MEJDS. 2021; 11:187.

Published online 2022 Jan. **Original Article**

Explaining the Severity of Clinical Symptoms of Borderline Personality Disorder Based on Early Maladaptive Schemas and Coping Styles

Jafari Jozani M[1], *Monirpoor N[2], Mirzahoseini 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 July 15; **Accepted:** 2020 October 11

Abstract

Background & Objectives: Borderline Personality Disorder (BPD) manifests in several deficiencies in self–conceptual interpersonal relationships and behavioral, emotional, and cognitive actions. A factor affecting BPD is the Early Maladaptive Schemas (EMSs), i.e., created in the individual. EMSs begin to form at the beginning of each person's life. When EMSs are triggered, individuals react to them with inefficient coping styles. These dysfunctional styles lead to the continuation of the EMSs. BPD has a high tendency to become chronic; thus, it has a high mortality rate, and numerous other disorders are associated with it.

Moreover, the incidence of BPD in society has multiple consequences, including divorce, treatment costs, and so on. Therefore, it is necessary to identify the potentially dangerous factors for this disorder and improve individuals' conditions. Thus, this study aimed to explain the severity of clinical symptoms of BPD based on EMSs and coping styles.

Methods: The present correlational study used structural equation modeling. The statistical population of this study included all patients with BPD referring to psychology clinics in Tehran city, Iran, in 2018. The statistical sample consisted of 300 patients with BPD (per clinical psychologist's diagnosis) who were selected by the purposive sampling method. The study's inclusion criteria included having BPD symptoms and its approval by a clinical psychologist. The exclusion criterion of the study was no co–morbidity with other mental illnesses. The required data were collected using Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (Millon, 1994), Young Early Maladaptive Schemas Scale (Young, 1990), Young–Rygh Avoidance Inventory (Young & Rygh, 1994), and Young Compensation Inventory (Young, 1995). This study used descriptive statistics (central & dispersion indices, e.g., mean &d standard deviation), inferential statistics (Pearson correlation coefficient) and structural equation modeling to analyze the data. A bootstrap test was used to evaluate the mediating relationships. The significance level was considered 0.05. These analyzes were performed using SPSS and LISREL.

Results: The obtained Pearson correlation coefficient data indicated that there was more correlation between EMSs and extreme compensation (p<0.001, r=0.466) and less correlation between clinical symptoms and avoidance (p<0.001, r=0.10). Moreover, the total path coefficient (sum of direct & indirect path coefficients) between EMSs and the clinical syndrome (p<0.001, β=0.77) was positive and significant. The direct path coefficient between the EMSs and extreme compensation was positive and significant (p<0.001, β=0.60), and path coefficients between EMSs and avoidence (p=0.010, β=0.51) and EMSs and clinical syndrome (p<0.001, β=0.41) were positive and significant. Finally, the indirect path coefficient between the EMSs and the clinical syndrome was mediated by extreme compensation (p=0.015, β=0.12). The indirect path coefficient between the EMSs and the clinical symptoms was significant with the mediation role of avoidance (p=0.013, β=0.49). The goodness of fit indices also supported the optimal fit of the model with the collected data (X^2/df=2.282, CFI=0.93, GFI=0.90, AGFI=0.88, RMSEA=0.065).

Conclusion: According to the results, extreme compensation and avoidance coping styles play a mediating role in the relationship between EMSs and BPD symptoms. Overall, the collected results highlight the importance of the role of EMSs in individuals with BPD.

Keywords: Borderline personality, Clinical syndrome, Early maladaptive schemas, Coping styles.

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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.202.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.191]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۸۷.

انتشار برخط دی ماه ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

تبیین شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای

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: ۲۵ تیر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال شخصیت مرزی با نارسایی‌های متعددی خود را نشان می‌دهد که می‌تواند در روابط بین‌فردی خودپنداره، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای پدیدار شود. هدف پژوهش حاضر تبیین شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی مراجعه‌کنندگان با تشخیص اختلال شخصیت مرزی به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران در سه ماههٔ پایانی سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین آن‌ها تعداد سیصد نفر به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامهٔ چندمحوری بالینی میلون–۳ (میلون، ۱۹۹۴)، مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ (یانگ، ۱۹۹۰)، پرسشنامهٔ اجتناب یانگ–رای (یانگ و رای، ۱۹۹۴) و پرسشنامهٔ جبران یانگ (یانگ، ۱۹۹۵) به‌دست آمد. تحلیل داده‌ها ازطریق ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای Lisrel نسخهٔ ۸/۸۰ و SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، ضرایب مسیر کل بین طرحوارهٔ ناسازگار اولیه به نشانگان بالینی (β=۰/۷۷، p<۰/۰۰۱) مثبت و معنادار بود. ضریب مسیر غیرمستقیم بین طرحوارهٔ ناسازگار اولیه به نشانگان بالینی با میانجیگری جبران افراطی (β=۰/۱۲، p=۰/۰۱۵) و ضریب مسیر غیرمستقیم بین طرحوارهٔ ناسازگار اولیه به نشانگان بالینی با میانجیگری اجتناب (β=۰/۴۹، p=۰/۰۱۳) معنادار بود. همچنین شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کردند (χ^2/df=۲/۲۸۲، CFI=۰/۹۳، GFI=۰/۹۰، AGFI=۰/۸۸، RMSEA=۰/۰۶۵).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که سبک‌های مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب در رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی نقش میانجی ایفا می‌کنند. به‌طور کلی نتایج این پژوهش از اهمیت نقش طرحواره‌های ناسازگار در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت می‌کند.

