



## مدل پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای پیچیده و روابط ابژه با نقش میانجی توانمندی خود در زوج‌های متعارض

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران  
استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران  
استاد گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

بی‌تا بیانی <sup>id</sup>

اصغر جعفری\* <sup>id</sup>

عبدالله شفیع آبادی <sup>id</sup>

سیمین حسینیان <sup>id</sup>

a.jafari@kashanu.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۵

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۵

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰  
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۵ | پیاپی ۱۹ | ۲۰-۱  
زمستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(بیانی و همکاران، ۱۴۰۲)

### در فهرست منابع:

بیانی، بی‌تا، جعفری، اصغر، شفیع آبادی، عبدالله، و حسینیان، سیمین. (۱۴۰۲). پیش‌بینی رشد پس از آسیب براساس بهزیستی معنوی و اجتماعی در زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۵)، ۲۰-۱.

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به منظور مطالعه مدل پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای پیچیده و روابط ابژه با نقش میانجی توانمندی خود در زوج‌های متعارض انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش همبستگی بود. جامعه‌آماري کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی در سال ۱۴۰۰ در شهر تهران بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و بر اساس نقطه برش ۷۵ به بالا در پرسشنامه میلیون-۳، ۲۰۵ شرکت‌کننده با اختلال شخصیت مرزی و دارای ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های چندمحوری بالینی میلیون-۳، روابط ابژه بل، ترومای دوران کودکی برنشتاین و همکاران و توانمندی خود مارکستروم و همکاران جمع‌آوری شدند و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** بین روابط ابژه و ترومای پیچیده با اختلال شخصیت مرزی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد و بین توانمندی خود با اختلال شخصیت مرزی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ( $P < 0/01$ ). همچنین نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مدل پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای پیچیده و روابط ابژه با نقش میانجی توانمندی خود از برازش مطلوبی برخوردار است ( $P < 0/01$ ). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که توانمندی خود از طریق تعدیل روابط ابژه و تغییر ابعاد شناختی و عاطفی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی روی اختلال شخصیت مرزی تاثیر می‌گذارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در سبب‌شناسی و درمان اختلال شخصیت مرزی به تاثیر ریشه‌ای ترومای دوران کودکی و روابط ابژه توجه شود و بوسیله آموزش و مشاوره، زمینه ارتقاء توانمندی خود فراهم شود.

**کلیدواژه‌ها:** مرزی، تروما، روابط ابژه، توانمندی خود، زوج‌های متعارض.

## مقدمه

همسران متعارض هستند که از عادات و شخصیت همسر خود ناراضی بوده و دارای مشکل ارتباطی در حوزه‌های گوناگون هستند (لیو، فانگ و گوانگ، ۲۰۲۰). اختلالات شخصیت، دسته نامتجانسی از اختلال‌هاست که با الگوهای دیرینه، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر رفتار و تجربه درونی تعریف می‌شوند و معمولاً با انتظارات فرهنگی شخص مغایرت دارند. این الگوهای مشکل‌دار، دست کم در دو مورد از زمینه‌های زیر آشکار می‌شوند: شناخت‌ها، هیجان‌ها، روابط و کنترل تکانه‌ها. اختلال وسواس فکری-اجباری بر تعارضات زناشویی تاثیر منفی دارد (سوت، بودریوکس و اولتمانس، ۲۰۲۰). بسیاری از اختلال‌های روان شناختی مانند اختلال‌های جسمانی، شناختی، رفتاری و استرس تحت تاثیر آشفتگی زناشویی و روابط بین فردی است (مرادی و چارداولی، ۱۳۹۵). افزایش روزافزون مشکلات روان شناختی و نقشی که این مشکلات در مختل کردن حوزه‌های مختلف زندگی افراد ایفا می‌کند، توجه بسیاری از روانشناسان و متخصصان سلامت روان را به خود معطوف داشته است. تاکنون حجم وسیعی از پژوهش‌ها به منظور بررسی این مشکلات و عوامل ایجاد کننده یا نگه دارنده آن‌ها انجام شده است. در این بین اختلال‌های شخصیت<sup>۱</sup> اهمیت ویژه‌ای دارد چرا که ویژگی‌های ناکارآمد آن‌ها به شیوه‌های متعددی سبب ناراحتی و اختلال عملکرد در خود و افراد پیرامونش می‌شود. ویژگی اصلی یک اختلال شخصیت، الگوی طولانی مدت از تجربه درونی و رفتاری است که از انتظارات فرهنگی فرد بسیار دور بوده و حداقل در این حوزه‌ها نمایان می‌شود: شناخت، هیجان (طیف، شدت، تغییر پذیری و تناسب پاسخ هیجانی)، عملکرد بین فردی یا کنترل تکانه. این الگو ثابت و درازمدت بوده و شروع آن می‌تواند حداقل به دوره نوجوانی و یا اوایل بزرگسالی برگردد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). ویژگی‌های شخصیتی<sup>۲</sup> ناهنجار در اشکال خفیف‌تر در افراد سالم هم وجود دارد که اگر این صفات خود را به شکل پاسخ‌های انعطاف‌ناپذیر به طیف گسترده‌ای از موقعیت‌های فردی و اجتماعی آشکار کنند و منجر به پریشانی فردی یا اجتماعی قابل توجهی شوند، اختلال شخصیت نامیده می‌شود. در نتیجه افراد مبتلا به اختلال شخصیت تنها به لحاظ کمی و نه کیفی، از شخصیت نرمال متفاوتند. یعنی تفاوت آن‌ها از نظر تعداد، شدت و فراوانی علایم می‌باشد. با این حال تعیین مرز بین شخصیت بهنجار و نابهنجار دشوار است (ولکرت، گابلونسکی و رابونگ، ۲۰۱۸). اختلال شخصیت، اختلالی شایع و مزمن است. میزان شیوع آن در جمعیت عمومی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده شده است و علائم آن طی چند دهه نمایان می‌شود (عینی، ۲۰۱۹؛ جوهانسن، ۲۰۲۰). اختلالات شخصیت، دسته نامتجانسی از اختلالات هستند که با الگوهای دیرینه، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر تعریف می‌شوند. این الگوهای مسأله‌دار دست کم در دو مورد از زمینه‌های زیر آشکار می‌شوند: شناخت‌ها، هیجان‌ها، روابط و کنترل تکانه (اسکودول و همکاران، ۲۰۱۵).

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال شخصیت مرزی با مواردی نظیر اجتناب از طرد یا رهاشدگی واقعی یا خیالی، روابط بین فردی بی‌ثبات، آشفتگی هویت، رفتارهای خودکشی یا خود آسیب زنی، بی‌ثباتی عاطفی، احساس‌های مزمن پوچی، خشم نامناسب و شدید یا اشکال در کنترل خشم و

1. Personality disorders

2. Personality characteristics

اندیشه پردازی‌های پارانوئیدی گذرا یا نشانه‌های شدید تجزیه مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). طبق DSM-5 افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در همه جوانب زندگی از جمله روابط بین فردی، خودپنداره، احساسات و هیجان عدم ثبات نشان می‌دهند و بسیار تکانشگر هستند. این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در شرایط مختلف حضور دارد. در این حالت پنج مورد یا بیشتر موارد زیر را نشان می‌دهند: ۱- فرد برای اینکه دیگران او را واقعاً یا به خیال خودش ترک نکنند، مستأصلانه تلاش می‌کند. ۲- در زندگی خود به طور دایم و مکرر روابط میان فردی بی‌ثبات و پرتنش دارد که فردی را یا بسیار خوب می‌داند یا بی‌اندازه بی‌ارزش می‌پندارد. ۳- اختلال هویت دارد و خودپنداره یا خود انگاره وی به شدت و به طور دایم بی‌ثبات است. ۴- حداقل در دو زمینه که در آن‌ها احتمال آسیب‌رسانی به خود وجود دارد، رفتارهای تکانشگرانه دارد. ۵- به طور مکرر رفتارهای انتحاری در پیش می‌گیرد، ژست و حالت خودکشی به خود می‌گیرد و تهدید به خودکشی می‌کند یا رفتارهای خودزنی نشان می‌دهد. ۶- از لحاظ احساسی یا هیجانی ثبات ندارد زیرا خلق او به شدت واکنشی است. ۷- همیشه احساس خلاء می‌کند. ۸- به شدت و نامتناسب با محرک خشمگین‌کننده عصبانی می‌شود و نمی‌تواند خشم خود را کنترل کند. ۹- افکار پارانوئیدی موقت و مرتبط با استرس دارد یا سمپتوم‌های شدید گسستگی نشان می‌دهد. آمارها گزارش می‌دهد حدود ۱/۶ درصد از جمعیت عمومی مبتلا به این اختلال هستند که ممکن است تا ۵/۶ افزایش یابد. ۱۰ درصد از بیماران روانپزشکی سرپایی و ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های شخصیت، از این بیماری رنج می‌برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی در ۳۰ تا ۷۵ درصد آن‌ها گزارش شده است (ارنست، موهر، اسکات، ریک مایر، فیچمن، ۲۰۱۸).

