالینی استفاده کرده بود (آرنتر و همکاران، ۲۰۰۵). ذهنیت طرحواره ای یک الگوی سازمان یافته از تفکر، احساس و رفتار است که منشا آن مجموعه ای از طرحواره هاست که از سایر ذهنیت های طرحواره ای، مستقل است. فرض بر این است که بیماران مرزی به طور ناگهانی از یک ذهنیت به یک ذهنیت دیگر پرش دارند. طبق شواهد بک، بعضی از این حالات کودکانه به نظر می رسند که امکان دارد برای خود بیمار و دیگران گیج کننده باشد (لابستائل و همکاران، ۲۰۰۵).

بک و همکاران (۱۹۹۰) بیان می دارند که طرح واره ها، سازنده پایه های اساسی شخصیت هستند، مطابق دیدگاه بک ذهنیت ها متشکل از طرحواره هایی هستند که در برگیرنده ی خاطرات، راهبرد های حل مساله، تصاویر ذهنی و زبان می باشند. ذهنیت ها، "راهبرد های برنامه ریزی شده در جهت به انجام رساندن مهارت های بقایی مثل دفاع در برابر شکارگر" را فعال می کنند. فعال سازی یک ذهنیت خاص، حاصل میراث ژنتیکی فرد و باورهای فرهنگی و اجتماعی او می باشد. یانگ و همکارانش ذهن را گفتگوی فرض کرده اند که خود این امر حاکی از تسلط رویکردهای "گفتگویی" به شکل گیری فرایندهای عالی ذهن است (فرنی هوگ، ۱۹۹۶). طرحواره ها به عنوان "صدای والدین" مفهوم سازی می گردند. در واقع این طرحواره ها نتیجه ی گفتگوی والدین با کودک هستند که به مرور زمان در ذهن او جای گرفته اند و هم اکنون به گونه ای نظام مند، اما نا کارآمد، زندگی او را زیر سیطره خود گرفته اند.

از دیگر مولفه هایی که می توان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داد افکار تکرار شونده منفی می باشد. افکار منفی تکرار شونده یک فعالیت شناختی- توجهی درجانشده، مزاحم، افراطی و نسبتاً کنترل ناپذیر است که بر جنبه های منفی تجارب خود، دنیا و دیگران متمرکز می باشد. به عبارتی، این سازه چندبعدی، افکار تکراری و افراطی درباره مشکلات اخیر، اتفاقات ناخوشایند گذشته و نگرانی درباره رویدادهای ناخوشایند آینده را شامل می شود (اسپاسوویچ و آلوی، ۲۰۰۱).

نتایج تحقیقات اخیر در زمینه مدل آسیب شناسی مشترک اختلال های هیجانی، به ویژه اختلال های اضطرابی و افسردگی، افکار تکرار شونده منفی را به عنوان یکی از مهمترین فرایندهای مشترک در شکل گیری و تداوم این اختلال ها پیشنهاد می کنند و آن را یک فرآیند فکری تکراری، کنترل ناپذیر و متمرکز بر محتوای منفی تعریف می کنند که برخی از مصادیق آن شامل نگرانی، نشخوار فکری، تهدیدیابی، خودپایشی است که هسته اصلی اختلال های افسردگی اضطرابی نظیر، اختلال اضطراب

فراگیر می باشد (مکاوای و ماهونی، ۲۰۱۳). امروزه افکار منفی تکرارشونده به یک فرآیند عنوان فراتشخصی درگیر در بروز، تداوم و عود مجدد تعداد زیادی از اختلالات روانشناختی مطرح گردیده است (اهرینگ و واتکینز، ۲۰۰۸؛ واتکینز، ۲۰۱۱).

یکی دیگر از مولفه های مهم افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال شخصیت مرزی تحمل آشفتگی می باشد. تحمل آشفتگی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت های روانشناختی منفی گفته می شود. آشفتگی ممکن است نتیجه فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی می باشد که مموالا تمایل به عمل جهت رهایی از تجربه هیجانی مشخص می گردد. تحمل آشفتگی به صورت یک مفهوم فراهیجانی مفهوم سازی و به عنوان یک صفت نه حالت هیجانی در نظر گرفته شده است. این متغیر به چگونگی جواب دهی افراد به عاطفه منفی گفته می شود که شامل اطلاعات اضافی دیگری فراتر از آگاهی فرد از میزان عواطف منفی تجربه شده است. افراد با تحمل آشفتگی پایین، نخست اینکه هیجان را غیر قابل تحمل می دانند و نمی توانند آشفتگی و پریشانی شان را کنترل کنند، دوم اینکه اینگونه افراد وجود هیجان را نپذیرفته و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می کنند به دلیل اینکه توانایی های مقابله ای خود با هیجانات را دست کم می گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش بسیار اینگونه افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه شده می باشد. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجه شان به این هیجان آشفته کننده جلب گشته و به طور قابل ملاحظه ای عملکردشان کاهش می یابد (سیمونز، گاهر، ۲۰۰۵).