کلیدواژه‌ها: شخصیت مرزی، نشانگان بالینی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار–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 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.202.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.191]

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 (۱). معیارهای تشخیصی برای اختلال شخصیت مرزی شامل تلاش‌های دیوانه‌وار برای جلوگیری از ترک‌شدن، بی‌ثباتی شدید در ارتباط عاطفی و خودپنداره، تکانشگری و دشواری در کنترل خشم، خودزنی، احساس مزمن پوچی، افکار پارانوئید و نشانه‌های تجزیه‌ای است (۲). اختلال شخصیت مرزی الگوی فراگیری از بی‌ثباتی در روابط میان‌فردی، خودانگاره و عواطف به‌همراه تکانشگری بارز است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. این اختلال مرز بین سایکوز و نوروز نامیده شده است. صفات متمایزکنندهٔ این اختلال، آشفتگی در خودپنداره و احساس‌های مزمن پوچی و بیهودگی را شامل می‌شود (۳). پژوهشگران به‌طور فزاینده‌ای بر نقش شناخت ناسازگار در گسترش و حفظ اختلال شخصیت مرزی تأکید می‌کنند. یکی از عوامل مطرح‌شده در زمینهٔ اختلال شخصیت مرزی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[2] است که در فرد ایجاد می‌شود. طرحواره‌ها در ابتدای زندگی هر فرد شروع به شکل‌گیری می‌کند (۴).

نتایج مطالعات در این زمینه حاکی‌از آن است که طرحواره‌های ناسازگار در افراد مبتلا به شخصیت مرزی بیشتر مشاهده می‌شود و طرحواره‌های ناسازگار با شخصیت مرزی رابطه دارد (۵). چهار طرحوارهٔ کلیدی برای اختلال شخصیت مرزی مطرح شده است: محافظ ازهم‌گسیخته؛ کودک تکانشی؛ کودک ترک‌شده؛ کودک خشمگین. در مطالعهٔ دیگر در اختلال شخصیت مرزی طرحوارهٔ محافظ ازهم‌گسیخته به‌صورت معناداری بیشتر از طرحواره‌های دیگر در این شخصیت وجود داشت (۶). همچنین مطالعات نشان داد، بین طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ ترک‌شدن، بی‌اعتمادی/آزاردیدن و مشکلاتی ازقبیل دوری‌گزینی اجتماعی در شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد (۷).

زمانی که طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند، افراد با سبک‌های مقابله‌ای[3] ناکارآمدی به آن واکنش نشان می‌دهند (مثل جبران افراطی، اجتناب و تسلیم)؛ این سبک‌های ناکارآمد به تداوم طرحواره منجر می‌شود (۸). سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار بیانگر تلاش کودک برای کنارآمدن با نیازهای هیجانی ارضانشده در محیطی آسیب‌زا است. این سبک‌های مقابله‌ای در دوران کودکی انطباقی هستند؛ اما غالباً در دوران بزرگسالی ناسازگارند (۹). انواع سبک‌های مقابله‌ای تسلیم‌شده، محافظ بی‌تفاوت و جبران‌کنندهٔ افراطی آن‌ها به‌ترتیب مطابق با فرایندهای مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران افراطی است (۱۰). عملکرد سبک مقابله‌ای تسلیم‌شده، مطیع و اجتناب از بدرفتاری‌های بعدی است. عملکرد سبک‌های مقابله‌ای دیگر یعنی محافظ بی‌تفاوت و جبران‌کنندهٔ افراطی، گریز از هیجان‌های آشفته‌سازی است که در پی فعال‌سازی طرحواره‌ها به‌وجود آمده‌اند (۱۱). نتایج پژوهش وو و همکاران نشان داد، در اختلال شخصیت وسواسی افراد به‌ترتیب از سبک‌های مقابله‌ای تسلیم (بیشتر) و جبران افراطی و اجتناب (کمتر) استفاده می‌کنند (۱۲)؛ اما دربارهٔ سبک‌های مقابله‌ای در اختلال شخصیت مرزی پژوهشی انجام نشده است.

به پژوهش‌های متعددی در این راستا اشاره شده است؛ ازجمله اسماعیلیان و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت مرزی رابطه وجود دارد؛ همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ رایج در شخصیت‌های مرزی شامل رهاشدن، بی‌اعتمادی/مورد سوءاستفاده قرارگرفتن، انزوای اجتماعی، محرومیت عاطفی و شرم است (۱۳). کارلسون و همکاران در پژوهش خود دریافتند که اختلال در عملکرد اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای با اختلال شخصیت مرزی رابطهٔ مثبت دارد؛ به‌علاوه حمایت اجتماعی و شبکهٔ اجتماعی سالم ممکن است نقش مهمی در نقش اجتماعی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته باشد (۱۴).