به لحاظ سبب‌شناسی، امروزه اختلال شخصیت را نتیجه عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی می‌دانند (لیوسلی و لارستون، ۲۰۱۸). در واقع عوامل محیطی، شکل ابراز ویژگی‌های شخصیتی را در چارچوب عوامل زیستی تعیین می‌کنند (باتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). عوامل محیطی که به نظر می‌رسد در بروز اختلالات شخصیت مؤثر هستند، روابط ابژه ماسترسون، توانمندی خود میشر، و تروما‌های پیچیده لاپورت اشاره کرد. وجه مشترک این نظریه‌های در سبب‌شناسی اختلالات شخصیت این است که همه معتقدند دوران کودکی و نوجوانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت با دشواری‌ها و آشفتگی‌های زیادی همراه بوده است که مهم‌ترین آن‌ها انواع چهارگانه بدرفتاری جسمی، جنسی، غفلت عاطفی و جسمی و همچنین تجربه فقدان یا جدا شدن از اعضای خانواده است. متداول‌ترین پیشینه پژوهشی درباره سبب‌شناسی اختلال شخصیت، در حوزه تروما‌های پیچیده دوران کودکی، انواع سوء رفتار جسمی، جنسی، عاطفی، غفلت جسمی و عاطفی است (هیروکا و همکاران، ۲۰۱۶)، تجربه تروما‌های پیچیده دوره کودکی یکی از عوامل خطر در بروز اختلالات شخصیت و نیز در ایجاد نشانه‌های بالینی اختلالات شخصیت است. افراد با اختلالات شخصیت میزان بالایی از تروما‌های مزمن شامل سوء رفتار عاطفی، جسمی، جنسی و بی‌توجهی و غفلت نسبت به سلامت جسمانی و روانی را در کودکی تجربه کرده‌اند (دانیس و بالدوین، ۲۰۱۷). همچنین نوع ترومای تجربه شده در دوره کودکی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اختلال شخصیت خاصی در دوره بزرگسالی باشد. سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی توجه درمانگران و پژوهشگران بسیار زیادی را در طول ۳۵ سال گذشته به خود جلب کرده است. اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیتی شدیدی است که با بی‌نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت مشخص می‌شود (پروتا، ۲۰۲۰).

این اختلال با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین شخصی و همچنین برانگیختگی شدید متمایز می‌شود (رودا، ۲۰۲۰). شیوع تقریبی اختلال شخصیت مرزی ۱ تا ۳ درصد در طول عمر و ۱/۴ تا ۵ درصد در جمعیت عادی است (لی و همکاران، ۲۰۲۰). وینی‌کات (۱۹۵۳) هم سلامت‌روانی را محصول مراقبت‌های مطلوب اولیه می‌داند که امکان تداوم تحول عاطفی را در چارچوب تجربه‌های مرتبط با ابژه فراهم می‌سازد.

همچنین مکتب روان‌تحلیل‌گری به خوبی به بررسی سبب‌شناسی اختلالات شخصیت پرداخته است. این مکتب بر نقش سال‌های ابتدایی تحول در آسیب‌شناسی روانی، دیدگاه عمیق‌تری نسبت به سایر مکاتب دارد. در این مکتب شخصیت در طی مراحل روانی-جنسی ساخته می‌شود و متشکل از نهاد<sup>۱</sup>، خود<sup>۲</sup> و فراخود<sup>۳</sup> است. از سال‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ تغییر بزرگی در نظریه روان‌تحلیل‌گری ایجاد شد و به تأثیر روابط بین‌فردی و الگوهای تفکر و احساسات زیربنای آن در بروز اختلالات توجه شد. از جمله رویکردهای حاصل از این تغییر، رویکرد روابط ابژه است (لوپس و همکاران، ۲۰۱۶). روابط ابژه از کارکردهای خود است که به روابط و تجارب فرد با خودش و اطرافیانش اشاره دارد. بررسی سبک‌های روابط ابژه کمک می‌کند تا مشکلات بیماران در ارتباط با اختلالات شخصیت مانند مشکل در روابط صمیمی درک شود (هاپریدج و همکاران، ۲۰۱۷). نظریه‌پردازان روابط ابژه همچنان که بسیاری از مفاهیم رویکرد کلاسیک را می‌پذیرفتند، توجه خود را به روابط بین‌فردی و به ویژه روابط مختل اوایل کودکی با والدین که به شکل‌گیری ساختارهای درون‌روانی معیوب از خود و دیگران و استعداد ابتلا به طیفی از اختلالات روانی منجر می‌شوند، معطوف کردند (هینشلوود و فورتونا، ۲۰۱۸). روابط ابژه وضعیت قابل تغییر درون‌روانی در طول تجارب هیجانی در فرآیند تحول روانی هستند که به دو روابط ابژه سالم یا آسیب‌پذیر منجر می‌شود (هرنر، ۱۹۸۴؛ به نقل از ماسترسون، ۲۰۱۳). کرنبرگ و وینی‌کات تمایل دارند مفاهیم روابط ابژه را چیزی بیشتر از نظریه سائق تلقی کنند که قابلیت کاربرد برای اختلال‌های هیجانی بدوی‌تر را دارد. روابط ابژه از تعاملات عاطفی با افراد مهم زندگی، که در فرآیند تحول روانی درون‌سازی شده‌اند و در ساختارهای حافظه ماندگار شده‌اند، ریشه می‌گیرد. در این بافت، عنوان ساختار، به الگوی کنش‌وری روانی پایدار و باثباتی اشاره دارد که مکرراً فعال شده و تجربه ذهنی، ادراکات و رفتار فرد را سازمان می‌دهد. اگرچه روابط ابژه در طی ارتباطات گذشته شکل می‌گیرند، اما الزاماً تعامل‌های گذشته واقعی فرد با افراد مهم زندگی‌اش مطابق نیستند. بازنمایی درونی از خود و دیگران در واقع انعکاس جنبه‌های واقعی و خیالی ارتباطات گذشته فرد همراه با دفاع‌های مربوط به هر دو هستند. این روابط درونی نسبتاً در طول زمان پایدار می‌مانند، اما ظرفیت اصلاح هم دارند (جمیل و همکاران، ۱۳۹۴). در این راستا کلارکین، کالیگور و سوویسلو (۲۰۲۰) چنین مطرح کردند که افراد دارای نشانگان اختلال مرزی، روابط ابژه‌ای مختل را به گونه‌ای شدید تجربه کرده‌اند که موجب حسی ناپایدار از خود، رفتارها و روابط مختل و بهره‌کشی بین فردی در آن‌ها شده است. در پژوهش هوپریدج و همکاران (۲۰۱۷) روابط ابژه‌ای مختل، میانجی‌گر رابطه بین صفات تکانشگری و عاطفه‌پذیری منفی با نشانگان اختلال شخصیت مرزی بود.

