MEJDS. 2020; 10:109.

Published online 2020 July. **Research Article**

Determining the Clinical Syndrome Severity of Borderline Personality Disorder Based on Primary Object Relations and Defense Mechanisms

Jafari Jozani M[1], *Monirpoor N[2], Mirza Hoseini H[2]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.
***Corresponding author's email:** monirpoor1357@gmail.com

Received: 2020 January 27; **Accepted:** 2020 February 26

Abstract

Background & Objectives: Borderline Personality Disorder (BPD) is a complex mental health condition. It is characterized by characteristics, such as severe negative emotions, identity disorder, impulsive behavior, and instability in interpersonal relationships. BPD manifests with numerous failures that arise in interpersonal relationships concerning self–concept, as well as behavioral, emotional, and cognitive aspects. Females constitute 75% of all BPD cases. Its onset is in adolescence, culminates in early adulthood, and decreases in middle–age. The present study aimed to determine the severity of the clinical syndrome of BPD based on primary objective relations and defense mechanisms.

Methods: This was a correlational and structural equation modeling research. The statistical population of this study included all clients with BPD who were referred to psychology clinics in Tehran City, Iran in the last quarter of 2018. The study sample consisted of 300 patients with BPD (according to a psychiatrist's diagnosis) who were selected by purposive sampling method. Then, the study participants completed the research questionnaires. In the sample size selection stage, 10 to 15 individuals were required for modeling and 300 individuals were selected by convenience sampling approach based on the available variables. The researchers observed all necessary ethical considerations for the present study. All study subjects received written information about the research and voluntarily participated in the research. The study participants were assured that all the obtained information remains confidential and will only be used for research purposes. The research participants' names and surnames were not recorded for privacy reasons. Besides, after the end of the study, more effective treatment was provided to the control group members. The required data were obtained using the Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (Bell et al., 2005), Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1992), and Defense Style Questionnaire (Andrews et al., 1993). Frequency tables and graphs, as well as central and dispersion indices, such as mean and standard deviation were employed for data expression. For the inferential analysis of structural equation modeling and proposed model fit based on Chi–squared index, Comparative Fit Index (CFI), Fit Goodness Index (GFI), Adjusted Fit Goodness Index (AGFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), and Standardized Root Mean Squared Residual (SRMR) were evaluated. The above–mentioned analyses were performed in SPSS and LISREL. The significance level of all studied tests was considered to be 0.05.

Results: The present research results suggested that primary object relations, as an exogenous variable, affected the defense mechanisms ($\beta=0.65$, $p<0.001$) and the severity of clinical syndrome ($\beta=0.26$, $p<0.001$). The defense mechanisms also affected the severity of clinical syndrome ($\beta=0.40$, $p<0.001$). Primary object relations, as exogenous variables, and defense mechanisms, impacted the severity of the clinical syndrome. In the structural model, the significance of the path coefficient is determined by the T–value. In this study, the Bootstrap test was used to evaluate the mediating relationships. The hypothetical model indicated indirect and direct effects for the object–relations and defense mechanisms, respectively. The path of object relations to the severity of clinical syndrome was mediated by the defense mechanisms with a standard coefficient ($\beta=0.26$, $p<0.001$). In other words, a change in standard deviation highly reduced the standard deviation of the severity of clinical syndrome to 0.26.

Conclusion: Primary object relations mediated by defense mechanisms affected the severity of clinical syndrome in BPD. In conclusion, the model claimed in this study was well–suited.

Keywords: Borderline personality disorder, Clinical syndrome, Primary object relations, Defense mechanisms.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.180.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۰۹.

انتشار برخط تیرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

تبیین شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی براساس روابط موضوعی اولیه و مکانیزم‌های دفاعی

مونا جعفری جوزانی[۱]، *نادر منیرپور[۲]، حسن میرزاحسینی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** monirpoor1357@gmail.com

تاریخ دریافت: ۷ بهمن ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۷ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال شخصیت مرزی اختلال شایع‌تر شخصیت در محیط‌های روان‌پزشکی است. اختلال شخصیت مرزی، یکی از مشکلات پیچیده مربوط به حیطهٔ سلامت روان است که با مشخصه‌هایی چون هیجانات منفی شدید، اختلال در هویت، رفتارهای تکانش‌گرانه و ناپایداری در روابط میان‌فردی شناخته می‌شود. هدف پژوهش حاضر، تبیین شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی براساس روابط موضوعی اولیه و مکانیزم‌های دفاعی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران با تشخیص اختلال شخصیت مرزی، در سه‌ماههٔ پایانی سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونهٔ آماری ۳۰۰ نفر از مبتلایان به شخصیت مرزی (تشخیص روان‌پزشک) بود که به‌صورت روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های روابط موضوعی اولیه و واقعیت‌آزمایی (بل و همکاران، ۲۰۰۵) و آزمون چندمحوری (میلون، ۱۹۹۴) و مکانیزم‌های دفاعی (اندروز و همکاران، ۱۹۹۰) به‌دست آمد. تحلیل داده‌ها ازطریق روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و برازندگی الگوی پیشنهادی با نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و لیزرل نسخهٔ ۸۸۰ انجام پذیرفت. همچنین برای ارزیابی روابط واسطه‌ای از آزمون بوت‌استرپ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد روابط موضوعی به‌عنوان متغیر برون‌زا، به‌ترتیب بر مکانیزم دفاعی (β=۰/۶۵، p<۰/۰۰۱) و شدت نشانگان بالینی (β=۰/۲۶، p<۰/۰۰۱) تأثیر دارد؛ همچنین مکانیزم دفاعی بر شدت نشانگان بالینی اثر می‌گذارد (β=۰/۴۰، p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که روابط موضوعی اولیه با نقش میانجی مکانیزم‌های دفاعی بر شدت نشانگان بالینی در اختلال شخصیت مرزی اثر می‌گذارد؛ بنابراین به‌طورکلی می‌توان گفت که مدل ادعاشده در این پژوهش از برازش خوبی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: شخصیت مرزی، نشانگان بالینی، روابط موضوعی اولیه، مکانیزم‌های دفاعی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.180.9]