باتوجه به اینکه اختلال شخصیت مرزی گرایش زیادی به مزمن‌شدن دارد، نرخ مرگ‌ومیر در آن زیاد است و اختلالات دیگر بسیاری هستند که با آن همبودی دارند. از طرف دیگر ابتلای افراد جامعه به اختلال شخصیت مرزی تبعات بسیاری را ازجمله طلاق، هزینه‌های درمان و غیره در پی دارد؛ ازاین‌رو لازم است عواملی که به‌صورت بالقوه برای ابتلا به این اختلال خطرساز و اصلاح‌شدنی وجود دارد، شناسایی شود و افراد براساس آن‌ها متمایز شوند؛ همچنین برنامه‌هایی برای پیشگیری، کنترل و درمان این اختلال طراحی و اجرا شود. متغیرهایی که در این پژوهش از آن‌ها نام برده شد، از مهم‌ترین عوامل افزایش احتمال ابتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند؛ ازاین‌رو انجام پژوهش حاضر و تحقیقاتی مانند آن به‌منظور داشتن جامعه‌ای سالم و کاهش مشکلات روانی ضروری است؛ بنابراین هدف از انجام این مطالعه ارائهٔ مدلی بود که در آن به تبیین شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای بپردازد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مدل معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی مراجعه‌کنندگان با تشخیص اختلال شخصیت مرزی به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران در سه ماههٔ پایانی سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونهٔ آماری شامل سیصد نفر از مبتلایان به شخصیت مرزی، براساس مصاحبهٔ بالینی توسط روان‌شناس بود که به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. به‌منظور انتخاب حجم نمونه، در پژوهش مدل‌یابی به ازای هر متغیر آشکار ۱۰تا۱۵ نفر نیاز است؛ ازاین‌رو و براساس متغیرهای موجود در مدل مفهومی (شکل ۱)، سیصد نفر به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند (۱۵). معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به این پژوهش شامل داشتن علائم اختلال شخصیت مرزی و تأیید آن توسط روان‌شناس بالینی بود. معیار خروج

[1]. Borderline Personality Disorder
[2]. Early maladaptive schemas
[3]. Coping styles

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.202.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.191]

شرکت‌کنندگان از پژوهش نبود هم‌ابتلایی با سایر بیماری‌های روانی در نظر گرفته شد. ابزار زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ چندمحوری بالینی میلون‌ـ۳[1]: این پرسشنامه توسط میلون در سال ۱۹۹۴ برای تصمیم‌گیری بالینی و براساس نظریهٔ زیستی‌ـ روانی و اجتماعی وی ساخته شد (۱۶). این پرسشنامه ۱۷۵ جملهٔ خودتوصیفی بلی‌ـ خیر و ۳۲ مقیاس دارد که در سه گروه مقیاس‌های بالینی شخصیت، الگوی بیمارگونهٔ شخصیت و نشانگان بالینی است. به هر پاسخ بلی یک نمره و به هر پاسخ خیر، صفر داده می‌شود. نمرهٔ بیشتر در این پرسشنامه به‌معنای الگوهای بیمارگونهٔ شخصیت بیشتر در فرد است. میلون به‌طور اختیاری نمرهٔ ۸۵ را به‌عنوان وجود قطعی ویژگی مدنظر، نمرهٔ کمتر از ۷۵ را وجود برخی از ویژگی‌های مدنظر، نمرهٔ ۳۵ را نمرهٔ میانهٔ گروه‌های بهنجار یا غیرروان‌پزشکی و نمرهٔ ۶۰ را میانهٔ جمعیت‌های روان‌پزشکی تعیین کرد (۱۶). دربارهٔ پایایی نسخهٔ اصلی این پرسشنامه، پنج مجموعه داده وجود دارد که فاصلهٔ بازآزمایی برای مقیاس‌های اختلال شخصیت همبستگی متوسطی از ۰/۵۸تا۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ به‌دست آمد (۱۶). دادفر و لستر همبستگی نمرات و بازآزمایی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه را هنجاریابی کردند که در دامنهٔ ۰/۸۲تا۰/۹۸ بود؛ همچنین برای پایایی پرسشنامه ازطریق روش همسانی درونی، ضریب آلفای ۰/۸۵تا۰/۹۷ گزارش شد (۱۷).

ـ مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ[2]: این مقیاس را یانگ در سال ۱۹۹۰ برای ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه طراحی کرد (۱۸). مقیاس مذکور دارای نود ماده است که هیجده حیطهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده به‌کمک مقیاس درجه‌بندی شش‌گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های این مقیاس با جمع‌زدن نمرات ماده‌های هر زیرمقیاس به‌دست می‌آید. کسب نمرات بیشتر در این مقیاس به‌معنای برخورداری از طرحواره‌های ناسازگار بیشتر در فرد است. کمینه و بیشینهٔ نمرهٔ فرد در این مقیاس بین ۹۰تا۵۴۰ است (۱۸). یانگ و همکاران پایایی این پرسشنامه را به‌روش همسانی درونی و بازآزمایی بر نمونهٔ ۵۶۴نفری از دانشجویان آمریکایی به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش کردند (۱۹). همچنین در ایران یوسفی و همکاران پایایی پرسشنامه را بر نمونه‌ای ۵۷۹نفری در دو مرحله بررسی کردند و پایایی آن را به‌روش آلفای کرونباخ و دونیمه‌کردن در کل به‌ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۶ به‌دست آوردند (۲۰).

