Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 20, Issue 3

The Mediating Role of Personality Organization in the Relationship between Childhood Maltreatment and Borderline Personality Symptoms

Ahmad Shamsabadi[1], Qasem Ahi[2], Seyed Abdolmajid Bahreinian[3], Ahmad Mansouri[4], Fatemeh Shahabizadeh[5]

1. PhD student in Clinical Psychology, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
3. Professor, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
4. Assistant Professor, Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran
5. Associate professor, Department of psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

Abstract

Aim and Background: Borderline personality disorder is one of the most costly mental disorders that lead to the loss of clinical and social resources, and due to the high costs, it is necessary to investigate the effective factors in the creation and continuation of borderline personality traits. This study was aimed to investigate the mediating role of personality organization in the relationship between childhood maltreatment and borderline personality symptoms.

Methods and Materials: The statistical society of this study consisted of all students aged 18 to 45 years of Islamic Azad University of Mashhad in the period from January to March 2022. The research sample consisted of 451 students who were selected by convenience sampling method and completed the childhood trauma questionnaire, personality organization questionnaire and borderline personality scale. Data were analyzed using the structural equation modeling method with the help of SPSS version 24 and LISREL 8.8 statistical software.

Findings: The findings showed that the direct path of childhood maltreatment to personality organization was positive and significant and to borderline personality symptoms was positive and non-significant. The direct path of personality organization to borderline personality symptoms was positive and significant. Additionally, the indirect relationship between childhood maltreatment and borderline personality symptoms was found to be mediated by personality organization.

Conclusions: The findings support the mediating role of personality organization in the relationship between childhood maltreatment and borderline personality symptoms. These findings showed that personality organization can play an indirect role in enhancing the effects of childhood maltreatment on borderline personality symptoms. Strengthening positive psychological characteristics and reducing risk factors, including traumatic childhood environments, and designing and using intervention programs can help reduce the symptoms of borderline personality.

Keywords: Childhood maltreatment, personality organization, symptoms of borderline personality

Citation: Shamsabadi A, Ahi Q, Bahreinian A, Mansouri A, Shahabizadeh F. **The Mediating Role of Personality Organization in the Relationship between Childhood Maltreatment and Borderline Personality Symptoms.** Res Behav Sci 2022; 20(3): 411-424.

* **Qasem Ahi,**
Email: Ahigh1356@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]

[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی

احمد شمس‌آبادی[۱]، قاسم آهی[۲]، سید عبدالمجید بحرینیان[۳]، احمد منصوری[۴]، فاطمه شهابی زاده[۵]

۱- دانشجوی دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۵- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال شخصیت مرزی یکی از پرهزینه‌ترین اختلال‌های روانی است که از دست دادن منابع بالینی و اجتماعی را به دنبال دارد و با توجه به هزینه‌های بالای مرتبط با آن، بررسی عوامل مؤثر در ایجاد و تداوم ویژگی‌های شخصیت مرزی امری ضروری است. این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان ۱۸ تا ۴۵ ساله دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد در بازه زمانی بهمن تا اسفند ۱۴۰۰ تشکیل داد. نمونه پژوهش شامل ۴۵۱ نفر از دانشجویان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه آسیب دوران کودکی، پرسشنامه سازمان شخصیت و مقیاس شخصیت مرزی پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری و به کمک نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۴ و LISREL8.8 تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مسیر مستقیم بدرفتاری‌های دوران کودکی به سازمان شخصیت مثبت و معنی‌دار و به نشانه‌های شخصیت مرزی مثبت و غیر معنی‌دار بود. مسیر مستقیم سازمان شخصیت به نشانه‌های شخصیت مرزی مثبت و معنی‌دار بود. به‌علاوه مشخص شد که رابطه غیرمستقیم بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی از طریق سازمان شخصیت میانجی می‌شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش از نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی حمایت می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که سازمان شخصیت می‌تواند نقش غیرمستقیمی در افزایش اثرات بدرفتاری‌های دوران کودکی بر نشانه‌های شخصیت مرزی داشته باشد. تقویت ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت و کاهش عوامل خطرزا ازجمله محیط‌های آسیب‌زای کودکی و طراحی برنامه‌های مداخله و کاربرد آن‌ها می‌تواند به کاهش نشانه‌های شخصیت مرزی کمک کند.

واژه‌های کلیدی: بدرفتاری‌های دوران کودکی، سازمان شخصیت، نشانه‌های شخصیت مرزی

ارجاع: شمس‌آبادی احمد، آهی قاسم، بحرینیان عبدالمجید، منصوری احمد، شهابی زاده فاطمه. **نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴۰۱؛ ۲۰(۳)، ۴۱۱-۴۲۴.

* **قاسم آهی،**

رایانامه: Ahigh1356@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]

[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یک اختلال روانی پیچیده است که مشخصه اصلی آن تغییرات ناگهانی و ناراحت‌کننده در خلق‌وخو، ناتوانی در کنترل تکانه، روابط بین فردی ناپایدار و رفتارهای آسیب‌زننده به خود، حساسیت بیش‌ازحد به طرد شدن و ترس از رها شدن، عواطف شدید، خودانگاره ضعیف و تکانش گری می‌باشند (۱، ۲). افراد مبتلا به این اختلال مشتریان همیشگی خدمات روان‌پزشکی سرپایی و بستری هستند، سطوح بالایی از اختلالات عملکردی را دارا می‌باشند، نرخ بالایی از اختلال‌های روان‌پزشکی همایند را تجربه می‌کنند، در معرض خطر بالایی برای انجام انواع رفتارهای خود آسیب‌رسان و مخرب سلامت هستند و همچنین مشکلات متعدد سلامت جسمی (درد مزمن، آرتروز، بیماری‌های قلبی عروقی) و روانی (اختلال‌های اضطرابی، استرس پس از آسیب، افسردگی عمده، رفتارهای پرخطر) را تجربه می‌کنند (۳، ۴). شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت غیر روان‌پریش بین ۰/۷ تا ۵ درصد است که در محیط‌های بالینی به ۱۰ درصد از کل بیماران سرپایی روان‌پریش و ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران بستری می‌رسد (۵).

اختلال شخصیت مرزی یکی از پرهزینه‌ترین اختلال‌های روانی است که مشکلاتی نظیر از دست دادن بهره‌وری، مرخصی استعلاجی زیاد و از دست دادن منابع بالینی و اجتماعی را به دنبال دارد (۲). ازنقطه‌نظر درمانی، هنوز هیچ دارویی برای درمان اختلال شخصیت مرزی تأیید نشده است. این بیماران نسبت به سایر گروه‌های اصلی مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی، با رویکرد مبتنی بر علائم که تأثیرات امیدوارکننده اما نه قطعی نشان داده است، بهتر درمان می‌شوند (۶). با توجه به هزینه‌های بالای مرتبط با اختلال شخصیت مرزی، بررسی عوامل مؤثر در ایجاد و تداوم ویژگی‌های شخصیت مرزی، امری ضروری است. پژوهش‌ها بیان نموده‌اند که علاوه بر آسیب‌پذیری‌های زیستی مانند تکانش گری، حساسیت هیجانی بالا و ناتوانی در تنظیم هیجان جزو متغیرهای اصلی در ایجاد، تداوم و تشدید این اختلال هستند (۲، ۷). نظریه‌های روان پویایی معتقدند که اختلال شخصیت مرزی از تحریف‌های زودرس در روابط ابژه‌ای و الگوهای دلبستگی که موجب تحمل‌ناپذیری تنهایی، حساسیت بیش‌ازحد به محرک‌های محیطی، انتظار گسستگی از دیگران و خصومت با آن‌ها و از دست دادن خاطرات مثبت در رابطه دوطرفه در فرد می‌گردند، ناشی می‌شود (۵). به‌علاوه برخی تجارب ناگوار دوران کودکی نظیر مبتلا شدن به بیماری، مواجه‌شدن با زورگویی، جدایی از مادر، داشتن والدین ناسازگار، درگیری یا طلاق والدین به‌عنوان عوامل خطرزای محیطی تأثیرگذار در ایجاد اختلال شخصیت مرزی، شناسایی‌شده‌اند (۸).