1. Id
2. Ego
3. Super ego

از آنجایی که ایگو وظیفه مدیریت سیستم روانی را بر عهده دارد، تمام مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شوند که ایگو نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند. توانمندی ایگو<sup>۱</sup> نشان‌دهنده ظرفیت فرد در تحمل استرس بدون تجربه اضطراب فلج‌کننده می‌باشد (کیم و پارک، ۲۰۱۶). اصطلاح توانمندی ایگو به توانایی خود برای برخورد مؤثر با خواست‌های رقابت‌آمیز و موقعیت‌های توان‌فرسا به‌رغم خواست‌ها و توقعات نیروهای متعارض گفته می‌شود. وجود یک ایگوی توانمند باعث می‌شود افراد نشانه‌های آسیب روانی کمتر نشان دهند و در برابر تنش ناشی از شرایط فشارزای زندگی تحمل و ظرفیت کافی داشته باشند (کوچکی راوندی، منیرپور و ارج، ۱۳۹۴). با توجه به این که هسته اصلی سبب‌شناسی اختلالات شخصیت، تروماهای پیچیده‌ای هستند که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند و با توجه به روابط بین کودک و والد، سبک‌های ویژه روابط ابژه و توانمندی ایگو در کودک شکل می‌گیرند، لذا انجام این پژوهش ضرورت داشت. افزون بر این مطالعه نقش میانجی توانمندی خود می‌تواند رهنمودهایی ارائه کند که رابطه ترومای پیچیده دوران کودکی و روابط ابژه با اختلال شخصیت مرزی در زوج‌های متعارض عمیق‌تر تبیین شود. از این رو پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای پیچیده و روابط ابژه با نقش میانجی توانمندی ایگو در زوج‌های متعارض انجام شد. در راستای هدف پژوهش، این فرضیه مطرح شد که مدل ساختاری پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای پیچیده و روابط ابژه با نقش میانجی توانمندی خود در زوج‌های متعارض از برازش مناسبی برخوردار است.

## روش پژوهش

روش پژوهش حاضر همبستگی بود. در این پژوهش، جامعه آماری زنان و مردان متأهل با تعارض زناشویی که در سال ۱۴۰۰ برای جلسه اول به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی در شهر تهران مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود ابتدا در شهر تهران مناطق ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۱ انتخاب شدند. ۵۱ کلینیک و مراکز مشاوره و روان‌شناسی در این مناطق وجود داشت. به روش نمونه‌گیری ساده تصادفی ساده کلینیک‌های گفتگو، چشم‌انداز روشن، اشاء، ساحل، نیوند، مبین، نارون، معین، یاس، مرکز مشاوره دانشگاه تهران و مرکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی انتخاب شدند. پرسشنامه‌های چندمحوری بالینی میلون-۳، روابط ابژه، ترومای پیچیده و توانمندی خود بر روی ۶۰۰ شرکت‌کننده اجرا شد که بعد از حذف پرسشنامه‌های مخدوش و مواردی که روایی مقیاس میلون را نداشتند، داده‌های ۵۴۵ شرکت‌کننده مورد تحلیل قرار گرفت. کلاین (۲۰۱۰) برای تعیین حجم نمونه در مطالعات مدل‌یابی معادلات ساختاری راه‌حل ویژه‌ای پیشنهاد کرد. به عقیده او حداقل حجم نمونه مطلوب برای هر متغیر، ۵ نفر است؛ نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود. در مدل مفروض پژوهش حاضر ۱۱ متغیر مطالعه شد. بنابراین برای دستیابی به نتایجی قابل قبول با استفاده از قاعده ۲۰ به ۱، حجم نمونه در پژوهش حاضر ۲۴۰ شرکت‌کننده برآورد شد. طبق شیوه نمره‌گذاری و نقطه‌برش در پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون-۳، نمره ۷۵ به بالا به عنوان افراد با اختلال شخصیت تشخیص داده می‌شود. با توجه به نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها بوسیله برنامه کامپیوتری و ترسیم نمودار مقیاس‌های بالینی، ۲۰۵

شرکت‌کننده اختلال شخصیت مرزی داشتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، متاهل، دارای تعارض‌زناشویی و اختلال شخصیت مرزی بر اساس پرسشنامه میلون-۳ (نمره ۷۵ به بالا) بودند. معیارهای خروج از پژوهش هم شامل عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها، دریافت درمان دارویی، مشاوره و روان‌درمانی قبل از شرکت در پژوهش حاضر بودند.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون-۳ (MCMI-3). این پرسشنامه را ابتدا میلون (۱۹۷۷) طراحی کرد، اما تاکنون دو بار تجدید نظر شده است. نسخه سوم که میلون آن را در سال ۱۹۹۴ تدوین کرد، شامل ۱۷۵ ماده است که بر اساس ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه‌بندی زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، الگوهای بالینی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان بالینی شدید. مقیاس‌ها به همراه مواد تشکیل‌دهنده آن‌ها با نظریه شخصیت میلون و DSM-5 همخوانی دارند. این آزمون یک پرسشنامه خودسنجی است که به دو صورت دستی و کامپیوتری برای افراد بالای ۱۸ سال و سطح سواد تقریباً هشت کلاس قابل اجرا و نمره‌گذاری است. روش نمره‌گذاری، که برای مرد و زن متفاوت است (کلینگر، ۲۰۰۵). میلون و همکاران برای اندازه‌گیری میزان اعتبار چهار آزمون، از روش همسانی استفاده و در مجموع میزان اعتبار آن را ۰/۷۸ برآورد کردند. روایی چهار آزمون نیز در مقایسه با آزمون MMPI، با مقایسه عوامل مشترک سنجیده و ارزیابی شد. میزان همبستگی این دو آزمون ۰/۷۵ و بیشتر گزارش شد (فتح‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۷). شریفی (۱۳۸۶) نسخه سوم آزمون میلون را در اصفهان هنجاریابی کرد. نسخه سوم این آزمون، بر اساس فرآیند رواسازی یا اعتباریابی سه مرحله‌ای لئوونگر ساخته و برای پالایش آن از انتخاب گویه تا ساخت مقیاس و برای رواسازی بیرونی با استفاده از نظریه میلون به عنوان ملاک، از این سه مرحله تبعیت شد. نتایج مطالعات نشان‌دهنده اعتبار نسبتاً خوب نسخه سوم میلون است. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت، همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ و برای مقیاس‌های نشانگان بالینی نیز همبستگی‌های متوسطی از ۰/۴۴ اختلال استرس پس از سانحه تا ۰/۹۵ افسردگی اساسی با متوسط ۰/۸۰ به دست آمد. اعتبار مقیاس‌ها در مطالعه هنجاریابی آزمون با فاصله زمانی پنج تا ۱۴ روز، از دامنه ۰/۸۲ مقیاس بدنمایی تا ۰/۹۶ اختلال شبه جسمی با متوسط ۰/۹۰ برای تمام مقیاس‌ها گزارش شد. در مطالعه شریفی (۱۳۸۶) همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ اختلال هذیانی تا ۰/۹۸ اختلال شخصیت اسکیزوئید گزارش شد. در مطالعه، فرنوش، حسینی و بهرامی (۱۳۹۵) پایایی آزمون از طریق همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ وابستگی به الکل تا ۰/۹۷ اختلال استرس پس از سانحه به دست آمد.

۲. پرسشنامه روابط ابژه بل (BORI). این پرسشنامه دارای ۴۵ سؤال صحیح و غلط است که در بردارنده الگوهای روابط ابژه و باورهای بین فردی است (بل، بلینگتون و بکر، ۱۹۸۶). این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس است (۱) بیگانگی<sup>۱</sup>: به معنای مقدار توانایی فرد در اعتماد کردن و حفظ روابط صمیمی است. نمرات بالا در این بعد نشان‌دهنده فقدان اعتماد در روابط و ناتوانی در حفظ روابط با ثبات و

راضی‌کننده است. ۲) دلبستگی ناایمن<sup>۱</sup>: این مقیاس نشان‌دهنده شدت حساسیت فرد به طرد و زودرنجی در روابط است. نمره بالا در این بعد نشان‌دهنده نگرانی مرضی برای دوست داشته شدن و طرد نشدن و زودرنجی از جانب دیگران است. ۳) خودمحوری<sup>۲</sup>: این بعد نشانگر بدبینی به انگیزه دیگران، دیگران را تنها در راستای خدمت به خود دیدن و سوءاستفاده از آن‌ها برای رسیدن به اهداف و نیازهای خود است. نمرات بالا در این بعد نشان‌دهنده مشغولیت مداوم با اهداف و نیازهای خود در روابط، ناتوانی در همدلی و سرمایه‌گذاری عاطفی و متوقع بودن در روابط است. ۴) بی‌کفایتی اجتماعی<sup>۳</sup>: این بعد توصیف‌کننده تصور فرد از سطح توانایی خود برای درگیر شدن در فعالیت‌های اجتماعی است. نمرات بالا بیانگر دشواری فرد در دوست‌یابی و نگرانی در روابط، به خصوص با جنس مخالف است (بل، ۱۹۹۵). در پژوهشی که توسط بل و همکاران (۱۹۸۶) به منظور بررسی روایی و پایایی این ابزار انجام شد، نتایج حاکی از همسانی درونی و پایایی دو نیمه بالا در هر چهار خرده‌مقیاس بود. در پژوهش جمیل و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ برای چهار مقیاس بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمحوری و بی‌کفایتی اجتماعی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهشی دیگر با استفاده از این ابزار، اختلال شخصیت مرزی را از نظر الگوهای مخرب روابط ابژه، از دیگر گروه‌ها که شامل بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا بود، متمایز کردند، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، تنها در مقیاس بیگانگی، با دقت پیش‌بینی ۰/۷۷ تا ۰/۸۲ از دیگر گروه‌ها متمایز شدند (بل و همکاران، ۱۹۸۸). در ایران ضریب آلفای کرونباخ را برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دلبستگی ناایمن و بیگانگی، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین همبستگی بین سیاهه ۹۰ سئوالی علائم-فرم بازنگری شده و خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ بود (هادی‌نژاد، طباطباییان و دهقانی، ۱۳۹۳).