۱ مقدمه

اختلال شخصیت مرزی[1] ، با نارسایی‌های متعددی خود را نشان می‌دهد که در روابط بین‌فردی خودپنداره و کنش‌های رفتاری و هیجانی و شناختی پدیدار می‌شود. معیارهای تشخیصی برای اختلال شخصیت مرزی شامل تلاش‌های دیوانه‌وار برای جلوگیری از ترک‌شدن، بی‌ثباتی شدید ارتباطی عاطفی و خودپندار، تکانشگری و دشواری در کنترل خشم، خودزنی، احساس مزمن پوچی، افکار پارانوئید و نشانه‌های تجزیه‌ای است (۱). اختلال مذکور بسیار مخرب بوده، اما مطالعات انجام‌شده دربارهٔ این اختلال بالینی ناتوان‌کننده، بسیار محدود است. شیوع اختلال مرزی، تقریباً ۶/۱درصد در جمعیت کلی است؛ اگرچه امکان دارد تا ۹/۵درصد نیز افزایش یابد. این اختلال در ۷۵درصد موارد در زنان تشخیص داده می‌شود (۲)، از نوجوانی آغاز می‌گردد، در اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد و در میانسالی کاهش می‌یابد (۳).

رویکردهای متفاوت روان‌شناختی به بررسی علل اختلال شخصیت مرزی از ابتدای تولد و چگونگی تأثیرگذاری روابط والدین بر آن پرداخته‌اند؛ ولی دیدگاه روان‌تحلیلی، به‌صورت وسیع‌تری به این اختلال پرداخته است. براساس این رویکرد، شخصیت از سه پایگاه نهاد[2] و خود[3] و فراخود[4] تشکیل می‌شود (۴). ازآن‌جاکه «خود» وظیفهٔ مدیریت سیستم روانی را بر عهده دارد، تمام مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شود که «خود» نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند. قدرت «خود» به‌معنای ظرفیت فرد برای درک واقع‌بینانهٔ موقعیت مشکل‌زا و پاسخ‌دادن به آن‌ها به‌شکل مؤثر است. قدرت «خود» به فرد کمک می‌کند تا به تعادلی عاطفی برسد و با استرس درونی و بیرونی سازگار شود (۵). ناتوانی در پروراندن فرایندهای من همانند تثبیت‌های اولیهٔ جنسی یا پرخاشگری می‌تواند منجربه شکل‌گیری اختلالات شخصیت شود؛ همچنین باتوجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مکانیزم‌های دفاعی به‌طور انعطاف‌ناپذیری استفاده می‌کنند، ضعیف‌بودن قدرت «خود» را می‌توان به‌عنوان عاملی روان‌شناختی انتظار داشت (۶). نیرومندی ضعیف «خود» با اختلالات شخصیت ازقبیل اختلال شخصیت ضداجتماعی، وابسته، اجتنابی و مرزی ارتباط دارد (۷). قدرت «خود» می‌تواند قدرت انعطاف‌پذیری را در استفاده از مکانیزم‌های دفاعی به ارمغان آورد. اگر مکانیزمی دفاعی به‌طور غیرانعطاف‌پذیر به‌کار رود، موجب شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی می‌شود. بین قدرت «خود» و اختلالات شخصیت خوشهٔ B رابطهٔ منفی وجود دارد (۸،۹).