مطابق دیدگاه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) افراد با تحمل آشفتگی پایین دارای خصوصیات زیر هستند: آن ها به این حقیقت واقفند که نمیتوانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و احساس می کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجانات منفی دارند، در نتیجه، آن ها به علت ناتوانی خود برای تحمل هیجانات منفی احساس سرافکنندگی می کنند. با توجه به فقدان توانایی های مقابله ای ادراک شده و ناتوانی برای مدیریت حالات هیجانی آزاردهنده، به روش های ناسالمی روی می آورند. اگر این راهکار ناسالم مفید نباشد، به احتمال قوی کل انرژی آن ها بر هیجانات خود متمرکز خواهد شد که این امر در نهایت کارکردهای آن ها را مختل خواهد ساخت (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). پژوهش های پیشین افراد با تحمل آشفتگی بالا قادر هستند حالات روانشناختی منفی را تحمل نمایند، در حالی که افراد با تحمل آشفتگی پایین برای تسکین تجربیات آزاردهنده درونی گرایش دارند به رفتارهای جبرانی پردازند (لیرو، زونسکی و بمستین، ۲۰۱۰). سطوح پایین تحمل آشفتگی با اختلال شخصیت

مرزی ارتباط دارد. فراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه، این افراد ممکن است برای اجتناب از احساسهای منفی/ یا حالت‌های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی، ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند. در حال حاضر، هیچ مدل یکپارچه فراگیر تحمل پریشانی وجود ندارد. تعدادی از نویسندگان آخرین مدلهای ساختاری ممکن را توصیف کرده اند که برای ادغام کار بر روی این سازه و سازه های مرتبط تلاش میکنند (برنشتاین، زاوالنسکی، ویوجانویک و موس، ۲۰۰۹).

عدم تحمل پریشانی یکی دیگر از فرآیندهای فراتشخیصی است که ابتدا به عنوان یکی از عوامل آسیب پذیر در اختلال های وابسته به مواد مطرح شد و امروزه مورد بسط قرار گرفته است و شماری از پژوهش ها نشان داده اند که تحمل پریشانی پایین با طیفی گسترده از اختلال ها از جمله اختلال اضطراب فراگیر ارتباط تنگانی دارد (لاپوسا، کولیمور، هالوی و رکتر، ۲۰۱۵). زوولونسکی و همکاران (۲۰۱۱) ویژگی هایی از جمله (۱) بیان تجربه پریشانی به گونه ی تحمل ناپذیر، (۲) ارزیابی پریشانی به صورت غیر قابل پذیرش، (۳) اشتغال به برخی کوشش های رفتاری در جهت کاهش هیجانی منفی و (۴) ناتوانی در فاصله گرفتن از احساس پریشانی در راستای تمرکز توجه را برای افراد با تحمل پریشانی پایین برشمردند. با توجه به موارد ذکر شده در بالا، هدف از تحقیق حاضر مقایسه ذهنیت های طرحواره ای، افکار تکرار شونده منفی و تحمل آشفتگی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال شخصیت مرزی بود.

روش

این پژوهش یک پژوهش علی-مقایسه ای بود. برای انجام پژوهش از بین مراجعین به مراکز درمانی ۵۰ نفر با نشانگان اضطراب فراگیر، ۵۰ نفر با نشانگان شخصیت مرزی به شیوه هدفمند انتخاب و از نظر ذهنیت های طرحواره ای، افکار تکرار شونده، و تحمل آشفتگی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای دارای چهارده ذهنیت طرحواره ای بوده می باشد که عبارتند از: ذهنیت کودک آسیب پذیر، ذهنیت کودک عصبانی، ذهنیت کودک غضبناک، ذهنیت کودک تکانشی، ذهنیت کودک بی انضباط، ذهنیت کودک شاد، ذهنیت تسلیم شده مطیع، ذهنیت محافظ بی تفاوت، ذهنیت خودآرام بخش بی تفاوت، ذهنیت خود بزرگ منش، ذهنیت زورگو و تهاجمی، ذهنیت والد تنبیه گر، ذهنیت والد پرتوقع، ذهنیت بزرگسال سالم. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات

اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تایید شده است. همچنین پایایی آن نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ محاسبه گردید. آلفای این پرسشنامه بالای ۷۰ درصد بدست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه می باشد.