بدرفتاری در دوران کودکی، به‌ویژه زمانی که با یک عامل آسیب‌پذیری زمینه‌ای ترکیب می‌شود، عامل حائز اهمیتی در رشد قلمداد می‌شود (۹). شکل‌های مختلف بدرفتاری در دوران کودکی اغلب به‌صورت هم‌زمان روی می‌دهند و به نظر می‌رسد که شدت علائم روان‌شناختی در اختلال‌های مختلف با افزایش تعداد و شدت شکل‌های مختلف بدرفتاری تجربه‌شده، افزایش می‌یابد (۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربیات بدرفتاری در دوران کودکی عامل خطرساز مهمی در ایجاد اختلال شخصیت مرزی است. جدایی‌های آسیب‌زای اولیه، سوءاستفاده جسمی و جنسی، بدرفتاری روان‌شناختی، غفلت هیجانی، مراقبت پایین، سابقه بدرفتاری تراکمی دوره کودکی و از دست دادن والدین با افزایش احتمال ابتلا به این اختلال در آینده رابطه دارند (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵).

اگرچه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بدرفتاری در دوران کودکی با خطر بالاتر اختلال‌های شخصیت رابطه دارد، اما جهت و بزرگی این رابطه نامشخص باقی‌مانده است (۱۴) و تأثیر شکل‌های مختلف بدرفتاری در دوران کودکی بر شکل‌گیری علائم اختلال شخصیت مرزی تا حد زیادی نامشخص است، زیرا تفکیک تأثیر رویدادهای آسیب‌زای آزارگرانه از تأثیر سایر موارد ازجمله عملکرد منفی خانواده و والدین دشوار است (۹). به‌عبارت‌دیگر هر کودکی که رویدادهای آسیب‌زا را تجربه می‌کند به اختلال شخصیت مرزی مبتلا نمی‌شود و شواهد مختلفی در رد رابطه علی مستقیم میان بدرفتاری دوران کودکی و اختلال شخصیت مرزی وجود دارد (۱۳)؛ بنابراین مکانیسم‌های بالقوه نحوه تأثیر سوءاستفاده در دوران کودکی بر ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی نامشخص باقی‌مانده است (۱۲).

در این پژوهش تلاش شد تا میانجی‌های بالقوه رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی که می‌تواند رهنمودهای مؤثری در اختیار متخصصان بهداشت روان به‌منظور جلوگیری از ایجاد ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی قرار دهد، بررسی گردد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تاب‌آوری، عزت‌نفس، ناتوانی در تنظیم هیجان و سازمان شخصیت رابطه معناداری با بدرفتاری‌های دوران کودکی و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی دارند (۱۲، ۱۳، ۱۶). ولکرت و همکاران نیز سازه‌های زیربنایی مؤثر در شکل‌گیری اختلال‌های شخصیت را دلبستگی، ذهنی سازی، باورهای بنیادی و سازمان شخصیت ذکر کرده‌اند (۱۷). سازمان شخصیت که توسط کرنبرگ معرفی شده است و سهم مهمی در درک و درمان اختلال‌های شخصیت داشته است (۱۸)، چهار سطح دارد. در بیمارگونه‌ترین سطح که سازمان شخصیت سایکوتیک نامیده شد، آزمونگری واقعیت بی‌نقص نیست، اغلب تفکر هذیانی وجود دارد و فرد از انکار و تحریف سایکوتیک استفاده می‌کند. سطح دوم، سازمان شخصیت مرزی است و مشخصه‌های آن آزمونگری واقعیت متغیر و مکانیسم‌های دفاعی نخستین هست. سطح سوم، سازمان شخصیت نوروتیک است که مشخصه‌های آن آزمونگری واقعیت بی‌نقص، مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک است. سطح چهارم، سازمان شخصیتی بالغ است که مشخصه‌های آن آزمونگری واقعیت خوب و مکانیسم‌های دفاعی بالغ می‌باشد (۱۹).

مدل سازمان شخصیت کرنبرگ میان سطوح نوروتیک، مرزی و سایکوتیک که درنتیجه برهم‌کنش پیچیده میان خلق‌وخو و روابط ابژه‌ای تجربه‌شده در مراحل اولیه کودکی شکل می‌گیرند، تمایز قائل شده است و مشخص‌شده است که این الگوهای شخصیتی ناکارآمد می‌توانند به دلیل تجارب دلبستگی آزارگرانه در اوایل کودکی ایجاد شوند (۱۶). در بسیاری از این پژوهش‌ها رابطه میان آسیب دوره کودکی با سطوح پایین‌تر سازمان شخصیت و سطوح بالاتر شدت علائم و ضعف عملکرد در اختلال شخصیت مرزی تأییدشده است (۲۰). نتایج یافته‌های مارچتی و همکاران نشان داد که بدرفتاری تراکمی دوران کودکی رابطه معناداری با نیمرخ‌های شخصیتی آسیب‌پذیر شامل نیمرخ وابسته و خود نکوهشگر دارد (۱۱). سایر یافته‌ها نشان می‌دهد که شخصیت کمتر سازمان‌یافته با شدت بیشتر علائم اختلال شخصیت مرزی و اختلال افسردگی رابطه دارد (۲۱). در پژوهش دیگر گزارش‌شده است که نمره مصاحبه ساختاریافته سازمان شخصیت (در حوزه‌هایی مانند تجزیه هویت و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی بدوی) رابطه معناداری با ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت مرزی و اختلال‌های شخصیت خوشه B به‌ویژه اختلال شخصیت ضداجتماعی دارد (۲۰). پژوهش با سایر سازه‌های ملاک نتایج مشابهی به دست داده است. گزارش‌شده است که نمره بالا در زیر مقیاس‌های سازمان شخصیت مرزی رابطه‌ی معناداری با عملکرد و کیفیت زندگی جنسی پایین (۲۲) و بروز افسردگی، اضطراب و استرس (۲۳) دارد. یافته‌های مربوط به نقش میانجی سازمان شخصیت نیز نشان داده است که رابطه بین آسیب دوران کودکی و رفتارهای اعتیادی به‌وسیله کاستی‌های سازمان شخصیت میانجی می‌شود (۱۶). مارچتی و همکاران گزارش کردند که سطوح بالاتر بدرفتاری تراکمی دوران کودکی با احتمال بالاتر تعلق به نیمرخ‌های شخصیتی آسیب‌پذیر ازجمله وابسته و خود نکوهشگر رابطه داشته و تعلق به این دو نیمرخ شخصیت نیز به‌نوبه خود با سطح بالاتر اختلال شخصیت مرزی رابطه دارد (۱۱). در پژوهش دیگری در مورد رابطه غیرمستقیم بین آسیب دوران کودکی و تمایلات/هیجان‌های اولیه نظیر خشم، ترس، غمگینی و بازی نیز فرضیه نقش میانجی کاستی‌های سازمان شخصیت و دل‌بستگی ناایمن در این رابطه تأیید شده است (۲۴). اسکایچ و همکاران گزارش کردند که ناتوانی در تنظیم هیجان رابطه بین خرده مقیاس سوءاستفاده هیجانی آسیب کودکی و علائم اختلال شخصیت مرزی را میانجی می‌کند (۱۳).