ـ پرسشنامهٔ اجتناب یانگ‌ـ رای[3]: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۴ توسط یانگ و رای ساخته شد (۲۱). پرسشنامه‌ای ۴۱آیتمی است که به‌منظور بررسی سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی طراحی شد. افراد آیتم‌ها را براساس مقیاسی شش‌درجه‌ای (درمورد من کاملاً نادرست=۱، تقریباً نادرست=۲، بیشتر درست است تا نادرست=۳، اندکی درست=۴، تقریباً درست=۵، درمورد من کاملاً درست=۶) نمره می‌دهند. این پرسشنامه دارای پنج خرده‌مقیاس حواس‌پرتی، سرکوب، انکار، سوءمصرف و انزواگزینی است. مانند دیگر پرسشنامه‌های طرحواره، درمانگر توجه خاصی به نمرهٔ کل مبذول نمی‌دارد؛ بلکه گویه‌هایی با نمرهٔ بیشتر را بررسی می‌کند. باید توجه داشت، نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ الگویی کلی از سبک مقابله‌ای اجتناب نیست. سبک مقابله‌ای اجتناب اغلب رگهٔ نافذی است که می‌تواند به‌منظور اجتناب در هر طرحواره به‌کار رود. به‌منظور نمره‌گذاری این پرسشنامه نیز باید نمرات ۵ یا ۶ برای عبارت مشخص شود و سپس با یکدیگر جمع شود. کمینه و بیشینهٔ نمرهٔ فرد در این پرسشنامه به‌ترتیب ۴۱ تا ۲۴۶ است (۲۱). در مطالعهٔ یانگ و رای، ضریب پایایی نسخهٔ اصلی این پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ گزارش شد (۲۱). به‌منظور تعیین ضریب پایایی این پرسشنامه، سلیمانی‌صفت و همکاران در پژوهشی پس از طی مراحل ترجمه و ترجمهٔ مجدد روی دانشجویان ایرانی، ضریب پایایی را ازطریق دونیمه‌سازی برابر با ۰/۷۹ به‌دست آوردند (۲۲).

ـ پرسشنامهٔ جبران یانگ[4]: این پرسشنامه توسط یانگ در سال ۱۹۹۵ ساخته شد (۲۳). این پرسشنامه ابزاری ۴۸آیتمی است و سبک‌های مقابله‌ای بیش‌جبران را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه براساس مقیاسی شش‌درجه‌ای (درمورد من کاملاً نادرست=۱، تقریباً نادرست=۲، بیشتر درست است تا نادرست=۳، اندکی درست=۴، تقریباً درست=۵، درمورد من کاملاً درست=۶) نمره‌گذاری می‌شود. درمانگر پرسشنامهٔ جبران یانگ را به‌عنوان ابزاری بالینی به‌کار می‌برد و دربارهٔ آیتم‌های دارای نمرهٔ بیشتر با بیمار بحث می‌کند؛ بنابراین کسب نمرهٔ بیشتر در این پرسشنامه به‌معنای سبک‌های مقابله‌ای جبران بیشتر در فرد است. به‌منظور نمره‌گذاری پرسشنامه، تمامی آیتم‌های با نمرات ۵ یا ۶ انتخاب می‌شوند. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس محرومیت، نقص، رهاشدگی و بدرفتاری است. کمینه و بیشینهٔ نمرهٔ فرد در این پرسشنامه به‌ترتیب ۴۸ تا ۲۸۸ است (۲۳). ضریب پایایی نسخهٔ اصلی این پرسشنامه در پژوهش کاراسمورونگلو و همکاران به‌روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ به‌دست آمد (۲۴). در پژوهش مولودی و همکاران پس از طی مراحل ترجمه و ترجمهٔ مجدد، این پرسشنامه بر شصت دانشجو اجرا شد و ضریب پایایی به‌دست‌آمده با روش دونیمه‌سازی ۰/۷۸ بود (۲۵).

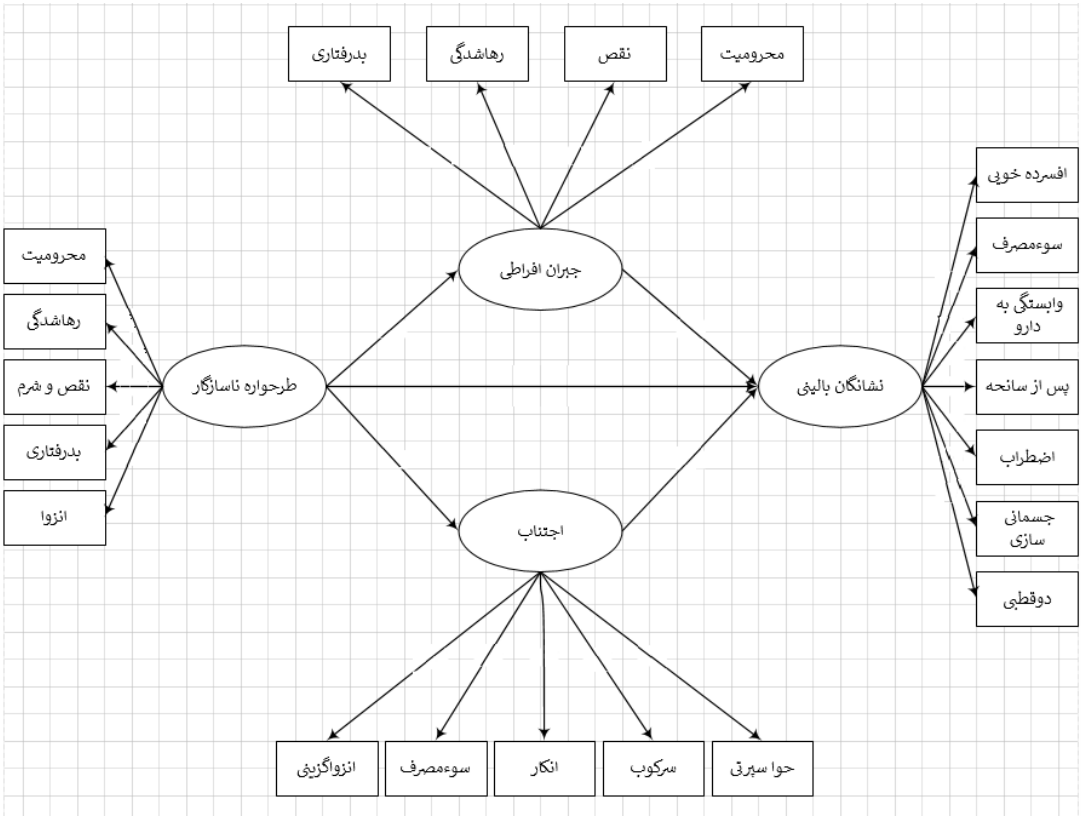
به‌منظور اجرای پژوهش، در طول بازهٔ زمانی سه‌ماهه، ابتدا پژوهشگر ضمن انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران و کسب رضایت از آن‌ها برای اجرای پژوهش، در زمان‌های تعیین‌شده به این مراکز مراجعه کرد. سپس پرسشنامهٔ چندمحوری میلون (۱۶)، مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ (۱۸)، پرسشنامهٔ اجتناب یانگ‌ـ رای (۲۱) و پرسشنامهٔ جبران یانگ (۲۳) توزیع شدند و پس از تکمیل جمع‌آوری شدند. برای اجرای پرسشنامه‌های پژوهش ابتدا توضیحات کلی بیان شد و در حین اجرا نیز به‌شکل فردی و در صورت نیاز توضیحات کامل ارائه شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III
2. Young Early Maladaptive Schemas Scale
3. Young-Rygh Avoidance Inventory
4. Young Compensation Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.202.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.191]