مکتب روابط موضوعی دیدگاه دیگری بوده که برگرفته از رویکرد روان‌تحلیلی است و می‌توان آن را در سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی مدنظر قرار داد. فروید[5] نخستین‌بار در زمینهٔ روابط اولیهٔ مادر ـ فرزند از اصطلاح «موضوع» استفاده کرد. این واژه در ترکیب با روابط، به روابط بین‌شخصی اشاره دارد و حاکی‌از بقایای درونی روابط گذشته است که تعاملات کنونی فرد را با دیگران شکل می‌دهد (۱۰،۱۱). به‌اعتقاد کاسیدی، تجارب دل‌بستگی[6]، شخصیت کودک را شکل داده و بسیاری از اختلالات شخصیت، حاصل محرومیت کودک از مراقبت‌های مراقب یا نبود ثبات در روابط کودک با فردی است که دل‌بستگی با او صورت می‌گیرد (۱۱). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نمرهٔ بیشتری در دل‌بستگی ناایمن و دوسوگرا دارند و ترکیبی از این دو سبک دل‌بستگی مختص به اختلال شخصیت مرزی است (۱۲). اختلال شخصیت مرزی سازمانی از تجارب درونی است که براساس شدت آسیب‌شناسی از خود و روابط موضوعی مشخص می‌شود (۱۳). غفاری و رضایی نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روابط موضوعی بهتر از بدتنظیمی هیجانی و عاطفهٔ منفی و تکانشگری، علائم اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کند (۱۴). مکانیزم‌های دفاعی، فرایندهای تنظیم‌کنندهٔ خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به‌حداقل‌رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی ازطریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده وارد عمل می‌شوند (۱۵). پژوهش زنارینی و همکاران نشان می‌دهد سلامت جسمانی و روان‌شناختی افراد، با مکانیزهای دفاعی استفاده‌شدهٔ آن‌ها ارتباط تنگاتنگی دارد (۱۶). مکانیزم‌های دفاعی که مسئولیت محافظت از «خود» را در روبه‌روشدن با اشکال مختلف اضطراب بر عهده دارند می‌توانند در موقعیت‌های مختلف، کارآمد یا ناکارآمد باشند. مطالعات نشان می‌دهد که اختلال در مکانیزم‌های دفاعی، می‌تواند نقص و نارسایی در شناسایی و ابراز هیجان‌ها را در پی داشته باشد (۱۷). در بیماران مرزی مکانیزم‌های دفاعی بدوی ازجمله جداسازی و همانندسازی، مکانیزم دفاعی غالب شخصیت‌های مرزی است. فرافکنانه به‌خصوص در حیطهٔ انتقال و انتقال متقابل از اهمیت خاصی برخوردار است. این افراد از مکانیزم‌های دفاعی بسیار ابتدایی استفاده می‌کنند که نتیجهٔ آن بروز رفتارهایی بسیار منقطع و بی‌ثبات و متضاد است (۱۸). هنوز به‌درستی علت اختلال شخصیت مرزی شناخته نشده است؛ اما عواملی در ارتباط با این اختلال مطرح شده است که می‌تواند نقش مستعدکننده و پیش‌بینی‌کننده داشته باشد؛ ازجمله عواملی که در این زمینه مطرح می‌شود، روابط موضوعی و مکانیزم‌های دفاعی است. پژوهش‌های اندکی در این رابطه صورت گرفته است و نتایج متفاوتی در این زمینه وجود دارد؛ بنابراین هدف از انجام مطالعهٔ حاضر، تبیین شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی براساس روابط موضوعی و مکانیزم‌های دفاعی بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مدل معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران با تشخیص اختلال شخصیت مرزی، در سه‌ماههٔ پایانی سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونهٔ آماری ۳۰۰ نفر از مبتلایان به شخصیت مرزی (با تشخیص روان‌پزشک) بودند که

[1]. Borderline personality disorder
[2]. Id
[3]. Ego
[4]. Superego
[5]. Freud
[6]. Attachment experiences

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.180.9]

به‌صورت روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. در انتخاب حجم نمونه به‌دلیل نیاز به۱۰ تا۱۵ نفر به‌ازای هر متغیر آشکار در پژوهش مدل‌یابی و نیز براساس متغیرهای موجود، ۳۰۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند (۱۹).

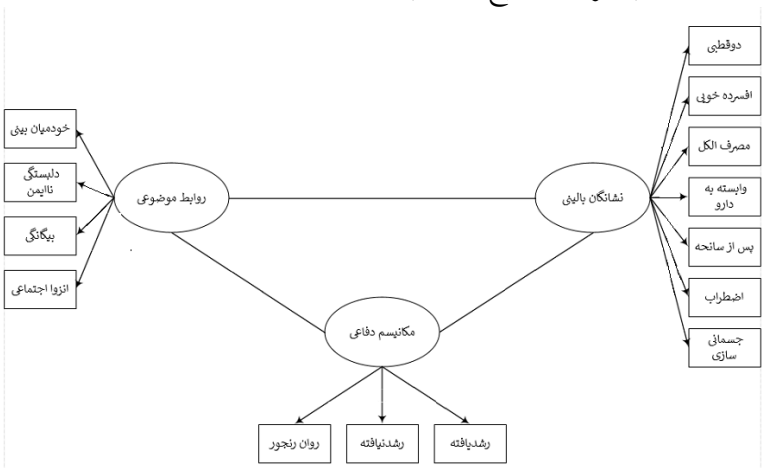
ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند؛ به افراد اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده می‌شود؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