مدل‌های نظری ازجمله مدل رشد زیستی اجتماعی اختلال شخصیت مرزی، نظریه دلبستگی، مدل بیماری پذیری- استرس و مدل سیستم پردازش شناختی هیجانی از چنین یافته‌هایی حمایت کرده است. در چارچوب نظریه دلبستگی دل‌بستگی ناایمن نقشی تبیین گرانه میان تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی و اختلال شخصیت مرزی دارد (۲۵). مدل رشد زیستی اجتماعی اختلال شخصیت مرزی بیان می‌کند که اختلال شخصیت مرزی در پس‌زمینه تعامل میان آسیب‌پذیری زیستی (واکنش‌پذیری هیجانی بالا) و یک محیط بی اعتبارساز (بدرفتاری در دوران کودکی) ایجاد می‌شود (۱۳). همچنین مدل بیماری پذیری- استرس بیان می‌کند که هر چه فرد آسیب‌پذیرتر باشد، استرس محیطی کمتری برای ایجاد ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در او موردنیاز است (۱۲). مدل سیستم پردازش شناختی هیجانی می‌تواند به توضیح ماهیت موقعیتی بیان شرایط پاتولوژیک که معمولاً در اختلال شخصیت مرزی مشاهده می‌شود، کمک کند (۲۶). علی‌رغم یافته‌های به‌خوبی مستند شده بالا درباره مدل پژوهش حاضر و پذیرش این موضوع که عوامل خطرزا با دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های روانی رابطه دارند، محققان معتقدند که شکل و تظاهر نشانه‌های شخصیت مرزی می‌تواند تحت تأثیر تفاوت‌های فردی در نیمرخ‌های شخصیتی آسیب‌پذیر باشد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

همچنین پژوهش‌هایی که موضوعات مختلف چون تفاوت‌های جنسیتی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در تظاهرات بالینی اختلال، هم ابتلایی با سایر اختلال‌ها، میزان شیوع اختلال در مردان و زنان و میزان تخریب کلی عملکرد را دنبال کرده‌اند، نیز به نتایج متفاوتی رسیده‌اند (۲۷). آنچه محتمل است بخش قابل‌توجهی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در طی فرایند روان‌درمانی مراقبت ویژه‌ای دریافت نمی‌کنند و حتی بخش قابل‌توجهی از این بیماران در طی روان‌درمانی‌های بلندمدت به دلایل مختلفی نظیر انگیزه محدود بیمار، ترس او از روابط صمیمانه، مقاومت بیمار نسبت به کشف و پردازش مسائل دردناک و منابع مالی محدود در فرایند درمان شرکت نمی‌کنند (۲۸). ازاین‌رو بررسی‌های بیشتر در این حوزه برای شناسایی پیش آیندها و میانجی‌های بالقوه ضروری است. به عبارتی شناسایی عوامر خطرساز بالقوه‌ای که می‌توانند اختلال شخصیت مرزی را در دانشجویان با سابقه بدرفتاری در دوران کودکی افزایش دهند و نیز توسعه رویکردهای پیشگیرانه، ارزیابانه و درمانی مفید، مسئله‌ای ضروری می‌باشد. آن‌گونه که اشاره شد در این زمینه، سازمان شخصیت ممکن است یک عامل احتمالی مؤثر بر رابطه بدرفتاری در دوران کودکی با اختلال شخصیت مرزی در افراد دارای سابقه بدرفتاری در دوران کودکی باشد (۲۹) و می‌تواند راهنمایی‌های معنی‌داری برای کارکنان آموزشی و متخصصان سلامت روان برای جلوگیری از توسعه ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی ارائه کند؛ بنابراین پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی نقش میانجی دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه دانشجویان ۱۸ تا ۴۵ ساله دانشگاه آزاد مشهد (N=۳۲۰۰۰) در بازه زمانی بهمن تا اسفند ۱۴۰۰ تشکیل داد. برای محاسبه حجم نمونه به نوشته‌های پژوهشی مرتبط با مدل‌سازی معادلات ساختاری مراجعه شد. حداقل حجم نمونه،۲۰۰ نفر است. همچنین پیشنهاد شده است گروه نمونه ۱۰۰ نفری ضعیف است، ۲۰۰ نفری نسبتاً مناسب است، ۳۰۰ نفری خوب،۵۰۰ نفری خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفری عالی است (۳۰). بر این اساس حجم نمونه این پژوهش ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر به‌منظور دست‌یابی سریع و جلوگیری از اتلاف وقت و هزینه در نمونه‌گیری، شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس و به‌صورت آنلاین مورداستفاده قرار گرفت. بدین ترتیب که پس از گرفتن معرفی‌نامه‌های مرتبط با اجرای پرسشنامه‌ها از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد واحد بیرجند و هماهنگی‌های به‌عمل‌آمده با مسئولان دانشگاه آزاد واحد مشهد، پژوهشگر به دانشکده‌های مختلف مراجعه کرده و پس از هماهنگی با اساتید، انجمن‌های علمی و مسئولان امور کلاس‌ها از آنان خواسته شد تا لینک‌های گروه‌های واتساپی را در اختیار پژوهشگر قرار دهند و پرسشنامه‌های موردنظر بین دانشجویان حاضر در گروه‌های واتساپی توزیع گردید. سپس ضمن توضیح اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، عدم دریافت هرگونه هزینه مالی، اخذ رضایت آگاهانه و همچنین جلب اعتماد شرکت‌کننده‌ها نسبت به محرمانه بودن اطلاعاتشان، پرسشنامه‌ها به‌صورت آنلاین تکمیل شد. به شرکت‌کننده‌ها تأکید شد که انجام این پژوهش و شرکت در آن هیچ‌گونه ضرری برای آن‌ها نخواهند داشت. برای مقابله با اثر داده‌های ازدست‌رفته، با رویکرد محتاطانه، پاسخ‌دهندگانی که بیش از ۱۰ درصد عبارت‌های یک پرسشنامه را پاسخ نداده بودند، از تحلیل حذف شدند. بر این اساس از مجموع پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری‌شده، ۴۹ مورد حذف شدند. ملاک‌های ورود شامل دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ و تمایل به شرکت در پژوهش بود. عدم رضایت فرد موردنظر جهت شرکت در مطالعه و دست‌یابی به پرسشنامه‌های مخدوش جزو ملاک‌های خروج بود. برای کنترل اثر متغیرهای مخدوش‌کننده، اطلاعات کلی جمعیت شناختی ازجمله سن، جنسیت و رشته جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای آماری SPSS-24 و Lisrel 8.8 استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه آسیب دوران کودکی: ابزاری ۲۸ ماده‌ای است که توسط برنشتاین و فینک برای ارزیابی غفلت و سوء رفتار هیجانی با کودک ساخته‌شده است. در این پرسشنامه از شرکت‌کننده‌ها خواسته می‌شود تا فراوانی بدرفتاری‌های دوران کودکی توسط والدین را بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) درجه‌بندی کنند. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس سوء رفتار هیجانی، غفلت هیجانی، سوء رفتار جسمی، غفلت جسمی و سوء رفتار جنسی است. اعتبار آزمون برای خرده مقیاس‌های ذکرشده به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۶۶ و ۰/۹۲ گزارش‌شده است

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

(۳۱). ابراهیمی و همکاران اعتبار آزمون و خرده مقیاس‌هایش را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کردند (۳۲).

پرسشنامه سازمان شخصیت: یک ابزار خود گزارش دهی ۲۴ ماده‌ای است که توسط ایگارشی و همکاران بر مبنای مدل شخصیت کرنبرگ برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی در یک نمونه ۷۰۱ نفری از دانشجویان ژاپنی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس سردرگمی هویت، آزمونگری واقعیت و دفاع‌های روان‌شناختی نخستین است. هر ماده بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) درجه‌بندی می‌شوند. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی (CFI=۰/۹۲، AGFI=۰/۸۸، GFI=۰/۹۱ و RMSEA=۰/۰۴۸) حاکی روایی این پرسشنامه بوده است (۳۳). در پژوهش حاضر تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس از ساختار ۳ عاملی پژوهش اصلی حمایت کرد. عامل اول ۳۱/۲۹، عامل دوم ۸/۶۴ و عامل سوم ۸/۰۷ درصد از واریانس (مجموع ۴۸/۰۳ درصد) از واریانس را تبیین کردند. بالاترین بار عاملی مربوط به ماده ۱۸ با بار عاملی ۰/۷۵۳ و کمترین بار عاملی مربوط به ماده ۱۴ با بار عاملی ۰/۴۴۱ است. سؤالات ۱۳، ۱۵، ۱۶ و ۲۱ روی هیچ‌کدام از سه عامل اصلی بار نداشتند و کنار گذاشته شدند. شاخص اعتبار از طریق روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه با ۲۰ سؤال ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بود. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی (CFI=۰/۹۵، NFI=۰/۹۳، NNFI=۰/۹۵، AGFI=۰/۸۷، IFI=۰/۹۵، GFI=۰/۹۰ و RMSEA=۰/۰۶۸) حاکی از روایی سازه پرسشنامه بود.

