

## مقاله اصلی

# مدل یابی ساختاری اختلال شخصیت مرزی بر پایه تروماهای اوایل زندگی، ذهنیت طرحواره‌ای و ادراک از فرزندپروری مادر با نقش میانجی خلق و خو

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۲

### خلاصه

#### مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، اختلال شدید و ناتوان کننده‌ای است که در یک تا دو درصد از جمعیت عمومی تخمین زده شده است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مدل یابی ساختاری اختلال شخصیت مرزی بر پایه تروماهای اوایل زندگی، ذهنیت طرحواره‌ای و ادراک از فرزندپروری مادر با نقش میانجی خلق و خو انجام شد.

#### روش کار

روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را افراد با اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز درمانی (کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی) در شهر تهران در سال‌های ۹۷-۹۸ تشکیل دادند که با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۲۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه پرسشنامه مقیاس شخصیت مرزی (BPI لیشترینگ (۱۹۹۹)، پرسشنامه شخصیت خلق و خوی (TCI) کلونینجر و همکاران (۱۹۹۳)، پرسشنامه تجربه‌های کودک آزاری (CASRS) محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) و پرسشنامه ذهنیت طرحواره‌ای (SMQ) و پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده (POPS) گروولینگ و همکاران (۱۹۹۷) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و بکارگیری نرم افزار SPSS24 و AMOS23 انجام شد.

#### نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد خلق و خو در رابطه بین تروماهای اوایل زندگی با شخصیت مرزی نقش میانجی دارد. خلق و خو در رابطه بین ذهنیت طرحواره‌ای با شخصیت مرزی نقش میانجی دارد و خلق و خو در رابطه بین فرزندپروری مادر با شخصیت مرزی نقش میانجی دارد ( $P < 0.05$ )

**نتیجه گیری:** پژوهش حاضر نقش خلق و خو، تروماهای اوایل زندگی، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر را در تبیین اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار داد که مبانی نظری لازم برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه در اختیار متخصصان بالینی قرار می‌دهد.

#### کلمات کلیدی

خلق و خو، تروماهای اوایل زندگی، ذهنیت طرحواره‌ای، شیوه‌های فرزندپروری، شخصیت مرزی

**پی نوشت:** این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

شیرین کیایی<sup>۱</sup>

فاطمه گلشنی<sup>۲</sup>

سوزان امامی پور<sup>۳</sup>

آنیته باغداساریانس<sup>۴</sup>

محمد مهدی بدیعی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

<sup>۴</sup> استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

<sup>۵</sup> استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.

Email: fat.golshani@iauctb.ac.ir

## مقدمه

اختلال شخصیت مرزی، اختلال شدید و ناتوان کننده‌ای است که در یک تا دو درصد از جمعیت عمومی تخمین زده شده است و در زن‌ها دو برابر مردها شایع است (۱). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مرز بین نوروز و سایکوز قرار دارند. الگوی بی‌ثبات و پرتنش روابط فردی که با نوسان بین دو قطب، آرمانی کردن و بی‌ارزش کردن مشخص می‌شود؛ بی‌ثباتی بارز و مستمر خودپنداره، رفتار تکانشی، تهدید یا انجام رفتارهای خودآسیب رسان مکرر، بی‌ثباتی عاطفی، خشم شدید و نامتناسب یا اشکال در کنترل خشم از موضوعات مهم مورد بحث بین نظریه‌پردازان و محققان به شمار می‌آید (۲). طبق مطالعات آسیب‌شناسی مشخصه بارز بیماران مبتلا به این اختلال، الگویی پایداری است از بی‌ثباتی در قلمروهای مختلف شناخت، عاطفه و روابط بین‌فردی دارند (۳). سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی علیرغم چندین دهه بحث و جدل همچنان موضوعی جنجالی برای مناظره‌هاست. با توجه به شیوع این اختلال و مرگ و میر ناشی از آن، تلاش‌های بسیاری در جهت سبب‌شناسی آن صورت گرفته است (۴). افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی‌ها یا تجارب تفرقی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آن‌ها گزارش شده است (۵).

مدت‌های مدیدی آسیب‌های دوران کودکی به عنوان یکی از عوامل ایجاد کننده اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته می‌شد، و این باور همچنان در کار بالینی وجود دارد (۶). ترال و همکارانش (۷) با غربالگری نمونه‌ای بزرگ و غیر بالینی از نظرووجود سابقه سوءاستفاده در کودکی و اختلال شخصیت مرزی دریافتند اگرچه تجربه سوءاستفاده در کودکی قویترین عامل در شکل‌گیری این اختلال نیست، اما بخشی خاص از واریانس ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی را به عهده دارد. یافته‌های پژوهش‌ها در این زمینه می‌تواند تائیدی بر این باشد که اختلال شخصیت مرزی شکلی احتمالی

از اختلال ترمای تحولی پیچیده است (۸). مطالعه بندلوی، کراس، ودکاینند و همکاران (۹) با مقایسه بیماران مرزی و سالم، انواع مختلف تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی مانند خشونت سوءاستفاده‌های جنسی، جدایی از والدین و بیماری‌های سخت در کودکی این بیماران که بالاتر از گروه کنترل بود را گزارش کردند. متداول‌ترین پیشینه پژوهشی درباره سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی، حوزه مربوط به آزارهای دوران کودکی، بویژه آزار جنسی است (۱۰)؛ چرا که آزارهای جنسی دوران کودکی را بیماران مرزی بیشتر از تمامی اختلالات شخصیتی دیگر گزارش کرده‌اند (۱۱).

این در حالی است که مطابق پژوهش لوبستائل، آرنز و سیزوردا (۱۲) بین آزارهای کودکی در شخصیت مرزی و شخصیت ضد اجتماعی رابطه وجود دارد. رویکرد ذهنیت طرحواره‌ای<sup>۱</sup> مولفه‌ی پیشرفته رویکرد طرحواره‌ای محسوب می‌شود و مشکل‌ترین بخش نظریه طرحواره است که مفهوم آن اولین بار در رفتارهای اختلال شخصیت مرزی پدید آمد. یانگ مدلی را در مورد اختلال شخصیت مرزی ارائه کرده است، که به ویژه در فهم شیفت‌های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است (۱۳). یانگ پنج ذهنیت طرحواره‌ای کودک ترک شده، کودک عصبانی و تکانشی، والد تنبیه‌گر، محافظ منفک شده و بزرگسال سالم را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی معرفی کرده است (۱۴). در پژوهشی که با هدف بررسی رابطه بین ذهنیت طرحواره، تروماهای دوران کودکی و تجزیه در اختلال شخصیت مرزی انجام شد، وجود طرحواره‌های معیوب را در این اختلال تایید کرده است. سبک‌های فرزندپروری ترکیب‌هایی از رفتارهای والدین با کودک هستند که در موقعیت‌های گسترده‌ای روی می‌دهند و جو فرزندپروری بادوامی را پدید می‌آورند (۱۵). در مطالعه شهامت و

<sup>۱</sup>. Schema Mode

همکاران (۱۶) اکثر طرحواره‌های ناسازگار با طرد از سوی مادر ارتباط معناداری داشتند.

