رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۲، شماره پیاپی ۵۹، اردیبهشت ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(2), 2021

مقایسه روابط ابژه‌ای، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و آسیب دوران کودکی در افراد دارای نشانگان اختلال‌های شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی- جبری

Comparison of object relationships, schema modes, and childhood trauma in individuals with borderline and obsessive-compulsive personality disorders symptoms

راضیه نیک فلاح
دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر فاطمه گلشنی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Raziyeh Nikfallah
M.Sc. Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Dr. Fatemeh Golshani*
Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
rose.nikfallah@gmail.com

چکیده
هدف پژوهش حاضر مقایسه ذهنیت‌های طرحواره‌ای، آسیب دوران کودکی و روابط ابژه‌ای در افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی- جبری بود. روش پژوهش علی مقایسه‌ای و جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره دولتی و خصوصی در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از میان آن‌ها براساس خط برش پرسشنامه چندمحوری میلون ۹۰ نفر با نشانگان شخصیت مرزی و ۹۰ نفر با نشانگان شخصیت وسواسی- جبری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (۱۹۸۳) (MCMI)؛ پرسشنامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای لوبستال و همکاران (۲۰۱۰) (SMI)؛ پرسشنامه آسیب کودکی برنستاین و همکاران (۱۹۹۴) (CTQ) و پرسشنامه روابط موضوعی و واقعیت آزمایی بل (۱۹۸۶) (BORRTI) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس تحلیل شدند. افراد دچار نشانگان اختلال شخصیت مرزی در مؤلفه‌های ذهنیت کودک عصبانی (P<۰/۰۵)، ذهنیت کودک تکانشی (P<۰/۰۱)، ذهنیت کودک بی‌انضباط (P<۰/۰۵)، ذهنیت خودبزرگ‌منش (P<۰/۰۱)، سوءاستفاده عاطفی (P<۰/۰۵)، غفلت عاطفی (P<۰/۰۱)، خودمحوری (P<۰/۰۵) و دلبستگی ناایمن (P<۰/۰۱) میانگین نمره‌های بالاتری نسبت به افراد دچار نشانگان اختلال شخصیت وسواسی- جبری کسب کردند. افراد دچار نشانگان اختلال شخصیت وسواسی- جبری در مؤلفه‌های ذهنیت محافظ بی‌تفاوت (P<۰/۰۱)، ذهنیت والد تنبیه‌گر (P<۰/۰۵) و ذهنیت والد پرتوقع (P<۰/۰۱) و بی‌کفایتی اجتماعی (P<۰/۰۱) میانگین نمره‌های بالاتری افراد دچار نشانگان اختلال شخصیت مرزی کسب کردند. براساس نتاج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد که روابط ابژه‌ای، ذهنیت- های طرحواره‌ای و آسیب‌های دوران کودکی در شکل‌گیری نشانگان اختلال شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی- جبری نقش دارند.
واژه‌های کلیدی: *آسیب کودکی، روابط ابژه، ذهنیت طرحواره، مرزی، وسواسی- جبری.*

Abstract
This study aimed to compare schema modes, childhood trauma, and object relationships in individuals with borderline personality and obsessive-compulsive disorder symptoms. The research method was causal-comparative and the statistical population of this study included all people who were referred to public and private counseling centers in Tehran city in 2019, of whom 90 people with borderline personality symptoms and 90 people with obsessive-compulsive symptoms were selected by convenience sampling method. Research tools include Millon Clinical Multiaxial Inventory (1983) (MCMI); Schema Mode Inventory by Lobbestael et al. (2010) (SMI); Childhood Trauma Questionnaire by Bernstein et al. (1994) (CTQ) and Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (1986) (BORRTI). Data were analyzed using analysis of variance. Individuals with borderline personality disorder symptoms in the components of angry child mode (P<0.05), impulsive child mode (P<0.01), undisciplined child mode (P<0.05), self-aggrandizer mode (P<0.01), emotional abuse (P<0.05), emotional neglect (P<0.01), egocentricity (P<0.05) and insecure attachment (P<0.01) obtained higher mean scores than people with obsessive-compulsive disorder symptoms. Individuals with obsessive-compulsive disorder symptoms in the components of detached protector mode (P<0.01), punishing parent mode (P<0.05), and demanding parent mode (P<0.01), and social incompetence (P<0.01) obtained higher mean scores than people with borderline disorder symptoms. Based on the present study results, it seems that object relationships, schema modes, and childhood traumas play a role in the formation of borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality symptoms.

Keywords*: Childhood trauma, Object Relationship, Schema Mode, Borderline, Obsessive-Compulsive.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اسفند ۹۹** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : اردیبهشت ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

مقدمه

اختلالات شخصیت[1]، اختلال شایع و مزمن است. میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود و همچنین اختلال شخصیت عامل زمینه‌ساز سایر اختلال‌های روان‌پزشکی است و در نتایج درمانی آن‌ها تداخل پیدا کرده و میزان پیش آگهی این افراد را بدتر می‌کند. احتمال آنکه این افراد تن به درمان ندهند بسیار زیاد است زیرا اختلال‌های شخصیت معمولاً خودهمخوان[2] هستند و بابت رفتار غیر انطباقی خود معمولا زیاد احساس اضطراب نمی‌کنند. اختلالات شخصیت به سه دسته تقسیم شده است. دسته اول شامل اختلالات پارانوئید، اسکیزوتایپال و اسکیزوئید، دسته دوم شامل اختلالات ضداجتماعی، خودشیفته، مرزی و نمایشی و دسته سوم شامل اختلالات دوری جو، وابسته و وسواسی- جبری است (سادوک، سادوک و روئیز[3]، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

اختلال شخصیت مرزی اغلب به‌عنوان اختلالی شامل بدتنظیمی در روابط بین‌فردی، رفتار، هویت و شناخت توصیف شده است. شیوع تقریبی اختلال شخصیت مرزی ۱ تا ۳ درصد در طول عمر و ۰/۵ تا ۱/۴ درصد در جمعیت عادی است. آسیب پذیری ناشی از این اختلال نظیر تکانشگری در روابط و عملکرد شغلی و خطر خودکشی در سال‌های جوانی از همه بیشتر است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به نقش عوامل علیتی روانی- اجتماعی در اختلال شخصیت مرزی توجه نظری و پژوهشی زیادی شده است. ناملایمات و بدرفتاری کودکی، با اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی ارتباط دارند. این تجربیات بدرفتاری، غفلت، جدایی و فقدان را شامل می‌شود (باچر، مینکا و هولی[4]، ۲۰۱۴؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۴).

اختلال شخصیت وسواسی- جبری با الگوی دلمشغولی به نظم، کمال‌گرایی و کنترل مشخص می‌شود. شیوع تقریبی اختلال شخصیت وسواسی- جبری ۱ تا ۲ درصد عنوان شده اما معمولاً به درستی مورد تشخیص قرار نمی‌گیرد و شیوع آن به نظر از این میزان بیشتر می‌رسد؛ با این حال اختلال شخصیت وسواسی- جبری یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در کل جمعیت است و این اختلال در افراد مستعد موجب جدایی اجتماعی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). چنین عنوان شده که افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت وسواسی- جبری والدین مستبد، پرتوقع و مطالبه‌گر با استانداردهای بالایی داشتند که موجب شکل‌گیری خلق و هیجان‌های منفی و همین طور نشانگان اختلال شخصیت وسواسی- جبری شده است (شریعتی، کشاورز اخلاقی، آذر نیک، ترابی گودرزی و صدیق، ۲۰۱۸).