به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است. در این مدل، جبران افراطی و اجتناب در رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی نقش میانجی ایفا می‌کنند.

در این پژوهش جداول و شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای تشخیص توزیع نرمال داده‌ها و از ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری استفاده شد. در راستای برازندگی الگوی پیشنهادی، شاخص مجذور خی‌دو بر درجهٔ آزادی[1]، شاخص نکویی تطبیقی[2] (CFI)، شاخص نکویی برازش[3] (GFI)، شاخص نکویی برازش تطبیقی[4] (AGFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب[5] (RMSEA) بررسی شد. برای ارزیابی روابط واسطه‌ای، آزمون بوت‌استرپ به‌کار رفت. سطح معناداری در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تحلیل‌های مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و Lisrel نسخهٔ ۸/۸۰ صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

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

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، جبران افراطی، اجتناب و نشانگان بالینی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	مقدار احتمال K-S
اضطراب	۹/۴۵	۱/۷۶۷	۷	۱۳	۰/۶۱۱
جسمانی‌سازی	۹/۸۶	۱/۸۵۷	۷	۱۴	۰/۶۵۵
دوقطبی	۹/۴۶	۱/۵۸۰	۷	۱۴	۰/۳۱۲
افسرده‌خویی	۹/۳۶	۱/۸۶۴	۷	۱۴	۰/۹۳۳
مصرف الکل	۹/۶۲	۲/۰۴۹	۷	۱۴	۰/۲۵۰

1. $\chi 2/df$
2. Comparative fit index
3. Goodness of fit index
4. Adjusted goodness of fit index
5. Root mean square error of approximation

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.202.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.191]

وابستگی به دارو	۹/۸۴	۲/۲۹۵	۷	۱۶	۰/۷۸۲
استرس پس از سانحه	۸/۷۷	۲/۱۵۸	۶	۱۴	۰/۶۸۲
جبران محرومیت	۱۳/۴۲	۵/۸۱۰	۵	۳۰	۰/۸۶۴
جبران نقص	۱۵/۱۵	۴/۹۳۰	۵	۳۰	۰/۸۶۱
جبران بی‌اعتمادی	۷/۸۰	۳/۱۹۴	۴	۱۸	۰/۶۴۷
جبران رهاشدگی	۸/۳۱	۲/۲۸۶	۲	۱۲	۰/۵۱۷
محرومیت هیجانی	۱۱/۴۸	۵/۹۹۰	۵	۲۹	۰/۱۳۴
رهاشدگی	۱۰/۴۷	۵/۱۴۶	۵	۲۸	۰/۹۸۷
بدرفتاری	۱۱/۰۵	۵/۰۶	۵	۲۸	۰/۱۰۱
انزوای اجتماعی	۷/۸۷	۳/۵۸۲	۵	۲۸	۰/۲۰۶
نقص و شرم	۶/۵۰	۲/۸۷۵	۵	۲۲	۰/۱۷۱
حواس‌پرتی	۱۸/۷۹	۳/۷۳۸	۶	۲۴	۰/۲۹۹
سرکوب	۱۴/۵۷	۲/۷۷۳	۷	۱۸	۰/۱۵۰
انکار	۸/۹۲	۳/۴۲۳	۳	۱۸	۰/۲۳۳
مصرف مواد	۱۷/۳۵	۱/۶۸۲	۹	۱۸	۲/۹۸
انزواگزینی	۱۵/۸۸	۴/۱۴۲	۴	۲۴	۰/۲۹۶

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. همچنین نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (K-S) مشخص کرد، تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار بود ($p>۰/۰۵$). ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای مکنون براساس مندرجات جدول ۲، رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با جبران افراطی را با همبستگی بیشتر ($p<۰/۰۰۱$، r=۰/۴۶۶) و رابطهٔ بین نشانگان بالینی با اجتناب را با همبستگی کمتر ($p<۰/۰۰۱$، r=۰/۱۰) نشان داد. در جدول ۳، شاخص‌های نکویی برازش الگوی ساختاری آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، جبران افراطی، اجتناب و نشانگان بالینی