یکی دیگر از عوامل موثر بر اختلال شخصیت مرزی، می‌تواند به فرزندپروری ادراک شده ارتباط داشته باشد. گرولینگ، دسی و ریان (۱۷) فرزندپروری ادراک شده را بر سه بعد دانسته‌اند: بعد مشارکت یا درگیری والدین که به معنای توجه مثبت والدین به کودک و میزان زمانی است که برای او می‌گذارند و به طور فعال در فعالیت‌های روزانه با او مشارکت می‌کنند و از آنها آگاه هستند، بعد حمایت از خودمختاری که به معنای ارزش قابل شدن والدین به دیدگاه فرزند و استفاده آنان از فونونی است که انتخاب خودآغازگری، تصمیم‌گیری و حل مساله را در کودک تقویت می‌کند، و در نهایت بعد مهرورزی یا گرمی والدین که به معنای پاسخگو، حساس، توجه کننده، مشوق، استوار و صمیمی بودن والدین نسبت به فرزندانشان است. گیانوتا و ریدل (۱۸) در پژوهش خود نشان دادند بین رابطه مادر-کودک و خلق و خوی فرزند رابطه معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌های پژوهش مسعودیان (۱۹) در زمینه رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های فرزندپروری والدین با خلق و خوی کودک نشان داد بین سبک‌های فرزندپروری والدین و خلق و خوی فرزندان رابطه معناداری وجود دارد.

از عوامل دیگر شکل‌گیری طرحواره‌ها، خلق و خوی کودک است؛ خلق و خو جنبه‌ای از ساختار کلی فرد است که با گرایش به تغییرات خلق و سطوح حساسیت حاصل از تحریک مشخص می‌شود (۲۰). خلق و خوی کودک، در تعامل با وقایع دردناک دوران کودکی، منجر به شکل‌گیری طرحواره‌ها می‌شود. خلق و خوهای متفاوت، در مقابل رفتار مشابه والدین خود، واکنش‌های کاملاً متفاوتی نشان می‌دهند و در مقابل شرایط زندگی یکسان نیز به طور کاملاً متفاوتی آسیب پذیر می‌گردند (۲۱)، در مطالعه شلت و همکاران (۲۲)، رابطه بین خلق و خو، شخصیت و ادراک فرزندپروری مورد بررسی قرار گرفت و اینطور نتیجه‌گیری شد که عوامل

طرد و گرمی‌بالاترین همبستگی را با ابعاد اجتناب از آسیب، وابستگی به پاداش و خود جهت‌گیری پایین در خلق و خو را دارد.

اکیسکال و همکاران (۲۳) بر نقش عامل‌های شخصیتی در تسهیل روند ابتلا به اختلال شخصیت مرزی تاکید نموده است و پیرو این تاکیدات، مطالعه گسترده‌ای (۲۴، ۲۵، ۲۶) به انجام رسیده است. با این حال هنوز نتایج متناقضی درخصوص ارتباط آنها گزارش شده است و تصریح این ارتباط به انجام پژوهش‌های دامنه دار نیازمند است. به نظر می‌رسد با توجه به افزایش این اختلال در جوامع کنونی و همبودی بالای آن با سایر اختلالات روانپزشکی نیازمند تحقیقات وسیعی بر روی سبب‌شناسی و عوامل موثر بر شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی هستیم. لذا در این پژوهش سعی بر این است که سبک‌های ویژه شناخت واره‌ها، تجربه‌های دوران کودکی، شیوه‌های فرزندپروری و خلق و خوی نامناسب که در این افراد شکل می‌گیرند و عوامل موثر در شکل‌گیری این اختلال است، بررسی شود. بنابراین محقق در پژوهش حاضر به دنبال این مساله است: بین شخصیت مرزی بر اساس تروماهای اوایل زندگی، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر با میانجیگری خلق و خو چه رابطه‌ای وجود دارد؟

### روش کار

روش تحقیق براساس هدف، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی است که برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری یا مدل-یابی علی در آن استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را افراد با اختلال شخصیت مرزی که به مراکز درمانی (کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی) در شهر تهران در سال‌های ۹۸-۱۳۹۷ مراجعه کرده و توسط متخصصین روانپزشک و روانشناس بالینی به عنوان اختلال شخصیت مرزی تشخیص‌گذاری شده‌اند و افراد با سایر نشانه‌های اختلال روانپزشکی که بوسیله مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته و

مقیاس شخصیتی مرزی (BPI) تشخیص گذاری شده اند، تشکیل می دهد. آزمودنی‌ها با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، براساس ارجاع متخصصان اعصاب و روان و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱. ملاک‌های ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی؛ ۲. براساس نداشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی؛ ۳. نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده؛ ۴. داشتن سن بین ۲۲ تا ۴۵ سال؛ ۵. تحصیلات در حد دبیرستان؛ ۶. عدم دریافت دارو در زمان تشخیص. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ۱. داشتن اختلالات همراه شدید؛ ۲. داشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی، افسردگی شدید؛ ۳. قرار داشتن در مسمومیت دارویی یا ترک دارو.

کلاین (۲۷) برای مطالعاتی که از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده می کنند، راه‌حل ویژه‌ای را جهت تعیین حجم نمونه پیشنهاد کرده است. به عقیده‌ی او حداقل نسبت حجم نمونه برای هر پارامتر برآورد شده، ۵ نفر می باشد؛ نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می شود (استیونس به نقل از هومن، ۲۸). در مدل مفروض پژوهش حاضر، طبق دیدگاه کلاین ۲۱ پارامتر اندازه‌گیری شد. بنابراین برای دستیابی به نتایجی قابل قبول (با استفاده از قاعده ۱۰ به ۱) و اینکه جنسیت در آن در نظر گرفته نشده است، نمونه‌ای برابر با ۲۵۰ شرکت کننده کافی است، پرسشنامه‌ها بر روی هریک از افراد اجرا خواهد شد و پس از تکمیل موردبررسی قرار گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات در پژوهش حاضر عبارت بودند از:

**پرسشنامه مقیاس شخصیت مرزی (BPI):** پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI) توسط لیشرینگ (۲۹) و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی ساخته شده ۵۱ گویه دارد و به صورت بلی / خیر جواب داده می شود. این پرسشنامه در اصل مقیاسی ۵۳ ماده‌ای است که از سازمانبندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی DSMIV ساخته شده است. پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI) شامل عامل‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی،

مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت‌آزمایی آسیب دیده و ترس از صمیمیت می باشد. لیشرینگ در پژوهش خود نشان داد همسانی درونی و پایایی باز آزمایی این آزمون در حد رضایت بخشی قرار دارد. به شکلی که آلفای کرونباخ مولفه‌های این آزمون در دامنه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ بود همچنین میزان همبستگی بازآزمایی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ بدست آمد. در پژوهش محمد زاده و رضایی (۳۰) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته شد. روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دو نیمه‌سازی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۸۵ بدست آمد. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای مولفه‌های اختلال شخصیت مرزی از ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ بود.