در مدل طرحواره اختلالات شخصیت در قالب طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در دوران تحول افراد شکل گرفته‌اند و پاسخ‌های مقابله‌ای که افراد به طرحواره‌های خود می‌دهند، مفهوم سازی می‌شوند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد هر فرد، نیمرخ بی‌همتایی از چند طرحواره و پاسخ‌های مقابله‌ای با شدت و ابعاد متفاوت دارد و فقط به یکی از مشکلات شخصیت تعلق ندارد. برخی از اختلال‌های شخصیت را می‌توان از طریق ذهنیت‌های طرحواره‌ای معمول آن‌ها توصیف کرد (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۶؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳). به‌طور معمول، فرض می‌شود که طرحواره‌ها درنتیجه تجارب اولیه با مظاهر دلبستگی پرورش می‌یابند (سویگوت، کاراسمانگولو و کاکیر، ۲۰۰۹). طبق مدل طرحواره، «ذهنیت طرحواره‌ای[5]» عبارت است از طرحواره‌ها یا عملکردهای طرحواره‌ای (از جمله پاسخ‌های مقابله‌ای) سازگار یا ناسازگار که در حال حاضر در سیستم پردازش اطلاعات فرد فعال شده‌اند. ذهنیت‌های طرحواره‌ای به چهار دسته تقسیم می‌شوند: ذهنیت‌های کودکانه شامل کودک آسیب‌پذیر، کودک خشمگین و کودک تکانشگر؛ ذهنیت‌های والد ناکارآمد شامل والد تنبیه‌گر و والد پرتوقع؛ ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد شامل تسلیم شده مطیع، محافظ بی‌تفاوت و جبران‌کننده افراطی و ذهنیت‌های سالم. در صورتی ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد فعال می‌شود که طرحواره‌ها یا پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگارانه خاصی منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشفته ساز، پاسخ‌های اجتنابی، یا رفتارهای خودآسیب رسان شوند، به گونه‌ای که کنترل عملکرد فرد را به دست گیرند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳).

در این راستا، در پژوهش جاکوبس، لنز، دورنر و وگنر (۲۰۱۹) ذهنیت‌های طرحواره‌ای پیش بینی کننده نشانگان همه اختلالات شخصیت بودند اما بیشترین سهم را در پیش بینی نشانگان اختلال شخصیت وسواسی- جبری داشتند. یاکین، گراسمن و آرنتز (۲۰۲۰)

---

1. personality disorder
2. ego-syntonic
3. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P.
4. Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J.
5. schema mode

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

تغییر در ذهنیت‌های طرحواره‌ای را عامل اساسی تغییرات در نشانگان اختلالات شخصیت در طرحواره درمانی مطرح کرده‌اند. کوپرز، ون، پین و دیکر (۲۰۲۰) نیز تغییر در ذهنیت‌های طرحواره‌ای را عاملی مؤثر در کاهش نشانگان اختلالات شخصیت و مشکلات روان‌شناختی این افراد در طرحواره درمانی معرفی کرده‌اند. آرنتز، ریجکوبر، چان، فابیستندر، کاراسمانگلو، کریستوفر و همکاران (۲۰۲۱) ذهنیت‌های طرحواره‌ای را عاملی تبیین کننده نشانگان همه دسته‌های اختلالات شخصیت معرفی کرده‌اند. فابیستندر، اِسچویگر، جاکوب و آرنتز (۲۰۱۴) چنین نتیجه گرفتند که مدلی منحصر به فرد از ذهنیت‌های طرحواره‌ای را می‌توان به هر یک از اختلالات شخصیت اختصاص داد، به این معنی که هر اختلال از مجموعه‌ای از ذهنیت‌های طرحواره‌ای تشکیل شده است. شریعتی و همکاران (۲۰۱۸) به ذهنیت‌های طرحواره‌ای خود بزرگ منش و والد پرتوقع مختص اختلال شخصیت وسواسی- جبری اشاره داشته‌اند.

اگر نیازهای هیجانی اساسی فرد در کودکی تأمین نشده باشند، آن وقت طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و حالات خلقی خاصی در اثر آسیب‌های دوران کودکی، می‌توانند شکل بگیرند (لاکوود و پریس، ۲۰۱۲). سوءرفتار[1] کودکی انجام رفتارهایی یا غفلت توسط والدین یا دیگر مراقبان کودک تعریف شده است که موجب به آسیب کودکی می‌شود (کاتان، روسی، لانفریدی و کاتانئو، ۲۰۱۵). طبق متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[2] وقایع آسیب‌زای کودکی به آزار جسمانی، آزار جنسی، غفلت و آزار روان‌شناختی[3] تقسیم شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). آسیب کودکی با تجربه ذهنی مزمن و عودکننده استرس همبسته است که موجب فعال‌سازی محور هیپوتالاموس- هپوفیز- آدرنال می‌شود. محور هیپوتالاموس- هپوفیز- آدرنال اصلی‌ترین مدار مرتبط با استرس - غدد درون ریز است که ادراک عوامل استرس‌زا (بالقوه) را در الگوی غدد درون ریز و پاسخ‌های خودمختار مورد نیاز برای سازگاری با استرس را ادغام می‌کند و در این میان سیستم سروتونرژیک در تنظیم سازگاری با استرس روانی بسیار حیاتی است (آگوراستوس و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسچپرس و همکاران، ۲۰۱۹). ارتباط آسیب کودکی و ترشح کورتیزول، که محصول نهایی هورمون گلوکوکورتیکوئید- هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال است و نشان دهنده افزایش استرس روانی است، مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به تغییرات عصبی شیمیایی در مغز در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌زا، فعالیت در نواحی پیش پیشانی مغز مانند قشر پش پیشانی کاهش می‌یابد. کاهش فعالیت عصبی در این قشر با اختلال در کنترل شناختی در ارتباط است (دی بلیس و زیسک، ۲۰۱۴) و از این منظر به نظر چنین می‌رسد که آسیب کودکی با مشکلات سازگاری و مشکلاتی که در ساختار عصبی افراد ایجاد می‌کند با نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی- جبری همبسته باشد.

در این راستا برنز، امستادتر، آکین، کنادسن، ریچبورن- کجنرود، گاردنر و همکاران (۲۰۱۴) میزان اندازه اثر آسیب کودکی را برای همه اختلال‌های شخصیت مورد بررسی قرار دادند؛ در پژوهش آن‌ها بیشترین اندازه اثر متعلق به اختلال شخصیت مرزی و بعد متعلق به اختلال شخصیت وسواسی- جبری بود. کاروالهو فرناندو، ببلو، اِسچلوسر، ترفهر، اوت، لو و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی دریافتند آزار کودکی فرایندهای اصلی تنظیم هیجان را در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به دشواری در تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه می‌شود. گودرزی، خسروی و دهشیری (۱۳۹۵) چنین پیشنهاد کردند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی احتمال ابتلای فرد به اختلال‌های شخصیتی نظیر اختلال شخصیت وسواسی- جبری را افزایش می‌دهد؛ والدین این افراد، اشخاصی هستند که با برآورده نساختن نیازهای عاطفی و حمایتی موجب شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت وسواسی- جبری در آن‌ها می‌شوند. کاتان و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که آسیب دوران کودکی با ایجاد تغییراتی در محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال، انتقال دهنده‌های عصبی و نورپلاستیتی مغز زمینه ساز اختلال شخصیت مرزی است.

باچ و فارل (۲۰۱۸) طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرحواره‌ای کودک عصبانی و کودک تکانشی را در مفهوم سازی اختلال شخصیت مرزی مهم پنداشته‌اند. پژوهشگران ذهنیت‌های طرحواره‌ای را در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داده‌اند و به طور کلی چنین عنوان داشته‌اند که ذهنیت‌های طرحواره‌ای در بیماران مرزی راهبردهای بقایی هستند که افراد مورد استفاده قرار می‌دهند تا از خود در برابر آسیب کودکی، درد، غفلت و سوءرفتار محافظت کنند. حنایی، محمودعلیلو، بخشی پوررودسری و اکبری (۱۳۹۴) چنین نتیجه گرفتند که سبک‌های دلبستگی و روابط منفی با والدین و سوءرفتار عاطفی پیش بینی کننده ذهنیت‌های طرحواره‌ای در افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی هستند.