		۱	۲	۳	۴	میانگین	انحراف معیار
۱	طرحوارهٔ ناسازگار اولیه	۱				۲۰/۴۱	۲/۷۲
۲	جبران افراطی	۰/۴۶۶**	۱			۱۴/۶۵۵	۶/۱۴
۳	اجتناب	۰/۲۳۹**	۰/۲۶۴-**	۱		۱۳/۸۵۴	۷/۳۵۵
۴	نشانگان بالینی	۰/۳۷۱**	۰/۲۹۸**	۰/۱۰	۱	۲۵/۷۳	۵/۷۸

$p<۰/۰۵$**

جدول ۳. شاخص‌های نکویی برازش الگوی ساختاری

شاخص‌های نکویی برازش	نسبت مجذور خی به درجهٔ آزادی	ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نکویی برازش تطبیقی	شاخص نکویی برازش	شاخص نکویی تطبیقی
الگوی ساختاری	۲/۲۸۲	۰/۰۶۵	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۹۳

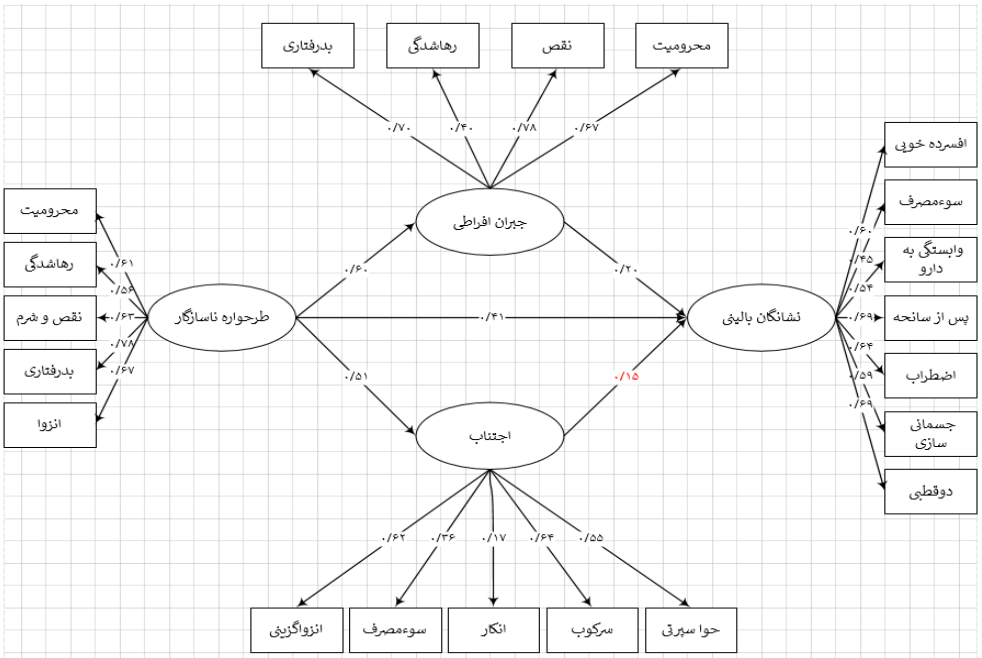
جدول ۴. ضرایب مسیر برآوردشده بین متغیرهای پژوهش در الگوی پژوهش

	مسیرها	بار عاملی استانداردنشدهٔ b	خطای معیار	بار عاملی استاندارد β	مقدار احتمال
مسیر کل	طرحواره‌های ناسازگار اولیه به نشانگان بالینی	۰/۱۰۸	۰/۰۳۷	۰/۷۷	<۰/۰۰۱
مسیر مستقیم	طرحواره‌های ناسازگار اولیه به جبران افراطی	۰/۱۱۶	۰/۰۲۱	۰/۶۰	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌های ناسازگار اولیه به اجتناب	۰/۰۵۰	۰/۰۴۴	۰/۵۱	۰/۰۱۰
	طرحواره‌های ناسازگار اولیه به نشانگان بالینی	۰/۱۳۲	۰/۰۲۹	۰/۴۱	<۰/۰۰۱
مسیر غیرمستقیم	طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری جبران افراطی به نشانگان بالینی	۰/۰۶۷	۰/۰۳۸	۰/۱۲	۰/۰۱۵
	طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری اجتناب به نشانگان بالینی	۰/۱۱۹	۰/۰۳۲	۰/۴۹	۰/۰۱۳

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.202.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.191]

جدول ۳ نشان می‌دهد، شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کرده است.

براساس جدول ۴، ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم) بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به نشانگان بالینی (p<۰/۰۰۱، β(=۰/۷۷ مثبت و معنادار بود. ضریب مسیر مستقیم بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به جبران افراطی (p<۰/۰۰۱، β(=۰/۶۰ مثبت و معنادار و همچنین ضرایب مسیر بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به اجتناب (p=۰/۰۱۰، β(=۰/۵۱ و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به نشانگان بالینی (p<۰/۰۰۱، β(=۰/۴۱ مثبت و معنادار به‌دست آمد. درنهایت ضریب مسیر غیرمستقیم بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به نشانگان بالینی با میانجیگری جبران افراطی (p=۰/۰۱۵، β(=۰/۱۲ و ضریب مسیر غیرمستقیم بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به نشانگان بالینی با میانجیگری اجتناب (p=۰/۰۱۳، β(=۰/۴۹ معنادار بود. این موضوع بیانگر آن است که متغیرهای جبران افراطی و اجتناب، رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی را میانجیگری کرده‌اند. الگوی ساختاری پژوهش در شکل ۲ ارائه شده است.