**پرسشنامه شخصیت خلق و خوی کلونینجر (TCI):** این پرسشنامه، یک مقیاس خودگراشی است که توسط کلونینجر و همکاران (۳۱) تدوین گردیده و دارای ۱۲۵ ماده است و به صورت بلی و خیر پاسخ داده می شود. این مقیاس، شامل چهار بعد خلق و خوی و سه بعد منش مطرح شده در نظریه کلونینجر است. ضرایب همسانی درونی، در نمونه اصلی پرسشنامه برای ابعاد خلق و خوی نوجویی، آسیب پرهیزی، وابستگی به پاداش و پافشاری به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۷۶ و ۰/۶۵ گزارش شده است. برای ابعاد منشی خودراهبری، همکاری و خودفراری نیز به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۴ گزارش شده است (۳۱). در ایران نیز کاویانی و پورصالح (۳۲)، ضمن تایید ساختار پرسشنامه ضرایب آلفا برای عوامل خلق و خوی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۰، ۰/۷۳ و ۰/۵۰ و برای ابعاد منشی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۷۲ گزارش نموده اند. همچنین ضرایب بازآزمایی نیز برای عوامل خلق و خوی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۸۳ و ۰/۷۹ و برای ابعاد منش به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی برای نوجویی (۰/۷۲)، آسیب پرهیزی (۰/۷۶)، وابستگی به پاداش (۰/۶۴)، پافشاری

2. Temperament And Character Inventory (TCI)

1. Borderline Personality Inventory

طرح‌های استفاده شد که مولفه‌های آن عبارتند از: ۱. مراقب بی تفاوت، ۲. کودک عصبانی، ۳. کودک آسیب دیده/رها شده، ۴. والد تنبیه گر، و ۵. ذهنیت بزرگسال سالم. نمره گذاری این آزمون روی یک مقیاس شش درجه‌ای از نوع لیکرت که از «هرگز» تا «همیشه» می‌باشد، نمره گذاری می‌شود. طبق تحقیقات انجام شده توسط لوبستال و همکاران (۳۶)، در مورد پایایی این آزمون، همبستگی درونی خرده مقیاس‌ها، که از طریق آلفای کرونباخ به دست آمده از ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ با میانگین ۰/۸۹ می‌باشد. همچنین این که این آزمون دارای روایی افتراقی مناسب و روایی همگرایی متوسطی می‌باشد. در پژوهش حنایی و همکاران (۱۳۹۴) جهت برآورد پایایی، از روش محاسبه همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) و روش آزمون-بازآزمون استفاده شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۹۰ می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز، ضرایب آلفای کرونباخ در حد قابل قبولی بود (۰/۷۹ تا ۰/۸۸).

### پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده

(POPS)<sup>۳</sup>: این پرسشنامه ۴۲ سوالی توسط گروپینک، دسای و ریان (۱۷) تدوین شده و دارای شش خرده مقیاس است. آرمودنی‌ها بر اساس لیکرت هفت درجه‌ای از ۱= اصلاً در مورد درست نیست، تا ۷= کاملاً در مورد من درست است؛ میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر گویه گزارش می‌کنند. خرده مقیاس درگیری مادر با آلفای ۰/۸۲، درگیری پدر با آلفای ۰/۸۸، حمایت از خودمختاری مادر با آلفای ۰/۸۷، خرده مقیاس حمایت از خودمختاری پدر با آلفای ۰/۹۳، خرده مقیاس گرمی مادر با آلفای ۰/۸۴، خرده مقیاس گرمی پدر با آلفای ۰/۹۳ می‌باشد. قابلیت اعتماد این مقیاس با محاسبه آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۷). در تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده توسط خرازی و کارشکی (۳۸) دو گویه به علت بار عاملی پایین حذف شد و در نهایت ۴۰ گویه باقی ماند. در پرسشنامه مذکور سوال ۱ تا ۲۱ برای مادر و دقیقاً همین ۲۱ سوال در قالب سوال‌های ۲۲-۴۲ برای پدر تکرار می‌شود. ضرایب

(۰/۶۳)، خودراهبری (۰/۸۳)، همکاری (۰/۶۵) و خودفراروی (۰/۷۰) مطلوب بود.

### پرسشنامه تجربه‌های کودک آزاری (CASRS):

این پرسشنامه، تجربه کودک آزاری را در ۵ بعد غفلت، آزار جنسی، آزار جسمی، سوء تغذیه و آزار عاطفی بررسی می‌کند. این پرسشنامه توسط محمدخانی و همکاران (۳۳) تهیه شده است که ابتدا شامل ۵۴ آیتم بوده که از این تعداد، ۷ سوال برای آزار جسمی، ۹ سوال برای آزار جنسی، ۲۱ سوال برای آزار عاطفی و جو منفی خانه و ۱۷ سوال برای غفلت، مشخص شده است. محققان مذکور پس از اجرای تحلیل عاملی به روش تحلیل مولفه‌های اصلی از ۵۴ ماده مقیاس، ۳۸ ماده که دارای بیشترین همبستگی با متغیرهای مورد اندازه گیری بود را به دست آوردند و به منظور بررسی روایی مقیاس خودگزارشی کودک آزاری از روش‌های محاسبه روایی محتوا، روایی سازه و روایی ملاکی استفاده کردند و برای محاسبه ضریب پایایی مقیاس از روش محاسبه همبستگی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ) و روش آزمون-بازآزمون استفاده نمودند. در پژوهش آنها ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودگزارشی کودک آزاری ۰/۹۲ محاسبه گردید. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین ضریب همبستگی آزمون بازآزمون برای خرده مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و آزار جنسی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بدست آوردند (محمدخانی و همکاران، ۲۰۰۳). ضرایب آلفای کرونباخ برای هر پنج مولفه، در پژوهش حاضر بالا بود (۰/۸۶ تا ۰/۹۱).

### پرسشنامه ذهنیت طرحواره‌ای (SMQ):

این پرسشنامه بر اساس پیشنهاد یانگ و براون (۳۴) و بک و فریمن (۳۵) و مشاهدات بالینی می‌باشد. پرسشنامه ذهنیت طرحواره‌ای شامل ۷ ماده از شناخت‌ها، ۵ ماده هیجانی و ۵ ماده رفتاری برای هر ذهنیت می‌باشد که این ماده‌ها به طور تصادفی در بین مقوله‌های هر ذهنیت جای داده شده است. از شرکت کنندگان خواسته می‌شود که ماده‌ها مربوطه را با توجه به حالات کلی خودشان درجه بندی کنند (۳۶). در این پژوهش از فرم ذهنیت

1. Child Abuse Self Report Survey (CASRS)

2. The Schema Mode Questionnaire (SMQ)

3. Perception Of Parents Scale

آلفای کرونباخ برای گرمی، اشتغال به فرزند و حمایت از خودمختاری به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۶ و ۰/۸۳ بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش کسب و از کلیه مراحل انجام پژوهش آگاه شدند. علاوه بر این به این افراد اطمینان داده شده که اطلاعات آنها به شکل محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت بی‌نام منتشر خواهد شد. در پژوهش حاضر از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در قسمت آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی نظیر میانگین و انحراف معیار، و در قسمت آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها، از ماتریس همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه و

تحلیل مسیر استفاده شد. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر، جهت تجزیه و تحلیل آماری، از نرم افزار SPSS و Amos استفاده شد.