---

[1]. maltreatment
[2]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
[3]. psychological abuse

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

نظریه پردازان رویکرد روابط ابژه[1] سعی داشته‌اند با تکیه بر نوع رابطه فرد در دوران کودکی با مراقبین اصلیش به علل شکل گیری ساختارهای شخصیت بپردازند (سیفرت و پورسرلی، ۲۰۱۵). روابط ابژه براساس تعاملات فرد با افراد درونی و بیرونی (به صورت واقعی یا خیالی) و ارتباط بین دنیای درونی و بیرونی تعریف می‌شود. روابط ابژه بر اهمیت تجربه دوران کودکی در رشد و تحول شخصیت تأکید دارند (اشنایدمن، ۲۰۰۰). در نظریه‌های روابط شیء یا موضوعی شخصیت را بازنمایی‌های واقعی یا غیرواقعی فرد از خود و دیگران و عواطف همراه با این بازنمایی‌ها یا به عبارتی ظرفیت افراد برای برقراری روابط انسانی تعریف شده که در سال‌های نخست زندگی شکل می‌گیرد. این بازنمایی‌ها به عنوان راهنما برای رفتارهایی که باید در موقعیت‌های خاصی که فرد در آن قرار دارد، انجام گیرد و الگو برای تجربه‌های کنونی عمل می‌کند و با رشد طبیعی پیچیده‌تر، تمایزیافته‌تر و منعطف‌تر می‌شود. از آن‌جا که بازنمایی‌های درونی‌سازی‌شده، مجموعه‌ای از انتظارات از پیش تعیین شده درباره بازخورد و رفتارهای دیگران را شامل می‌شود، بازنمایی‌هایی که نمایانگر موضوع‌های ارضاکننده، مثبت، واقع‌گرایانه و باثبات در گذشته باشد، در شکل‌گیری احساس امنیت و حفاظت در مقابل تهدید مؤثر است. از طرفی آشفتگی‌های بازنمایی‌های روابط موضوعی تجربه سرسختانه و خصومت‌ورزانه روابط موضوعی خود و دیگران را سبب می‌شود، پایه‌های امنیت شخصی را متزلزل می‌کند و به افزایش آسیب‌پذیری منجر می‌شود (کالیگور، کرنبرگ و کلارکین، ۲۰۰۷؛ هینشلوود و فورتونا، ۲۰۱۸).

در این راستا کلارکین، کالیگور و سوویسلو (۲۰۲۰) چنین مطرح کردند که افراد دارای نشانگان اختلال مرزی روابط ابژه‌ای مختل را به گونه‌ای شدید تجربه کرده‌اند که موجب حسی ناپایدار از خود، رفتارها و روابط مختل و بهره‌کشی بین فردی در آنها شده است اما افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت وسواسی جبری، افراد نوروتیکی هستند که روابط ابژه‌ای مختل را در کودکی تجربه کرده‌اند. در پژوهش هوپریچ، نلسون، پاگوت، لنگو و آلبرایت (۲۰۱۷) روابط ابژه‌ای مختل میانجیگر رابطه بین صفات تکانشگری و عاطفه‌پذیری منفی با نشانگان اختلال شخصیت مرزی بود. چمنی و نجفی (۱۳۹۷) چنین نتیجه گرفتند که روابط ابژه‌ای و طرحواره‌های ناسازگار نقش مهمی در پیش بینی نشانگان اختلال شخصیت مرزی دارند. شکیلا، محمدخانی، پورشهباز و مشتاقی بیدختی (۲۰۱۱) به رواندرمانی روابط ابژه به عنوان درمانی مؤثر در کاهش نشانگان اختلالات شخصیت دسته سوم از جمله وسواسی- جبری و اختلالات هیجانی همایند با آنها اشاره داشته‌اند.

با نگاهی بر آنچه مرور شد چنین به نظر می‌رسد که اختلال‌های شخصیت مرزی و وسواسی- جبری اختلال‌هایی با شیوع تقریباً نزدیک به هم در جمعیت هستند که حتی عوامل زمینه‌ساز مشابهی نظیر آسیب کودکی در این اختلال‌ها دخیل‌اند. با این حال در مورد دیگر عواملی که در سایه عوامل محیطی چون آسیب کودکی حاصل می‌شوند نظیر طرحواره‌های ناسازگار و ذهنیت‌های طرحواره‌ای و همچنین روابط ابژه‌ای به خصوص در اختلال شخصیت وسواسی- جبری اطلاعات چندانی در دسترس نیست. بنابراین بررسی هر چه بیشتر این عوامل در این اختلال‌ها و مقایسه این اختلال‌ها جهت تمایز افتراقی گام نخست در بررسی آسیب‌شناسی مربوط به این اختلال‌ها به شمار می‌آید. براساس آنچه که پیش‌تر مرور شد شیوع نشانگان اختلالات شخصیت مرزی و وسواسی- جبری در جمعیت غیربالینی نیز بیشتر از سایر اختلالات شخصیت است و هر کدام از این اختلالات بر کارکردها و عملکرد افراد در سطح درون فردی و بین فردی به نوعی مشکلاتی را ایجاد می‌کند و بر زندگی این افراد تأثیرگذارند و بنابراین این امر بر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌افزاید. از این‌رو هدف پژوهش حاضر آزمون فرضیه مقابل بود: بین ذهنیت طرحواره‌ای، آسیب دوران کودکی و روابط ابژه‌ای در افراد دچار نشانگان اختلال شخصیت مرزی و نشانگان اختلال شخصیت وسواسی جبری تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای و جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره دولتی و خصوصی در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از میان آن‌ها براساس خط برش پرسشنامه چندمحوری میلون (نمره بالاتر از ۶۰) ۹۰ نفر دارای نشانگان شخصیت مرزی و ۹۰ نفر دارای نشانگان شخصیت وسواسی- جبری به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از جمله معیارهای ورود تشخیص نشانگان مرزی و وسواسی- جبری براساس نمره بالاتر از ۶۰ و از جمله معیارهای خروج از پژوهش تشخیص همزمان دیگر اختلال‌های روانی و اعتیاد، ابتلاء به بیماری‌های جسمانی مزمن و عقب ماندگی و مصرف دارو بود. معیارهای ورود و خروج به وسیله یک پرسشنامه محقق ساخته دموگرافیک بررسی شد که همگی این معیارها را با سؤالات بله و خیر مورد بررسی قرار می‌دادند.

[1]. object relationship

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

در پژوهش حاضر میانگین ± انحراف معیار سن گروه افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی ۳۳/۳۰ ± ۵/۲۵ و گروه افراد دارای نشانگان اختلال وسواسی-جبری ۳۳/۶۰ ± ۵/۹۶ بود.