مقیاس شخصیت مرزی: این آزمون ۱۸ ماده‌ای توسط راولینگز و همکاران و به‌منظور سنجش اختلال شخصیت مرزی ساخته‌شده و به‌صورت بلی (۱) و خیر (۰) جواب داده می‌شود. این پرسشنامه شامل سه مؤلفه تکانش گری، ناامیدی و علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به استرس است. اعتبار این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین روایی همزمان این مقیاس را با مقیاس‌های روان رنجور خویی و روان‌پریشی گرایی مطلوب گزارش نمودند (۳۴). در پژوهش محمدزاده و همکاران پس از افزایش شش ماده دیگر به این مقیاس، سه عامل ناامیدی، تکانش گری و علائم تجزیه‌ای/پارانوئیدی وابسته به استرس استخراج شده است. روایی همزمان این مقیاس را با مقیاس‌های روان رنجور خویی و روان‌پریشی گرایی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۲۹ گزارش شده است. ضرایب اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های مذکور ۰/۷۷، ۰/۶۴، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بوده است (۳۵). در این پژوهش تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس از ساختار سه عاملی با ۲۲ سؤال حمایت کرد. عامل اول ۳۰/۶۱، عامل دوم ۸/۹۰ و عامل سوم ۶/۱۰ درصد از واریانس (مجموع ۴۵/۶۱ درصد) از واریانس را تبیین کردند. بالاترین بار عاملی مربوط به ماده ۱۰ با بار عاملی ۰/۷۵۲ و کمترین بار عاملی مربوط به ماده ۱۹ با بار عاملی ۰/۴۵۳ است. سؤالات ۱۷ و ۱۸ روی هیچ‌کدام از سه عامل اصلی بار نداشتند و کنار گذاشته شدند. ضرایب اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های مذکور ۰/۸۸، ۰/۸۸، ۰/۷۵ و ۰/۶۶ به دست آمد. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی (CFI=۰/۹۵، NFI=۰/۹۳، NNFI=۰/۹۵، AGFI=۰/۸۶، IFI=۰/۹۵، GFI=۰/۸۹ و RMSEA=۰/۰۶۷) حاکی از روایی سازه این پرسشنامه بود.

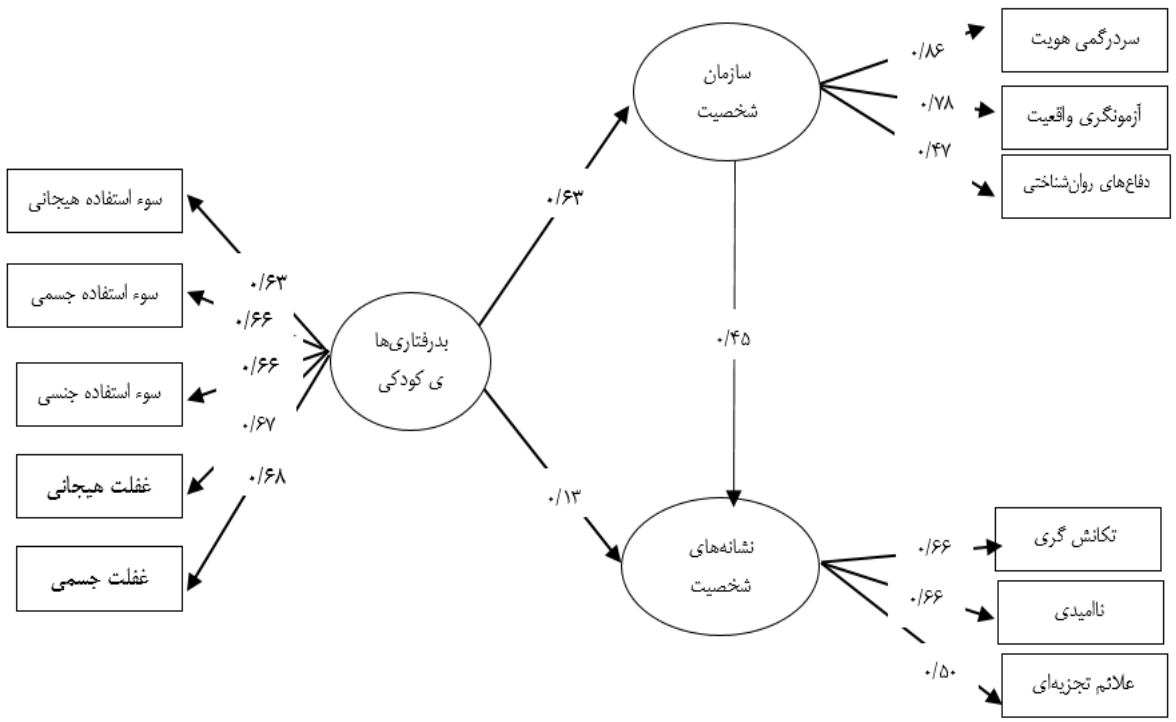
یافته‌ها

از مجموع ۵۰۰ پرسشنامه ۴۹ پرسشنامه ناقص پرشده بود که از تحلیل‌ها حذف شدند و درنهایت تجزیه‌وتحلیل آماری بر روی‌داده‌های ۴۵۱ نفر انجام گرفت. از این تعداد ۲۷۷ نفر (۶۱/۴۲ درصد) زن و ۱۷۴ نفر (۳۸/۵۲ درصد) مرد بودند. دامنه سنی آن‌ها بین ۱۸ تا ۴۵ سال با میانگین سنی ۲۷/۳۴ و انحراف سنی ۶/۵۲ بود. از مجموع ۴۵۱ نفر، ۹۲ نفر (۲۰/۴۰ درصد) زیر ۲۰ سال، ۱۸۹ نفر (۴۱/۹۰ درصد) بین ۲۱ تا ۲۵ سال، ۷۵ نفر (۱۶/۶۰ درصد) بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۵۰ نفر (۱۱/۱۰ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ و ۲۷ نفر (۶/۰۰ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۱۸ نفر (۴/۰۰ درصد) بالای ۴۰ سال سن داشتند. در بررسی مفروضه‌های مدل محققان معتقدند که یکسان نبودن پراکندگی رگرسیون‌های چند متغیری مدل‌های لیزرل را ناروا نمی‌کند. همچنین همبستگی‌های کمتر از ۰/۸۰ نشان‌دهنده فقدان هم خطی بودن چندگانه است. بررسی توزیع متغیر ملاک نشان داد که این متغیر نرمال است (Ku<۱/۹۶).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در دانشجویان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
سوء رفتار هیجانی	۱										
سوء رفتار جسمی	۰/۴۹**	۱									
سوء رفتار جنسی	۰/۳۵**	۰/۵۱**	۱								
غفلت هیجانی	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۴۱**	۱							
غفلت جسمی	۰/۳۸**	۰/۴۴**	۰/۴۶**	۰/۴۸**	۱						
سردرگمی هویت	۰/۳۱**	۰/۳۳**	۰/۳۷**	۰/۳۹**	۰/۳۸**	۱					
آزمونگری واقعیت	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۲۹**	۰/۴۰**	۰/۳۶**	۰/۶۷**	۱				
دفاع‌ها	۰/۱۷**	۰/۲۵**	۰/۲۴**	۰/۱۹**	۰/۲۵**	۰/۴۰**	۰/۳۷**	۱			
تکانش گری	۰/۱۵**	۰/۱۳**	۰/۱۵**	۰/۲۳**	۰/۲۰**	۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۱۴**	۱		
ناامیدی	۰/۲۲**	۰/۱۳**	۰/۱۰*	۰/۱۹**	۰/۱۴**	۰/۲۶**	۰/۲۰**	۰/۱۶**	۰/۴۵**	۱	
علائم تجزیه‌ای	۰/۱۹**	۰/۱۳**	۰/۱۶**	۰/۲۱**	۰/۲۵**	۰/۲۳**	۰/۲۶**	۰/۱۷**	۰/۲۷**	۰/۳۷**	۱
میانگین	۱۱/۵۰	۱۱/۷۰	۱۱/۵۶	۱۱/۷۸	۱۰/۹۵	۲۳/۰۸	۱۴/۵۴	۸/۶۵	۴/۶۵	۳/۳۳	۲/۲۶
انحراف استاندارد	۴/۵۲	۴/۲۴	۴/۰۲	۴/۰۶	۳/۴۹	۸/۹۸	۵/۵۶	۲/۸۵	۳/۰۵	۲/۰۴	۱/۱۴