پرسشنامه افکار تکرار شونده توسط مکوی و همکاران در سال (۲۰۱۰) به منظور سنجش افکار تکرار شونده طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال می باشد و بر اساس طیف چهار گزینه ای لیکرت با سوالاتی مانند (دائماً به رویدادهای ناخوشایند فکر میکنم و آرزو میکنم ای کاش این رویدادها به شکل بهتری اتفاق می افتاد.) به سنجش افکار تکرار شونده می پردازد. اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه گیری تا چه حد چیزی را اندازه می گیرد که ما فکر می کنیم (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش اکبری (۲۰۱۷) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش اکبری (۲۰۱۷) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد.

مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی)، تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی) است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده اند، آن ها همچنین گزارش کرده اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. علوی (۲۰۰۹) در پایان نامه اش از این ابزار بهره گرفته است و آن را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کرده است و گزارش کرده است که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا ($\alpha = 0.71$) و خرده مقیاس ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ تنظیم ۰/۵۸) هستند (علوی، ۲۰۰۹).

یافته ها

جدول شماره ۱ مولفه های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش و نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه ذهنیت های طر حواره ای را نشان می دهد.

**جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش و نتایج آزمون t مستقل
برای مقایسه ذهنیت های طرحواره ای**

مولفه	میانگین گروه ۱	میانگین گروه ۲	اختلاف میانگین	t	درجه آزادی	معناداری
کودک آسیب پذیر	۴۲/۶۶	۴۰/۵۴	۱/۲۷	-۱/۶۶	۹۸	۰/۱۰۰
کودک عصبانی	۴۴/۵۰	۴۱/۴۶	۱/۵۱	-۲/۰۰	۹۸	۰/۰۴۸
کودک غضبناک	۴۵/۶۴	۴۱/۹۶	۱/۵۵	-۲/۳۷	۹۸	۰/۰۲۰
کودک تکانشی	۴۳/۵۲	۴۰/۸۴	۱/۳۱	-۲/۰۳	۹۸	۰/۰۴۵
کودک بی انضباط	۲۶/۳۸	۲۱/۵۶	۰/۷۵	-۶/۴۰	۹۸	۰/۰۰۱
کودک شاد	۱۷/۱۰	۱۸/۸۴	۰/۹۴	۱/۸۳	۹۸	۰/۰۶۹
تسلیم شده مطیع	۲۸/۵۲	۲۷/۹۰	۱/۱۳	-۰/۵۴	۹۸	۰/۰۵۸
محافظ بی تفاوت	۴۰/۵۲	۳۹/۰۴	۱/۰۰	-۱/۴۷	۹۸	۰/۱۴۳
خودآرام بخش بی تفاوت	۱۵/۸۸	۱۵/۸۰	۱/۶۳	-۰/۱۲	۹۸	۰/۹۰۰
خود بزرگ منش	۳۹/۹۶	۳۵/۶۴	۱/۹۶	-۲/۱۹	۹۸	۰/۰۳۰
زورگو و تهاجمی	۴۳/۹۰	۴۰/۵۴	۱/۲۸	-۲/۶۱	۹۸	۰/۰۱۰
والد تنبیه گر	۴۶/۷۰	۴۴/۵۴	۱/۵۹	-۱/۳۵	۹۸	۰/۱۷۸
والد پرتوقع	۴۵/۱۰	۴۳/۶۰	۱/۵۸	-۰/۹۴	۹۸	۰/۳۴۷
بزرگسال سالم	۳۵/۹۶	۳۷/۴۴	۱/۸۹	۰/۷۸	۹۸	۰/۴۳۶
ذهنیت های طرحواره ای	۵۱۰/۹۰	۴۹۱/۵۲	۹/۸۲	-۱/۹۷	۹۸	۰/۰۵۱