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون[1]- ۳ (MCMI). پرسشنامه چند محوری بالینی میلون- ۳ (۱۹۸۳) شامل ۱۷۵ گویه است که ۲۸ مقیاس شامل شاخص‌های تغییرپذیری؛ الگوهای بالینی شخصیت: شخصیت‌های اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، آزارگر، اجباری، منفی‌گرا و خودناکام‌ساز؛ الگوهای بالینی شدید شخصیت: شخصیت‌های اِسکیزوتایپی، مرزی و پارانوئید؛ نشانه‌های بالینی: اختلال‌های اضطرابی، شبه جسمانی، مانیک، افسرده‌خویی، وابستگی به الکل، وابستگی به مواد و استرس پس از ضربه و نشانه‌های بالینی شدید: اختلال‌های تفکر، افسردگی اساسی و هذیانی را به صورت بله/ خیر مورد ارزیابی قرار می‌دهد. میلون به طور اختیاری نقطه برش نرخ پایه ۸۵ یا بالاتر را به عنوان وجود قطعی ویژگی‌های مورد نظر تعیین کرد. نمره‌های BR ۷۵ یا بالاتر دلالت بر وجود ویژگی‌های یک اختلال دارند و نمره‌های BR پایین‌تر از ۷۵ نشان می‌دهد که برخی از ویژگی‌ها وجود دارند نه همه آن‌ها. میلیون (۱۹۸۳) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ و ضرایب بازآزمایی را در دامنه‌ای از ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. شریفی (۱۳۸۱) در مطالعه خود به بررسی ضریب اعتبار نسخه سوم این آزمون با روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی در اصفهان پرداخته است. شریفی (۱۳۸۱) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی و ضرایب اعتبار ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ به روش بازآزمایی را برای مقیاس‌های این پرسشنامه گزارش کرد. همچنین در مطالعه شریفی (۱۳۸۱) روایی مقیاس‌های پرسشنامه چند محوری بالینی میلون- ۳ از طریقی روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل به‌دست آمده است. در این مطالعه روایی تشخیصی تمام مقیاس‌ها بسیار خوب برآورده شده است. چگینی و همکاران (۱۳۹۲) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و همبستگی خرده مقیاس‌های این ابزار را در گروه بیمار و غیربیمار در دامنه‌ای از ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای نشانگان اختلال شخصیت مرزی ۰/۷۶ و برای نشانگان اختلال وسواسی- جبری ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای[2] (SMI). پرسشنامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای لوبستال و همکاران (۲۰۱۰) شامل ۱۲۴ گویه است که ۱۴ ذهنیت طرحواره‌ای را در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از هیچ وقت= ۱، به ندرت= ۲، گاهی= ۳، اغلب= ۴، مدام= ۵ و همیشه= ۶ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. لوبستال و همکاران (۲۰۱۰) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و قدرت تمیز اختلال‌های محور I و محور II را توسط این ابزار به عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کردند. ویژگی‌های روانسنجی این ابزار توسط حنایی، محمودعلیلو، بخشی پوررودسری و اکبری (۱۳۹۳) بررسی شده است و برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی محتوایی رضایت بخشی گزارش کردند. در پژوهش حاضر همچنین برای بررسی روایی محتوایی گویه‌ها از شاخص نسبت روایی محتوایی و نظر ۵ نفر از اساتید هیأت علمی استفاده شد که مقدار آن برای همه گویه‌ها بالاتر از ۰/۶ به دست آمد و حاکی از روایی محتوایی مطلوب گویه‌ها بود. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای 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 به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۶۹، ۰/۷۳، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۱، ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه آسیب کودکی[3] (CTQ). پرسشنامه آسیب کودکی برنستاین و همکاران (۱۹۹۴) شامل ۲۸ عبارت است و ۵ خرده مقیاس آزار جنسی، آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «هرگز=۱» تا «همیشه=۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برنستاین و همکاران (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و همبستگی درونی بین عامل‌های پرسشنامه آسیب کودکی را در دامنه‌ای از (r=۰/۲۵) تا (r=۰/۵۸) و همبستگی بالای پرسشنامه آسیب کودکی با مصاحبه‌های بالینی بزرگسالان در مورد بدرفتاری و غفلت کودکی به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند (برنستاین و همکاران، ۱۹۹۴). عسگرپور و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ را برای آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت عاطفی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۷۰ و ۰/۸۳ به دست آوردند و عامل آزار جنسی به علت همسانی درونی پایین در پاسخ‌های ارایه شده از پژوهش حذف شد. در پژوهش عسگرپور

[1]. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)
[2]. Schema Mode Inventory (SMI)
[3]. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

و همکاران (۱۳۹۴) ساختار نظری پرسشنامه آسیب کودکی متشکل از چهار عامل آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی با بارهای عاملی بالاتر ۰/۳۲ بود. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای ۵ خرده مقیاس آزار جنسی، آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۱، ۰/۸۰، ۰/۷۰ و ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسشنامه روابط موضوعی و واقعیت آزمایی بل[1] (BORRTI). مقیاس روابط موضوعی بل و همکاران (۱۹۸۵) شامل ۹۰ گویه است که ۴ خرده مقیاس بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمیان بینی و بی کفایتی اجتماعی را به صورت بله/ خیر مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بل و همکاران (۱۹۸۵؛ ۱۹۸۶) ضرایب پایایی بازآزمایی را برای ۴ و ۱۳ هفته در دامنه‌ای از ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون- ۲ به عنوان شاخصی از روایی آن گزارش کردند. هادی نژاد و همکاران (۱۳۹۳) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ و همبستگی خرده مقیاس‌های این ابزار را با SCL-90 به عنوان شاخصی از روایی آزمون گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای ۴ خرده مقیاس بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمیان بینی و بی کفایتی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۰ به دست آمد.

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اسرار آزمودنی‌ها و رازداری رعایت شد. پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

در گروه افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی ۳۵ مرد (۳۸/۸۹ درصد) و ۵۵ زن (۶۱/۱۱ درصد) و در گروه افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت وسواسی- جبری ۳۸ مرد (۴۲/۲۲ درصد) و ۵۲ زن (۵۷/۷۸ درصد) حضور داشتند. در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی برابر با ۳۱/۰۰ ± ۶/۵۳ و در گروه افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت وسواسی- جبری برابر با ۳۲/۴۷ ± ۸/۵۴ بود.

قبل از انجام تحلیل واریانس پیش‌فرض‌های آزمون شامل مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالماگروف- اسمیرنف، همگنی واریانس‌های خطا، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس و همبستگی بین مؤلفه‌های متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون لوین نشان داد واریانس خطای هیچ یک از مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای، آسیب کودکی و روابط ابژه‌ای در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. بنابراین می‌توان گفت مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برای هر یک از مؤلفه‌ها در دو گروه برقرار بود. به علاوه، نتایج آزمون ام. باکس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌های مربوط به دو گروه برقرار بود. همچنین نتیجه آزمون کرویت بارتلت[2] در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. این موضوع نشان می‌دهد که سطح قابل قبولی از همبستگی بین مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای، آسیب کودکی و روابط ابژه‌ای وجود دارد و بنابراین چنین نتیجه‌گیری شد که تحلیل واریانس چند متغیری روش مناسبی برای مقایسه مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای، آسیب کودکی و روابط ابژه‌ای در بین دو گروه افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی جبری بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و مقادیر کالماگروف- اسمیرنف مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای، آسیب کودکی و روابط ابژه‌ای را در دو گروه شخصیت مرزی و شخصیت وسواس جبری

مؤلفه های ذهنیت طرحواره ای	میانگین ± انحراف معیار		کالماگروف- اسمیرنف (سطح معناداری)	
	وسواس	مرزی	وسواس	مرزی
ذهنیت کودک آسیب پذیر	۴/۵۴±۳۰/۹۰	۳/۷۵±۳۲/۷۳	۰/۱۲۹ (۰/۲۰۰)	۰/۱۱۱ (۰/۲۰۰)
ذهنیت کودک عصبانی	۵/۷۹±۳۵/۵۷	۶/۰۸±۳۹/۰۷	۰/۱۳۷ (۰/۱۵۸)	۰/۱۴۱ (۰/۱۳۲)
ذهنیت کودک غضبناک	۵/۹۲±۳۸/۲۰	۵/۵۳±۳۶/۷۳	۰/۱۰۶ (۰/۲۰۰)	۰/۰۹۲ (۰/۲۰۰)

[1]. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI)
[2]. Bartlett test of sphericity