### نتایج

برای تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. این تکنیک تحلیل چندمتغیری از خانواده رگرسیون چند متغیری به پژوهشگر امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به طور همزمان مورد آزمون قرار دهد. مدل یابی یک رویکرد جامع برای آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط متغیرهای مشاهده شده و مکون است که گاه تحلیل ساختاری کواریانس یا مدل یابی علی نامیده شده است (۲۸). در جدول شماره ۱ می‌توان شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را مشاهده کرد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

سازه	مولفه	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	کجی
	آشفتنگی هیجانی	۱۹/۷۴	۶/۰۱	۰/۵۰	۰/۰۶
	مکانیسم‌های دفاعی	۳۴/۰۷	۱۱/۴۶	۰/۴۴	-۰/۲۵
اختلال شخصیت مرزی	واقعیت سنجی آسیب دیده	۴۲/۰۷	۱۵/۳۱	۰/۶۰	-۰/۰۴
	ترس از صمیمیت	۱۶/۶۴	۵/۹۳	۰/۹۱	۰/۷۳
	نمره کل اختلال شخصیت مرزی	۱۱۲/۵۲	۳۷/۴۰	۰/۵۷	-۰/۱۱
	نوجویی	۸/۱۷	۳/۳۶	-۰/۲۱	-۰/۶۲
	آسیب‌پرهیزی	۸/۱۰	۳/۵۹	-۰/۰۳	-۰/۷۲
	وابستگی به پاداش	۸/۱۹	۲/۷۳	-۰/۲۳	-۰/۸۰
	پافشاری	۱۱/۵۱	۲/۶۰	-۰/۲۳	۰/۹۱
خلق و خو	خودراهبری	۱۰/۸۴	۲/۵۰	-۰/۳۹	۰/۵۲
	همکاری	۱۱/۸۲	۲/۸۸	-۰/۳۸	۰/۰۳
	خودفراروی	۱۱/۸۱	۳/۴۶	-۰/۳۵	۰/۱۷
	نمره کل خلق و خو	۷۰/۹۲	۲۳/۸۵	-۰/۵۰	-۰/۲۱
	کودک آزاری جسمی	۹/۲۷	۵/۳۱	۰/۹۸	۰/۴۹
تروماهای اولیه کودکی	کودک آزاری جنسی	۸/۱۱	۳/۷۶	۰/۹۴	۰/۸۸
	غفلت یا بی توجهی	۱۱/۰۲	۵/۳۵	۰/۶۸	-۰/۴۱

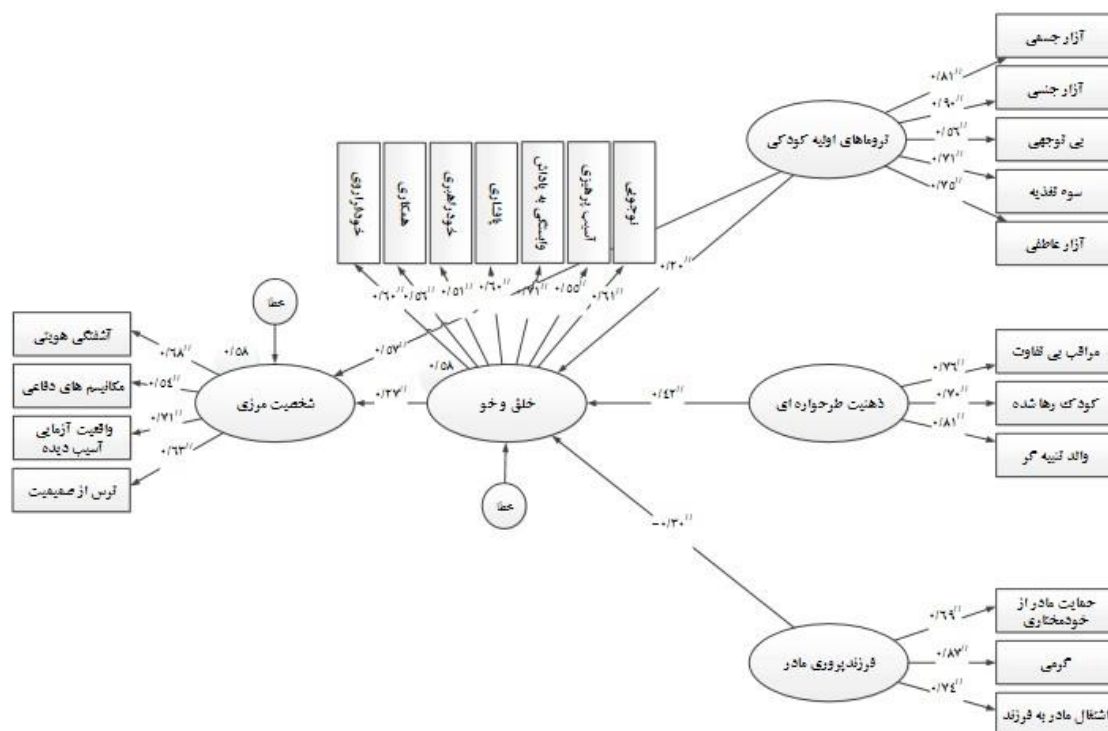
۱۰/۱۸	۵/۰۴	۰/۶۹	-۰/۵۴	سوء تغذیه
۱۳/۲۵	۶/۵۰	۰/۱۷	-۰/۳۶	کودک آزاری عاطفی
۵۱/۸۳	۲۳/۰۶	۰/۵۷	-۰/۷۵	نمره کل تروماهای اولیه کودکی
۲۴/۱۴	۸/۰۴	۰/۳۱	-۰/۲۶	مراقب بی تفاوت
۲۸/۶۹	۱۰/۶۱	۰/۰۲	-۰/۷۸	کودک رها شده
۲۸/۱۸	۹/۰۳	۰/۴۴	-۰/۲۲	والد تنبیه گر
۸۱/۰۱	۲۴/۶۳	۰/۱۱	-۰/۵۶	نمره کل ذهنیت طرحواره ای
۲۵/۷۲	۷/۶۲	۰/۰۰	-۰/۳۱	اشتغال مادر به فرزند
۳۸/۰۵	۱۰/۵۷	-۰/۰۹	-۰/۳۲	فرزند پروری ادراک شده حمایت از خودمختاری از طرف مادر
۲۸/۴۹	۸/۲۷	۰/۰۱	-۰/۹۴	مادر گرمی مادر
۹۲/۲۶	۲۴/۷۲	-۰/۰۶	-۰/۶۶	نمره کل فرزند پروری مادر

بررسی اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پژوهش امکان پذیر باشد. در مفهومی پژوهش ترومای اولیه (با نشانگرهای کودک آزاری جسمی، کودک آزاری جنسی، غفلت یا بی توجهی، سوء تغذیه و کودک آزاری عاطفی)، فرزندپروری مادر (با نشانگرهای اشتغال مادر به فرزند، حمایت مادر از خودمختاری و گرمی مادر) و ذهنیت طرحواره‌های (با نشانگرهای مراقب بی تفاوت، کودک رها شده و والد تنبیه گر)، اختلال شخصیت مرزی (با آشفتگی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی، واقعیت سنجی آسیب دیده و ترس از صمیمیت) و خلق و خو (برای نوجویی، آسیب پرهیزی، وابستگی به پاداش، پافشاری، خودراهبری، همکاری و خودفراروی) با نشانگرهای چندگانه سنجشده شدند.

نمودار برازش یافته مدل پژوهش را می توان در شکل ۱ دید. همانگونه که نمایش داده شده است، همه ضرایب مسیر و بارهای عاملی سازه بر روی نشانگرها به لحاظ آماری معنادار هستند. در ادامه شاخص‌های برازش مدل، ضرایب اثر مستقیم و غیرمستقیم گزارش شده است.

همانگونه که می توان دید متغیرهای پژوهش دارای توزیعی نزدیک به نرمال بودند. شاخص‌های کجی و کشیدگی در محدوده ی ۱- و ۱+ قرار دارند و این یافته نشان دهنده این است که توزیع متغیرها خارج از حالت نرمال نیست. قابل ذکر است که در مولفه‌های ترومای اولیه زندگی توزیع‌ها تا حدی از حالت نرمال انحراف داشت که با تبدیل نمرات دورافتاده به نمرات محدوده نرمال، مشکل کجی برطرف شد.