ـ آزمون چندمحوری میلون (MCMI-III)[1]: این پرسشنامه توسط میلون در سال ۱۹۹۴ و براساس نظریهٔ زیستی‌ـ روانی و اجتماعی وی ساخته شد. شامل ۱۷۵ جملهٔ خودتوصیفی بلی‌ـ خیر و ۳۲ مقیاس بوده که در سه گروه مقیاس‌های بالینی شخصیت و الگوی بیمارگونهٔ شخصیت و نشانگان بالینی قرار دارد. به هر پاسخ بلی یک‌نمره و به هر پاسخ خیر، صفر تعلق می‌گیرد (۲۰). در ارتباط با پایایی این آزمون، پنج مجموعه داده وجود دارد که فاصلهٔ بازآزمایی برای مقیاس‌های اختلال شخصیت همبستگی متوسطی از ۰/۵۸ تا۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ به‌دست آمده است. همبستگی نمرات و بازآزمایی نسخهٔ فارسی آزمون توسط دادفر و لستر هنجاریابی شد و در دامنهٔ ۰/۸۲ تا۰/۹۸ به‌دست آمد؛ همچنین پایایی آزمون ازطریق روش همسانی درونی، ضریب آلفای ۰/۸۵ تا۰/۹۷ محاسبه شد (۲۱).

ـ پرسشنامهٔ روابط موضوعی بل و واقعیت‌آزمایی (BORI)[2]: پرسشنامهٔ روابط موضوعی و واقعیت‌آزمایی بل و همکاران در سال ۲۰۰۵ تدوین شد که بخشی از پرسشنامهٔ ۹۰ گزینه‌ای روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل (BORRTI) است (۲۲). این پرسشنامه برای جمعیت بالینی و نیز غیربالینی استاندارد شده و در پژوهش‌های بسیاری در حوزهٔ روابط بین‌فردی و در تشخیص و پیش‌بینی آسیب‌های روانی به‌کار رفته است. BORI ۴۵ ماده دارد که به‌صورت صحیح و غلط به آن پاسخ داده می‌شود و ازطریق چهار خرده‌مقیاس ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارائه می‌دهد. این خرده‌مقیاس‌ها عبارت است از: بیگانگی؛ دل‌بستگی ناایمن؛ خودمیان‌بینی؛ بی‌کفایتی اجتماعی. نحوهٔ پاسخ‌گویی به پرسشنامه به این نحو است: برمبنای راهنمای ارائه‌شده آزمودنی برای هریک از سؤالات پاسخ صحیح یا غلط را انتخاب می‌کند؛ برحسب کلید پرسشنامه، گزینهٔ صحیح نمرهٔ یک گرفته و برای برخی دیگر گزینهٔ غلط نمرهٔ یک می‌گیرد؛ جمع نمرات سؤالات مربوط به هر خرده‌مقیاس نمرهٔ رد را در هریک از آن‌ها مشخص می‌سازد (۲۲). بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط هادی‌نژاد و همکاران نشان داد، ضریب آلفای کرونباخ برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دل‌بستگی ناایمن و بیگانگی، به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ است. (۲۳).

ـ پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی (DSQ)[3]: این پرسشنامه توسط اندروز و همکارانش در سال ۱۹۹۳ تدوین شد و با چهل سؤال، بیست مکانیزم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشدیافته و نوروتیک و رشدنیافته می‌سنجد (۲۴). مکانیزم‌های دفاعی که به‌وسیلهٔ DSQ وارسی می‌شود شامل دیگردوستی کاذب، فرونشانی، والایی‌گرایی، دلیل‌تراشی، طنز، فرافکنی، تشکل واکنشی، تفرق، ناارزنده‌سازی، انکار، خیال‌پردازی اتیستیک، لایه‌سازی، آرمانی‌سازی، پرخاشگری منفعلانه، پیشاپیشگری، جسمانی‌سازی، جابه‌جایی، گذار به عمل، باطل‌سازی، مجزاسازی و سبک رشدیافته، سبک روان‌آزرده و سبک رشدنیافته، است. آندروز و همکارانش در سال ۱۹۹۳ همبستگی آزمون و آزمون مجدد را بین ۴۶ درصد تا ۸۶ درصد گزارش کردند و نیز آلفای کرونباخ را برای سبک‌های رشدیافته و روان‌آزرده و رشدنیافته به‌ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۵۸ و ۰/۸۰ به‌دست آوردند (۲۴). همچنین پایایی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه در ایران توسط شعبان‌پور و همکاران به‌کمک آلفای کرونباخ برای سبک‌های رشدیافته و روان‌آزرده و رشدنیافته به‌ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۹ و ۰/۷۷ گزارش شد (۲۵).