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

ذهنیت کودک تکانشی	۵/۴۵±۳۰/۸۳	۴/۹۲±۳۴/۷۱	۰/۱۴۴ (۰/۱۱۲)	۰/۱۳۵ (۰/۱۷۳)
ذهنیت کودک بی انضباط	۴/۱۵±۲۰/۴۰	۳/۸۱±۲۲/۷۷	۰/۱۳۳ (۰/۱۸۷)	۰/۱۱۴ (۰/۲۰۰)
ذهنیت کودک شاد	۷/۵۴±۳۶/۵۷	۵/۱۱±۳۶/۰۳	۰/۱۰۸ (۰/۲۰۰)	۰/۰۸۷ (۰/۲۰۰)
ذهنیت تسلیم شده مطیع	۵/۰۸±۲۵/۷۲	۵/۰۹±۲۶/۴۰	۰/۰۹۴ (۰/۲۰۰)	۰/۱۲۵ (۰/۲۰۰)
ذهنیت محافظ بی تفاوت	۵/۸۹±۳۲/۳۰	۵/۹۴±۲۸/۱۷	۰/۰۸۷ (۰/۲۰۰)	۰/۰۹۷ (۰/۲۰۰)
ذهنیت خودآرام بخش بی تفاوت	۳/۵۹±۱۳/۰۳	۴/۱۹±۱۲/۰۰	۰/۱۰۶ (۰/۲۰۰)	۰/۰۹۳ (۰/۲۰۰)
ذهنیت خود بزرگ منش	۷/۵۲±۳۱/۵۶	۶/۶۴±۳۵/۶۹	۰/۱۰۹ (۰/۲۰۰)	۰/۰۷۶ (۰/۲۰۰)
ذهنیت زورگو و تهاجمی	۵/۰۸±۳۰/۶۰	۵/۴۱±۲۸/۷۷	۰/۱۴۰ (۰/۱۳۸)	۰/۱۵۱ (۰/۰۸۱)
ذهنیت والد تنبیه گر	۶/۵۹±۳۸/۱۰	۶/۱۳±۳۴/۲۳	۰/۱۴۲ (۰/۱۲۹)	۰/۱۴۷ (۰/۰۹۸)
ذهنیت والد پرتوقع	۵/۴۷±۳۶/۱۳	۶/۰۲±۳۱/۸۵	۰/۱۲۴ (۰/۲۰۰)	۰/۱۵۳ (۰/۰۷۱)
ذهنیت بزرگسال سالم	۵/۱۱±۳۶/۹۰	۶/۳۸±۳۷/۱۴	۰/۰۹۲ (۰/۲۰۰)	۰/۱۴۸ (۰/۰۹۰)
سوءاستفاده عاطفی	۳/۲۲±۱۱/۷۷	۳/۰۹±۱۳/۵۷	۰/۱۵۶ (۰/۰۶۱)	۰/۱۲۷ (۰/۲۰۰)
سوءاستفاده جسمانی	۲/۳۱±۱۳/۱۰	۲/۷۳±۱۲/۸۹	۰/۱۴۹ (۰/۰۸۶)	۰/۱۱۹ (۰/۲۰۰)
سوءاستفاده جنسی	۲/۷۱±۹/۴۷	۲/۱۱±۸/۷۸	۰/۱۱۱ (۰/۲۰۰)	۰/۱۵۸ (۰/۰۵۳)
غفلت عاطفی	۳/۲۹±۱۳/۶۰	۳/۵۳±۱۶/۱۰	۰/۱۴۸ (۰/۰۹۱)	۰/۱۵۵ (۰/۰۶۳)
غفلت جسمانی	۱/۹۴±۱۰/۴۹	۲/۰۲±۱۱/۴۲	۰/۱۶۵ (۰/۰۳۶)	۰/۱۴۳ (۰/۱۲۰)
خودمحوری	۱/۸۲±۷/۷۴	۲/۳۹±۹/۰۰	۰/۱۵۰ (۰/۰۸۲)	۰/۱۶۲ (۰/۰۴۳)
بیگانگی	۱/۵۵±۵/۳۷	۱/۶۰±۵/۱۰	۰/۱۲۶ (۰/۲۰۰)	۰/۱۵۸ (۰/۰۵۴)
دلبستگی ناایمن	۱/۳۹±۴/۸۳	۱/۶۲±۵/۹۳	۰/۱۵۹ (۰/۰۵۲)	۰/۱۵۱ (۰/۰۸۰)
بی کفایتی اجتماعی	۱/۵۴±۵/۰۷	۱/۲۹±۳/۹۰	۰/۱۵۰ (۰/۰۸۱)	۰/۱۶۹ (۰/۰۲۹)

در ادامه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که ارزش F برای مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای در سطح ۰/۰۱ معنادار است (۰/۴۴۴= ویلکز لامبدا، ۰/۵۵۶=η^2 partial، P=۰/۰۰۱، ۴/۰۳۱ = (۴۵ و ۱۴)F). به همین منظور تحلیل واریانس یک راهه انجام شد تا معین گردد کدام یک از مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره ای در بین دو گروه افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی جبری به لحاظ آماری متفاوت است.

جدول ۲. تحلیل واریانس یکراهه در مقایسه مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای

مؤلفه‌ها	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	η^2	درجه آزادی بین گروهی و خطا
ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	۵۰/۴۲	۱۷/۳۶	۲/۹۱	۰/۰۴۸	
ذهنیت کودک عصبانی	۱۸۳/۷۵	۳۵/۳۰	۵/۲۱*	۰/۰۸۲	
ذهنیت کودک غضبناک	۳۲/۲۷	۳۲/۸۷	۰/۹۸	۰/۰۱۷	
ذهنیت کودک تکانشی	۲۲۸/۱۵	۲۷/۰۰	۸/۴۵**	۰/۱۲۷	
ذهنیت کودک بی‌انضباط	۸۴/۰۲	۱۵/۸۷	۵/۲۹*	۰/۰۸۴	
ذهنیت کودک شاد	۴/۲۷	۴۱/۸۰	۰/۱۰	۰/۰۰۲	۱ و ۵۸
ذهنیت تسلیم‌شده مطیع	۶/۶۷	۲۵/۸۸	۰/۲۶	۰/۰۰۴	
ذهنیت محافظ بی‌تفاوت	۲۵۶/۲۷	۳۵/۰۴	۷/۳۱**	۰/۱۱۲	
ذهنیت خودآرام بخش بی‌تفاوت	۱۶/۰۲	۱۵/۲۶	۱/۰۵	۰/۰۱۸	
ذهنیت خود بزرگ‌منش	۲۶۰/۴۲	۵۰/۴۴	۵/۱۶*	۰/۰۸۲	
ذهنیت زورگو و تهاجمی	۵۰/۳۷	۲۷/۵۶	۱/۸۳	۰/۰۳۱	

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

ذهنیت والد تنبیه گر	۲۲۴/۲۹	۴۰/۴۵	۵/۵۴*	۰/۰۸۷
ذهنیت والد پرتوقع	۲۷۷/۳۵	۳۲/۷۹	۸/۴۶**	۰/۱۲۷
ذهنیت بزرگسال سالم	۰/۶۰	۳۳/۴۷	۰/۰۲	۰/۰۰۱

*P<۰/۰۵ ،**P<۰/۰۱

جدول ۲ نشان می‌دهد که نمره F مربوط به مؤلفه‌های ذهنیت کودک تکانشی (P <۰/۰۱، ۸/۴۵ = (۵۸ و ۱)F)، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت (P <۰/۰۱، ۷/۳۱ = (۵۸ و ۱)F) و ذهنیت والد پرتوقع (P <۰/۰۱، ۸/۴۶ = (۵۸ و ۱)F) در سطح معناداری ۰/۰۱ و مؤلفه‌های ذهنیت کودک بی‌انضباط (P <۰/۰۵، ۵/۲۹ = (۵۸ و ۱)F)، ذهنیت کودک عصبانی (P <۰/۰۵، ۵/۲۱ = (۵۸ و ۱)F)، ذهنیت خود بزرگ‌منش (P <۰/۰۵، ۵/۱۶ = (۵۸ و ۱)F) و ذهنیت والد تنبیه گر (P <۰/۰۵، ۵/۵۴ = (۵۸ و ۱)F) در سطح ۰/۰۵ معنادار است. استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مقایسه با افراد دچار نشانگان شخصیت وسواسی جبری در مؤلفه‌های ذهنیت کودک عصبانی (P<۰/۰۵، SE=۱/۵۳، $\Delta\bar{x}$ =۳/۵۰)، ذهنیت کودک تکانشی (P<۰/۰۱، SE=۱/۳۴، $\Delta\bar{x}$ =۳/۹۰)، ذهنیت کودک بی‌انضباط (P<۰/۰۵، SE=۱/۰۳، $\Delta\bar{x}$ =۲/۳۷) و ذهنیت خود بزرگ‌منش (P<۰/۰۱، SE=۱/۸۴، $\Delta\bar{x}$ =۴/۱۷) میانگین نمرات بالاتری کسب کرده‌اند. همچنین استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که افراد دچار نشانگان شخصیت وسواسی جبری در مقایسه با افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مؤلفه‌های ذهنیت محافظ بی‌تفاوت (P<۰/۰۱، SE=۱/۵۳، $\Delta\bar{x}$ =۴/۱۳)، ذهنیت والد تنبیه گر (P<۰/۰۵، SE=۱/۶۲، $\Delta\bar{x}$ =۳/۸۷) و ذهنیت والد پرتوقع (P<۰/۰۱، SE=۱/۴۸، $\Delta\bar{x}$ =۴/۳۰) میانگین نمرات بالاتری کسب کرده‌اند.