در پژوهش حاضر فرض بر این بود که رابطه بین اختلال شخصیت مرزی با سبک فرزندپروری مادر، ذهنیت طرحواره‌ای و ترومای اولیه کودکی نه به طور مستقیم، بلکه از طریق نقش واسطه‌ای خلق و خو شکل می گیرد. بر این اساس انتظار می رود که ترومای اولیه زندگی، سبک فرزند پروری و ذهنیت طرحواره‌ای (متغیرهای مستقل یا برونزا) منجر به شکل گیری خلق و خو (متغیر واسطه‌ای یا میانجی) شود و این خلق و خو است که منجر به ایجاد رگه‌های شخصیت مرزی می شود. آزمودن این فرض نیازمند برازش دادن مدل مفهومی پژوهش با داده هاست به گونه‌ای امکان



**شکل ۱.** مدل معادلات ساختاری شخصیت مرزی براساس تروماهای اوایل زندگی، ذهنیت طرحواره‌ای، شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر و نقش میانجی گری خلق و خو در حالت استاندارد شده  
شاخص‌های برازش مدل به شرح جدول شماره ۲ می‌باشد.

**جدول ۲.** شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری

نام شاخص	برآورد شده	حد مجاز
کای دو بر درجه آزادی (CMIN/DF)	۲/۸۰	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۸
نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۶	کمتر از ۰/۱
برازندگی تطبیقی (CFI)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹

شاخص‌های برازش مدل شامل کای دو بر درجه آزادی (CMIN/DF= ۲/۸۰)، نیکویی برازش (GFI= ۰/۹۷)، نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI= ۰/۹۱)، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA= ۰/۰۶) و برازندگی تطبیقی (CFI= ۰/۹۷) در حد مطلوب بوده و برازش بسیار خوب مدل فرضی با داده‌های تجربی را نشان می‌دهند. در جدول شماره ۳ می‌توان ضرایب مدل ساختاری نقش واسطه‌ای خلق و خو در رابطه بین تروماهای اولیه کودکی، سبک فرزندپروری مادر و ذهنیت طرحواره‌ای با اختلال شخصیت مرزی با مقادیر استاندارد شده و ضریب تبیین را مشاهده کرد.



جدول ۳. نتایج حاصل از ضرایب مسیر، مقدار آماره p-value برای مدل برازش یافته

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	ضریب تعیین ( $R^2$ )
بر اختلال شخصیت مرزی:				
ترومای اولیه زندگی	۰/۵۷**	۰/۰۵**	۰/۶۲**	۰/۵۸
سبک فرزندپروری	-	-۰/۰۸**	-۰/۰۸**	
ذهنیت طرحواره ای	-	۰/۱۱**	۰/۱۱**	
خلق و خو	۰/۲۷**	-	۰/۲۷**	
بر خلق و خواز:				
ترومای اولیه زندگی	۰/۲۰**	-	۰/۲۰**	۰/۵۸
سبک فرزندپروری	-۰/۳۰**	-	-۰/۳۰**	
ذهنیت طرحواره ای	۰/۴۲**	-	۰/۴۲**	

\* $P < ۰/۰۱$ 

فرزندپروری بر اختلال شخصیت مرزی تأیید شد. همانگونه که می توان دید اثر غیرمستقیم ترومای اولیه زندگی ( $P < ۰/۰۱$ )،  $\beta = ۰/۰۵$  و و ذهنیت طرحواره ای ( $P < ۰/۰۱$ )،  $\beta = ۰/۱۱$  بر اختلال شخصیت مرزی مثبت و معنی دار بود. اثر غیرمستقیم سبک فرزندپروری ( $P < ۰/۰۱$ )،  $\beta = -۰/۰۸$  نیز بر اختلال شخصیت مرزی منفی و معنی دار بود.

### بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد خلق و خو در رابطه بین تروماهای اوایل زندگی با شخصیت مرزی نقش میانجی دارد. تروماهای اوایل زندگی به صورت غیرمستقیم و با میانجی-گری خلق و خو موجب افزایش احتمال ابتلا به اختلال شخصیت مرزی می شود. این تأثیر غیرمستقیم مبین آن است که تروماهای اوایل زندگی موجب بروز خلق و خوی آشفته شده و بر این اساس، احتمال ابتلا به اختلال شخصیت مرزی را بالا می برند. شواهد محکمی برای ارتباط بین تروماهای اوایل زندگی با اختلال شخصیت مرزی وجود دارد (۳۹، ۴۰؛ ۴۱؛ ۴۲). در رابطه با تأثیر خلق و خو به عنوان متغیر میانجی مدل بر شخصیت مرزی نیز، نتیجه مطالعه اسلوواکن، کلایز، لویکس و همکاران (۴۳) نشان دادند خلق و خو از عوامل

در مدل برازش یافته اختلال شخصیت مرزی تا حد زیادی ( $R^2 = ۰/۵۸$ ) توسط متغیرهای درون مدل تبیین شده است. همچنین میزان واریانس تبیین شده خلق و خو در درون مدل بالاست ( $R^2 = ۰/۵۸$ ). مدل برازش یافته نشان داد که ترومای اولیه زندگی ( $P < ۰/۰۱$ )،  $\beta = ۰/۲۰$  و ذهنیت طرحواره ای ( $P < ۰/۰۱$ )،  $\beta = ۰/۴۲$  بر خلق و خو اثر مثبت دارند. به عبارت دیگر با افزایش تجربه تروما در اوایل زندگی و ذهنیت طرحواره ای، احتمال بروز مشکلات خلق و خو افزایش می یابد. ادراک فرزندپروری مطلوب ( $P < ۰/۰۱$ )،  $\beta = -۰/۳۰$  نیز به طور مستقیم بر خلق و خو اثر منفی داشت. این نشان می دهد که هر قدر سبک فرزندپروری مطلوب باشد میزان مشکلات خلق و خو پایین تر خواهد بود. همانگونه که انتظار می رفت، مشکلات خلق و خو بر اختلال شخصیت مرزی اثر مثبت مستقیم داشت ( $P < ۰/۰۱$ )،  $\beta = ۰/۲۷$ . به این معنا که با افزایش میزان مشکلات خلق و خو، مقدار گرایش به اختلال شخصیت مرزی افزایش می یابد. اختلال شخصیت مرزی همچنین به طور مستقیم از ترومای اولیه زندگی اثر مثبت ( $P < ۰/۰۱$ )،  $\beta = ۰/۵۷$  پذیرفت. فرضیه پژوهش مبنی بر اثر غیرمستقیم ترومای اولیه زندگی، ذهنیت طرحواره ای و سبک

تعیین کننده بروز اختلال شخصیت مرزی است. در مطالعات دیگری نیز، مایکیک (۴۴) و چان، پیترو-روف، اسمیت و همکاران (۴۵) به نتایج مشابهی دست یافتند و نقش خلق و خو را در اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار دادند. تودا، النوی، تانیچی و همکاران (۴۶) نشان دادند تروماهای اوایل زندگی ارتباط متقابلی با خلق و خو دارد؛ افزون بر این، وولف، باگلیویو، کلین و همکاران (۴۷)، سکستون (۴۸) به نتایج مشابهی دست یافتند و در مطالعات مجزایی نقش تروماهای اوایل زندگی را در خلق و خو مورد تأیید قرار دادند به طوری که سوءرفتار جسمی و هیجانی در دوران کودکی با نقص در خلق و خو همراه خواهد بود و این اثرات در دوران بزرگسالی نیز پایدار است.