شکل ۱. مدل برازش شده مربوط به نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین مقدار همبستگی بین سردرگمی هویت و آزمونگری واقعیت مثبت و معنی‌دار است (p<۰/۰۱). کمترین همبستگی بین ناامیدی و سوء رفتار جنسی مشاهده شد (p<۰/۰۵). برای بررسی نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی از روش مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد. ضرایب مسیر مدل فرضی در شکل ۱ و ضرایب مسیر متغیرهای برون‌زا و درون‌زا در جدول ۲ ارائه‌شده است. طبق

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

داده‌های شکل ۱ و جدول ۲ اثر مستقیم بدرفتاری‌های دوران کودکی بر سازمان شخصیت (β = ۰/۶۳) مثبت و معنی‌دار و بر نشانه‌های شخصیت مرزی (β = ۰/۱۳) مثبت و غیر معنی‌دار است. سازمان شخصیت (β = ۰/۴۵) به‌طور مثبت و معنی‌داری نشانه‌های شخصیت مرزی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اثر غیرمستقیم و اثرات کل بدرفتاری‌های دوران کودکی بر نشانه‌های شخصیت مرزی از طریق سازمان شخصیت به ترتیب (β = ۰/۲۸) و (β = ۰/۴۱) مثبت و معنی‌دار بود. در بررسی اولیه نتایج آزمون مجذور χ^2 به‌منظور بررسی برازش الگوی کلی نشان داد که بین الگوی پیشنهادشده و مشاهده‌شده هماهنگی کاملی وجود ندارد ($\chi^2_{(۴۱)}$= ۱۰۱/۹۵ و p <۰/۰۱). لذا فرض صفر درباره برازش الگو با داده‌ها پذیرفته نمی‌شود؛ اما این شاخص دارای دو محدودیت است: اول این آماره برازش کامل الگو با داده‌ها را بررسی می‌کند، این درحالی‌که است که دستیابی به الگویی که به‌طور کامل با داده‌ها برازش داشته باشد نادر است. دوم با افزایش حجم نمونه احتمال معنی‌داری شاخص بیشتر می‌شود؛ بنابراین ممکن است که یک الگو با داده‌ها برازش نزدیک و قابل قبولی داشته باشد، اما در مدل دستیابی به یک مقدار χ^2 غیر معنی‌دار غیرمحتمل باشد (۳۳).

جدول ۲. ضرایب مسیر متغیرهای برون‌زا و درون‌زا

اثر	پیش‌بین	ملاک	β	se	t	p
مستقیم	بدرفتاری‌های دوران کودکی	سازمان شخصیت	۰/۶۳	۰/۰۷	۹/۵۹	< ۰/۰۱
		نشانه‌های شخصیت مرزی	۰/۱۳	۰/۰۹	۱/۴۴	> ۰/۰۵
	سازمان شخصیت	نشانه‌های شخصیت مرزی	۰/۴۵	۰/۱۰	۴/۸۳	< ۰/۰۱
غیرمستقیم	از بدرفتاری‌های دوران کودکی بر نشانه‌های شخصیت مرزی	از طریق سازمان شخصیت	۰/۲۸	۰/۰۶	۴/۶۶	< ۰/۰۱
کل	از بدرفتاری‌های دوران کودکی بر نشانه‌های شخصیت مرزی	از طریق سازمان شخصیت	۰/۴۱	۰/۰۷	۵/۸۵	< ۰/۰۱

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل مفهومی پژوهش

شاخص	مجذور خی ۲	df	GFI	CFI	NFI	IFI	NNFI	AGFI	RFI	RMSEA
برازش	۱۰۱/۹۵	۴۱	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۰۵۷

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است میزان شاخص برازندگی GFI برابر با ۰/۹۶، شاخص تعدیل‌شده برازندگی AGFI برابر با ۰/۹۴، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با ۰/۹۸، شاخص برازش نرمال شده NFI برابر با ۰/۹۶، شاخص برازش فزاینده IFI برابر با ۰/۹۸، شاخص نرم نشده برازندگی NNFI برابر با ۰/۹۷، RFI برابر با ۰/۹۵ و جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با ۰/۰۵۷ به دست آمد. محققان پیشنهاد می‌کنند زمانی که میزان GFI، CFI و IFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد نشان‌دهنده برازش مناسب و کافی مدل است. آن‌گونه که مشخص است شاخص‌ها حاکی از برازش کامل مدل با داده‌ها است. علی‌رغم برازش کامل، با توجه به غیر معنی‌داری بعضی از مسیرها اصلاح مدل بر اساس شاخص‌های اصلاح صورت گرفت و مسیر مستقیم از بدرفتاری‌های دوران کودکی بر نشانه‌های شخصیت مرزی حذف شد. با انتخاب شاخص‌های اصلاح مدل در محیط لیزرل پیشنهادهایی در مورد متصل کردن مسیر خطای تکانش گری به علائم تجزیه‌ای/پارانوئیدی پیشنهاد داد. این اصلاح به‌اندازه ۱۱/۱۷ از مقدار χ^2 می‌کاهد و درنتیجه به مدل برازش یافته نزدیک‌تر می‌شود. برونداد پس از اصلاح در مقایسه با قبل از اصلاح از شاخص‌های برازش بهتری برخوردار بود بر اساس شاخص‌های برازش جدید GFI، AGFI، CFI، RFI، NFI، NNFI و RMSEA به ترتیب برابر با ۰/۹۷، ۰/۹۵، ۰/۹۸، ۰/۹۵، ۰/۹۷، ۰/۹۸، ۰/۹۸ و ۰/۰۵۲ به دست آمد که همگی حاکی از برازش مناسب مدل با داده‌ها است. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که ۴۱ درصد از واریانس مشاهده‌شده در سازمان شخصیت از طریق بدرفتاری‌های دوران کودکی تبیین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

می‌شود. به‌علاوه ۲۶ درصد واریانس مشاهده در نشانه‌های شخصیت مرزی از طریق ترکیب متغیرهای بدرفتاری‌های دوران

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین همه مسیرهای مستقیم به‌استثنای مسیر مستقیم بدرفتاری‌های دوران کودکی به نشانه‌های شخصیت مرزی رابطه معنی‌دار وجود دارد. به‌علاوه مشخص شد که سازمان شخصیت رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی را میانجی می‌کند.