در ادامه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که ارزش F برای مؤلفه‌های آسیب کودکی در سطح ۰/۰۵ معنادار است (۰/۸۱۳= ویلکز لامبدا، partial η^2=۰/۱۸۷، P= ۰/۰۴۲، ۲/۴۹۰ = (۵۴ و ۵)F). به همین منظور تحلیل واریانس یک راهه انجام شد تا معین گردد کدام یک از مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره ای در بین دو گروه افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی جبری به لحاظ آماری متفاوت است.

جدول ۳. تحلیل واریانس یکراهه در مقایسه مؤلفه‌های آسیب دوران کودکی

مؤلفه‌ها	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	η^2	درجه آزادی بین گروهی و خطا
سوءاستفاده عاطفی	۴۸/۶۰	۹/۹۸	۴/۸۷*	۰/۰۷۷	
سوءاستفاده جسمانی	۰/۸۲	۶/۴۲	۰/۱۳	۰/۰۰۲	
سوءاستفاده جنسی	۷/۳۵	۵/۹۱	۱/۲۴	۰/۰۲۱	۱ و ۵۸
غفلت عاطفی	۹۳/۷۸	۱۱/۵۸	۸/۰۹**	۰/۱۲۲	
غفلت جسمانی	۱۲/۱۵	۳/۹۱	۳/۱۱	۰/۰۵۱	

*P<۰/۰۵ ،**P<۰/۰۱

جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره F مربوط به مؤلفه سوءاستفاده عاطفی (P <۰/۰۵، ۴/۸۷ = (۵۸ و ۱)F) در سطح ۰/۰۵ و مؤلفه غفلت عاطفی (P <۰/۰۱، ۸/۰۹ = (۵۸ و ۱)F) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مقایسه با افراد دچار نشانگان شخصیت وسواسی جبری در مؤلفه‌های سوءاستفاده عاطفی (P<۰/۰۵، SE=۰/۸۲، ۱/۸۰= $\Delta\bar{x}$) و غفلت عاطفی (P<۰/۰۱، SE=۰/۸۸، $\Delta\bar{x}$ =۲/۵۰) میانگین نمرات بالاتری کسب کرده‌اند.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که ارزش F در مقایسه روابط ابژه در دو گروه افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی جبری در سطح ۰/۰۱ معنادار است (۰/۷۰۴= ویلکز لامبدا، partial η^2=۰/۲۹۶، P= ۰/۰۰۱، ۵/۷۸۳ = (۵۵ و ۴)F). به همین منظور تحلیل واریانس یک راهه انجام شد تا معین گردد کدام یک از مؤلفه‌های روابط ابژه‌ای در بین دو گروه افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی جبری به لحاظ آماری متفاوت است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

جدول ۴. تحلیل واریانس یکراهه در مقایسه مؤلفه‌های روابط ابژه

مؤلفه‌ها	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	η^2	درجه آزادی بین گروهی و خطا
خودمحوری	۲۲/۸۲	۴/۵۸	۴/۹۹*	۰/۰۲۹	۰/۰۷۹	۱ و ۵۸
بیگانگی	۱/۰۷	۲/۵۱	۰/۴۳	۰/۵۱۷	۰/۰۰۷	
دلبستگی ناایمن	۱۸/۱۵	۲/۲۸	۷/۹۷*	۰/۰۰۶	۰/۱۲۱	
بی‌کفایتی اجتماعی	۲۰/۴۲	۲/۰۴	۱۰/۰۳	۰/۰۰۳	۰/۱۴۷	

*P**، $<0/01 P<0/05$

جدول ۴ نشان می‌دهد که نمره F مربوط به مؤلفه‌های دلبستگی ناایمن ($P<0/01$، ۷/۹۷ = (۵۸ و ۱)F) و بی‌کفایتی اجتماعی ($P<0/01$، ۱۰/۰۳ =(۵۸ و ۱)F) در سطح ۰/۰۱ و مؤلفه خودمحوری ($P<0/05$، ۴/۹۹ = (۵۸ و ۱)F) در سطح ۰/۰۵ معنادار است. استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مقایسه با افراد دچار نشانگان شخصیت وسواسی جبری در مؤلفه‌های خودمحوری ($P<0/05$، $SE=0/55$، $\Delta\bar{x}=1/23$) و دلبستگی ناایمن ($P<0/01$، $SE=0/39$، $\Delta\bar{x}=1/10$) میانگین نمرات بالاتری کسب کرده‌اند. همچنین نتایج آزمون بن فرونی نشان داد که افراد دچار نشانگان شخصیت وسواسی جبری در مقایسه با افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مؤلفه بی‌کفایتی اجتماعی میانگین نمرات بالاتری کسب نمودند ($P<0/01$، $SE=0/37$، $\Delta\bar{x}=1/17$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه ذهنیت‌های طرحواره‌ای، آسیب دوران کودکی و روابط ابژه‌ای در افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی- جبری بود. در پژوهش حاضر افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مقایسه با افراد دچار نشانگان شخصیت وسواسی جبری در مؤلفه‌های غفلت عاطفی و سوءاستفاده عاطفی آسیب دوران کودکی میانگین نمرات بالاتری کسب کردند. افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مقایسه با افراد دچار نشانگان وسواسی جبری در مؤلفه‌های خودمحوری و دلبستگی ناایمن روابط ابژه‌ای میانگین نمرات بالاتری کسب می‌کنند و افراد دچار نشانگان وسواسی جبری در مقایسه با افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مؤلفه بی‌کفایتی اجتماعی میانگین نمرات بالاتری کسب کردند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مقایسه با افراد دچار نشانگان شخصیت وسواسی جبری در مؤلفه‌های ذهنیت کودک عصبانی، ذهنیت کودک تکانشی، ذهنیت کودک بی‌انضباط و ذهنیت خود بزرگ‌منش میانگین نمرات بالاتر و افراد دچار نشانگان شخصیت وسواسی جبری در مقایسه با افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی در مؤلفه‌های ذهنیت محافظ بی‌تفاوت، ذهنیت والد تنبیه گر و ذهنیت والد پرتوقع میانگین نمرات بالاتری کسب کردند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های چمنی و نجفی (۱۳۹۷)؛ حنایی و همکاران (۱۳۹۴)؛ شکیلا و همکاران (۲۰۱۱)؛ گودرزی و همکاران (۱۳۹۵)؛ آرنتز و همکاران (۲۰۲۱)؛ برنز و همکاران (۲۰۱۴)؛ جاکوبس و همکاران (۲۰۱۹)؛ فابیستندر و همکاران (۲۰۱۴)؛ فرناندو و همکاران (۲۰۱۴)؛ کاتان و همکاران (۲۰۱۷)؛ کلارکین و همکاران (۲۰۲۰)؛ کوپرز و همکاران (۲۰۲۰)؛ هوپریچ و همکاران (۲۰۱۷)؛ یاکین و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود.