شکل ۱، مدل مفهومی پژوهش را نشان می‌دهد که در مطالعهٔ حاضر با ساختار زیر بررسی شد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

[1]. Millon Clinical Multiaxial Inventory
[2]. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory
[3]. Defense Style Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.180.9]

در این پژوهش جدول‌ها و نمودارهای فراوانی و همچنین شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. نرمال‌بودن داده‌ها با استفاده از چولگی و کشیدگی بررسی شد. در راستای تحلیل استنباطی از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور خی‌دو، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص نکویی برازش (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI)، ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) و باقی‌ماندهٔ ریشهٔ مجذور میانگین (SRMR) ارزیابی صورت گرفت. برای ارزیابی روابط واسطه‌ای از آزمون بوت‌استرپ استفاده شد. تحلیل‌های مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و Lisrel نسخهٔ ۸۸۰ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

نمونه‌های پژوهش حاضر، ۱۹۱ نفر مرد (۶۰/۴درصد) و ۱۰۹ نفر زن (۳۹/۶درصد) بودند. میانگین±انحراف معیار سن مردان به‌ترتیب ۳۸/۲۱±۵/۶۱ و میانگین±انحراف معیار سن زنان به‌ترتیب ۳۴/۲۱±۴/۳۹ بود. در جدول ۱، شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای آشکار پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای آشکار پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	چولگی	کشیدگی
اضطراب	۱۰/۳۷	۲/۰۳	۷	۱۴	-۰/۱۶۹	-۰/۹۹۴
جسمانی‌سازی	۱۰/۷۱	۱/۹۷	۷	۱۴	-۰/۱۵۰	-۰/۹۶۱
دوقطبی	۱۰/۳۰	۱/۹۱	۷	۱۴	۰/۰۰۳	-۰/۹۹۹
افسرده‌خویی	۱۰/۳۸	۲/۱۷	۷	۱۴	-۰/۱۱۱	-۱/۱۳۴
مصرف الکل	۱۰/۵۴	۲/۲۰	۷	۱۴	-۰/۲۰۳	-۱/۱۱۲
وابستگی به دارو	۱۰/۷۸	۲/۳۶	۷	۱۶	۰/۰۹۰	-۰/۹۴۶
استرس پس از سانحه	۹/۹۹	۲/۵۷	۶	۱۴	-۰/۰۱۷	-۱/۴۱۲
مکانیزم رشدیافته	۴۷/۲۵	۱۱/۲۸	۱۳	۷۲	-۰/۰۹۱	-۰/۴۱۰
مکانیزم رشدنیافته	۱۱۷/۴۲	۲۶/۳۰	۳۳	۱۸۵	-۰/۲۱۳	-۰/۲۹۹
مکانیزم نوروزگرایی	۴۲/۷۰	۱۱/۸۵	۱۳	۶۱	-۰/۲۴۱	-۰/۹۵۱
دل‌بستگی ناایمن	۱۵/۳۱	۲/۴۷	۱۰	۲۰	-۰/۳۶۵	-۰/۷۹۵
خودمیان‌بینی	۲۰/۳۱	۲/۰۱	۱۰	۲۰	۰/۰۶۷	-۰/۵۶۶
بیگانگی	۱۰/۷۹	۱/۳۹	۶	۱۲	-۱/۲۶	۱/۱۱
انزوا	۱۶/۵۴	۱/۸۱	۱۰	۱۸	-۱/۴۵	۱/۶۰

ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای مکنون (روابط موضوعی، مکانیزم دفاعی، نشانگان بالینی) نشان داد که تمامی همبستگی‌ها مقدار درخورتوجهی را شامل می‌شود (۰/۴۹۱≤r≤۰/۵۴۵). در این میان مکانیزم دفاعی با روابط موضوعی همبستگی بیشتر (p<۰/۰۰۱، r=۰/۵۴۵) و نشانگان بالینی با روابط موضوعی همبستگی کمتر (p<۰/۰۰۱، r=۰/۴۹) را نشان داد.

قبل از تحلیل مدل ساختاری، ابتدا نمرهٔ کل هر متغیر به‌عنوان نمره‌ای از یک‌متغیر به‌دست آمد. سپس نرمال‌بودن چندمتغیرهٔ داده‌ها بررسی شد. نتایج نشان داد، داده‌ها به‌صورت چندمتغیره نرمال است. بررسی نکویی برازش مدل ساختاری مدنظر در شکل ۱ در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های نکویی برازش مدل ساختاری پژوهش

	$Chi-Square$	df	χ^2/df	$RMSEA$	$SRMR$	GFI	CFI	$AGFI$
الگوی ساختاری	۱۵۲/۸۳	۶۶	۲/۳۱۵	۰/۰۶۶	۰/۰۶۳	۰/۹۳	۰/۹۸	۰/۹۰

جدول ۳. اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل جهت پیش‌بینی نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی

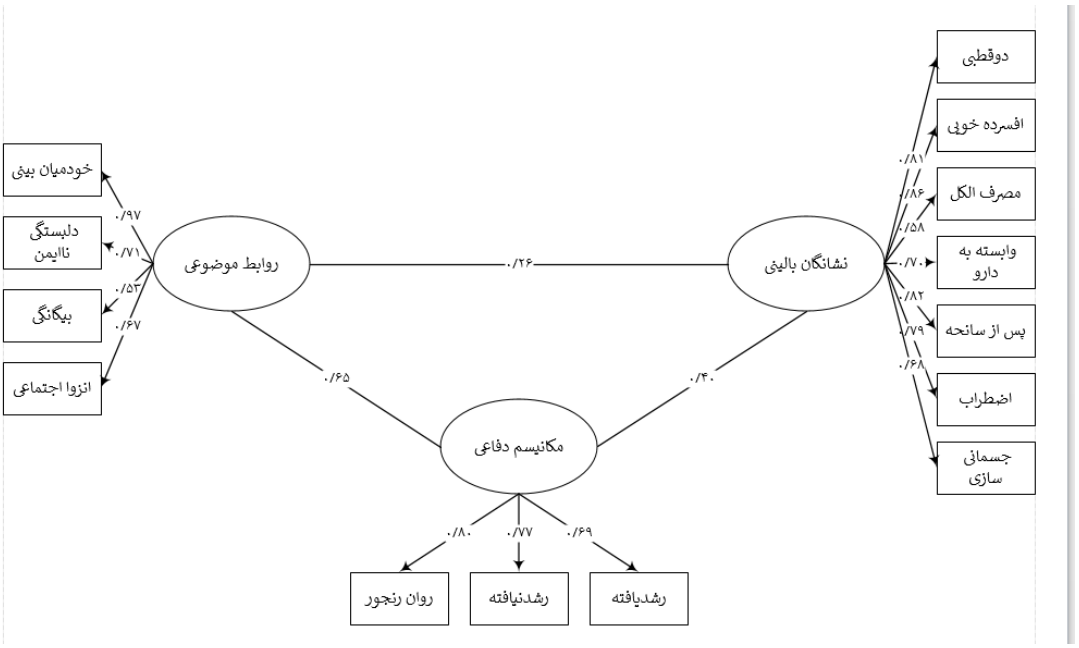
متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	مقدار p
روابط موضوعی بر نشانگان بالینی	۰/۲۶	۰/۱۲	۰/۳۸	<۰/۰۰۱
روابط موضوعی بر مکانیزم دفاعی	۰/۶۵	-	۰/۶۵	<۰/۰۰۱
مکانیزم دفاعی بر نشانگان بالینی	۰/۴۰	-	۰/۴۰	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.180.9]

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نسبت خی‌دو به درجهٔ آزادی کمتر از ۲/۵ و میزان RMSEA نزدیک به صفر است؛ همچنین، مقدار GFI و AGFI و CFI نزدیک به یک است؛ درنتیجه، مدل ارائه‌شده برازش مناسبی دارد (p<۰/۰۰۱).

شکل ۲، مدل ساختاری مفهومی را به‌همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد؛ همان‌گونه که مشاهده می‌شود روابط موضوعی به‌عنوان متغیر برون‌زا بر مکانیزم دفاعی (β =۰/۶۵ و p<۰/۰۰۱) و شدت نشانگان بالینی (β =۰/۲۶ و p<۰/۰۰۱) تأثیر دارد. همچنین مکانیزم دفاعی بر شدت نشانگان بالینی (β =۰/۴۰ و p<۰/۰۰۱) اثرگذار است.



شکل ۲. مدل ارتباطی برازش‌شده بین متغیرها و بار عاملی آن‌ها به‌صورت استانداردشده

در مطالعهٔ حاضر برای ارزیابی روابط واسطه‌ای از آزمون بوت‌استرپ استفاده شد. در مدل مفهومی پژوهش (شکل ۱) برای متغیر روابط موضوعی، اثرات غیرمستقیم و برای مکانیزم دفاعی اثرات مستقیم در نظر گرفته شد؛ همان‌گونه که مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد مسیر روابط موضوعی به‌شدت نشانگان بالینی با واسطه‌گری مکانیزم دفاعی معنادار است (β =۰/۲۶ و p<۰/۰۰۱).

جدول ۴. نتایج آزمون بوت‌استرپ برای روابط واسطه‌ای

متغیر مستقل	متغیر واسط	متغیر وابسته	حدود بوت‌استرپ		خطای برآورد	اندازهٔ اثر	مقدار p
			حد زیاد	حد کم			
روابط موضوعی	مکانیزم دفاعی	نشانگان بالینی	۰/۴۳۱	۰/۷۵۶	۰/۰۶۹	۰/۲۶	<۰/۰۰۱

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر ارائهٔ مدلی برای تبیین شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی براساس روابط موضوعی اولیه و مکانیزم‌های دفاعی بود تا در سایهٔ نتایج این پژوهش بتوان اطلاعات جامع‌تر و عمیق‌تری در رابطه با چرایی شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی اتخاذ نمود. نتایج نشان داد که ارتباط معناداری بین مؤلفه‌های روابط موضوعی با شدت نشانگان بالینی در اختلال شخصیت مرزی وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش غفاری و رضایی مبنی‌بر پیش‌بینی روابط موضوعی براساس بدتنظیمی هیجانی و عاطفهٔ منفی و تکانشگری علائم BPD (۱۴) و مطالعهٔ تهیروویک و باجریک مبنی‌بر رابطهٔ سبک‌های دل‌بستگی کودک ـ والد و اختلال شخصیت مرزی (۱۱) و پژوهش گرین مبنی‌بر رابطهٔ روابط موضوعی و شخصیت مرزی (۱۲) همسوست. همچنین یافته‌های مطالعهٔ حاضر به‌طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های غیاثی و همکاران (۱۳) و غفاری و رضایی (۱۴) مبنی‌بر رابطهٔ سبک دل‌بستگی ناایمن با اختلال شخصیت مرزی همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که روابط شیء (موضوعی اولیه) به‌وسیلهٔ بازنمودهای شناختی ـ عاطفی بر روابط بین‌فردی استوار است و به ظرفیت فرد برای ایجاد روابط پایدار در زمینه‌های مختلف مربوط می‌شود (۶). براساس نظریهٔ روابط موضوعی و روان‌شناسی خود، روابط نزدیک‌تر و صمیمی‌تر اولیهٔ کودک تأثیر بیشتری بر بهنجاری و نابهنجاری روانی او دارد. این نظریه معتقد است که تعارض‌های ارتباطی اولیه با موضوع، همراه با خلق حاکم بر این رابطه درونی می‌شود و بعدها ارتباطات شخص را با افراد جدید تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۸). هنوز به‌درستی علت اختلال شخصیت شناخته نشده