گروه ۱: شخصیت مرزی؛ گروه ۲: نشانگان اضطراب فراگیر

با توجه به جدول ۱، افراد با نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی در ذهنیت های کودک آسیب پذیر (۰/۱۰۰)، کودک شاد (۰/۰۶۹)، تسلیم شده مطیع (۰/۰۵۸)، محافظ بی تفاوت (۰/۱۴۳)، خود آرام بخش بی تفاوت (۰/۹۰۰)، والد تنبیه گر (۰/۱۷۸)، والد پرتوقع (۰/۳۴۷)، بزرگسال سالم (۰/۴۳۶) تفاوت معنی داری نداشتند. اما در ذهنیت های کودک عصبانی (۰/۰۴۸)، کودک غضبناک (۰/۰۲۰)، کودک تکانشی (۰/۰۰۱)، خودبزرگ منش (۰/۰۳۰) و زورگو و تهاجمی (۰/۰۱۰) تفاوت معناداری داشتند. با توجه به نتایج افراد با نشانگان شخصیت مرزی در ذهنیت های کودک آسیب پذیر، کودک عصبانی، کودک غضبناک، کودک تکانشی، کودک بی انضباط، تسلیم شده ی مطیع، محافظ بی تفاوت، خودآرام بخش بی تفاوت، خودبزرگ منش، زورگو و تهاجمی، والد تنبیه گر، والد پرتوقع میانگین

نمرات بالاتری داشتند. همچنین افراد با نشانگان اضطراب فراگیر در ذهنیت های کودک شاد، بزرگسال سالم میانگین نمرات بالاتری داشتند.

جدول ۲ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه افکار تکرار شونده منفی و تحمل آشفتگی را نشان می دهد:

جدول ۲. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه افکار تکرار شونده منفی و تحمل آشفتگی

مؤلفه	اختلاف میانگین	t	درجه آزادی	سطح معناداری	میانگین گروه ۱	میانگین گروه ۲
افکار تکرار شونده منفی	۲/۰۹	۲/۵۹	۹۸	۰/۰۱۱	۳۳/۷۲	۳۹/۱۶
تحمل	۰/۲۴	۰/۵۸	۹۸	۰/۵۵۷	۱۱/۹۲	۱۲/۱۶
جذب	-۰/۱۰	-۰/۲۳	۹۸	۰/۸۱۸	۱۱/۹۲	۱۱/۸۲
ارزیابی	۰/۲۴	۰/۳۹	۹۸	۰/۶۹۱	۱۴/۲۴	۱۴/۴۸
تنظیم	۰/۴۶	۰/۷۳	۹۸	۰/۴۶۴	۸/۸۴	۹/۳۰
تحمل آشفتگی	۰/۵۰	۰/۳۹	۹۸	۰/۶۹۷	۴۶/۹۲	۴۷/۴۲

گروه ۱: شخصیت مرزی؛ گروه ۲: نشانگان اضطراب فراگیر

با توجه به جدول ۲، سطح معنی داری ۰/۰۱۱ گزارش شده است، بنابراین فرض صفر رد شده و فرضیه پژوهش قبول می گردد و می توان گفت بین افکار تکرار شونده منفی در افراد دارای نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین افکار تکرار شونده ی منفی در افراد دارای نشانگان اضطراب فراگیر ۳۹/۱۶ و در افراد دارای نشانگان شخصیت مرزی ۳۳/۷۲ می باشد. نتایج حاکی از آن است که افراد دارای نشانگان اضطراب فراگیر نسبت به افراد با نشانگان شخصیت مرزی از افکار تکرار شونده ی منفی بالایی برخوردار بودند. همچنین افراد با نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی در مؤلفه های تحمل (۰/۵۵۷)، جذب (۰/۸۱۸)، ارزیابی (۰/۶۹۱)، تنظیم (۰/۴۶۴) و در نهایت در تحمل آشفتگی (۰/۶۹۷) تفاوت معناداری نداشتند. با توجه به نتایج افراد با نشانگان شخصیت مرزی در جذب میانگین نمره بالاتری داشتند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که بین ذهنیت های طحوااره ای در افراد دارای نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به جدول ۳-۴، افراد با نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی در ذهنیت های کودک آسیب پذیر، کودک شاد، تسلیم شده مطیع، محافظ بی تفاوت، خود آرام بخش بی تفاوت، والد تنبیه گر، والد پرتوقع، بزرگسال سالم تفاوت معنی داری

نداشتند. اما در ذهنیت های کودک عصبانی، کودک غضبناک، کودک تکانشی، خودبزرگ منش و زورگو و تهاجمی تفاوت معناداری داشتند.