در تبیین یافته حاضر می‌توان به نظریه زیستی- اجتماعی لینهان اشاره کرد. لینهان در توصیف اختلال شخصیت مرزی بر بدکارکردی و بدتنظیمی هیجانی[1] و محیط بی اعتبارساز[2] هیجان در پیدایش اختلال شخصیت مرزی تمرکز می‌کند. نظریه زیستی- اجتماعی لینهان بیان می‌کند که اختلال شخصیت مرزی، اساساً نوعی بدکارکردی در سیستم تنظیم هیجان است. محیط بی اعتبارساز به دلایل زیر، پاسخ‌های هیجانی ناکارآمد را در کودک به ودیعه می‌گذارد: ۱) قصور در آموزش کودک جهت بازشناسی، تشخیص، و تنظیم و تعدیل

1. emotional dysfunction and dysregulation
2. invalidating environment

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

هیجان‌ها؛ ۲) کوتاهی والدین در آموزش کودک برای تحمل حالات پریشانی؛ و ۳) کوتاهی در آموزش کودک برای اینکه به پاسخ‌های هیجانی خودش -به عنوان تفسیرهای درست از واقعیت- اعتماد کند (محمودعلیلو و شریفی، ۱۳۹۲). بدین ترتیب، سوءاستفاده عاطفی در دوران کودکی که شکلی از بی اعتبارسازی است (کنگ و سو، ۲۰۱۸)، غفلتی که از سوی والدین در دوران کودکی رخ می‌دهد، رشد هیجانی- اجتماعی دوران بزرگسالی را تحت تأثیر نامطلوب قرار می‌دهد، از جمله اینکه کودکانی که در دوران کودکی خود مورد غفلت واقع شده‌اند معمولاً به ناچار درد روانی و عاطفی بیش از حدی را تحمل کنند، که این مانع از ایجاد احساس امنیت و دلبستگی ایمن در آن‌ها می‌شود. بنابراین، این کودکان کم‌تر احتمال دارد مهارت‌های تنظیم هیجان یا مقابله مؤثر با شناخت‌واره‌ها یا هیجان‌های منفی شکل بگیرد (چن، کوکارو، لی و جاکوبسن، ۲۰۱۲؛ پامپیلی، اینامواراتی، لامیس، اِرباتو، ونتورینی، ریسی و همکاران، ۲۰۱۴)، همچنانکه در اختلال شخصیت مرزی مشهود است.

بدین ترتیب والدین با غفلت و سوءاستفاده عاطفی پایه و اساس شکل‌گیری دلبستگی ناایمن را پایه‌ریزی می‌کنند. دلبستگی ناایمن در روابط ابژه‌ای در بافت خانواده و دیگر تجربیات فرد در اجتماع موجب می‌شود وی وارد چرخه‌ای شود که در مقایسه با دیگران آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشد. مادران افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی که سبک دلبستگی ناایمن دارند، در رفتارهای خود به شدت بی ثبات هستند و قدرت پیش بینی در روابط را از کودک خود سلب می‌کنند. در نتیجه، الگوی بی ثبات درونی شکل گرفته از چهره دلبستگی، همواره موجب ترس و اضطراب جدایی در فرد خواهد شد؛ چرا که چهره دلبستگی درونی شکل گرفته از مادر در کودک، یک پایگاه ایمنی بخش درونی مستحکم و باثبات که در هر لحظه کودک نیاز داشته باشد، در اختیار او باشد، نیازهای اولیه او را به طور مدام باثبات برآورده سازد و محیط را همواره ایمن سازد، نیست. همچنانکه یکی از نشانه‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی، ترس از طرد و رها شدن توسط ابژه در روابط است (چمنی و نجفی، ۱۳۹۷). دلبستگی مختل حاوی اطلاعاتی است مبنی بر اینکه افراد مهم زندگی به موقع و به اندازه کافی در دسترس نبودند تا نیازهای کودک را برآورده کنند و بدین ترتیب زمینه شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه را فراهم می‌آورند (حنایی و همکاران، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد کودکانی که آسیب کودکی را تجربه کرده‌اند و دلبستگی ناایمن و ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناسالم را شکل داده‌اند، تحت تأثیر ذهنیت کودک عصبانی ذهنیتی که به خاطر ارضا نشدن نیازهای هیجانی خود، عصبانی است، رفتارهای خشمگینانه خود را، بدون توجه به پیامدهای آن، ابراز می‌دارد و خشم خود را بیان کند؛ افراد دچار اختلال شخصیت مرزی براساس ذهنیت طرحواره‌ای تکانشی و بی انضباط، نظم و پشتکار ندارد و به اعمال تکانشی مطابق تمایلات فوری بدون توجه به محدودیت‌ها دست می‌زنند. همچنین همچنانکه در مؤلفه خودمحوری روابط شیء این افراد نمرات بیشتری را دریافت کردند به نظر می‌رسد به ذهنیت خودبزرگ منش نیز که ذهنیتی است که در آن، فرد دوست دارد در مرکز توجه دیگران قرار گیرد، بسیار متوسل می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶) که ممکن از تجربه غفلت در دوران کودکی ناشی شود؛ بی‌توجهی و غفلت والدین از نظر کوهات و کرنبرگ[1] ۱۹۷۸ موجب شکل‌گیری خودپنداره‌ای اغراق آمیز و خودمحوری در ارضای نیازهای خود نیز می‌شود (باچر و همکاران، ۲۰۱۴؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۴). علاوه براین، به نظر می‌رسد ترس از رها شدن در افراد دچار نشانگان اختلال شخصیت مرزی با خودمحوری همراه شده و موجب این می‌شود که با اعمال قدرت بر دیگران بر این ترس درونی خود فائق آیند.

از طرفی، در مورد افراد مبتلا به نشانگان اختلال شخصیت وسواسی- جبری باید گفت برخی از افراد دچار نشانگان به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری بدون توجه به مکان، زمان و شرایط، تقریباً همیشه به یک سبک و سیاق عمل می‌کنند: خویشتن‌دار، انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرا. این افراد ممکن است به دلیل ذهنیت والد پرتوقع که وی را برای دستیابی به انتظارات غیرواقع بینانه والدین تحت فشار قرار می‌دهد، ذهنیت والد تنبیه گر -ذهنیتی که کودک را به خاطر بد بودن تنبیه می‌کند و کودک رها شده را مجازات کند و در غالب محافظ بی تفاوت، با کمک اجتناب از مردم و به کارگیری انواع فرار روان‌شناختی، از درد و رنج طرحواره فاصله گیرند و بدین ترتیب هیجان‌های خود را بلوکه کرده و از دیگران جدا شده تا از خودش محافظت کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). در نظریه‌های روابط شیء کمال‌گرایی به عنوان دفاعی در مقابل انتقاد، سرزنش‌گری و احساس گناهی شکل گرفته که ریشه در روابط والدینی و فراخود بسیار سخت‌گیر دارد (هانا، ۲۰۰۸). با در نظر گرفتن مطالبی که مطرح شد روابط ابژه‌ای که حاکی از بی کفایتی اجتماعی است در افراد دچار اختلال شخصیت

[1]. Kohut & Kernberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

وسواسی- جبری تحت تأثیر روابط اولیه آن‌ها و عدم درک نیازهای کودک و آسیب به خودشیفتگی وی و سرزنش‌گری بیش از حد توسط والدین شکل می‌گیرد.

براساس نتاج پژوهش حاضر چنین به نظر می‌رسد که روابط ابژه‌ای، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و آسیب‌های دوران کودکی در شکل‌گیری نشانگان اختلال شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی- جبری نقش دارند و از آنجاکه خانواده و فضای خانه، بادوام‌ترین و پایدارترین عاملی است که بر رشد و تحول شخصیت به گونه‌های مختلف اثر می‌گذارد، آموزش خانواده اساسی‌ترین نوع آموزش است که برای خانواده‌ها پیشنهاد می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان اکتفا به ابزار خودگزارشی را در نظر گرفت که ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود از روش‌های دیگر جمع آوری اطلاعات نظیر مصاحبه نیز بهره گرفته شود. نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر محدود به شهر تهران بود که تعمیم یافته‌ها را به شهرهای دیگر محدود می‌سازد، بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود این مطالعه را بر روی افراد در دیگر شهرها نیز تکرار کنند و نتایج را با نتایج حاصل از این پژوهش مقایسه کنند.