**۳. ترومای پیچیده (CTQ).** پرسشنامه ترومای پیچیده توسط برنشتاین، استین، نیوکمپ، والکر، پوگ و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌های دوران کودکی تدوین شد. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص با تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی است. این پرسشنامه هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل استفاده است. این پرسشنامه پنج نوع از بد رفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از سوءاستفاده جنسی (سئوال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸)، سوءاستفاده جسمی (۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷)، سوءاستفاده عاطفی (۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵)، و غفلت عاطفی (۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸) و جسمی (۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶). این پرسشنامه ۲۸ سئوال دارد که ۲۵ سئوال آن برای سنجش مولفه‌های اصلی پرسشنامه بکار می‌رود و ۳ سئوال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند بکار می‌رود. در پژوهش برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان در ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد

1. Insecure attachment
2. Egocentricity
3. Social incompetence

(برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ آن برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۹۸-۰/۸۱ برآورد کردند که نشان می‌دهد همسانی درونی بسیار خوبی دارد.

۴. **مقیاس توانمندی خود (PIES)**. سیاهه روان‌شناختی توانمندی خود توسط مارکستروم، سابینو، تورنر و برمن (۱۹۹۷) ساخته شد. این پرسشنامه هشت نقطه توانمندی خود شامل امید (۸، ۱۵، ۲۶، ۳۲، ۳۹، ۴۲، ۴۴، ۵۸)، خواسته (۲، ۴، ۱۹، ۲۷، ۳۳، ۳۶، ۵۴، ۶۳)، هدف (۱۶، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۸، ۴۰، ۴۵، ۵۱، ۶۲)، شایستگی (۳، ۱۱، ۱۳، ۲۹، ۳۵، ۵۹، ۶۱، ۶۴)، وفاداری (۶، ۱۰، ۱۸، ۲۰، ۳۷، ۴۱، ۴۸، ۵۳)، عشق (۱، ۷، ۱۴، ۲۳، ۳۸، ۵۷، ۶۰)، مراقبت (۹، ۱۷، ۲۱، ۳۰، ۴۶، ۴۷، ۵۲، ۵۵) و خرد (۵، ۱۲، ۲۲، ۳۱، ۴۳، ۵۰، ۵۶) را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال طیف لیکرت پنج درجه‌ای به صورت کاملاً با من مطابق است نمره ۵، کمی با من مطابق است نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، کمی با من مطابق نیست نمره ۲ و اصلاً با من مطابق نیست نمره ۱ نمره‌گذاری می‌شود. شیوه پاسخ‌دهی سئوال‌ات (۴، ۶، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۵۰، ۵۱، ۵۵، ۵۸، ۶۱، ۶۴) به صورت معکوس است. بالاترین نمره ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است. نمره بالا در این آزمون به معنی سطح بالای قدرت خود است. نمره کل از جمع نمره فرد در سئوال‌ات به دست می‌آید. مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷) روایی صوری، محتوا و سازه آن را تایید کرد و همچنین پایایی آن به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ بدست آمد. شکری، شفیع آبادی و دوکانه‌ای فرد (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های توانمندی ایگو بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۹ بدست آورد.

**شیوه اجرا.** به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش، اصل رازداری و محرمانه بودن نتایج پژوهش و الزامی نبودن نوشتن نام در پرسشنامه‌ها توضیح داده شد. بر این اساس رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش تایید شد و رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و محرمانه بودن نتایج پژوهش رعایت شد. در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، ترک پژوهش بدون پیامد منفی برای آزمودنی‌ها امکان‌پذیر بود. مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.195 در تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۲ ثبت گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های توصیفی مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

### یافته‌ها

تحلیل آماری بر روی داده‌های ۲۰۵ شرکت‌کننده با اختلال شخصیت مرزی انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن آنان به ترتیب ۴۳ و ۴/۰۴ سال بود. ۵۲/۱۹ درصد (۱۰۷ نفر) شرکت‌کنندگان زن و ۴۷/۸۰ درصد (۹۸ نفر) هم مرد بودند.



جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. بیگانگی	۱۱/۹۹	۲/۸۸										
۲. نالیمنی	۱۲/۶۷	۲/۹۱	۰/۴۱**									
۳. خودمحوری	۱۰/۸۰	۲/۸۷	۰/۴۴**	۱								
۴. بی‌کفایتی اجتماعی	۹/۹۹	۳/۸۳	۰/۴۶**	۰/۴۲**	۱							
۵. سوءاستفاده جنسی	۱۱/۵۷	۲/۷۲	۰/۳۶**	۰/۴۴**	۰/۳۳**	۱						
۶. سوءاستفاده جنسی	۱۲/۱۶	۲/۹۷	۰/۳۵**	۰/۴۷**	۰/۳۰**	۰/۴۱**	۱					
۷. سوءاستفاده جسمی	۱۶/۸۶	۴/۶۶	۰/۳۲**	۰/۴۴**	۰/۳۲**	۰/۲۹**	۰/۴۲**	۰/۳۵**	۱			
۸. غفلت عاطفی	۱۴/۷۱	۳/۵۹	۰/۳۱**	۰/۴۹**	۰/۳۴**	۰/۴۴**	۰/۳۲**	۰/۳۰**	۰/۴۵**	۱		
۹. غفلت جسمی	۱۵/۲۷	۶/۴۹	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۳۵**	۰/۳۴**	۰/۲۹**	۰/۳۱**	۱	
۱۰. توانمندی ایگو	۱۱۴/۳۱	۲۰/۳۵	-۰/۴۱**	-۰/۴۸**	-۰/۳۶**	۰/۳۴**	-۰/۳۶**	-۰/۳۴**	-۰/۳۸**	-۰/۴۳**	-۰/۳۱**	۱
۱۱. شخصیت	۸۹/۱۲	۱۲/۲۱	۰/۳۷**	۰/۴۶**	۰/۴۴**	۰/۳۸**	۰/۳۳**	۰/۳۷**	۰/۴۸**	۰/۴۷**	۰/۳۳**	۰/۵۱**

مرزی

نتایج جدول ۱، نشان می‌دهد ابعاد روابط ابژه، بیگانگی، نالیمنی، خودمحوری و بی‌کفایتی اجتماعی، انواع ترومای دوران کودکی؛ سوء استفاده جنسی، جسمی، عاطفی، غفلت عاطفی، غفلت جسمی با اختلال شخصیت مرزی همبستگی مثبت و معنادار دارند و توانمندی خود با اختلال شخصیت مرزی همبستگی منفی و معنادار دارد ( $p < 0/01$ ). شاخص کجی و کشیدگی خارج از بازه (۳، -۳) نبودند و مقدار ضریب ماردیا برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۳/۲۸ است که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن داده‌ها برقرار است. شاخص‌های تحمل واریانس و عامل تورم واریانس هم نشان دادند که مفروضه همخطی بودن چندگانه درباره روابط ابژه، ترومای پیچیده دوران کودکی و توانمندی ایگو برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌ها، برای آزمون فرضیه پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