یافته‌های مربوط به رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با سازمان شخصیت با یافته‌های قبلی (۱۱، ۲۰، ۲۴، ۳۶ و ۳۷) همسو است. باچ و همکاران گزارش کردند که بین آسیب کودکی و ویژگی‌های شخصیت ناسازگار شامل عاطفه منفی، گسیختگی و روان‌پریشی رابطه وجود دارد (۳۶). هماتی و همکاران نشان دادند که نمره ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک مبتنی بر پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شامل عاطفه منفی، گسیختگی، ستیزه گری، مهارگسیختگی و روان‌پریشی گرایی در افراد با تاریخچه آسیب جنسی در کودکی بالاتر از افراد عادی است (۳۷). فوش شوبر و همکاران (۲۴) گزارش کردند آسیب‌های دوره کودکی نقص در سازمان شخصیت را پیش‌بینی می‌کند. در تبیین چنین نتایجی محققان معتقدند که یک شخصیت نابسامان که در طول دوران کودکی ایجاد می‌شود منجر به شکل‌گیری یک پتانسیل پایدار و سیستم ایمنی روان‌شناختی آسیب‌پذیر برای آسیب‌شناسی روانی می‌شود (۳۶). به عبارتی آسیب دوران کودکی باعث مختل شدن احساس فرد از ایمنی و امنیت شود و از بین رفتن ایمنی فرد زمینه را برای مشخصه‌های صفات شخصیت پاتولوژیک مانند بی‌ثباتی عاطفی، احساس پوچی و مشکل جدی در کنترل خشم فراهم می‌آورد (۳۸). مطابق با نظریه رشد شخصیت بلات، نیمرخ‌های شخصیتی آسیب‌پذیر و نابسامان تا حدی نتیجه اختلال در روند رشد متعادل است و احتمالاً به کیفیت تجارب اولیه دوران کودکی مرتبط است (۱۱). بر اساس نظریه دلبستگی بالبی نیز تجربیات اولیه کودک با والدین منجر به شکل‌گیری الگوهای فعال درونی یا تصورات ذهنی از تعاملات خود و دیگران در او می‌شود. این الگوهای فعال درونی اغلب تا کودکی و سازمان شخصیت قابل تبیین است.

بزرگسالی در فرد تداوم‌یافته و در این دوره به‌عنوان بازنمودهای کلی در زمینه روابط نزدیک خود را آشکار می‌کنند (۲۵). آسیب جدی دوران کودکی که می‌تواند به‌صورت خطر از دست دادن مراقبان و یا سوءاستفاده هیجانی، جسمی، جنسی و غفلت نسبت به کودک باشد، خطر ایجاد تجارب تجزیه‌ای و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد (۳۹). رابطه بین آسیب دوران کودکی و تجارب تجزیه‌ای (مسخ شخصیت/مسخ واقعیت) با این نظریه حمایت می‌شود که مسخ شخصیت/مسخ واقعیت یک واکنش بالقوه محافظتی در برابر حوادث آسیب‌زا در دوران کودکی است که می‌تواند تعمیم‌یافته و مشکل‌ساز شود و به نوجوانی و بزرگسالی گسترش یابد (۴۰).

یافته‌های مربوط به رابطه سازمان شخصیت با نشانه‌های شخصیت مرزی با یافته‌های قبلی (۲۰، ۲۱، ۴۱) همسو است. یافته‌های ردندو–رودریگوئز و همکاران نشان‌دهنده همبستگی مثبت بین سطوح سازمان شخصیت و اختلال شخصیت مرزی بود (۴۱). اسگوولاس و همکاران گزارش کردند که سازمان شخصیت و وابسته‌های پاتولوژیک آن می‌تواند نقش کلیدی در پیش‌آگهی عملکردی فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشته باشد (۲۰). یافته‌های مشابه نشان داده‌اند که سطح پایین سازمان شخصیت با افزایش پرخاشگری غیر کنترل‌شده و عاطفه منفی و همچنین کاهش عاطفه مثبت و دیسفوریا همراه است (۲۴). در تبیین چنین نتایجی بر اساس نظریه کرنبرگ می‌توان گفت که سطح پایین‌تر سازمان شخصیت منجر به بی‌ثباتی هیجانی می‌شود و توسعه الگوهای رفتاری ناسازگار را تقویت می‌کند (۲۱). سازمان شخصیت را می‌توان به‌عنوان در دسترس بودن فرآیندهای خودتنظیمی در نظر گرفت که تعادل درون روانی و بین فردی را ممکن می‌سازد و نقص در این فرایندهای خودتنظیمی در توسعه اختلال‌های روانی نقش دارند (۴۲). لینهان تأکید می‌کند که بی‌نظمی هیجانی در اختلال شخصیت مرزی بسیار مهم است، زیرا افراد دارای ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی فاقد راهبردهای سازنده برای کاهش درماندگی‌های هیجانی خود هستند، بنابراین آن‌ها تمایل دارند تا درگیر رفتارهای تکانشی ناسازگاری شوند (۲۱). به عبارتی سطوح پایین‌تر سازمان شخصیت با ویژگی‌های متمایز و ضروری برای اختلال شخصیت مرزی شدید نظیر آسیب به خود،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

مشکلات بین فردی، درماندگی‌های روان‌شناختی، افسردگی و کاهش توانایی در ارائه توصیف‌های متمایز و مرتبط از خود و افراد مهم زندگی همراه می‌شود (۴۳).

یافته‌های مربوط به مدل نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی با یافته‌های قبلی (۱۱، ۱۶، ۲۳) همسو است. یافته‌های مارچتی و همکاران نشان داد که سابقه بدرفتاری تراکمی بالاتر در دوران کودکی احتمال تعلق بیشتر به نیمرخ‌های شخصیتی آسیب‌پذیر وابسته و خود انتقادی را پیش‌بینی می‌کند و به‌نوبه خود، این با سطوح بالاتر اختلال شخصیت مرزی مرتبط است (۱۱). فوش شوبر و همکاران نقش هیجان‌های اولیه خاص و سازمان‌دهی شخصیت را در تبیین رابطه بین آسیب دوران کودکی برای ایجاد علائم افسردگی و رفتارهای اعتیادآور در بزرگ‌سالی موردبررسی قرارداد و گزارش کرد که رابطه بین آسیب با رفتارهای اعتیادآور به‌واسطه نقص در سازمان شخصیتی تشدید می‌شود (۱۶). فوش شوبر و همکاران گزارش کردند که الگوهای دلبستگی ناایمن و نقص در سازمان شخصیت با کاهش عملکرد هیجانی مرتبط است و سبک‌های دلبستگی و سازمان‌های شخصیتی نقش واسطه‌ای در رابطه بین آسیب دوران کودکی و عملکرد هیجانی دارند (۲۴). همسو با چنین نتایجی ارکورکا و همکاران گزارش کردند که دلبستگی اضطرابی رابطه بین سوء رفتار هیجانی و غفلت جسمی آسیب کودکی با اختلال در تنظیم هیجان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی را میانجی می‌کند (۴۴). یافته‌های اویسی و همکاران نشان دادن که سازمان شخصیت و نیرومندی ایگو در رابطه بین روابط ابژه‌ای و تصویر بدن نقش میانجی دارد (۴۵).