با توجه به نتایج افراد با نشانگان شخصیت مرزی در ذهنیت های کودک آسیب پذیر، کودک عصبانی، کودک غضبناک، کودک تکانشی، کودک بی انضباط، تسلیم شده ی مطیع، محافظ بی تفاوت، خودآرام بخش بی تفاوت، خودبزرگ منش، زورگو و تهاجمی، والد تنبیه گر، والد پرتوقع میانگین نمرات بالاتری داشتند. همچنین افراد با نشانگان اضطراب فراگیر در ذهنیت های کودک شاد، بزرگسال سالم میانگین نمرات بالاتری داشتند. این یافته با نتایج پژوهش های، بختیاری (۱۳۹۴)، بذرگر (۲۰۲۰)، الاسوند (۲۰۲۰)، نیک فلاح و گلشنی (۲۰۲۱) و هالورسن و همکاران (۲۰۰۹) همخوان می باشد.

ریشه ذهنیت کودک آسیب پذیر با ترک و آزاری که بیماران در دوران کودکی تجربه نموده اند مرتبط می باشد. عقاید مربوط به این ذهنیت نشانگر این است که این افراد در کودکی تجربه هایی داشتند که سبب شکل گیری طرحواره هایی شده است که دیگران را یاری گر ندانند و تصور کنند حامی و پشتیبان نداشته و تا آخر عمر تنها باقی خواهند ماند. همچنین در پی شکل گیری این طرحواره ها، افراد دارای این ذهنیت، ترجیح می دهند به دلیل رنجی که از ترک شدن و تنها ماندن می برند، به سختی به دیگران اعتماد کرده و از روابط صمیمانه اجتناب کنند.

در تبیین ذهنیت کودک عصبانی و کودک بی انضباطی توان بیان کرد که به دلیل تجربه خشم و رنجش ناشی از اجبار به انجام کاری غیر اخلاقی توسط والدین در دوران کودکی، سبب می شود فرد به علت رفع نشدن نیازهای اولیه تجربه ی شدت احساس خشم برآشفستگی و بی تابى داشته باشد. از طرفی می توان گفت فرد دوست دارد کارهای خود را بدون حساب و کتاب به انجام داده و نتواند احساسات خود را کنترل نماید و زود از کوره در می رود. فردی که چنین ذهنیتی دارد امکان دارد لوس، عصبانی، بی دقت، تنبل، ناشکیبا، بی توجه و بی ادب به نظر برسد. که این خصوصیات اغلب در افراد با نشانگان شخصیت مرزی قابل مشاهده است.

ذهنیت کودک غضبناک افراد به علت تجربه هیجانات منفی ناشی از قرار گرفتن در موقعیت مشابه و تهدید آمیز واقعی و خیالی احساس می شود. با تداعی خاطرات منفی اختلالات روانی بطور خیالی و یا با مشاهده واقعی فرد خطاکار و یا هر نشانه ای که به وی مربوط باشد به احتمال قوی افراد آسیب دیده از اختلالات روانی در خانواده، رفتارهای غضبناک همچون پرخاش و آسیب زدن به دیگران به منظور تخلیه هیجانات منفی را تجربه می کنند و این به دلیل مکانیزم اثر شکل گیری طرحواره و هیجانی بودن

خاطرات و افکار وابسته به آن می باشد. فرد دارای چنین ذهنیتی طاقت کمی دارد و نمی تواند رضایت آنی را به خاطر اهداف آتی به تاخیر بیندازد. فردی که چنین ذهنیتی دارد ممکن است لوس، عصبانی، بی دقت، تنبل، ناشکیبا، بی توجه و بی ادب به نظر برسد.

ذهنیت کودک تکانشی بدین شکل است که ذهنیت کودک تکانشی جنبه ای از فرد می باشد که به صورت تکانشی رفتار کرده و تحمل ناکامی برایش دشوار است، کودک تکانشی خواهان آن است که آنچه را میخواهد را هر وقت که طلب می کند برایش فراهم شود، آنها نیازهایشان را به صورت ضرورت تجربه می کنند و برایشان صبر کردن برای برآورده شدن نیازهایشان یا رد شدن تقاضایشان غیر قابل تحمل است. همچنین افراد دارای این ذهنیت، با توجه به عقاید هسته ای شان، آزارهایی (جنسی یا عاطفی) که در طول کودکی یا نوجوانی تحمل نموده اند را به افراد دیگر و محیط های دیگر تعمیم داده و در واقع طحاره ای از جهانی بد و مردمانی بدخواه دارند و اعتقاد دارند برای زنده ماندن باید با آن ها جنگید و حق خود را از آن ها گرفت.