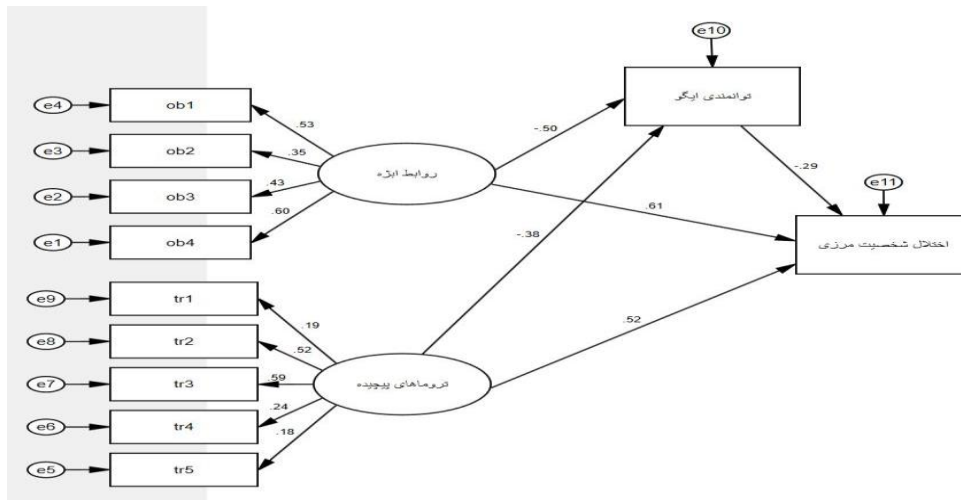
شاخص‌های برازش	مقدار	حد مجاز
$\chi^2$	۲/۰۲	کمتر از ۳
$df$		
RMSEA	۰/۰۶	کمتر از ۰/۱
CFI	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹
NFI	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹
GFI	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹
AGFI	۰/۹۴	بالاتر از ۰/۹

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تاییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های جمع‌آوری حمایت می‌کند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع مدل در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است. جدول ۳ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها در مدل ساختاری

مسیر	متغیرها	ضریب غیراستاندارد	مسیر خطای معیار	ضریب مسیر استاندارد	آماره سطح معناداری
مستقیم	تروما ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۰۲۹	۰/۰۶۱	۰/۵۲	۴/۵۸
	روابط ابژه ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۰۱۶	۰/۰۱۲	۰/۶۱	۶/۰۶
	توانمندی ایگو ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۰۶۸	۰/۰۱۴	-۰/۲۹	۲/۹۱
غیرمستقیم م	تروما ← توانمندی ایگو ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۰۲۱	۰/۰۹۱	۰/۱۷	۱/۹۹
	روابط ابژه ← توانمندی ایگو ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۰۵۴	۰/۰۳۱	۰/۱۵۸	۲/۳۸

نتایج جدول فوق نشان داد که ترومای پیچیده اثر مستقیم معنادار بر اختلال شخصیت مرزی دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). جهت بررسی نقش میانجی توانمندی خود در رابطه بین ترومای پیچیده با اختلال شخصیت مرزی، از آزمون سوبل استفاده شد. سوبل معتقد است که این نسبت به گونه‌ای مجانب دارای توزیع بهنجار است و زمانی که این نسبت بزرگتر از  $\pm ۱/۹۶$  باشد برای نمونه‌های بزرگ منجر به رد فرض صفر در سطح  $۰/۰۵$  می‌گردد. آنچه از نتایج جدول ۴ بر می‌آید این است که توانمندی خود اثر غیرمستقیم در رابطه ترومای پیچیده و اختلال شخصیت مرزی دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). همچنین نتایج نشان داد که روابط ابژه اثر مستقیم معنادار بر اختلال شخصیت مرزی دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). جهت بررسی نقش میانجی توانمندی خود در رابطه بین روابط ابژه و اختلال شخصیت مرزی از آزمون سوبل استفاده گردید. نتایج نشان داد که توانمندی ایگو اثر غیرمستقیم بر رابطه روابط ابژه و اختلال شخصیت مرزی دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). بدین معنا که با افزایش عوامل روابط ابژه، سطح اختلال شخصیت مرزی به واسطه توانمندی خود افزایش می‌یابد. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش را در تبیین رابطه ترومای پیچیده و روابط ابژه با اختلال شخصیت مرزی با نقش میانجی توانمندی خود در زوج‌های متعارض نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل اختلال شخصیت مرزی در حالت ضرایب استاندارد شده

طبق شکل ۱ مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه ( $R^2$ ) برای اختلال شخصیت مرزی ۰/۶۱ است، این نتیجه حاکی از آن است که ترومای پیچیده، روابط ابژه و توانمندی خود در مجموع ۶۱ درصد از واریانس اختلال شخصیت مرزی را تبیین می‌کنند.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدل ساختاری پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای پیچیده و روابط ابژه با نقش میانجی توانمندی خود در زوج‌های متعارض از برازش مناسبی برخوردار است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های نیک‌فلاح، گلشنی (۱۴۰۰)، جمالی، قدسی، تقی‌لو و میرهاشمی (۱۴۰۰)، شفق دوست و شهامت ده سرخ (۱۳۹۸)، نیکوصفت و قره‌باغی (۱۳۹۹) و کیرانکا و همکاران (۲۰۱۸) مطابقت داشت. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که توانمندی خود نه تنها در شکل‌دهی روابط سالم به فرد کمک می‌کند بلکه به وی کمک می‌کند تا به شیوه‌ای کارآمد با مشکلات زندگی زناشویی مقابله کند و به حل مسائل بپردازد (بشارت، اسدی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۵). بدین ترتیب، افراد با توانمندی خود بالاتر روابط صمیمی بیشتری را با همسر خود تجربه می‌کنند، مسئولیت‌پذیری بیشتری در قبال یکدیگر دارند و در روابط متعهدتر هستند (منصوری و همکاران، ۱۳۹۸) و در نهایت روابط زناشویی با کیفیت بالاتری را تجربه می‌کنند. از آنجایی که افراد به دنبال حمایت‌گرهای اجتماعی و شکل‌دهی روابط بین فردی و صمیمی نظیر روابط رضایت بخش دو نفر در قالب ازدواج برای کنار آمدن با تنش‌های عاطفی هستند، یکی از کارکردهای اولیه روابط ابژه و شکل‌گیری ایگو، تنظیم تجارب عاطفی است (رحمتیان و همکاران، ۱۳۹۵).

زوج‌هایی که توانمندی خود بالاتری دارند به دلیل داشتن رویکردی انعطاف‌پذیرتر به زندگی، در مواجهه با تکالیف دشوار و تنش‌زا دچار آشفتگی و مشکلات هیجانی نمی‌شوند. این افراد، عواطف مثبت بیشتر، سطوح بالاتری از اطمینان به خود و سازگاری روان‌شناختی بیشتری در زندگی زناشویی نسبت به افرادی

با توانمندی خود پایین تجربه می‌کنند و به طور انعطاف‌پذیری با مطالبات متغیر و بی‌ثباتی موقعیت‌های تنش‌زای زناشویی انطباق پیدا می‌کنند. از طرفی دیگر، افرادی که خود ضعیفی دارند، به موقعیت‌های تنش‌زا و تعارضات زناشویی به شیوه‌ای خشک و انعطاف‌ناپذیر و با حالت تکراری یا شیوه‌های بسیار آشفته و بی‌نظم پاسخ می‌دهند (تیمورپور و همکاران، ۱۳۹۴) و بدین ترتیب کیفیت زندگی زناشویی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از طرفی دیگر، در نظریه روابط ابژه، شخصیت را بازنمایی‌های واقعی یا غیرواقعی فرد از خود و دیگران و عواطف همراه با این بازنمایی‌ها یا به عبارتی دیگر ظرفیت افراد برای برقراری روابط انسانی تعریف شده که در سال‌های نخست زندگی شکل می‌گیرد. این بازنمایی‌ها یک راهنمای قوی برای انجام رفتارهایی توسط فرد در موقعیت‌های خاص است. همچنین این بازنمایی‌ها به عنوان یک الگو برای تجربه‌های کنونی عمل می‌کنند و به موازات تحول طبیعی پیچیده‌تر، تمایز یافته‌تر و منعطف‌تر می‌شوند. آشفتگی بازنمایی‌های روابط ابژه تجربه سرسختانه و خصومت‌ورز روابط موضوعی خود و دیگران را سبب می‌شود که پایه‌های امنیت‌روانی شخص را متزلزل می‌کند و به افزایش آسیب‌پذیری منجر می‌شود (هینشلوود و فورتونا، ۲۰۱۸).