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.180.9]

است؛ اما عواملی در ارتباط با این اختلال مطرح شده است که می‌تواند نقش مستعدکننده و پیش‌بینی‌کننده داشته باشد (۵).

ازجمله عواملی که در این زمینه مطرح می‌شود، روابط موضوعی و ارتباطات اولیه بین مادر و فرزند است (۳). تئوری روابط شیء به فرایند رشد روان در ارتباط با دیگران در محیطی اشاره می‌کند که کودک در آن در حال رشد است. نظریهٔ روابط شیء معتقد است که نحوهٔ ارتباط افراد با دیگران و شرایط در زندگی دورهٔ بزرگسالی افراد، به‌وسیلهٔ تجربیات خانوادگی آن‌ها در دوران کودکی و به‌ویژه رابطه با مادر شکل می‌گیرد (۷). نتایج مطالعات در این زمینه، نشان می‌دهد که بین روابط موضوعی با شخصیت مرزی رابطه وجود دارد (۹). همچنین، نتایج برخی تحقیقات حاکی‌از آن است که سبک دل‌بستگی ناایمن با شخصیت مرزی ارتباط دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند (۱۲). دل‌بستگی ناایمن به‌شکل مستقیم منجربه آسیب شخصیت نمی‌شود؛ اما الگوی دل‌بستگی نخستین و بافت خانواده و دیگر تجربیات اجتماعی سبب می‌گردد شخص وارد چرخه‌ای شود که درمقایسه با دیگران آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشد. مادران افراد با سبک ناایمن، در رفتارهای خود به‌شدت بی‌ثبات هستند و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را از کودک می‌گیرند؛ درنتیجه، الگوی درونی از چهرهٔ دل‌بستگی، همواره ترس و اضطراب را از جدایی در فرد شعله‌ور می‌سازد؛ چراکه چهرهٔ دل‌بستگی، پایگاه ایمنی‌بخش درونی و باثباتی نیست که در هر لحظه کودک نیاز داشته، در اختیار او باشد و محیط را همواره ایمن سازد (۱۱). این الگو ممکن است بتواند نشانگان شخصیت مرزی را پیش‌بینی کند؛ چراکه یکی از نشانه‌های این اختلال، ترس از طرد و رهاشدن است. کیفیت نامناسب دل‌بستگی در سال‌های اولیه، عاملی بحرانی در آسیب‌پذیری به انواع نشانگان بالینی ازجمله اختلالات اضطرابی و افسرده‌خویی می‌شود (۱۳).

یافتهٔ دیگر این پژوهش در زمینهٔ ارتباط روابط موضوعی اولیه با واسطهٔ مکانیزم‌های دفاعی با شدت نشانگان بالینی در اختلال شخصیت مرزی بوده که نتایج مطالعهٔ حاضر در این مسیر (مسیر با واسطه) معنادار است. روابط بین‌فردی مختل، مشکلات هویتی و تحصیلی و شغلی و نیز درگیری قانونی از مشکلاتی است که کارکردهای روزانهٔ مبتلایان به این اختلال را با سختی مواجه می‌کند (۹). نتایج نشان داد که بیماران مرزی در قیاس با سایر بیماران از مکانیزم‌های دونیمه‌سازی و گذار به عمل (کنش‌نمایی) بیشتر و از مکانیزم‌های سرکوبی و والایش و شوخی کمتر استفاده می‌کنند. اگرچه هر فرد منظومه‌ای از مکانیزم‌های دفاعی را به‌کار می‌برد، در هر شخصیت زیرمجموعه‌ای از مکانیزم‌ها بر دیگر مکانیزم‌ها غلبه دارد (۱۶). مکانیزم‌های دفاعی که مسئولیت محافظت از من را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده دارند، برحسب نوع کنش‌وری ممکن است بهنجار یا نابهنجار و کارآمد یا ناکارآمد باشند (۱۸).

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که روابط موضوعی اولیه به‌صورت مستقیم و نیز با واسطهٔ مکانیزم‌های دفاعی (غیرمستقیم) با شدت نشانگان اختلال شخصیت مرزی رابطهٔ معناداری دارد و مدل ادعاشده در این پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. این نتایج از اهمیت نقش روابط موضوعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت می‌کند. به‌منظور تعمیم‌پذیری هرچه بیشتر این یافته‌ها پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی با این مضمون در سطح کشور انجام شود.