در مورد ذهنیت کودک شاد نتایج بیانگر این است که فرد به دلیل مشکلاتی چون مشکلات اضطرابی، اختلالی و روانی که در خانواده هایشان وجود داشته نیازهایش برآورده نشده است و فرد احساس محبت، پیوند، خرسندی و رضایت خاطر نکرده است و اعتقاد دارد دیگران او را درک نکرده و به نیازهایش پاسخ نمی دهند و همانند یک کودک خردسال خوشحال نیستند. در ذهنیت تسلیم شده مطیع فرد نیازهای خودش را نادیده گرفته و خشم خود را درون خود میریزد. و به دلیل اینکه در خانواده اعتماد به نفسی در مورد اینکه کارهایی انجام می دهد مورد تایید دیگرانند، بدست نیآورده است.

ذهنیت محافظ بی تفاوت در افراد میتوان گفت که فرد از احساسات شدید فاصله میگیرد چون یقین دارد چنین احساساتی خطرناکند و امکان دارد از کنترل خارج شود. این افراد به دلیل مشکلات اختلالی روانی که در خانواده با آن روبه رو هستند از روابط اجتماعی کناره می گیرند و سعی می کنند احساساتش خود را نادیده بگیرند. در نتیجه فرد احساس پوچی و ملال میکند و ممکن است به اجتناب از صمیمی شدن با دیگران نگرشی خود پسندانه یا بدبینانه بگیرد.

ذهنیت خودآرام بخش بی تفاوت، به دلیل احساس تنهایی و عدم وجود حمایت در زمان وقوع آزار و اذیت دیگران و با اجتناب از مردم، با اعمالی نظیر سوء مصرف مواد از رنج طحاره فاصله میگیرند. شکل گیری ذهنیت خودآرام بخش بی تفاوت در این افراد به دلیل ایجاد دنیای شخصی به دور از اجتماع و کسب آرامش در خلوت، موجب می شود این افراد تجربه ی زندگی اجتماعی و ارتباطات بین فردی فعال نداشته باشند، به عبارتی آن ها محافظ خود شده و با محدود نمودن زندگی اجتماعی و

ارتباطات بین فردی خود و بی تفاوتی نسبت به دنیای بیرون و دیگران از خود در برابر آسیب های احتمالی دفاع نمایند.

در تبیین ذهنیت خود بزرگ منش فرد معتقد است نسبت به دیگران برتری دارد و مستحق حقوق ویژه ای است. با این وجود در این پژوهش که نشان دهنده این موضوع نیست افراد دارای مادران اختلال اعصاب و روان نمی توانند به همه خواسته هایشان برسند و اختلال اعصاب و روان در خانواده مانع رسیدن فرد به خواسته هایش است. به همین دلیل تمایل ناشی از جبران ضعف های تجربه شده کودکی و حساسیت به ضعف و شکل گیری ذهنیت بزرگ منشی، از طریق بد رفتاری با دیگران و یا تحقیر آنان با طرح و اراده هایش می جنگد.

در تبیین ذهنیت زورگویی در و تهاجمی افراد با نشانگان شخصت مرزی می توان بیان کرد آن ها به دلیل تجربه رنج و غم آسیب پذیری در کودکی، و همچنین به منظور جبران ضعف تجربه شده در خانواده دارای اختلال روانی و کاهش احساسات منفی مانند خشم و رنجش به کوچکترین نشانه های تحقیر حساس هستند و گاهی خود تبدیل به کسی می شوند که برای تجربه احساسات مثبت به دیگران آسیب میزنند، به این دلیل که میخواهند فراموش کنند که تنها و بی تفاوت رها شده اند و فردی بزرگ و متکی به خود هستند که کسی نمی تواند دوباره به آنها آسیب بزند، بلکه خود نیز در مقام قدرتی قرار دارند که میتوانند به دیگران حتی زور بگویند و قدرت خود را اثبات کنند.