تفاوت‌های کودکان در ویژگی‌های خلق و خو پیش بینی کننده پاسخ‌های کودکان به تجارب آزارنده و استرس‌زای محیطی است (۴۹). به عبارت دیگر، کودکان به دلیل برخی ویژگی‌های خلقی، ممکن است نسبت به تروماهای اوایل زندگی حساس‌تر باشند و بیشتر تحت تاثیر قرار بگیرند. تروماهای اوایل زندگی پیش بینی کننده خلق و خوی منفی کودکان نوپا است و هردو به طور مستقل در ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلالات شخصیت تأثیرگذار هستند (۴۵).

بنابراین، اثرگذاری منفی تروماهای اوایل زندگی بر خلق و خو می‌تواند فرد را در خطر بیشتر آسیب‌های روانی قرار دهد و قادر است شکل یک اختلال و سیر تحول آن را تحت تاثیر قرار دهد. کلارک و همکاران (۵۰) خلق و خو را زمینه‌ای برای آسیب‌پذیری فرد به اختلالات روانی می‌دانند. محققان نشان داده‌اند که بین خلق دشوار در نوپایی و مشکلات رفتاری فعلی و بعدی کودکان رابطه وجود دارد. در چارچوب رویکرد سیستمی در آسیب‌شناسی تحولی نیز، زمینه‌های خلقی به عنوان یکی از عوامل خطری مطرح شده‌اند که می‌توانند منجر به وقوع یا تسریع اختلالات شخصیت همچون اختلال شخصیت مرزی شده و سلامت فرد را به

خطر بیندازند (۴۴). در نتیجه، تروماهای اوایل زندگی می‌تواند به شکل‌گیری خلق و خوی ناسازگارانه شود و از این طریق احتمال ابتلا به اختلال شخصیت مرزی افزایش می‌دهد. از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که ارتباط مستقیم و معناداری بین ذهنیت طرحواره‌ای و خلق و خو با شخصیت مرزی وجود دارد. علاوه بر این، ذهنیت طرحواره‌ای به صورت غیرمستقیم و با میانجی‌گری خلق و خو با شخصیت مرزی رابطه معناداری دارد. همانگونه که ارتباط بین ذهنیت طرحواره‌ای و شخصیت مرزی در پژوهش‌های قبلی مورد تأیید قرار گرفته است (۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵). نتیجه مطالعه اسلوواگن، کلایز، لویکسو همکاران (۴۳) نشان دادند خلق و خو از عوامل تعیین کننده بروز اختلال شخصیت مرزی است. در مطالعات دیگری نیز، مایکیک (۴۴) و چان، پیترو-روف، اسمیت و همکاران (۴۵) به نتایج مشابهی دست یافتند و نقش خلق و خو را در اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار دادند. افزون بر این، برای اینکه تغییری نقش میانجی (خلق و خو) را بین متغیر پیش بین (ذهنیت طرحواره‌ای) با متغیر ملاک داشته باشد، لازم است بین متغیرهای پیش بین با متغیر میانجی ارتباط معناداری وجود داشته باشد. همانطور که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین ذهنیت طرحواره‌ای با خلق و خو ارتباط معناداری وجود داشت. این یافته با مطالعات انجام شده توسط کوپرز، وان، پین و همکاران (۵۶) همسو بود. هرچه گسستگی بیشتری در ذهنیت‌های طرحواره‌ای وجود داشته باشد، این ذهنیت‌ها ناکارآمدتر، گسترده‌تر و غیر قابل انعطاف می‌گردند (۵۴). بنابراین، ذهنیت طرحواره‌ای در آسیب‌شناسی اختلال مرزی نقش دارد و هر چه این آسیب‌پذیری ذهنیت بیشتر باشد ساختار گسسته شخصیت مرزی هم افزایش می‌یابد.

در تبیین ارتباط خلق و خو با اختلال شخصیت مرزی با استناد به شواهد علمی می‌توان گفت بین خلق دشوار در نوپایی در شکل‌گیری مشکلات رفتاری فعلی و بعدی کودکان رابطه وجود دارد. همچنین، رویکرد سیستمی به آسیب‌شناسی

تحولی نیز تأیید می‌کند که مشکلات افراد از نظر خلق و خو یکی از عواملی است که منجر به بروز اختلالات شخصیت همچون اختلال شخصیت مرزی شده و سلامت روان‌شناختی فرد را به خطر می‌اندازد (۴۴). در نتیجه، خلق و خوی ناسازگارانه احتمال ابتلا به اختلال شخصیت مرزی افزایش می‌دهد.

از سویی دیگر، در تبیین ارتباط ذهنیت طرحواره‌ای با خلق و خو باید اشاره داشت که ارضاء کامل و به موقع نیازهای بنیادی روانی می‌تواند در ایجاد طرح‌واره‌های مثبت و مقابله مؤثر با خلق و خوی منفی کمک بسیاری انجام دهد. شیوع بالای آشفتگی‌های روانی به دست آمده از عدم ارضای نیازهای روانی و تأثیر این مشکلات روی ذهنیت طرحواره-ای، موجب ایجاد مشکل در خلق و خوی فرد می‌شود. به طور کلی، می‌توان چنین استنباط کرد که ذهنیت طرحواره‌ای ناسازگار ناشی از نیازهای ارضاء نشده در سیر دوران کودکی و نوجوانی است که به خلق و خوی منفی منجر شده است.

همچنین نشان پژوهش نشان داد فرزندپروری مادر و خلق و خو ارتباط مستقیم و معناداری با شخصیت مرزی دارد و خلق و خو می‌تواند در قالب یک مدل، در رابطه بین فرزندپروری مادر با شخصیت مرزی نقش میانجی داشته باشد. در همین راستا، نتایج مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی داخل و خارج از کشور با یافته‌های پژوهش حاضر مبتنی بر ارتباط مستقیم فرزندپروری با شخصیت مرزی همسو است. همانطور که در فرضیه‌های قبلی بحث و بررسی شد، در مطالعات اسلوواگن، کلایز، لوویکس و همکاران (۴۳)، ماکیک (۴۴) و جان، پیتر-روف، اسمیت و همکاران (۴۵) نقش خلق و خو در اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار گرفت که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو و همخوان است. افزون بر این، نتایج برخی یافته‌ها در ادبیات پژوهشی مبین آن است که فرزندپروری (متغیر پیش‌بین) نیز بر خلق و خو (متغیر میانجی) اثرگذار است.

در تبیین ارتباط غیرمستقیم فرزندپروری بر اختلال شخصیت مرزی با میانجی‌گری خلق و خو، می‌توان به اثرات فرزندپروری بر خلق و خو اشاره کرد. در همین راستا، حساسیت و پاسخ‌دهی مراقب اولیه به حالت‌های هیجانی کودک تعیین‌کننده اصلی خلق و خوی کودک است. افرادی که دارای والدین مقتدر هستند معمولاً سبک فرزندپروری والدینشان در قالب حامی خودمختاری، گرم به لحاظ عاطفی و فقدان درگیری توصیف می‌کنند و روش صحیح مدیریت هیجان را از والدین می‌آموزند. این گروه از کودکان در می‌یابند که برخورداری از خلق مثبت، پیامدهای مثبتی به همراه دارد. در نتیجه، در خانواده‌ایی که والدین به خصوص مادران، الگوی فرزندپروری سازگارانه‌ای دارند، خلق و خوی فرزندان نیز سازگارانه بوده و بر عکس، سبک-های فرزندپروری مستبدانه همراه با عدم حمایت از خودمختاری فرزندان و فقدان گرمی عاطفی، با خلق و خوی منفی فرزندان همراه خواهد بود.