شکل ۲. الگوی ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، جبران افراطی، اجتناب و نشانگان بالینی

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر ارائهٔ مدلی برای تبیین شدت نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای بود. نتایج تحقیق حاضر حاکی‌از آن بود که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شدت نشانگان بالینی شخصیت مرزی رابطهٔ معنادار و مستقیم داشتند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش اسماعیلیان و همکاران همسوست. در پژوهش آن‌ها بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت مرزی رابطه وجود داشت؛ همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ رایج در شخصیت‌های مرزی شامل رهاشدن، بی‌اعتمادی/مورد سوءاستفاده قرارگرفتن، انزوای اجتماعی، محرومیت عاطفی و شرم بود (۱۳).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، موضوعات ثابت و درازمدتی هستند که در دوران کودکی به‌وجود می‌آیند، به بزرگسالی راه می‌یابند و تا حدی ناکارآمد هستند؛ همچنین آن‌ها تداوم‌بخش‌اند و دربرابر تغییر مقاومت می‌کنند. این طرحواره‌ها کار خود را به‌راحتی و از روی عادت انجام می‌دهند و هنگامی که با چالش روبه‌رو می‌شوند، فرد به‌منظور حفظ صحت و درستی این طرحواره‌ها، اطلاعات را تحریف می‌کند (۷). طرحواره‌های ناسازگار خود را ازطریق تحریف‌های شناختی، الگوهای زندگی خودشکنانه و سبک‌های کنارآمدن ناسازگارانه تداوم می‌بخشند و به‌طور مستقیم و غیرمستقیم منجربه پریشانی روان‌شناختی اختلال شخصیت می‌شوند (۱۱). طرحواره‌های ناسازگار اولیه ازطریق سبک‌های دل‌بستگی، افسردگی را در فرد موجب می‌شوند (۸). می‌توان گفت، رفتارهای ناسازگارانه همچون اعتیاد در پاسخ به طرحواره ایجاد می‌شوند و سپس به‌وسیلهٔ خود طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند (۹). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی الگویی از روابط بی‌ثبات دارند و ممکن است در اوایل برقراری روابط از جزئیات بسیار خصوصی یکدیگر مطلع شوند؛ بااین‌وجود، آنان ممکن است به این نتیجه برسند که از دید دیگران فاقد ارزش هستند و احساس کنند طرف مقابلشان به اندازهٔ کافی به فکرشان نبوده است و بخشنده و شایسته نیست؛ درنتیجه تغییردادن ناگهانی عقیدهٔ خود دربارهٔ دیگران، روابط آن‌ها را به‌سمت شکست سوق می‌دهد (طرحوارهٔ شکست) (۱۲). یکی از دلایل شکست مکرر، بی‌اعتمادی آن‌ها به دیگران است؛ به‌ویژه جنبه‌های

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.202.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.191]

مثبت هر رابطه‌ای موجب احساس ناامنی بیشتر در آن‌ها می‌شود؛ در این شرایط برای کسب اطمینان از واقعی‌بودن جنبه‌های مثبت (همچون محبت)، دست به بدرفتاری می‌زنند (طرحوارهٔ بی‌اعتمادی/بدرفتاری)؛ به این امید که فرد مقابل از امتحان پیروز بیرون آید و آن‌ها را طرد نکند؛ اما به‌دلیل بی‌ثباتی رفتاری و هیجانی، تداوم بدرفتاری و فقدان مهارت کافی (خویشتنداری کافی)، از طرف دیگران طرد می‌شوند (۱۰).