هر چه ایگو قدرتمند باشد و سازمان‌یافتگی منسجم‌تری داشته باشد، مکانیسم‌های دفاعی بالغ‌تر و در نتیجه تحریف واقعیت کمتر صورت می‌گیرد و سطح سلامت‌روانی بالاتری در فرد مشاهده می‌شود و بر عکس هر چقدر خود توانمندی کمتری داشته باشد انسجام کمتری دارد و در پاسخ به خواست‌ها و مقتضیات نهاد، فراخود و واقعیت با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ مسیرهای جانشینی ناکارآمدتری را برای ارضای تکانه‌های نهاد بر می‌گزیند (کیرانکا و همکاران، ۲۰۱۸). کارکردهای دفاعی خود نه تنها برای حفاظت از خود در برابر تعارضات میان ایگو، نهاد و فراخود است بلکه برای حفاظت از خود در برابر تعارض بین فردی، تعارض بین هنجارهای اجتماعی و آشفتگی مرتبط با تروما نیز است (اسکارف، ۲۰۱۳). بنابراین وجود یک خود قدرتمند باعث می‌شود که افراد نشانه‌های آسیب‌روانی را از خود کمتر نشان دهند و در برابر تنش ناشی از شرایط فشارزای زندگی، تحمل و ظرفیت کافی داشته باشند. از طرف دیگر ضعف خود موجب می‌شود که ارگانیزم از دنیای بیرونی به دنیای درونی بر گردد و به خودش عقب‌نشینی کند. یکی از منابع درونی که فرد را قادر می‌سازد تا علی‌رغم شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی به رشد سازگاران خود ادامه دهد و سلامت‌روانی خود را حفظ کند، استفاده از مکانیسم‌های دفاعی است. بر اساس نظریه روان تحلیل‌گری انسان همواره تحت تاثیر فشارهای مرتبط با تکانه‌های نهاد است که بعضاً خطرناک و ناهمخوان با مقتضیات فرهنگی تلقی می‌شوند و برآورده شدن آن‌ها به مصالحه خود به عنوان یک بخش مرتبط با واقعیت بیرونی نیاز دارد (سامرز، ۲۰۱۴). همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته شد که بین ترومای پیچیده و اختلال شخصیت مرزی در زوجین متعارض رابطه وجود دارد که با نتایج پژوهش‌های انفعال، امیدوار و زارع نژاد (۱۴۰۰)، استادنوروزی و زمستانی (۱۳۹۹)، کاتانه و همکاران (۲۰۱۷) دان و همکاران (۲۰۱۸) و ون دیجکه، هوپمن و فورد (۲۰۱۸) و دیجنق و همکاران (۲۰۲۰) مطابقت داشت.

در تبیین یافته حاضر می‌توان به نظریه زیستی- اجتماعی لینهان اشاره کرد. لینهان در توصیف اختلال شخصیت مرزی بر بدکارکردی و بدتنظیمی هیجانی و محیط بی اعتبارساز هیجان در پیدایش اختلال شخصیت مرزی تمرکز می‌کند. نظریه زیستی - اجتماعی بیان می‌کند که اختلال شخصیت مرزی، اساساً

نوعی بدکارکردی در سیستم تنظیم هیجان است. محیط بی اعتبارساز به این دلایل پاسخ‌های هیجانی ناکارآمد در دوران کودکی ایجاد می‌کند: (۱) کوتاهی در آموزش کودک جهت بازشناسی، تشخیص، تنظیم و تعدیل هیجان‌ها (۲) کوتاهی والدین در آموزش کودک برای تحمل حالات پریشانی و (۳) کوتاهی در آموزش کودک برای اینکه به پاسخ‌های هیجانی خودش به عنوان تفسیرهای درست از واقعیت اعتماد کند (محمودعلیلو و شریفی، ۱۳۹۲). بدین ترتیب، سوء استفاده عاطفی در دوران کودکی که شکلی از بی‌اعتباری است. غفلتی که از طرف والدین در دوران کودکی رخ می‌دهد، تاثیر نامطلوبی بر تحول هیجانی- اجتماعی دوران بزرگسالی می‌گذارد. از جمله اینکه افرادی که در دوران کودکی خود به لحاظ عاطفی مورد غفلت واقع شده اند معمولاً به ناچار درد روانی و عاطفی زیادی را تحمل کنند که این مانع از ایجاد امنیت و دلبستگی ایمن در آن‌ها می‌شود. بنابراین کمتر احتمال دارد که مهارت‌های تنظیم هیجان یا مقابله موثر با شناخت واره‌ها یا هیجان‌های منفی در این کودکان شکل بگیرند (کنگ و سو، ۲۰۱۸).

بدین ترتیب والدین با غفلت و سوءاستفاده عاطفی پایه و اساس شکل‌گیری دلبستگی نایمن را در فرزندان خود پایه ریزی می‌کنند. دلبستگی نایمن در روابط ابژه‌ای در بافت خانواده و دیگر تجربیات فرد در اجتماع موجب می‌شود وی وارد چرخه‌ای شود که در مقایسه با دیگران آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشد. مادران افراد دچار نشانگان شخصیت مرزی که سبک دلبستگی نایمن دارند، در رفتارهای خود به شدت بی‌ات هستند و قدرت پیش‌بینی در روابط را از کودک خود سلب می‌کنند. در نتیجه، الگوی بی‌ثبات درونی شکل گرفته از چهره دلبستگی، همواره موجب ترس و اضطراب جدایی در فرد خواهد شد؛ چرا که چهره دلبستگی درونی شکل گرفته از مادر در کودک، یک پایگاه ایمنی‌بخش درونی مستحکم و باثبات که در هر لحظه کودک نیاز داشته باشد، در اختیار او باشد، نیازهای اولیه او را به طور مدام باثبات برآورده سازد و محیط را همواره ایمن سازد، نیست. همچنانکه یکی از نشانه‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی، ترس از طرد و رها شدن توسط ابژه در روابط است (چمنی و نجفی، ۱۳۹۷).

روابط ابژه، نشانگان اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کند (کلارکین و همکران، ۲۰۲۰؛ چمنی و نجفی، ۱۳۹۷). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که روابط شیء به وسیله بازنمودهای شناختی- عاطفی مبتنی بر روابط بین فردی استوار است و به ظرفیت فرد شناختی - برای ایجاد روابط پایدار در زمینه‌های مختلف مربوط است. بر اساس نظریه‌های روابط ابژه و روان‌شناسی خود، نزدیکترین و صمیمی‌ترین روابط اولیه کودک، بیشترین تاثیر را بر بهنجاری و نابهنجاری روانی او دارد. طبق این نظریه تعارض‌های ارتباطی اولیه با موضوع، همراه با خلق حاکی بر ایون رابطه، درونی می‌شود و بعدها ارتباطات فرد را با افراد جدید تحت تاثیر قرار می‌دهد (گاگنون، لبلانک و ست اماند، ۲۰۱۵). همچنین نتیجه گرفته شد که بین توانمندی ایگو و اختلال شخصیت مرزی در زوجین متعارض رابطه وجود دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های بشرپور و عینی (۱۳۹۶)، روشن چسلی، عینی و صالح‌دل‌آرا (۱۳۹۷) و بادان فیروز، رحیمیان بوگر، ناجی و شیخی (۱۳۹۶) همسو بود. توانمندی ایگو با اختلال شخصیت مرزی رابطه معکوس دارد (بشرپور و عینی، ۱۳۹۶). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که شکل‌گیری اختلالات روانی در نتیجه حل نشدن بحران‌های مربوط به دوره‌های رشدی است. هر کدام از پیامدهای ناشی از حل نشدن بحران‌های رشدیمی توانند بر کارکردهای فردی و بین فردی افراد تاثیر بگذارند که این بدکارکردی در زمینه‌های مختلف در افراد مبتلا به شخصیت مرزی مشاهده می‌شود. از این رو ناتوانی در پروردن فرآیندهای من

می‌تواند همانند تثبیت‌های اولیه جنسی یا پرخاشگری به اختلالات شخصیت منجر شود و افراد مبتلا به شخصیت مرزی از مکانیزم‌های دفاعی به طور انعطاف‌ناپذیری استفاده می‌کنند که در این شرایط پایین آمدن توانمندی ایگو را به عنوان یک عامل روان‌شناختی انتظار داشت. از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی مردان و زنان متأهل متعارض انجام شد که به مراکز مشاوره در شهر تهران مراجعه کرده بودند، به نظر می‌رسد که شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای عوامل خانوادگی و سبک زندگی با سایر افراد متأهل تفاوت دارند و در پژوهش حاضر این متغیرها کنترل نشدند، ممکن است روی نتایج پژوهش تاثیر گذاشته باشد. بر این اساس محدودیت‌هایی را در زمینه استنباط، تبیین و تعمیم نتایج ایجاد کند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش این متغیرها کنترل یا مطالعه شوند و به منظور تشخیص، سبب‌شناسی و درمان اختلال شخصیت مرزی به نقش ترومای پیچیده دوران کودکی و روابط ابژه توجه جدی شود و بوسیله آموزش زمینه تقویت و استحکام توانمندی خود فراهم شود.

### موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

### سپاسگزاری

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند از همکاری شایسته مسئولین مراکز مشاوره و کلیه زوج‌های شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی کند.

### مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشتند.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد. مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.195 و در تاریخ ۱۳۹۹/۶/۱۰ به تصویب رسید.

### منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام، محمود، و ثقه‌الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴): ۲۷۵-۲۸۲.
- استادنوروزی، منا، و زمستانی، مهدی. (۱۳۹۹). بررسی مقایسه‌ای ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و گروه غیربیمار بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیربیمار. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی*، ۷(۶): ۸۵-۹۹.

بادان فیروز، علی، رحیمیان بوگر، اسحق، ناجی، احمدعلی و شیخی، محمدرضا. (۱۳۹۶). تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان: نقش پیش‌بینی قدرت ایگو و سازمان شخصیت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۱(۸): ۳۷-۴۵.

بشارت، محمدعلی، اسدی، محمد مهدی، و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای استحکام هنر در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های اضطراب. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۲(۴): ۱۷-۱. بشرپور، سجاد، و عینی، ساناز. (۱۳۹۵). پیش‌بینی اختلالات شخصیت بر پایه مدل پنج‌عاملی جایگزین زاگرمن-کلمن و قدرت ایگو. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۹(۵): ۸۴-۹۳.

تیمورپو، نگار، بشارت، محمدعلی، رحیمی‌نژاد، عباس، حسین‌رشیدی، بتول، و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با ناباروری در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه ناباروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (بیمارستان امام خمینی تهران) در سال ۱۳۹۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴(۱): ۱۵-۲۴.

جمالی، معصومه، قدسی، پروانه، تقی‌لو، صادق، و میرهاشمی، مالک. (۱۴۰۰). تبیین الگوی ساختاری بین نیازهای بنیادین و کیفیت زناشویی بر اساس میانجیگر قدرت ایگو. *نشریه مدیریت ارتقاء سلامت*، ۱۰(۳): ۷۱-۸۲.

جمیل، لیلی، عاطف وحید، محمدکاظم، دهقانی، محمود و حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۴). سلامت‌روان از دیدگاه روان‌پویشی: رابطه توانمندی ایگو، سبک‌های دفاعی و روابط ابژه با سلامت. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۱(۲): ۱۵۴-۱۴۴.

چمنی، فاطمه، و نجفی، محمود. (۱۳۹۷). ارتباط روابط موضوعی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانگان شخصیت مرزی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۶(۱): ۵۴-۶۱.

رحمتیان، فاطمه، هاشمیان، سید سپهر، برجعلی، احمد، و حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۵). رابطه ادراک فرد از والدگری پدر با روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی. *نشریه طب انتظامی*، ۱۷(۱): ۳۰-۱۷.

روشن‌چلسی، رسول، عینی، ساناز، و دل‌آرا، امیر صالح. (۱۳۹۷). پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت خوشه B بر پایه مدل پنج‌عاملی جایگزین زاگرمن-کلمن و قدرت ایگو. *دو فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۲): ۷-۱۵.

شریفی، علی‌اکبر. (۱۳۸۶). *راهنمای پرسشنامه چندمحوری شخصیت میلون*. تهران: روان‌سنجی. شفق دوست، مریم، و شهامت ده‌سرخ، فاطمه. (۱۳۹۸). نقش میانجی روابط موضوعی و کارکردهای ایگو در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روان دانشجویان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۱۳(۳): ۳۲-۴۶.

فتحی‌آشتیانی، علی، و داستانی، محبوبه. (۱۳۹۷). *آزمون‌های روان‌شناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت‌روانی*. تهران: انتشارات بعثت.

فرنوش، فاضل، حسینی، علی، و بهرامی، مریم. (۱۳۹۵). میزان شیوع اختلالات شخصیت و رابطه آن با سبک‌های دلبستگی در مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۸(۲): ۴۱-۵۲.

کوچکی‌راوندی، محمد، منیرپور، نادر، و ارج، عباس. (۱۳۹۴). نقش سبک‌های دلبستگی، کیفیت روابط موضوعی و قدرت ایگو در پیش‌بینی سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله فیض*، ۱۹(۳): ۲۴۱-۲۳۱.

مرادی، امید، و چارداولی، شایسته. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به شیوه شناختی- رفتاری و ساختاری بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در زوج‌های متقاضی طلاق. *پژوهش‌های مشاوره، ۱۵*(۵۷): ۴۰-۲۴. منصور، جمیل، بشارت، محمدعلی، و غریبی، حمیدرضا. (۱۳۹۸). پیش بینی ناگویی هیجانی براساس سبک‌های دلبستگی و ابعاد کمال گرایی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان شناختی، ۱۸* (۸۱): ۹۹۰-۹۸۱.

نیک‌فلاح، راضیه، و گلشنی، فاطمه. (۱۴۰۰). مقایسه روابط ابژه‌ای، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و آسیب دوران کودکی در افراد دارای نشانگان اختلال‌های شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی- جبری. *رویش روان‌شناسی، ۱۰*(۲): ۱۳۷-۱۲۵.

هادی‌نژاد، حسن، طباطباییان، مریم، و دهقانی، محمود. (۱۳۹۳). بررسی مقدماتی روایی و پایایی پرسشنامه روابط موضوعی و واقعیت‌آزمایی بل. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۰* (۲): ۱۶۹-۱۶۲.

### References

- Amato, P. R., & Marriott, B. H. (2016). A Comparison of high-and low Distress Marriages that end in Divorce. *Journal of Marriage and Family, 69*(2), 621-638.
- Badan Firouz, A., Rahimian Bougar, I., Naji, A. A., & Sheikhi, M. R. (2017). Cognitive emotion regulation in students: the mediating role of ego strength and personality organization. *Qom University of Medical Sciences Journal, 11*(8), 37-45. (In Persian)
- Basharpour, S., & Aini, S. (2016). Personality disorder prediction based on the alternative five-factor zuckerman-kolman model and ego strength. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal, 19*(5), 84-93. (In Persian)
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Metallization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bell MD. (1995). *Bell object relations and reality testing inventory (BORRTI)*. Los Angeles, Calif: Western Psychological Services.
- Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity and factorial analysis. *Journal of Clinical Psychology, 42*(5), 733-741.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect, 27*(2), 169-190.
- Besharat, M. A., Asadi, M. M., & Gholamali Lavasani, M. (2016). The mediational role of self-esteem in the relationship between perfectionism dimensions and anxiety symptoms. *Positive Psychology Research, 2*(4), 1-17. (In Persian)
- Brody, S., & Carson, C. M. (2014). Brief report: Self-harm is associated with immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. *Journal of adolescence, 35*(3), 765-767.
- Caligor, E., & Stern, B. L. (2020). Diagnosis, Classification, and Assessment of Narcissistic Personality Disorder within the Framework of Object Relations Theory. *Journal of Personality Disorders, 34*(Supplement), 104-121.
- Chamani, F., & Najafi, M. (2018). The relationship between object relations and early maladaptive schemas with borderline personality traits in medical students. *Journal of Behavioral Sciences Research, 6*(1), 54-61. (In Persian)
- Clarkin, J. F., Caligor, E., & Sowislo, J. F. (2020). An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology, 53*(3), 141-148.