در تبیین ذهنیت والد تنبیه گر میتوان گفت به دلیل آموزش های سخت گیرانه والدین فرد نسبت به خود پرخاشگر، معتصب، کم طاقت و بی گذشت می شود. ذهنیت والد تنبیه گر در افرادی با اختلال شخصیت شدید تر است. وجود ذهنیت ذهنیت والد تنبیه گر منجر به فعال شدن خود سرزنشی اخلاقی می شود که بیشتر به صورت درونی کردن مستقیم رفتارهای تنبیه گرایانه یکی از والدین می باشد. در این ذهنیت، بیمار می ترسد که کار اشتباهی انجام دهد یا به خاطر فعال شدن خواسته هایی که برایش تهدید آمیز است، خود را فردی شیطان صفت یا بی ارزش بداند. همچنین برخوردهایی مثل تنبیه کودک برای ابراز کردن عقاید یا هیجانات منفی اش، خشونت های کلامی و تهدید به تنبیهات شدید (آزار عاطفی) منجر به شکل گیری این ذهنیت می شود. تبیین ذهنیت پرتوقع والد می توان بیان کرد فرد حس می کند که دیگران از وی توقعات غیر ممکن دارند. در این ذهنیت می توان گفت فرد استقلال خود را برای مراقبت از والدینشان قربانی کرده است. همچنین به دلیل فشار آوردن والدین بر فرزندان تا آرزو های برآورده نشده شان برآورده شود. در ذهنیت بزرگسال سالم فرد درباره خود افکار و احساسات مثبت دارد. در این ذهنیت فرد دست به کارهایی میزند که برایش خوب است و

همین سبب می شود روابط و فعالیت های سالمی داشته باشد. ذهنیت بزرگسال سالم چه در نشانگان اختلال اضطراب فراگیر و چه در نشانگان شخصیت مرزی ناسازگار نیست.

نتایج نشان داد که بین افکار تکرار شونده ی منفی در افراد دارای نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد. افراد با نشانگان اضطراب فراگیر افکار تکرار شونده ی منفی بسیاری نسبت به افراد شخصیت مرزی داشتند. این یافته با نتایج پژوهش های اکبری و محمدخانی (۲۰۱۸)، جوربیین و همکاران (۲۰۱۹)، لاوندر و واتکینز (۲۰۰۴) و رایس (۲۰۱۲) همخوان می باشد. تبیین این یافته چنین است، فردی که در کنترل افکار خود ناتوان است نه تنها توان خودمختاری اش را بلکه توان تسلط بر محیط خارجی پیرامون خود را نیز از دست می دهد. همچنین طبق پژوهش های پیشین بین افکار تکرار شونده منفی و علائم پانیک همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و چون افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر حملات پانیک دارند می توان تبیین نمود که افکار تکرار شونده در این افراد بیشتر است. طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، افرادی که پانیک را تجربه می کنند تا مدت ها نگران رخ دادن دوباره این حمله هستند که این مورد از خصوصیت افکار تکرار شونده را تداعی میکند بدین شکل که افکار تکرار شونده منفی نیز اغلب به صورت ناگهانی بروز میدهند، معطوف به امور منفی و غیرقابل کنترلند و افکار ناخوشایند و تکراری را به ذهن می آورند. همچنین در تبیین می توان بیان نمود که همین ترس از بروز دوباره پانیک یک نوع فکر تکرار شونده ی منفی هست که فرد همیشه دارد و بطور مکرر این تفکر که دوباره پانیک خواهم شد در ذهن فرد وجود دارد.

نتایج نشان داد که بین تحمل آشفته گی در افراد دارای نشانگان اضطراب فراگیر و شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما نتایج بیانگر این بود که افراد با نشانگان شخصیت مرزی نسبت به نشانگان اضطراب فراگیر دارای تحمل آشفته گی پایین تری بودند. با توجه به نتایج افراد با نشانگان شخصیت مرزی در جذب میانگین نمره بالاتری داشتند. همچنین افراد با نشانگان اضطراب فراگیر در تحمل، ارزیابی و تنظیم و نمرات بالاتری داشتند. در حالت کلی افراد با نشانگان شخصیت مرزی تحمل آشفته گی پایینی داشتند. این یافته با نتایج پژوهش های، هانت و همکاران (۲۰۱۲)، آلسکورا و همکاران (۲۰۱۵)، تقی زاده (۲۰۱۶)، مقبلی هنزائی و همکاران (۲۰۱۹)، نیوشا و رجبی (۲۰۱۹) همخوان می باشد. افراد با نشانگان شخصیت مرزی نسبت به نشانگان اضطراب فراگیر تحمل آشفته گی پایینی دارند. با توجه به پژوهش های پیشین افراد با تحمل آشفته گی پایین، قادر نیستند موقعیت روانشناختی منفی و حالات درونی ناخوشایند، هیجان منفی، ابهام، بلا تکلیفی را تحمل نمایند و سعی می کنند از