رویکرد سیستمی به آسیب‌شناسی تحولی تأیید می‌کند که مشکلات افراد از نظر خلق و خو یکی از عواملی است که منجر به بروز اختلالات شخصیت همچون اختلال شخصیت مرزی شده و سلامت روان‌شناختی فرد را به خطر می‌اندازد (۴۴). در نتیجه، خلق و خوی ناسازگارانه احتمال ابتلا به اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد. از این رو، در صورتی که فرزندپروری مادر سازگارانه نباشد، کودکان در معرض انواع مشکلات روان‌شناختی از جمله خلق و خوی منفی قرار می‌گیرند که هر یک از این پیامدها، زیربنای آسیب‌های تحولی بعدی از جمله ابتلا به اختلالات شخصیت همچون اختلال شخصیت مرزی است.

با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تروماهای اوایل زندگی با اختلال شخصیت مرزی رابطه دارد پیشنهاد می‌شود کودک آزاری در کانون توجه مسئولین امر قرار بگیرد. به خصوص اورژانس‌های اجتماعی و مسئولین بهداشتی می‌توانند با توجه به یافته‌های این مطالعه لازم است

خلق و خو در رابطه بین تروماهای اوایل زندگی، ذهنیت طرحواره‌ای و فرزندپروری مادر با اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می‌شود از این یافته هم به عنوان رویکرد پیشگیرانه نگریسته شود و در آموزش‌های فرزندپروری والدین بیش از پیش در جریان نقش خلق و خو در سلامت شخصیتی فرزندان قرار بگیرند هم مداخلات مؤثر به منظور مداخله در خلق و خوی منفی کودکان و نوجوانان تدوین شود.

تدابیر سخت‌گیرانه‌تری در برخورد با والدین کودک آزار اتخاذ کنند. همچنین طرحواره درمانی به عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی مؤثر در برنامه درمانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی گنجانده شود. بهبود الگوهای والد - فرزندی از طریق حمایت از خودمختاری فرزندان، ایجاد گرمی عاطفی در روابط و جلوگیری از درگیری می‌تواند مانع از آسیب روانی در فرزندان شود. با توجه به نقش میانجی

## Reference

1. Kaplan C, Tarlow N, Stewart JG, Aguirre B, Galen G, Auerbach RP. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Comprehensive psychiatry*. 2016 Nov 1;71:86-94.
2. Apfelbaum S, Regalado P, Herman L, Teitelbaum J, Gagliosi P. La comorbilidad del trastorno bipolar con trastornos de la personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y desregulación afectiva. *Actas Españolas de Psiquiatria*. 2013 Sep 1;41 (5).
3. Schienle A, Leutgeb V, Wabnegger A. Symptom severity and disgust-related traits in borderline personality disorder: the role of amygdala subdivisions. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2015 Jun 30;232 (3):203-7.
4. Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current psychiatry reports*. 2009 Feb 1;11 (1):63-8.
5. Giugliano JR. Object relations treatment of a woman with borderline personality disorder from a Mahlerian perspective: A case illustration. *Clinical Case Studies*. 2012 Dec;11 (6):441-56.
6. Paris J, Zweig-Frank H. The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2001 Nov.
7. Trull TJ. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001 Aug;110 (3):471.
8. Infurna MR, Brunner R, Holz B, Parzer P, Giannone F, Reichl C, Fischer G, Resch F, Kaess M. The specific role of childhood abuse, parental bonding, and family functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2016 Apr;30 (2):177-92.
9. Bandelow B, Gutermann J, Peter H, Wedekind D. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with depressive disorder and healthy controls. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2013 Feb 1;17 (1):56-63.
10. Hiraoka R, Crouch JL, Reo G, Wagner MF, Milner JS, Skowronski JJ. Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child abuse & neglect*. 2016 Feb 1;52:177-84.
11. Kuo JR, Houry JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect*. 2015 Jan 1;39:147-55.
12. Lobbstaël J, Arntz A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2005 Sep 1;36 (3):240-53.
13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press; 2006 Nov 1.

14. Young, J. E. , Klosko, J. S. , & Weishaar, M. E (2003). Schema therapy: a practitioner's guide. NY: Guilford Press.
15. Vanwoerden S, Kalpakci A, Sharp C. The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry research*. 2017 Nov 1;257:462-71.
16. Shshsmst Fatima, Sabeti Alireza , Rezvani, Samaneh. Investigating the relationship between parenting styles and early maladaptive schemas. *Educational Psychology Studies*, 2011, 11 (2), 239-254.. [Persian]
17. Grolnick WS, Ryan RM, Deci EL. Inner resources for school achievement: Motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of educational psychology*. 1991 Dec;83 (4):508.
18. Giannotta F, Rydell AM. The role of the mother-child relationship in the route from child ADHD to adolescent symptoms of depressed mood. *Journal of adolescence*. 2017 Dec 1;61:40-9.
19. Masoudian S. The relationship between personality traits and parenting styles of parents with the child's mood. Faculty of Psychology, Department of General Psychology, Thesis for Master's Degree in Psychology. Islamic Azad University, Shahroud Science and Research Unit. 2016. [Persian]
20. Baryshnikov, I. , Joffe, G. , Koivisto, M. , Melartin, T. , Aaltonen, K. , Suominen, K. , Rosenström, T. , Näätänen, P. , Karpov, B. , Heikkinen, M. and Isometsä, E. , 2017. Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders. *Journal of affective disorders*, 210, pp. 82-89.
21. Rezaeian H. , Manirpour N , Ahmadi M , Heratian A (1396). The Role of Natural Characteristics and Parenting Styles in Predicting Areas of Self-Governance and Impaired Functionality, Orientation, and Early Adaptive Schemas. *Cultural and Educational Quarterly of Women and Family* , 2015, 40: 147-127. [Persian]
22. Paul Schlette. `Sven Brandstrom` Martin Eisemann` Soren Sigvardsson`. Per-Olof Nylander` Rolf Adolfsson & Carlo Perris. Perceived parental rearing behaviours and temperament and character in healthy adults. *Person Individ. Diff* 1997,24-5,661-668.
23. Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire JF, Azorin JM, Bourgeois ML, Sechter D, Fraud JP, Chatenêt-Duchêne L, Lancrenon S, Perugi G, Hantouche EG. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *Journal of affective disorders*. 2005 Mar 1;85 (1-2):29-36.
24. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2010 Dec 1;41 (4):373-80.
25. Goldberg JF, Gerstein RK, Wenzel SJ, Welker TM, Beck AT. Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients: Implications for cognitively based psychotherapeutics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008 Mar 1;196 (3):207-10.
26. Hawke LD, Provencher MD, Arntz A. Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2011 Oct 1;133 (3):428-36.
27. Cline MS, Blume J, Cawley S, Clark TA, Hu JS, Lu G, Salomonis N, Wang H, Williams A. ANOSVA: a statistical method for detecting splice variation from expression data. *Bioinformatics*. 2005 Jun 1;21 (suppl\_1):i107-15.
28. Homan H. Understanding the scientific method in behavioral sciences, Samt Publications, 2018.
29. Leichsenring F. Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*. 1999 Aug 1;73 (1):45-63.
30. Mohamad zadeh A, Rezaei. Validation of the Borderline Personality Questionnaire in Iranian Society, *Behavioral Sciences*, 2011, 5 (3): 267-278. [Persian]

31. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*. 1993 Dec 1;50 (12):975-90.
32. Kaviani H, Poor Naseh M. Validation Of Temperament And Character Inventory (TCI) In Iranian Sample: Normative Data. *Tehran Univ Med J*. 2005; 63 (2) :89-98. [Persian]
33. Mohammadkhani P, Mahmoudi A , Ahmadi H , Jamshidi R. Prepared and validated Finding a child abuse questionnaire. Master Thesis, 2003. [Persian]
34. Young, J. E, & Brown, G, 1994, Young schema questionnaire: A schema-focused approach, *Cognitive Therapy for Personality Disorders*, Sarasota, LF, professional resource press, p. 63-76.
35. Beck AT, Freeman A. Associates. *Cognitive therapy of personality disorders*. 1990, 81.
36. Lobbstaël J, Arntz A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2005 Sep 1;36 (3):240-53.
37. Karshki H, Kharazi S A,N , Ejei J, Ghazi Tabatabai, S M. Relationship between family environmental perceptions, motivational beliefs and self-regulated learning, *Journal of Scientific-Research Psychology*. 2009. 50 (2): 190-205. [Persian]
38. Kharazi A , Karshki H. Investigating the relationship between parental perception components and self-regulated learning strategies. *New Journal of Cognitive Sciences*. 2009. 11 (1): pp. 55-49. [Persian]
39. Goodman J, Fertuck E, Chesin M, Lichenstein S, Stanley B. The moderating role of rejection sensitivity in the relationship between emotional maltreatment and borderline symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2014 Dec 1;71:146-50.
40. van Dijke A, Ford JD, van Son M, Frank L, van der Hart O. Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with borderline personality disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013 May;5 (3):217.
41. Igarashi H, Hasui C, Uji M, Shono M, Nagata T, Kitamura T. Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry research*. 2010 Dec 30;180 (2-3):120-5.
42. Linehan MM, Bohus M, Lynch TR. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. *Handbook of emotion regulation*. 2007;1:581-605.
43. Sleuwaegen E, Claes L, Luyckx K, Berens A, Vogels C, Sabbe B. Subtypes in borderline patients based on reactive and regulative temperament. *Personality and Individual Differences*. 2017 Apr 1;108:14-9.
44. Maçık D. Early maladaptive schemas, parental attitudes and temperament, and the evolution of borderline and avoidant personality features—the search for interdependencies. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2018;18 (1).
45. Tschan T, Peter-Ruf C, Schmid M, In-Albon T. Temperament and character traits in female adolescents with nonsuicidal self-injury disorder with and without comorbid borderline personality disorder. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2017 Dec;11 (1):1-0.
46. Toda H, Inoue T, Tanichi M, Saito T, Nakagawa S, Masuya J, Tanabe H, Yoshino A, Kusumi I. Affective temperaments play an important role in the relationship between child abuse and the diagnosis of bipolar disorder. *Psychiatry research*. 2018 Apr 1;262:13-9.
47. Wolff KT, Baglivio MT, Klein HJ, Piquero AR, DeLisi M, Howell JC. Adverse childhood experiences (ACEs) and gang involvement among juvenile offenders: assessing the mediation effects of substance use and temperament deficits. *Youth violence and juvenile justice*. 2020 Jan;18 (1):24-53.
48. Sexton E. Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Temperament in Children Aged 14 to 36-months.
49. Pancar Yuksel E, Durmus D, Sarisoy G. Perceived stress, life events, fatigue and temperament in patients with psoriasis. *Journal of International Medical Research*. 2019 Sep;47 (9):4284-91.

50. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology*. 1994 Feb;103 (1):103.
51. Hanaei N , Mahmoud Alilou M , Bakhshipour Rudsari A , Akbari E. Schematic mentalities, child abuse experiences, and attachment styles in borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Personality*, 2015; 13 (1): 101-120.
52. Nabizadeh Chianeh Q , Poursharifi H , Farnam A , Ghaderi H , Ansari Z , Behjat, Shir Alizadeh, Narmin. Comparison of emotional moods and early maladaptive schemas in people with borderline personality disorder, bipolar disorder and normal people. *Clinical Psychology*, 2014; 6 (2): 13-28.
53. Mohammad Amini Jazi, M. Investigating the relationship between maladaptive schemas and activation-behavioral inhibition systems with borderline and avoidance personality traits. Master Thesis in Clinical Psychology. Mohaghegh Ardabili University, Faculty of Literature and Humanities, 2011.
54. Flink N, Honkalampi K, Lehto SM, Leppänen V, Viinamäki H, Lindeman S. Comparison of early maladaptive schemas between borderline personality disorder and chronic depression. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2018 Jul;25 (4):532-9.
55. Cohen LJ, Tanis T, Ardalan F, Yaseen Z, Galynker I. Maladaptive interpersonal schemas as sensitive and specific markers of borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Psychiatry research*. 2016 Aug 30;242:395-403.
56. Koppers D, Van H, Peen J, Dekker JJ. Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*. 2020 Dec 2:1-2.

## Original Article

# Structural model of borderline personality disorder based on early life trauma, schema mentality and perception of maternal parenting with the mediating role of emotion regulation difficulty

Received: 05/04/2021 - Accepted: 13/07/2022

shirin kiaei<sup>1</sup>  
fatemeh golshani<sup>2\*</sup>  
sozan emami pour<sup>3</sup>  
Anita Baghdasarians<sup>4</sup>  
mohammad mahdi badiei<sup>5</sup>

<sup>1</sup> PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Clinical Educational Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran.

Email: fat.golshani@iauctb.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** Borderline personality disorder is a severe and debilitating disorder that is estimated in one to two percent of the general population. According to this the aim of this study was to structurally model borderline personality disorder based on early life trauma, schema mentality and perception of maternal parenting with the role of mood mediator.

**Materials and Methods:** The research method was descriptive-correlation modeling of structural equations. The statistical population of the study consisted of people with borderline personality disorder referred to medical centers (clinics and psychiatric hospitals) in Tehran in the years 1997-98 that 250 people were selected as a sample by purposive sampling. Data collection tools included Borderline Personality Scale (BPI) Questionnaire (1999), Mood Personality Questionnaire (TCI), Cloninger et al (1993), Child Abuse Experience Questionnaire (CASRS), Mohammadkhani et al (2003) and Mentality Questionnaire. Schematic (SMQ) and Perceived Parenting Methods Questionnaire (POPS) by Grolling et al (1997). Data analysis was performed by structural equation modeling (SEM) and using SPSS24 and AMOS23 software.

**Results:** The findings showed that mood plays a mediating role in the relationship between early life trauma and borderline personality. Mood mediates the relationship between schema mentality and borderline personality and mood mediates the relationship between maternal parenting and borderline personality ( $P < 0.05$ )

**Conclusion:** The present study confirmed the role of mood, early life traumas, schema mentality and perceived parenting practices in explaining borderline personality disorder, which provide the theoretical basis for preventive programs to clinical professionals. Gives.

**Key words:** Mood, Early life traumas, Schema mentality, Parenting practices, Boundary personality

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.