یافتهٔ دیگر این مطالعه دربارهٔ رابطهٔ سبک‌های مقابله‌ای با طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. نتایج نشان داد، سبک‌های مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب در رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان شخصیت مرزی نقش میانجی ایفا می‌کنند. درواقع، سبک‌های مقابله‌ای با نشانگان بالینی شخصیت مرزی مرتبط هستند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کارلسون و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، اختلال در عملکرد اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای با اختلال شخصیت مرزی رابطهٔ مثبت دارد؛ همچنین حمایت اجتماعی و شبکهٔ اجتماعی سالم ممکن است نقش مهمی در نقش اجتماعی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته باشد (۱۴).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، زمانی که طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند، افراد با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی به آن واکنش نشان می‌دهند (مثل جبران افراطی، اجتناب و تسلیم)؛ این سبک‌های ناکارآمد به تداوم طرحواره منجر می‌شود (۸). سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار بیانگر تلاش کودک برای کنارآمدن با نیازهای هیجانی ارضانشده در محیطی آسیب‌زا است. این سبک‌های مقابله‌ای در دوران کودکی انطباقی هستند؛ اما غالباً در دوران بزرگسالی ناسازگارند. انواع سبک‌های مقابله‌ای تسلیم‌شده، محافظ بی‌تفاوت و جبران‌کنندهٔ افراطی آن‌ها به‌ترتیب مطابق با فرایندهای مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران افراطی است. عملکرد سبک مقابله‌ای تسلیم‌شده، مطیع‌بودن و اجتناب از بدرفتاری‌های بعدی است. عملکرد سبک‌های مقابله‌ای دیگر یعنی محافظ بی‌تفاوت و جبران‌کنندهٔ افراطی، گریز از هیجان‌های آشفته‌سازی است که در پی فعال‌سازی طرحواره‌ها به‌وجود آمده‌اند. در بحث طرحواره، سبک‌های مقابله‌ای از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. رفتارهای ناسازگار فرد قسمتی از طرحوارهٔ او نیست؛ بلکه رفتارهای ناسازگار به‌عنوان پاسخی دربرابر طرحواره‌های ناسازگار اولیه شکل می‌گیرد. به این رفتارها که توسط طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند ولی جزئی از طرحواره‌ها نیستند، اصطلاحاً «راهبردهای مقابله‌ای» می‌گویند. همهٔ موجودات درمقابل تهدید، سه واکنش (جنگ، گریز، میخکوب) را نشان می‌دهند که با سه سبک مقابله‌ای جبران افراطی، اجتناب و تسلیم همخوانی دارد (۱۱).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که جامعهٔ تحقیق شامل مراجعه‌کنندگان با تشخیص اختلال شخصیت مرزی شهر تهران بود و در تعمیم‌پذیری نتایج به افراد با اختلال شخصیت مرزی در شهرهایی دیگر باید احتیاط کرد؛ همچنین پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی بود و نمی‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای علت اصلی اختلال شخصیتی مرزی است؛ بنابراین در تحقیقات بعدی لازم است اثرات سایر ویژگی‌های روان‌شناختی (سبک‌های تنظیم شناختی، تکانشگری و...) روی اختلال شخصیت مرزی بررسی و مطالعه شود؛ در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد؛ ازاین‌رو باتوجه به اینکه پرسشنامه‌ها جنبهٔ خودسنجی داشتند، ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش مصاحبه نیز برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود؛ به‌خصوص در جمع‌آوری اطلاعات متغیر اختلالات شخصیت مرزی، استفاده از روش مصاحبه ضروری است.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که سبک‌های مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب در رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی اختلال شخصیت مرزی نقش میانجی ایفا می‌کنند. به‌طور کلی نتایج این پژوهش از اهمیت نقش طرحواره‌های ناسازگار در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت می‌کند. این مسئله، لزوم بررسی روان‌شناختی دقیق بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را روشن می‌کند؛ بدین‌جهت که می‌تواند زمینه را برای رفتارهای خودآسیب‌رسان فراهم کند.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران با شماره نامهٔ ۱۳۶ صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندهٔ دوم، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.202.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.191]

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. 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
8. Tahirovic S, Bajric A. Child-parent attachment styles and borderline personality disorder relationship. Mediterranean Journal of Clinical Psychology. 2016;4(2):56–67. doi: 10.6092/2282-1619/2016.4.1277
9. 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
10. 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
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). Rezaie F, Fakhraie A, Farmand A, Niloofari A, Hashemi Azar J, Shamoo F. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2016.
12. Wu C, Shi C, Dong W, Li B, Wu R. Association between alexithymia and immature coping styles is mediated by self-inconsistency and is correlated to obsessive-compulsive symptoms. J Nerv Ment Dis. 2020 May 1;208(5):377-86. doi: 10.1097/NMD.0000000000001133
13. Esmaeilian N, Dehghani M, Koster EHW, Hoorelbeke K. Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis. Clin Psychol Psychother. 2019;26(3):388–98. doi: 10.1002/cpp.2360
14. Carlson EM, Cox DW, Kealy D, Chapman AL, Ogrodniczuk JS. Social role dysfunction and coping in borderline personality disorder. Personality and Mental Health. 2020;14(2):227–39. doi: 10.1002/pmh.1476
15. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York, NY: Guilford; 2015.
16. Millon T. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual. Minneapolis, MN: National Computer System; 1994.
17. 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 and Clinical Science. 2016;3(4):36. doi: 10.11648/j.ijbecs.20170304.13
18. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Sarasota, Fla: Professional Resource Press; 1990.
19. Young J, Norman S, Thomas J. Schema Questionnaire. Journal of Cognitive Therapy and Research. 1995;19:295-321.
20. Yousefi N, Etemadi O, Bahrami F, Ahmadi SA, Fatehi zadah MA-S. Comparing early maladaptive schemas among divorced and non-divorced couples as predictors of divorce. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010;16(1):21–33. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-916-en.pdf
21. Young JE, Rygh J. Young-Rygh Avoidance Inventory. New York: Cognitive Therapy Center of New York; 1994.
22. Soleimani Sefat E, Sa'adati H, Azimian S, Amani S, Saleh manijeh H, Leshni L. Psychometric properties of Persian version of young-rygh avoidance inventory. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;23(2):232–43. [Persian] doi: 10.29252/nirp.ijpcp.23.2.232
23. Young JE. Young Compensation Inventory. New York: Cognitive Therapy Center of New York. 1995.
24. Karaosmanoğlu HA, Soygüt G, Kabul A. Psychometric properties of the Turkish young compensation inventory. Clin Psychol Psychother. 2013;20(2):171–9. doi: 10.1002/cpp.787
25. Moloodi R, Dobson K, Fata L, Pourshahbaz A, Mohammadkhani P, Mootabi F, et al. Psychometric properties of Persian version of cognitive behavioural avoidance scale: results from student, general population and clinical samples in Iran. Behav Cogn Psychother. 2020;48(6):705–16. doi: 10.1017/s1352465820000247

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.202.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.191]