۶ تشکر و قدردانی

از مدیران کلینیک‌های روانشناسی و افراد شرکت کننده که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران با شماره نامهٔ ۱۳۶ صادر شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد. همچنین این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده است.

References

1. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2014;1:9. doi: 10.1186/2051-6673-1-9
2. González RA, Igoumenou A, Kallis C, Coid JW. Borderline personality disorder and violence in the UK population: categorical and dimensional trait assessment. BMC Psychiatry. 2016;16:180. doi: 10.1186/s12888-016-0885-7
3. Gunderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. Am J Psychiatry. 1993;150(1):19–27. doi: 10.1176/ajp.150.1.19
4. Pierò A, Cairo E, Ferrero A. Personality dimensions and working alliance in subjects with borderline personality disorder. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2013;6(1):17–25. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.04.005
5. Diamond D, Yeomans FE, Stern B, Levy KN, Hörz S, Doering S, et al. Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. Psychoanalytic inquiry. 2013;33(6):527–51. doi: 10.1080/07351690.2013.815087
6. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. J Psychiatr Res. 2013;47(10):1499–506. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.012
7. Gunderson JG, Weinberg I, Choi-Kain L. Borderline Personality Disorder. FOC. 2013;11(2):129–45. doi: 10.1176/appi.focus.11.2.129

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.180.9]

8. Chiesa M, Larsen-Paya M, Martino M, Trinchieri M. The relationship between childhood adversity, psychiatric disorder and clinical severity: results from a multi-centre study. Psychoanalytic Psychotherapy. 2016;30(1):79–95. doi: 10.1080/02668734.2016.1145131
9. MacIntosh HB, Godbout N, Dubash N. Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. Canadian Psychology. 2015;56(2):227–41. doi: 10.1037/cap0000028
10. Perroud N, Badoud D, Weibel S, Nicastro R, Hasler R, Küng A-L, et al. Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder. Psychiatry Res. 2017;256:334–41. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.087
11. Tahirovic S, Bajric A. Child-Parent Attachment Styles and Borderline Personality Disorder Relationship. Mediterranean Journal of Clinical Psychology. 2016;4(2). doi: 10.6092/2282-1619/2016.4.1277
12. Greene LR. Primitive defenses, object relations, and symptom clusters in borderline psychopathology. J Pers Assess. 1996;67(2):294–304. doi: 10.1207/s15327752jpa6702_6
13. Ghiasi H, Mohammadi A, Zarrinfar P. An investigation into the roles of theory of mind, emotion regulation, and attachment styles in predicting the traits of borderline personality disorder. Iran J Psychiatry. 2016;11(4):206–13.
14. Ghafari M, Rezaie A. Investigating the relation of attachment and identity styles with borderline personality Disorder of adolescents. J Ilam Uni Med Sci. 2013;21(6):23–32. [Persian] http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-539-fa.pdf
15. Besharat MA. An attachment theory explanation of personality disorders. Journal of the Iranian Psychological Association. 2007;1(2):41–8. [Persian] http://bjcp.ir/article-1-956-en.pdf
16. Zanarini MC, Weingeroff JL, Frankenburg FR. Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. J Pers Disord. 2009;23(2):113–21. doi: 10.1521/pedi.2009.23.2.113
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Niloufari A, Reza'ie F, Shamloo F, Farmand A, Fakhraie A, Hashemi Azar J. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publication; 2015.
18. Ball SA, Cecero JJ. Addicted patients with personality disorders: traits, schemas, and presenting problems. J Pers Disord. 2001;15(1):72–83. doi: 10.1521/pedi.15.1.72.18642
19. Cangur S, Ercan I. Comparison of model fit indices used in structural equation modeling under multivariate normality. J Mod App Stat Meth. 2015;14(1):152–67. doi: 10.22237/jmasm/1430453580
20. Millon T. Millon Clinical Multiaxial Inventory: I & II. Journal of Counseling & Development. 1992;70(3):421–6. doi: 10.1002/j.1556-6676.1992.tb01627.x
21. Dadfar M, Lester D. Prevalence of personality disorders and clinical syndromes using the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) in an Iranian clinical sample. International Journal of Biomedical Engineering. 2017;3:36–47.
22. Bell MD, Zito W. Integrated versus sealed-over recovery in schizophrenia: BORRTI and executive function. J Nerv Ment Dis. 2005;193(1):3–8. doi: 10.1097/01.nmd.0000149212.94261.1e
23. Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani. A preliminary study for validity and reliability of bell object relations and reality testing inventory. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2014;20(2):162–9. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2184-en.pdf
24. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. J Nerv Ment Dis. 1993;181(4):246–56. doi: 10.1097/00005053-199304000-00006
25. Shabanpour R, Zahiroddin AR, Janbozorgi M, Ghaeli P. Assessment of defense styles and mechanisms in iranian patients suffering from obsessive compulsive or panic disorders versus normal controls using persian version of defense style questionnaire-40. Iran J Psychiatry. 2012;7(1):31–5.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.180.9]