منابع

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویراست پنجم)*. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۳). تهران: روان.

باچر، ج.، مینکا، س.، و هولی، ج. (۲۰۱۴). *آسیب‌شناسی روانی*. (ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۴). تهران: ارسباران.

چگینی، م.، دلاور، ع.، و غرایی، ب. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون – ۳. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۸*، ۲۹، ۱۶۲-۱۳۵.

چمنی، ف.، و نجفی، م. (۱۳۹۷). ارتباط روابط موضوعی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانگان شخصیت مرزی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۶*، ۱، ۶۱-۵۴.

حنایی، ن.، و محمودعلیلو، م.، و بخشی پوررودسری، ع.، و اکبری، ا. (۱۳۹۴). ذهنیت‌های طرحواره‌ای, تجربه کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۳*(۱۲)، ۱۱۸-۱۰۱.

حنایی، ن.، محمودعلیلو، م.، بخشی پوررودسری، ع.، و اکبری، اِ. (۱۳۹۴). ذهنیت‌های طرحواره‌ای، تجربه کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۳*، ۱۲، ۱۱۸-۱۰۱.

سادوک، بنجامین، جیمز.، سادوک، ویرجینا آلکوت.، و روئیز، پدرو. (۲۰۱۵). *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.

شریفی، ع. اَ. (۱۳۸۱). *هنجاریابی آزمون بالینی چند محوری میلون- ۳ در شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

عسگرپور، ف.، کربلایی محمد میگونی، آ.، و تقی‌لو، ص. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای آسیب کودکی در رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و تنظیم شناختی انطباقی هیجان در کودکان کار. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹، ۳۳، ۱۲۱-۱۰۳.

فتحی آشتیانی، ع.، و داستانی، م. (۱۳۹۰). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: بعثت.

گودرزی، ن.، و خسروی، ز.، و دهشیری، غ. (۱۳۹۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، اختلال شخصیت وسواسی- اجباری و گروه بهنجار. *روان‌شناسی بالینی، ۸*(۳ (پیاپی ۳۱))، ۳۵-۲۵.

محمود علیلو، م.، و شریفی، م. (۱۳۹۲). *اختلال شخصیت مرزی: مباحث نظری و روش‌های درمانی*. تهران: ارجمند.

یانگ، ج.، کلوسکو، ژ.، و ویشار، م. ج. (۲۰۰۶). *طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۸۹). تهران: ارجمند.

Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Baker, D. G. (2019). Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects beyond Stress System Dysregulation [Review]. *Frontiers in Psychiatry*, *10*(118).

Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021). Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup. *Cognitive Therapy and Research*.

Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, *259*, 323-329.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C., & Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: a Biology x Sex x Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and psychopathology*, *21*(3), 735-770.

Bell, M. D., Billington, R. J., & Becker, B. R. (1985). Scale for the assessment of reality testing: reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of consulting and clinical psychology*, *53*(4), 506–511.

Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1986). A scale for the assessment of object relations: reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of clinical psychology*, *42*(5), 733-741.

Berenz, E. C., Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., Gardner, C. O., & Kendler, K. S. (2013). Childhood trauma and personality disorder criterion counts: a co-twin control analysis. *Journal of abnormal psychology*, *122*(4), 1070-1076.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzelk, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry, 151*(8), 1132-1136.

Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology* (1st Ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Lowe, B., . . . Wingenfeld, K. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *Journal of trauma & dissociation, 15*(4), 384-401.

Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC psychiatry*, *17*(1), 221.

Chen, P., Coccaro, E. F., Lee, R., & Jacobson, K. C. (2012). Moderating effects of childhood maltreatment on associations between social information processing and adult aggression. *Psychological medicine, 42*(6), 1293-1304.

Clarkin, J. F., Caligor, E., & Sowislo, J. F. (2020). An Object Relations Model Perspective on the Alternative Model for Personality Disorders (DSM-5). *Psychopathology, 53*(3), 141-148.

De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *23*(2), 185–vii.

Fassbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G., & Arntz, A. (2014). The schema mode model for personality disorders. *Psychiatrie, 11*, 78-86.

Hannah, D. J. (2008). *Defensive mechanisms of perfectionists.* A thesis presented to the Graduate School of the University of Florida in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science.

Hinshelwood, R. D., & Fortuna, T. (2018). *Melanie Klein: The Basics.* New York: Taylor & Francis.

Huprich, S. K., Nelson, S. M., Paggeot, A., Lengu, K., & Albright, J. (2017). Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *Personality disorders*, *8*(1), 46–53.

Jacobs, I., Lenz, L., Dörner, S., & Wegener, B. (2019). How do schema modes and mode factors align with defense styles and personality disorder symptoms?. *Personality disorders*, *10*(5), 427–437.

Keng, S.-L., & Soh, C. Y. (2018). Association between childhood invalidation and borderline personality symptoms: self-construal and conformity as moderating factors. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 5*(1), 19.

Koppers, D., Van, H., Peen, J., & Dekker, J. J. M. (2020). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 1-12.

Linehan M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: The Guilford Press.

Linehan M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder.* New York, NY: The Guilford Press.

Lobbestael, J., Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and cognitive psychotherapy, 38*, 437-458.

Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (p. 41–66). Wiley-Blackwell.

Marcia, J. E. (2001). Identity in Childhood and Adolescence. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 7159-7163). Pergamon.

Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual* (3rd Ed.). Minneapolis, MN: National Computer System.

Pompili, M., Innamorati, M., Lamis, D. A., Erbuto, D., Venturini, P., Ricci, F., . . . Girardi, P. (2014). The associations among childhood maltreatment, "male depression" and suicide risk in psychiatric patients. *Psychiatry research, 220*(1-2), 571-578.

Rowland, T. A., Jainer, A. K., & Panchal, R. (2017). Living with obsessional personality. *BJPsych bulletin, 41*(6), 366–367.

Schepers, R., Keulers, E. H., & Markus, C. R. (2019). Effects of 5-HTTLPR genotype and cognitive rumination on long-term cortisol reactivity measured in human hair. *Stress (Amsterdam, Netherlands), 22*(2), 221–227.

Schneiderman, L. (2000). Book Review: An Introduction to Object Relations. *Imagination, Cognition and Personality*, *19*(3), 295-302.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]

Shakiba, S., Mohamadkhani, P., Poorshahbaz, A., & Moshtaghbidokhti, N. (2011). The efficacy of Brief Object Relations Psychotherapy on major depressive disorder comorbid with cluster C personality [Original Research]. *Medical Journal of the Islamic Republic Of Iran, 25*(2), 57-65.

Shariati, B., Keshavarz Akhlaghi, A. A., Azarnik, S., Torabi Goodarzi, Z., & Seddigh, R. (2018). Experience of Living With Patients With Obsessive-Compulsive Personality Disorder: A Qualitative Study [Original Article]. *Iran J Psychiatry Behav Sci, 12*(3), e9318.

Shin, S. H., Lee, S., Jeon, S.-M., & Wills, T. A. (2015). Childhood emotional abuse, negative emotion-driven impulsivity, and alcohol use in young adulthood. *Child Abuse & Neglect, 50*, 94-103.

Siefert, C., & Porcerelli, J. H. (2015). *Object relations theory and personality disorders: Internal representations and defense mechanisms.* In S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment* (p. 203–224). American Psychological Association.

Soygut, G., Karaosmanoglu, A., & Cakir, Z. (2009). Assessment of early maladaptive schemas: a psychometric study of the Turkish young schema questionnaire- short form-3. *Turkish journal of psychiatry, 20*(1), 75-84.

Yakın, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, *126*, 103553.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7]