یافته‌های حاصل از این پژوهش علاوه بر حمایت‌های تجربی گزارش‌شده در بالا از طریق مدل‌های نظری نیز حمایت‌شده است. این مسئله با مدل رشد زیستی اجتماعی اختلال شخصیت مرزی ارائه‌شده به‌وسیله‌ی لینهان همسو می‌باشد. لینهان در این نظریه بیان می‌کند که اختلال شخصیت مرزی در پس‌زمینه تعامل میان آسیب‌پذیری زیستی (واکنش‌پذیری هیجانی بالا) و یک محیط بی اعتبارساز (بدرفتاری در دوران کودکی) ایجاد می‌شود. مدل نارسایی مهارت‌های لینهان بیان می‌کند که در این محیط بی اعتبارساز، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نمی‌توانند یاد بگیرند که چگونه عواطف خود را به شکلی سازگار تنظیم کنند و بیشتر علائم اختلال شخصیت مرزی (مانند آسیب به خود، خودکشی، سوءمصرف مواد، جدایی) به‌عنوان تلاش‌های ناکارآمد برای مقابله با این پریشانی عاطفی در نظر گرفته می‌شوند؛ بنابراین سازمان شخصیت نابسامان می‌تواند مسیر مهمی باشد که از طریق آن، بدرفتاری در دوران کودکی منجر به اختلال شخصیت مرزی می‌شود (۱۳). همسو با این دیدگاه، الگوی دوقطبی رشد شخصیت و آسیب‌شناسی روانی بلات که از دیدگاه‌های رشد شناختی و روان پویایی ناشی شده است، نقش ابعاد شخصیت را هم در تعدیل اثرات رویدادهای منفی بر شکل‌گیری آسیب‌های روانی و هم در تشدید اثرات رویدادهای منفی بر شکل‌گیری آسیب‌های روانی مطرح می‌کند. به‌طورکلی، الگوی دوقطبی در مورد آسیب‌شناسی روانی به‌طور خاص بیان می‌کند که شخصیت از طریق یک تعادل هم‌افزا میان دو بعد شخصیت یعنی ارتباط و خود تعریفی، رشد می‌کند. بااین‌حال، رویدادهای محیطی مخرب مانند بدرفتاری در دوران کودکی می‌توانند این فرآیند دیالکتیکی رشد را تحریف کنند؛ که این مسئله منجر به چرخش ذهنی فرد به یکی از این ابعاد می‌گردد (۴۶). تأکید بیش‌ازحد بر بعد ارتباط، زیربنای یک صفت بیمارگونه است که بلات آن را وابستگی نامید. در مقابل، تأکید بیش‌ازحد بر بعد خود تعریفی، زیربنای ویژگی خود انتقادی است. مشخصه‌های اصلی صفت وابستگی، احساس شدید تنهایی، احساس رهاشدگی، درماندگی و ضعف است. خود انتقادی نیز با مشخصه‌هایی نظیر تمایل به تجربه کردن احساس شدید بی‌ارزش بودن، حقارت، شکست و گناه توصیف می‌شود و بیانگر تمایل به اتخاذ یک موضع خود تنبیهی در صورت عدم برآورده کردن استانداردها است. حجم قابل‌توجهی از پژوهش‌ها این الگوی دوقطبی و رابطه میان این دو بعد شخصیت یعنی ارتباط و خود تعریفی و طیفی گسترده‌ای از اختلال‌های روانی را تأیید کرده‌اند (۱۱، ۴۷).

درمجموع، نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای پاره‌ای از ابهامات و پیچیدگی‌های مربوط به اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یکی از اختلال‌های شخصیت با شیوع بالا هم در جمعیت‌های بالینی و هم جمعیت‌های غیر بالینی باشد. ازآنجاکه این یافته‌ها نه‌تنها وجود رابطه میان بدرفتاری‌های دوران کودکی و سازمان شخصیت با نشانه‌های شخصیت مرزی در دانشجویان را تائید می‌کند، بلکه این ایده را نیز تقویت می‌کند که این دو ساختار روان‌شناختی نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری الگوهای شخصیتی نابهنجار دارند. چون در گروه دارای نمرات بالا در نشانه‌های شخصیت مرزی افراد ممکن است در کودکی خود تجارب سوءاستفاده و غفلت را

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

داشته‌اند، پس می‌توان از طریق شناسایی آسیب‌ها و مشکلاتی که این افراد در دوران کودکی خود تجربه کرده‌اند به شناخت بهتری از رفتارها و مشکلات آن‌ها در هنگام بزرگ‌سالی دست‌یافت و حتی از طریق پیشگیری از مشکلات در دوران کودکی تا حد زیادی از ابتلای آن‌ها به اختلال شخصیت مرزی جلوگیری نمود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بدکارکردی در سازمان شخصیت منجر به بدکار کردی شخصیت در حیطه‌های خود و بین فردی می‌شود. لذا متخصصینی که در این حوزه فعالیت دارند بهتر است همچون مراقبینی ایمن، بستر درمانی مؤثری که اجازه تجربه اعتماد سالم و ترمیم آسیب‌های اولیه را می‌دهد طرح‌ریزی نموده و در پروتکل‌های درمان به نقش متغیرهای مذکور توجه شود. تدوین برنامه‌های پیشگیری با استفاده از ارزیابی این دو عامل در دانشجویان می‌تواند در شناسایی به‌موقع افراد در معرض آسیب و انجام مداخلات لازم قبل از بروز صدمات غیرقابل‌جبران بسیار با اهمیت باشد. درمجموع یافته‌های این مطالعه می‌تواند در زمینه‌های بالینی و غیر بالینی کاربرد قابل‌توجهی برای متخصصان این حوزه داشته باشد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. در این پژوهش جهت‌گیری‌های سنی و جنسی مدنظر قرار نگرفت و جمع‌آوری داده‌ها مبتنی بر ابزارهای خود گزارش دهی بود، این تفاوت می‌تواند منبعی برای سوگیری در یافته‌ها باشد. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که متغیرهای جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن و نژاد در بروز رفتارهای ناسازگارانه مؤثر بر سلامت نقش دارند. ازآنجایی‌که نمونه‌های بالینی اختلال شخصیت مرزی در پژوهش شرکت نداشتند، در تعمیم نتایج باید این محدودیت را در نظر گرفت. اگرچه این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است و با روش مدل یابی معادلات ساختاری انجام شد، اما استنباط روابط علی به دلیل ماهیت متغیرها آسان به نظر نمی‌رسد. در پژوهش‌های آتی نمونه‌های متنوع‌تری ازجمله تعداد نسبتاً برابر زن‌ها و مردها، انتخاب شوند و روابط بین متغیرها به‌طور جداگانه برحسب جنس و سن بررسی شود. به‌علاوه در جمع‌آوری داده‌ها از رویکردهای ترکیبی (چند روشی) ازجمله مشاهدات رفتاری یا مصاحبه‌های تشخیصی استفاده شود. یافته‌های حاصل از پژوهش کنونی، کاربردهایی در زمینه ارزیابی و درمان مشکلات رفتاری و روان‌شناختی دانشجویان دارد و در حوزه‌ی شناسایی، ارزیابی و تشخیص از عوامل بالقوه‌ای که در این پژوهش شناسایی شدند می‌توان برای شناسایی بهتر ویژگی‌های دانشجویان درگیر در مشکلات روان‌شناختی و درمان آن‌ها استفاده نمود.

درمجموع یافته‌های این پژوهش از نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی حمایت کرد. یافته‌ها نشان داد که سازمان شخصیت می‌تواند نقش غیرمستقیمی در افزایش اثرات بدرفتاری‌های دوران کودکی بر نشانه‌های شخصیت مرزی بگذارد. تقویت ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت و کاهش عوامل خطرزا ازجمله محیط‌های آسیب‌زای کودکی و طراحی برنامه‌های مداخله و کاربرد آن‌ها می‌تواند به کاهش نشانه‌های شخصیت مرزی کمک کند. درمجموع یافته‌های این مطالعه می‌تواند در زمینه‌های بالینی و غیر بالینی کاربرد قابل‌توجهی برای متخصصان این حوزه داشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است. از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند و همچنین معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. Karas KH, Baharikhoob P, Kolla NJ. Borderline personality disorder and its symptom clusters: A review of positron emission tomography and single photon emission computed tomography studies. Psychiatry Res Neuroimaging. 2021;316:111357.
2. van der Kaap-Deeder J, Brenning K, Neyrinck K. Emotion regulation and borderline personality features: The mediating role of basic psychological need frustration. Pers Individ Dif. 2021;168:110365.
3. Tull MT, Baer MM, Spitzen TL, et al. The roles of borderline personality disorder symptoms and dispositional capability for suicide in suicidal ideation and suicide attempts: Examination of the COMT Val158Met polymorphism. Psychiatry Res. 2021;302:114011.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

4. Richmond JR, Tull MT, Gratz KL. The roles of emotion regulation difficulties and impulsivity in the associations between borderline personality disorder symptoms and frequency of nonprescription sedative use and prescription sedative/opioid misuse. J Contextual Behav Sci. 2020;16:62-70.
5. Bozzatello P, Rocca P, Baldassarri L, Bosia M, Bellino S. The role of trauma in early onset borderline personality disorder: A biopsychosocial perspective. Front Psychiatry. 2021;12:721361.
6. Lisoni J, Miotto P, Barlati S, et al. Change in core symptoms of borderline personality disorder by tDCS: A pilot study. Psychiatry Res. 2020;291:113261.
7. Geselowitz B, Whalen DJ, Tillman R, Barch DM, Luby JL, Vogel A. Preschool age predictors of adolescent borderline personality symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60(5):612-622.
8. Wilson N, Robb E, Gajwani R, Minnis H. Nature and nurture? A review of the literature on childhood maltreatment and genetic factors in the pathogenesis of borderline personality disorder. J Psychiatr Res. 2021;137:131-146.
9. Euler S, Stalujanis E, Lindenmeyer HJ, et al. Impact of childhood maltreatment in borderline personality disorder on treatment response to intensive dialectical behavior therapy. J Pers Disord. 2021;35(3):428-446.
10. B Brodbeck J, Fassbinder E, Schweiger U, Fehr A, Späth C, Klein JP. Differential associations between patterns of child maltreatment and comorbidity in adult depressed patients. J Affect Disord. 2018;230:34-41.
11. Marchetti D, Musso P, Cristina Verrocchio M, Manna G, Kopala-Sibley DC, De Berardis D, De Santis S, Falgares G. Childhood maltreatment, personality vulnerability profiles, and borderline personality disorder symptoms in adolescents. Dev Psychopathol. 2022:34(3):1163-1176.
12. Xie GD, Chang JJ, Yuan MY, et al. Childhood abuse and borderline personality disorder features in Chinese undergraduates: The role of self-esteem and resilience. BMC Psychiatry. 2021;21(1):326.
13. Schaich A, Assmann N, Köhne S, et al. The mediating effect of difficulties in emotion regulation on the association between childhood maltreatment and borderline personality disorder. Eur J Psychotraumatol. 2021;12(1):1934300.
14. Wang WL, Hung HY, Chungg CHH, Hsu KL, Huang KL, Chan YY, Chien MH. Risk of personality disorders among childhood maltreatment victims: A nation-wide population-based study in Taiwan. J Affect Disord. 2022;305:28-36.
15. Khoramimanesh S, Mansouri A. The mediating role of cognitive emotion regulation and spiritual coping in the relationship between the history of trauma and symptoms of borderline personality. J Res Behav Sci. 2019;17(1):1-11. [In Persian].
16. Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer HP, Unterrainer HF. Depressive symptoms and addictive behaviors in young adults after childhood trauma: The mediating role of personality organization and despair. Front Psychiatry. 2018;9:318.
17. Volkert J, Taubner S, Barkauskiene R, et al. Mediators and theories of change in psychotherapy for young people with personality disorders: A systematic review protocol. Front Psychol. 2021;12:703095.
18. Labbe-Arocca N, Castillo-Tamayo R, Steiner-Segal V, Careaga-Diaz C. Diagnosis of personality organization: A theoretical empirical update of Otto F. Kernberg's proposal. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2020;58:372-383.
19. Gordon RM, Spektor V, Luu L. Personality organization traits and expected countertransference and treatment interventions. Int J Psychol Psychoanal. 2019;5(1):1-7.
20. Esguevillas Á, Díaz-Caneja CM, Arango C, et al. Personality organization and its association with clinical and functional features in borderline personality disorder. Psychiatry Res. 2018;262:393-399.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

21. Kovacs LN, Schmelowszky Á, Galambos A, Kökönyei G. Rumination mediates the relationship between personality organization and symptoms of borderline personality disorder and depression. Pers Individ Dif. 168:110339.
22. Prunas A, Di Pierro R, Bernorio R. The relationship between personality organization and sexual life in a community sample of men. Psychoanal Psychother. 2016;30(4):345-358. 1-15.
23. López RB, Navarro NM, Astorga AC. Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile [Relationship between personality organization and the prevalence of symptoms of depression, anxiety and stress among university students in health careers in the Region of Coquimbo, Chile]. Rev Colomb Psiquiatr. 2017;46(4):203-208.
24. Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer HP, Unterrainer HF. The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. Front Psychiatry. 2019;10:643.
25. Baryshnikov I, Joffe G, Koivisto M, et al. Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders. J Affect Disord. 2017;210:82-89.
26. Meehan KB, Clarkin JF, Lenzenweger MF. Conceptual models of borderline personality disorder, part 1: Overview of prevailing and emergent models. Psychiatr Clin North Am. 2018;41(4):535-548.
27. Khosravi Z, Rahmatinejad P. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder type II based on borderline personality organization. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2014;9(32):37-46. [in Persian].
28. Ghanadzadegan F, Rahimian Boogar I, Pourasghar M. Effectiveness of short-term object relation psychotherapy on interpersonal relationships, self-destruct behaviors and personality organization in patients with borderline personality disorder: A clinical trial study. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2021;22(4):30-39. [In Persian].
29. Liu H, Wang W, Yang J, Guo F, Yin Z. The effects of alexithymia, experiential avoidance, and childhood sexual abuse on non-suicidal self-injury and suicidal ideation among Chinese college students with a history of childhood sexual abuse. J Affect Disord. 2021;282:272-279.
30. Nabizadeh Asl D, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mansouri A. The mediating role of cognitive emotion regulation, cognitive biases, and negative schemas in the relationship between traumatic childhood experiences and psychotic-like experiences. Res Behav Sci. 2020;18(3):320-335. [In Persian].
31. Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1998.
32. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. IJPCP. 2014;19(4):275-282. [In Persian].
33. Igarashi H, Kikuchi H, Kano R, et al. The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. Ann Gen Psychiatry. 2009;8:9.
34. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). Pers Individ Dif. 2001;31(3):409-419.
35. Mohammadzadeh A, Goudarzi MA, Taghavi MR, Molazadeh J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz University students. J Fundam Ment Health. 2006;7(27-28):75-89. [In Persian].
36. Bach B, Bo S, Simonsen E. Maladaptive personality traits may link childhood trauma history to current internalizing symptoms. Scand J Psychol. 2022;63(5):468-475.
37. Hemmati A, Newton-Howes G, Falahi S, Mostafavi S, Colarusso CA, Komasi S. Personality pathology among adults with history of childhood sexual abuse: Study of the relevance of DSM-5 proposed traits and psychobiological features of temperament and character. Indian J Psychol Med. 2021;43(2):135-143.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]

38. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the affected biological systems and mechanisms. BMC Psychiatry. 2017;17(1):221.
39. Moskowitz A, Dorahy MJ, Schafer I. Trauma and dissociation: Evolving perspectives on severe psychopathology, Second Edition. John Wiley & Sons Ltd; 2019.
40. Sun P, Alvarez-Jimenez M, Simpson K, Lawrence K, Peach N, Bendall S. Does dissociation mediate the relationship between childhood trauma and hallucinations, delusions in first episode psychosis?. Compr Psychiatry. 2018;84:68-74.
41. Redondo Rodríguez N, Gómez JLG, Montesino MLC, Muñoz-Rivas MJ. Psychometric Properties of a Measure of Borderline Personality Organization in a Spanish Court-Referred Partner-Violent Male Sample. Front Psychol. 2019;10:1653.
42. Baus N, Fischer-Kern M, Naderer A, et al. Personality organization in borderline patients with a history of suicide attempts. Psychiatry Res. 2014;218(1-2):129-133.
43. Hörz-Sagstetter S, Ohse L, Kampe L. Three dimensional approaches to personality disorders: A review on personality functioning, personality structure, and personality organization. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(7):45.
44. Erkoreka L, Zamalloa I, Rodriguez S, et al. Attachment anxiety as mediator of the relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. Clin Psychol Psychother. 2022;29(2):501-511.
45. Oveisi H, Monirpour N, Zargham Hajebi M. Body image model based on the object relations an mediating role of the personality and ego strength in applicants of cosmetic surgery. IJABS. 2021;8(1):60-69.
46. Luyten P, Blatt SJ. Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: a proposal for DSM V. Clin Psychol Rev. 2011;31(1):52-68.
47. Di Stefano G, Scrima, F, Perry E. The effect of organizational culture on deviant behaviors in the workplace. Int J Hum Resour Man. 2019;30:2482–2503.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.411]