- Danese, A., & Baldwin, J. R. (2017). Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual review of psychology*, 68, 517-544.
- Farnoush, F., Hosseini, A., & Bahrani, M. (2016). The prevalence of personality disorders and their association with attachment styles in patients referred to psychological clinics in Tehran. *Advances in Cognitive Science*, 18(2), 41-52. (In Persian)
- Fathi Ashhtiani, A., & Dastani, M. (2018). Psychological assessment, personality evaluation, and mental health. Beheshti Publications. (In Persian)
- Haber, S. N., Yendiki, A., & Jbabdi, S. (2021). Four deep brain stimulation targets for obsessive-compulsive disorder: are they different? *Biological Psychiatry*, 90(10), 667-677.
- Hinshelwood, R. D., & Fortuna, T. (2018). *Melanie Klein: The Basics*. New York: Taylor & Francis.
- Hiraoka, R., Crouch, J. L., Reo, G., Wagner, M. F., Milner, J. S., & Skowronski, J. J. (2016). Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child abuse & neglect*, 52, 177-184.
- Huprich, S. K., Nelson, S. M., Pageot, A., Lengu, K., & Albright, J. (2017). Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *Personality disorders*, 8(1), 46 – 53.
- Ibrahimi, H., Dezhkam, M., & Sagheb-Al-Islam, T. (2013). Childhood trauma and suicidal behavior in adulthood. *Iranian Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 19(4), 275-282. (In Persian)
- Jamali, M., Ghodsieh, P., Taghiloo, S., & Mirhashemi, M. (2021). Explaining the structural model between basic needs and marital quality based on the mediator role of ego strength. *Journal of Health Promotion Management*, 10(3), 71-82. (In Persian)
- Jamil, L., Atefvahid, M. K., Dehghani, M., & Habibi, M. (2015). Mental health from psychoanalytic perspective: the relationship among ego strength, defense mechanisms, and mental health. *Iranian Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 21(2), 144-154. (In Persian)
- Kayser, R. R., Haney, M., Raskin, M., Arout, C., & Simpson, H. B. (2020). Acute effects of cannabinoids on symptoms of obsessive-compulsive disorder: A human laboratory study. *Depression and anxiety*, 37(8), 801-811.
- Kim, K. H., & Park, S. Y. (2016). The Effects of Young Children Teachers' Ego-strength and Self-efficacy on Problem Solving. *The Journal of the Korea Contents Association*, 16(3), 638-648.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, NY: Guilford.
- Kouchaki-Ravandi, M., Monirpour, N., & Arj, A. (2015). The role of attachment styles, quality of object relations, and ego strength in predicting irritable bowel syndrome symptoms. *Feiz Journal*, 19(3), 231-241. (In Persian)
- Kroska, E., Miller, M., Roche, A. L., Kroska, S. K., & et al. (2017). Effects of Traumatic Experiences on Obsessive-Compulsive and Internalizing Symptoms: The Role of Avoidance and Mindfulness. *Journal of affective disorders*, 225, 326-336.
- Lau, Y., Fang, L., & Kwong, H. K. D. (2020). Cross-lagged Models of Marital Relationships and Intergenerational Conflicts during Transition to Parenthood: Effect of Patrilineal Coresidence. *Family Process*, 59(4): 1569-1587.
- Levy, H. C., Hannan, S. E., Diefenbach, G. J., & Tolin, D. F. (2018). Change in obsessive beliefs in therapist-directed and self-directed exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 18, 1-7.
- Lewis, S. J., Koenen, K. C., Ambler, A., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., & Danese, A. (2021). Unravelling the contribution of complex trauma to

- psychopathology and cognitive deficits: a cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 448-455.
- Livesley, W. J., & Larstone, R. (Eds.). (2018). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. Guilford Publications.
- Mansouri, J., Besharat, M. A., & Ghorbani, H. R. (2019). Prediction of emotional dysregulation based on attachment styles and dimensions of perfectionism. *Psychological Sciences (Iranian Psycholo (In Persian)*
- Markstrom, C. A., Sabino, V. M., Turner, B. J., & Berman, R. C. (1997). The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence*, 26(6), 705-732.
- Markstrom, C.A & Marshall, S.K. (2007). The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of Adolescence*. 30(1), 63-79.
- Mbwire, J. (2017). *Causes of marital conflicts in Christian marriages in Domboshawa area*, Mashonaland East Province, Zimbabwe.
- Miller, M., & Brock, R. (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 29-44.
- Moradi, O., & Chardavali, S. (2016). Efficacy of combined cognitive-behavioral and structural couple therapy on quality of life and its dimensions in couples seeking divorce. *Counseling Research*, 15(57), 24-40. (In Persian)
- Onaral, G. (2021). Effectiveness of Third Wave Therapies for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(2), 292-331.
- Ostad Noroozi, M., & Zomorodi, M. (2020). A comparative study of the relationship between childhood trauma, personality functioning, and personality disorders among non-patient and borderline personality disorder patient groups. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(6), 85-99. (In Persian)
- Petrovic, Z. K., Peraica, T., & Kozaric- Kovacic, D. (2018). Comparison of ego strength between aggressive and non-aggressive alcoholics: a cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 59(4), 156.
- Rahmatian, F., Hashemian, S. S., Barjali, A., & Habibi, M. (2017). The relationship between father's perceptions of parenthood and object relations and defense mechanisms. *Journal of Legal Medicine*, 5(1), 17-30. (In Persian)
- Roshan Chelasi, R., Aini, S., & Del Ara, A. S. (2018). Prediction of cluster B personality disorders based on the alternative five-factor zuckerman-kolman model and ego strength. *Journal of Clinical and Personality Psychology*, 16(2), 7-15. (In Persian)
- Sametoglu, S., Denissen, J. J., De Clercq, B., & De Caluwe, E. (2022). Towards a better understanding of adolescent obsessive-compulsive personality traits and obsessive-compulsive symptoms from growth trajectories of perfectionism. *Development and psychopathology*, 34(2), 1468-1476. <https://doi.org/10.1017/S0954579421000195>
- Shafaghdoost, M., & Shahamat Deh Sarkh, F. (2019). The mediating role of object relations and ego functioning in the relationship between family performance and mental health among students. *Quarterly Journal of Psychological Approaches to Health*, 13(3), 32-46. (In Persian)
- Sharifi, A. A. (2007). *Multidimensional Personality Questionnaire manual*. Tehran: Ravansanji Publications. (In Persian)
- South, S. C., Boudreaux, M. J., & Oltmanns, T. F. (2020). The impact of personality disorders on longitudinal change in relationship satisfaction in long-term married couples. *Journal of personality disorders*, 34(4), 439-458.

- Timorpour, N., Besharat, M. A., Rahiminia Nejad, A., Hossein Rashidi, B., & Gholamali Lavasani, M. (2015). The relationship between attachment styles and ego strengths with infertility adaptation in women referred to the Valiasr infertility center in Tehran in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 14(1), 15-24. (In Persian)
- Vicheva, P., Butler, M., & Shotbolt, P. (2020). Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Neuroscience & Bio behavioral Reviews*, 109, 129-138.
- Wang, D., Lu, S., Gao, W., Wei, Z., & et al. (2018). The Impacts of Childhood Trauma on Psychosocial Features in a Chinese Sample of Young Adults. *Psychiatry Investigation*, 15(11), 1046-1052.
- Winnicott, D. (1953). Psychoses and child care. *British Journal of Medical Psychology*, 26(1):68-74.

## The prediction model of borderline personality based on complex trauma and object relation with mediating role of ego strength in conflicting couples

Bitā. Bayani<sup>1</sup>, *Asghar. Jafari*<sup>2\*</sup>, Abdollah. Shafie Abadi<sup>3</sup> & Simin. Hoseinian<sup>4</sup>

### Abstract

**Aim:** The present study aimed to study the predicting model of borderline personality based on complex trauma and object relation with mediating role of ego strength in conflicting couples. **Methods:** Method was descriptive-correlational. Population was all refereeing couples to counseling and psychological clinics in 2021 in Tehran. Using multi cluster sampling and cutting point  $>75$  in MCMI-3, 205 participants with borderline and inclusion criteria were selected and completed the questionnaires of Markstorm and et al, s (1997) PIES, Milon-3, s (1997) MCMI-3, Bell's (1995) BORI, Borneshatian & et al, s (2003) CTQ. Data were analyzed by Pearson correlation and SEM. **Findings:** There is a positive and significant relationship between trauma and borderline and there is a negative and significant relationship between ego strength and borderline ( $p<0.01$ ). The results of SEM showed that the prediction Model of borderline based on complex trauma and object relation with mediating role of ego strength is fit ( $p<0.01$ ). **Conclusion:** Ego strength effect on borderline through moderating object relation and effacing the dimension of cognitive and emotional of childhood trauma. Therefore, it was suggested, pay attention to trauma, object relation in etiology and therapy of borderline, and promote ego strength by training and counseling.

**Keywords:** *Borderline, Complex Trauma, Object Relation, Ego Strength, Conflicting Couples.*

1. PhD student, Consulting Department, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. **\*Corresponding author:** Associate Professor, Department of Psychology, Kashan University, Kashan, Iran

*Email:* a.jafari@kashanu.ac.ir

3. Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

4. Professor of Counseling Department, The faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Dehe Vanak, Tehran, Iran