هیجان منفی اجتناب کرده و فوری تسکین یابند و اگر اجتناب از این هیجانات منفی ممکن نباشد به رفتارهای جبرانی مثل مصرف مواد دست می زنند که این مسئله با بی ثباتی مداوم هیجانی افراد با نشانگان شخصیت مرزی و تکانشگری مداوم آنان برای اقدام به عملی فوری برای تسکین هیجانات منفی مرتبط است و به این دلیل می توان پایین بودن میزان تحمل آشفتگی در نشانگان شخصیت مرزی نسبت به نشانگان اضطراب فراگیر را را تبیین کرد. همچنین افرادی که تحمل آشفتگی پایین دارند خصوصیتی مثل رفتارهای ناسازگارانه مانند رفتار ضداجتماعی، قماربازی بیمارگون، خودآسیب زنی عمدی، رفتارهای پرخوری و به طور قابل توجهی مصرف الکل و مواد دارند (برنوالو و همکاران، ۲۰۱۲). که این رفتارهای ناسازگار با تکانشگری و خصوصیات افراد با نشانگان شخصیت مرزی رابطه دارد که این خود نشانگر نحوه ی برخورد ناکارآمد افراد با تحمل آشفتگی پایین با هیجان های منفی و حالات درونی ناخوشایند است.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Borkovec, T. D., Rickels, K., & Wittchen, H. U. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 11), 53–58.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*, 40(3), 291–301.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192–205.
- Hazlett-Stevens, H. (2010). *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment*. Springer.
- Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 19–39.
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L., & Rector, N. A. (2013). Distress tolerance in obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 204–210.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576–600.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda, A. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 240–253.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102.
- Spasojevic, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25–37.
- Watkins, E. (2011). Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 260–278.
- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination: Investigating mechanisms to improve cognitive behavioural treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(Suppl 1), 8–14.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16(4), 162–171. <https://doi.org/10.1002/da.10065>
- Yang, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press.

- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide* (H. Hamidpour & Z. Andouz, Trans.; Vol. 1). Arjmand. (Original work published 2003) [In Persian]
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (2010). *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press.

Comparison of Schema Modes, Repetitive Negative Thoughts, and Distress Tolerance in Individuals with Symptoms of Generalized Anxiety and Borderline Personality

Ali Shaker Doulagh¹ & Mohsen Beryaji²

Given the clinical overlap between generalized anxiety and borderline personality symptoms in patterns of emotional–cognitive processing, comparing schema modes, repetitive negative thoughts, and distress tolerance can help clarify differences in underlying mechanisms and enable more precise targeting of therapeutic interventions. To this end, in a causal-comparative study, 50 individuals with symptoms of generalized anxiety and 50 individuals with symptoms of borderline personality were purposively selected and assessed in terms of schema modes, repetitive thoughts, and distress tolerance. Data analysis indicated that individuals with symptoms of generalized anxiety and borderline personality did not differ significantly in the schema modes of Vulnerable Child, Happy Child, Compliant Surrenderer, Detached Protector, Detached Self-Soother, Punitive Parent, Demanding Parent, and Healthy Adult; however, they differed significantly in the schema modes of Angry Child, Enraged Child, Impulsive Child, Self-Aggrandizer, and Bully and Attack. According to the results, individuals with borderline personality symptoms obtained higher mean scores in the schema modes of Vulnerable Child, Angry Child, Enraged Child, Impulsive Child, Undisciplined Child, Compliant Surrenderer, Detached Protector, Detached Self-Soother, Self-Aggrandizer, Bully and Attack, Punitive Parent, and Demanding Parent. In addition, individuals with generalized anxiety symptoms obtained higher mean scores in the schema modes of Happy Child and Healthy Adult. A significant difference ($p = .011$) was also found in repetitive negative thoughts between individuals with generalized anxiety symptoms and those with borderline personality symptoms, such that individuals with generalized anxiety symptoms reported higher levels of repetitive negative thoughts than those with borderline personality symptoms. On the other hand, individuals with generalized anxiety and borderline personality symptoms did not differ significantly in the components of distress tolerance—tolerance, absorption, appraisal, and regulation—nor in overall distress tolerance. Based on the findings, it can be stated that individuals with borderline personality symptoms had low distress tolerance.

Keywords: generalized anxiety; repetitive negative thoughts; distress tolerance; schema modes; borderline personality

1 Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
(Corresponding Author): alishakerdolag@gmail.com

2 Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran