Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 7/ No. 6/ 2021
Page: 85-99

Comparative study of the relationship between childhood traumas with personality function and pathological traits in patients with borderline personality disorder and non-patient group

Mona Ostad Noroozi[1], Mehdi Zemestani[2]

1-M.Sc of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran (Corresponding Author). E-mail: Mostadnoroozy@gmail.com
2- Associate Professor, Department of Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Received: 22/10/2020 **Accepted:** 10/01/2021

Abstract

Introduction: A review of the background of people with borderline personality disorder shows that most of these people were raised in shaky family environments.

Aim: The aim of this study was to predict the relationship between personality function and pathological traits in patients with borderline personality disorder and normal group through childhood traumas.

Method: The present study was a causal-comparative and correlational study. The statistical population consisted of 214 students of the academic year 2018-2019 of Kurdistan University and 25 patients with borderline personality disorder hospitalized from December to February 2018 in Ghods Psychiatric Hospital, by available sampling method. And Childhood Injury Questionnaires (Bernstein and Fink, 1998), the Large-Scale Personality Function Levels (Murray et al., 2011), the Long Version of the Personality Checklist for the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (American Psychiatric Association, 2013) and the Personality Disorders Questionnaire (First et al., 1997) responded. Data analysis was performed using Pearson correlation test and logistic regression analysis.

Results: There was a direct and significant relationship between the scores of borderline personality disorder and personality function at the level of (P<0.000) and childhood trauma at the level of (P<0.000). The findings of the present study using logistic regression showed that personality dysfunction and childhood traumas at the (P<0.000) level are able to distinguish between 23 and 48% of the group with borderline personality disorder from the non-clinical group.

Conclusion: According to the results of borderline personality disorder, personality trauma can be predicted through childhood traumatic experiences and dysfunction. Clinicians are advised to consider the role of childhood trauma in dealing with borderline patients.

Keywords: Borderline personality disorder, Child abuse, DSM-V, Student

How to cite this article : Ostad Noroozi M, Zemestani M. Comparative study of the relationship between childhood traumas with personality function and pathological traits in patients with borderline personality disorder and non-patient group. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2021; 7 (6): 85-99 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-982-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال هفتم، شماره ۶، ۱۳۹۹
صفحات: ۹۹-۸۵

بررسی مقایسه‌ای ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرضی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیر بیمار

منا استادنوروزی[۱]، مهدی زمستانی[۲]

۱.کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Mostadnoroozy@gmail.com
۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۰۱ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۹/۱۰/۲۱

چکیده

مقدمه: بررسی پیشینه افراد دارای اختلال شخصیت مرزی نشان می‌دهد که اغلب این افراد در محیط‌های متزلزل خانوادگی پرورش یافته‌اند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رابطه‌ی کارکرد شخصیت و صفات مرضی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه نرمال از طریق تروماهای دوران کودکی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای و همبستگی بود. جامعه آماری را ۲۱۴ نفر از دانشجویان سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ دانشگاه کردستان و ۲۵ نفر از بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بستری از آذر تا بهمن سال ۱۳۹۷ در بیمارستان روانی قدس، به روش نمونه‌گیری در دسترس تشکیل دادند و به پرسشنامه‌های آسیب‌های دوران کودکی (برنشتاین و فینک، ۱۹۹۸)، مقیاس بلند سطوح کارکرد شخصیت (موری و همکاران، ۲۰۱۱)، نسخه بلند سیاهه شخصیت برای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۲۰۱۳) و پرسشنامه اختلالات شخصیت (فیرست و همکاران، ۱۹۹۷) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون لجستیک انجام شد.

یافته‌ها: بین نمرات اختلال شخصیت مرزی با کارکرد شخصیت در سطح (P<۰/۰۰۰) و ترومای کودکی در سطح (P<۰/۰۰۰) ارتباط مستقیم و معناداری یافت شد. یافته‌های پژوهش حاضر با استفاده از رگرسیون لجستیک نشان دادند که بدکارکردی شخصیت و تروماهای دوران کودکی در سطح (P<۰/۰۰۰) قادر است با درصد تبیین ۲۳ الی ۴۸ ٪ گروه دارای اختلال شخصیت مرزی را از گروه غیر بالینی تفکیک نماید.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج اختلال شخصیت مرزی از طریق تجارب تروماتیک دوران کودکی و بدکارکردی شخصیت قابل پیش‌بینی است و به بالینگران توصیه می‌شود در کار با بیماران مرزی نقش تروماهای دوران کودکی را در نظر داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، سوء استفاده از کودک، پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی، دانشجویان

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی[1] که حدود ۲-۱٪ از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اختلال شدید روانی است که از مشخصه‌های بارز آن می‌توان به بی‌ثباتی عاطفی، تکانشگری، تحریک‌پذیری، رفتارهای خود جرحی، روابط بین فردی ناپایدار و نارسایی‌های معنی‌دار در توانایی تنظیم هیجان اشاره کرد (انجمن روان پزشکان آمریکا[2]، ۲۰۱۳). این رفتارها به دلیل مشکلات در رابطه‌ی والد – فرزندی و سبک تربیت والدین در اوایل کودکی رخ می‌دهد (گابارد[3]، ۲۰۱۰). تحقیقات نشان می‌دهد این افراد معمولاً دچار غفلت، بی‌توجهی و یا سوء استفاده کلامی بوده‌اند و یا به صورت نامناسب آموزش دیده‌اند. گاهی سابقه‌ی طلاق، مرگ زودرس والدین و تروماهایی (سوء استفاده جسمی و جنسی) در تاریخچه‌ی دوران کودکی مبتلایان به این اختلال دیده می‌شود (هولم و همکاران[4]، ۲۰۰۹؛ هانگ[5] و همکاران، ۲۰۱۰؛ ماسکرا و همکاران[6]، ۲۰۱۳؛ انجمن روان پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳). تشخیص زودهنگام این بیماری می‌تواند سبب کمک به بهبود و تغییر دوره‌ی بیماری و کم کردن هزینه‌های گزافی که خود این افراد و خانواده هایشان باید بپردازند، باشد (انسینک و همکاران[7]، ۲۰۱۵).

مدلی که تا حد بسیار زیادی توانسته است به تبیین علل اختلال شخصیت مرزی بپردازد، مدل زانارینی[8] (۱۹۹۳) است . طبق این مدل شکل گیری اختلال شخصیت مرزی، از ترکیب پیچیده‌ی سه مؤلفه‌ی مزاج فرد، تروماها و چالش‌های دوران کودکی و کژکاری نسبتاً ظریف نورولوژیک و بیوشیمیایی ناشی می‌شود. (زانارینی و فرانکنبورگ[9]، ۱۹۹۷). ۱) اولین عامل، وجود عوامل تروماتیک در خانواده است که در قالب گسترده‌ای تعریف شده است (زانارینی و همکاران[10]، ۲۰۰۲). ۲) دومین فاکتور وجود خلق و خوی آسیب پذیر در این افراد است؛ این افراد احساسات غیر قابل تحمل از خشم، غم و شرم را به تلاشی بی‌وقفه برای جلب توجه دیگران به عظمت درد هیجانی‌ای که احساس می‌کنند، تبدیل می‌کنند. ۳)سومین عامل ضروری برای توسعه اختلال شخصیت مرزی یک رویداد یا مجموعه‌ای از وقایع (تجربیات نرمال یا آسیب‌های طبیعی و اتفاقی) است (زانارینی وفرانکبورگ ، ۱۹۹۴). در راستای این نظریات پژوهش های زیادی صورت گرفته است که در نتیجه آن ها اختلال شخصیت مرزی از یک محیط زندگی ناپایدار و غیر قابل اطمینان دوران کودکی ایجاد می‌شود و به طور خاص توسط سوء رفتار عاطفی و عواطف منفی مشخص می‌شود (روزنشتاین و همکاران[11]، ۲۰۱۸؛ کاروالهو و همکاران[12]، ۲۰۱۴؛ سالون و همکاران[13]؛ ۲۰۱۴). سوء استفاده و غفلت از کودک در اشکال مختلف اتفاق می‌افتد؛ که شامل سوء استفاده جنسی، جسمی (جراحت عمدی کودک (انجمن روان پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳) و هیجانی که تقریباً در همه بدرفتاری‌هایی که با کودک می‌شود، به چشم می‌خورد (گلاسر[14]، ۲۰۰۲)) می باشد؛ همچنین غفلت جسمانی (عدم تأمین کافی نیازهای فیزیکی کودک (جلن، مکلور

[1]- Borderline Personality Disorder
[2]- APA
[3]- Gabbard
[4]- Holm, et al.
[5]- Haung, et al.
[6]- Mosquera, et al.
[7]- Ensink, et al.
[8]- Zanarini
[9]- Zanarini & Frankenburg
[10]- Znarini, et al.
[11]- Rosenstein, et al.
[12]- Carvalho, et al.
[13]- Salwen, et al.
[14]- Glaser

و تیلور[1]، ۲۰۰۱))، غفلت هیجانی (بی‌توجهی آشکار یا یا برآورده نکردن نیازهای عاطفی کودک(گلاسر، ۲۰۰۲)) و غفلت آموزشی (مجاز دانستن مدرسه گریزی به طور مستمر (فرانسیس و وولف[2]، ۲۰۰۸)) را شامل می‌شود (رومل و مسمان - مور[3]، ۲۰۱۱). مطالعات جدیدتر نشان می‌دهند که بدرفتاری عاطفی/ هیجانی (یعنی، حمله‌های کلامی به احساس خود، احساس ارزشمندی، بهزیستی یا ایمنی کودک) ممکن است بیشترین ارتباط را در میان انواع بدرفتاری با افراد دارای اختلال شخصیت مرزی داشته باشد. (تریکت و همکاران[4]، ۲۰۰۹؛ گراتس و همکاران[5]، ۲۰۰۸).

برای ارزیابی اختلالات شخصیت در بخش ضمیمه‌ی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی[6] رویکردهای تقلیل‌گرایانه و ابعادی نیز معرفی شده‌اند. سیاهه‌ی شخصیت برای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی[7]، به منظور ارزیابی ابعادی شخصیت و اختلالات و مقیاس سطوح کارکرد شخصیت[8] به منظور متمایز ساختن پنج سطح اختلال (عدم اختلال تا شدید) در نظر گرفته شده است. (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۲۰۱۳). سطح کارکرد شخصیت (ملاک A)، به معنای آشفتگی درکارکردهای (هویت[9] و خودگردانی[10]) و بین فردی (همدلی[11] و صمیمیت[12]) می‌باشد، صفات شخصیتی مرضی بیمارگون (ملاک B) نیز در پنج حوزه گسترده‌ی : هیجان پذیری منفی[13]، دل گسستگی[14]، مخالفت جویی[15]، مهارگسستگی[16] و گرایش روان پریشی[17] سازماندهی شده‌اند (انجمن روان پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳ ؛اسبک و اچبورا[18]، ۲۰۱۵). تحقیقات جدید بیشتر بر اساس رویکرد ابعادی موجود در بخش سوم پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی و ارتباط آن‌ها با تروماهای دوران کودکی انجام می‌شود (کروگر و همکاران[19]، ۲۰۱۲).

بنا بر آنچه گفته شد در تاریخچه‌ی دوران کودکی بخش بزرگی از افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تروماهایی اعم از انواع سوء استفاده و غفلت به چشم می‌خورد. علی رغم وجود این گزارش‌های متعدد در مورد ارتباط تاریخچه‌ی تروماهای دوران کودکی با موارد بالینی اختلال شخصیت مرزی ، مطالعات کمی در همین حوزه در جمعیت غیر بالینی انجام شده است. در حالی که بد رفتاری و غفلت با کودکان در جامعه از آمار بالایی برخوردار است و اثرات جبران ناپذیری بر سلامت روان افراد دارد، پس در پژوهش حاضر سعی بر آن بوده که هر دو گروه بالینی و غیر بالینی در نمونه گنجانده شود. با توجه به مشکلات تشخیصی این اختلال و بحث‌های مبنی بر مدل جایگزین در فصل سوم پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی و جای خالی پژوهش‌هایی درمورد بدکارکردی و صفات مرضی شخصیت در جمعیت بالینی و غیر بالینی در مورد اختلال شخصیت مرزی، پژوهش حاضر قصد دارد بررسی مقایسه‌ای در مورد ارتباط بین تروماهای دوران کودکی

[1]- Jellen, McCarroll & Thayer
[2]- Francis & Wolfe
[3]- Roemmele & Messman-Moore
[4]- Trickett, et al.
[5]- Gratz, et al.
[6]- DSM-5= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorde
[7]- PID-5=Personality Inventory for DSM-5
[8]- LPFS=Level of Personality Functioning Scale
[9]- Identity
[10]- Selfdirection
[11]- Empathy
[12]- Intimacy
[13]- Negative Affectivity
[14]- Detachment
[15]- Antagonism
[16]- Disinhabition
[17]- Psychoticism
[18]- Esbec & Echeburúa
[19]- Krueger, et al.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

با کارکرد شخصیت و صفات مرزی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیر بیمارانجام دهد.

روش

روش شناسی پژوهش حاضرکمی بود که در قالب روش علی- مقایسه‌ای انجام گرفت. جامعه پژوهش حاضر شامل دو گروه بود. بخش اول گروه بالینی بودند که، توسط روان پزشک متخصص یا روان‌شناس بالینی تشخیص اختلال شخصیت مرزی را دریافت کردند و بستری بودند. برای این گروه جامعه در دسترس شامل کلیه افرادی بود که از آذر تا بهمن سال ۱۳۹۷ در بیمارستان قدس سنندج بستری بودند. گروه غیر بالینی نیز شامل کلیه دانشجویانی است که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در دانشگاه کردستان مشغول به تحصیل بودند و برای شرکت در این پژوهش به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و در اتاق آزمایشگاه روان شناسی دانشگاه کردستان، پرسشنامه‌های آسیب‌های دوران کودکی، مقیاس بلند سطوح کارکرد شخصیت، نسخه بلند سیاهه شخصیت برای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی و پرسشنامه اختلالات شخصیت[1] با ترتیب تصادفی جهت پاسخ دهی در اختیار آنان قرارگرفت. در مورد مسائل اخلاقی پژوهش به افراد اطمینان داده شد که گمنامی در تکمیل ابزارها لحاظ شده است و رازداری و محرمانه بودن اطلاعات حفظ شده است. در مجموع ۲۳۹ نفر شناسایی شدند، گروه بالینی شامل ۲۵ مورد و ۲۱۴ نفر مابقی در گروه غیر بالینی قرار داشتند. در این پژوهش ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۸ تا ۴۶ سال، اعلام رضایت، تشخیص اختلال شخصیت مرزی و بستری بودن در بیمارستان روان پزشکی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: علائم سایکوتیک یا مانیا، بیماری‌های پزشکی، مصرف دارو، سوء مصرف مواد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون آماری همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش و تحلیل رگرسیون لجستیک برای پیش بینی ارتباط بین ترومای‌های دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرزی با استفاده از نرم افزار spss نسخه‌ی ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

ابزارهای پژوهش به تفصیل عبارت اند از:

پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی[2]: یک پرسشنامه خودگزارشی که توسط برنشتاین و فینک[3] (۱۹۹۸) به صورت ۳۴ سؤالی در ۵ حیطه‌ی سوء استفاده‌ی عاطفی، فیزیکی، جنسی و غفلت در دو حیطه‌ی عاطفی و فیزیکی براساس طیف لیکرت (از هرگز تا همیشه) ساخته شد. علاوه بر جمع امتیازها براساس نقطه‌ی برش برای هریک از حیطه‌ها نوع متوسط تا شدید تعیین شد که عبارت‌اند از: ۱۳ و بالاتر برای سوء استفاده هیجانی، ۱۰ و بالاتر برای سوء استفاده‌ی فیزیکی، ۸ برای سوء استفاده‌ی جنسی، ۱۵ و بالاتر برای غفلت هیجانی و هم غفلت فیزیکی؛ و به این ترتیب براساس توصیه‌ی ابداع‌کنندگان پرسشنامه افراد به دو گروه تقسیم می‌شوند، کسانی که نمره‌ی آن ها در محدوده‌ی متوسط تا شدید قرار داشت و دارای سابقه‌ی سوء استفاده‌ی دوران کودکی و نمره‌ی کمتر از آن بدون سابقه در نظر گرفته شده است

[1]- SCID-II=Structured Clinical Interview for DSM-IV

[2]- CTQ=Childhood Trauma Questionnaire

[3]- Bernstein & Fink

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

(برنشتاین و فینک، ۱۹۹۸؛ وینگفیلد و همکاران[1]، ۲۰۱۰). پایایی آن به دو روش آزمون ـ بازآزمون و آلفای کرونباخ در دامنه‌ی ۰/۷۹– ۰/۹۴ گزارش شده است (روی، ۲۰۱۱؛ برودسکی و همکاران، ۲۰۰۸). پایایی و روایی این پرسشنامه توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ را ۸۱/۰ تا ۹۸/۰ به زبان فارسی به دست آورده‌اند و رضایی (۱۳۹۵) روایی سازه‌ای آن را تأیید کرده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای سوء استفاده عاطفی ۸۲/۰، سوء استفاده جسمانی ۸۱/۰، سوء استفاده جنسی ۸۶/۰، غفلت عاطفی ۹۰/۰ و غفلت جسمانی ۰/۷۱ در پژوهش حاضر گزارش شده است.

مقیاس سطوح کارکرد شخصیت[2]: این مقیاس ۸۰ آیتمی سطوح کارکرد شخصیت توسط بندر[3] و همکاران (۲۰۱۱) برای اندازه‌گیری سطوح کارکرد شخصیت در مدل جایگزین عنوان شده در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی ساخته شد که سطوح کارکرد شخصیت را در چهار مؤلفه خود – جهت دهی (۱۶ آیتم)، هویت (۲۱ آیتم)، همدلی (۲۳ آیتم) و صمیمیت (۲۰ آیتم) بررسی می کند. نمره‌گذاری آن به صورت (کاملاً اشتباه یا نه چندان درست = ۱ ، کمی درست= ۲، عمدتاً درست= ۳ و کاملاً درست= ۴) ارزیابی می‌شود. موری و همکاران (۲۰۱۱) پایایی آن را ۹۶/۰ گزارش کرده‌اند. قدرت تمییز این مقیاس را ۷/۷۲ درصد و حساسیت تشخیصی آن را ۶/۸۴ درصد گزارش نموده‌اند (موری و همکاران، ۲۰۱۱). همتی و همکاران (۱۳۹۸) آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را برابر با ۹۴/۰ گزارش کرده‌اند و همچنین روایی و پایایی آن را نیز تأیید کرده‌اند. آلفای کرونباخ برای ابعاد این پرسشنامه در پژوهش حاضر عبارت‌اند از: (هویت=۸۴/۰ ، خودجهت دهی= ۸۱/۰ ، همدلی= ۷۲/۰ ، صمیمیت=۸۰/۰) و برای کل مقیاس ۹۴/۰ می‌باشد.

سیاهه شخصیت برای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی[4]: این ابزار توسط کروگر، درینگر، مارکون، واتسون و اسکودول[5] (۲۰۱۲) طراحی شده است و دارای دو فرم کوتاه ۲۵ و بلند ۲۲۰ ماده‌ای و چهار گزینه‌ای است که برای سنجش صفات مرضی پیشنهادی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی بوده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و مبتنی بر رویکرد ابعادی می‌باشد (هاپوود و همکاران[6]، ۲۰۱۲). این سیاهه با مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت از صفر (کاملاً اشتباه یا اغلب اشتباه) تا ۳ (کاملاً درست یا اغلب درست) نمره‌گذاری می‌شود ساختار عاملی سلسله مراتبی ۵ حیطه و ۲۵ صفت آن در مطالعه رایت و همکاران[7] (۲۰۱۲) تأیید شده است. است. پایایی و روایی این ابزار در مطالعه‌ی بچ[8] و همکاران (۲۰۱۸) ۸۶/۰ برای جمعیت غیر بالینی و ۸۴/۰ برای جمعیت بالینی گزارش شده است. ساختار عاملی این ابزار نیز در مطالعه نمونه‌ای با حجم ۴۵۲ نفر برای جامعه ایرانی تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ برای حیطه‌های عاطفه منفی ۹۱/۰؛ بی‌قیدی ۸۵/۰؛ کناره‌گیری ۹۳/۰؛ خصومت ۹۲/۰ و روان گسسته گرایی ۹۳/۰ گزارش شده است (همتی و همکاران[9]، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای صفات (عاطفه منفی=۸۸/۰ ، دل

[1]- Wingenfeld et al.
[2]- LPFS=Level of Personality Functioning Scale
[3]- Bender
[4]- PID-5=Personality Inventory for DSM-5
[5]- Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol
[6]- Hopwood, et al.
[7]- Wrigt, et al.
[8]- Bach
[9]- Hemmati, et al.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

گسستگی=۸۳/۰، خصومت=۸۱/۰، مهارگسستگی=۸۷/۰، روان‌پریش گرایی=۹۱/۰) می باشد.

پرسشنامه اختلالات شخصیت: این پرسشنامه ۱۲۰ آیتمی صحیح-غلط خود گزارشی برای سنجش علائم تشخیصی اختلالات شخصیت توسط فیرست و همکاران (۱۹۹۷) براساس مصاحبه ساختاری برای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی طراحی شده است. نمره گذاری آن به صورت بله یا خیر است که (بله = ۱ و خیر= ۰) می‌باشد. این ابزار هم اکنون نیز به دلیل عدم اعمال تغییر در اختلالات شخصیت بخش دو پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. تحقیقات زیادی کارایی این ابزار را در استفاده از آن را به عنوان یک ابزار مستقل در تشخیص و همچنین در غربالگری ده طبقه اختلالات شخصیت راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی تأیید کرده‌اند. تعداد سؤالات برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی ۱۵ سؤال می‌باشد. آلفای کرانباخ برای خرده مقیاس‌های آن از ۵۶/۰ تا ۷۵/۰ بوده است (بویراز و همکاران، ۲۰۱۳). در مطالعه‌ی سرابی و صادقی (۱۳۹۸) نشان داده شد که بیشترین میزان تشخیص هماهنگ در گروه بالینی مربوط به اختلال شخصیت مرزی ۶۶/۰ می باشد. در پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۹۶) پایایی آن ۰/۸۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۵ سؤال مربوط به اختلال شخصیت مرزی ۸۱/۰ بوده است.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۲۳۹ نفر حضور داشته‌اند که از این تعداد ۱۳۵ نفر آن‌ها زن (۵/۵۶ درصد) و ۹۵ نفر مرد (۷/۳۹ درصد) حضور داشتند و جنسیت ۹ نفر (۸/۳ درصد) آن‌ها مشخص نیست. نمونه دانشجویی شامل ۲۱۴ نفر (۸۹ درصد) و نمونه بالینی (۱۱درصد) می‌باشد. از نظر وضعیت تأهل ۱۶ نفر از آن‌ها متأهل و مابقی مجرد بودند. از نظر سطح تحصیلات ۱۱ نفر زیر دیپلم، ۱۰ نفر دیپلم، ۲۰۵ نفر کارشناسی و ۱۱ نفر کارشناسی ارشد بودند و تحصیلات مابقی آن‌ها مشخص نیست. در این مطالعه آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جداول زیر عنوان شده است.

جدول ۱ آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای کمی پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
نمره اختلال شخصیت مرزی	۶/۱۵	۳/۸۵	۰/۲۹	-۰/۸۸
نمره آسیب های دوران کودکی	۳/۸	۹۳/۲	۳۴/۱	۱/۱
نمره سطوح کارکرد شخصیت	۲۶/۲۸	۶۹/۴۸	۴۵/۰	۴۱/۰-
عاطفه منفی	۶۴/۸	۴۵/۴	۴۵/۰	۵۹/۰-
دل گسستگی	۹۰/۷	۲۰/۴	۳۶/۰	۵۶/۰-
خصومت	۰۷/۷	۳۸/۳	۴۰/۰	۱۷/۰-
مهارگسستگی	۳۶/۷	۲۲/۴	۴۷/۰	۳۰/۰-
روان پریش گرایی	۸۱/۹	۳۱/۶	۴۰/۰	۶۱/۰-

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

درجدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات برای همه‌ی اندازه گیری‌های صورت گرفته ارائه شده است. کجی و کشیدگی تمامی متغیرهای پژوهش بین ۲+ و ۲- قرار دارد که قابل پذیرش بوده و حاکی از نرمال بودن داده‌ها می‌باشد. برای بررسی بین تروماهای دوران کودکی، بدکارکردی شخصیت، نمره اختلال شخصیت مرزی و پنج حیطه کلی صفات مرضی شخصیت از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲ ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

صفات	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
ترومای دوران کودکی							
بد کارکردی شخصیت	۰/۴۷۱ **						
عاطفه منفی	۰/۴۱۸ **	۰/۷۲۶**					
دل گسستگی	۰/۲۴۵ **	۰/۶۰۶**	۰/۵۳۳**				
خصومت	۰/۳۲۸**	۰/۵۵۵**	۰/۷۹۱**	۰/۴۲۷**			
مهارگسستگی	۰/۴۶۳**	۷۲۲/۰**	۰/۴۴۶**	۰/۵۸۳**	۰/۶۱۵ **		
روان پریشی گرایی	۰/۳۶۷ **	۰/۷۲۲**	۰/۳۵۰**	۰/۶۲۵ **	۰/۶۹۲**	۰/۶۹۷ **	
نمره اختلال شخصیت مرزی	۰/۴۶۹ **	۰/۶۵۶**	۰/۶۹۷ **	۰/۳۸۸**	۰/۴۶۹**	۰/۷۰۲ **	۰/۵۳۹**

* در سطح ۰/۰۵ > p معنی‌دار؛ ** در سطح ۰/۰۱ > p معنی‌دار؛ *** در سطح ۰/۰۰۱ > p معنی‌دار

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود همبستگی مرتبه صفر پنج حیطه کلی صفات مرضی شخصیت[1] با تجارب ترومای کودکی[2] در سطح معنی‌داری (۰۱/۰) معنی‌دار است و رابطه‌ی مستقیم بین متغیرها وجود دارد. همبستگی مرتبه صفر کارکرد شخصیت با تجارب ترومای کودکی در سطح معنی‌داری (p=۰۱/۰) معنی‌دار است و رابطه‌ی مستقیم بین تمامی متغیرها وجود دارد. همبستگی‌های مرتبه صفر مولفه‌های تجارب ترومای کودکی با نمره اختلال شخصیت مرزی در سطح معنی‌داری (P=۰/۰۰۰) معنی‌دار است و رابطه‌ی مستقیم بین تمامی متغیرها وجود دارد. همبستگی مرتبه صفر پنج حیطه کلی صفات مرضی شخصیت با کارکرد شخصیت در سطح معنی‌داری (P=۰۰۰/۰) معنی‌دار است و رابطه‌ی مستقیم بین متغیرها وجود دارد. همبستگی مرتبه صفر کارکرد شخصیت با نمره اختلال شخصیت مرزی در سطح معنی‌داری (P=۰۰۰/۰) معنی‌دار است و رابطه‌ی مستقیم بین تمامی متغیرها وجود دارد. همبستگی مرتبه صفر پنج حیطه کلی صفات مرضی شخصیت با نمره اختلال شخصیت مرزی در سطح معنی‌داری (P=۰/۰۰۰) معنی‌دار است و رابطه‌ی مستقیم بین آن‌ها وجود دارد. برای بررسی معنی داری و برازش مدل رگرسیون لجستیک از آزون هوسمر و لمشو استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

[1]- PID-5
[2]- CTQ

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

جدول ۳ شاخص‌های معنی‌داری و برازش مدل رگرسیون لجستیک دو جمله‌ای پیش‌رونده والد و قدرت تبیین پیش‌بینی بخت قرارگرفتن در زیرگروه‌های اختلال شخصیت مرزی و غیر بالینی از طریق متغیرهای پیش‌بین

مدل	معنی‌داری مدل			درصد تبیین واریانس		آزمون هوسمر و لمشو و برازش مدل		
	χ^2	درجه آزادی	سطح معناداری	کوکس و سنل R^2	نگلکرک R^2	χ^2	درجه آزادی	سطح معناداری
۱	۸۸/۳۹	۱	۰۰۰/۰	۱۵۴/۰	۳۱۵/۰	۵۵/۳	۸	۸۹۵/۰
۲	۷۲/۶۴	۲	۰۰۰/۰	۲۳۷/۰	۴۸۶/۰	۷۱/۱۰	۸	۲۱۹/۰

با توجه به اطلاعات درج شده در جدول ۳ نیکویی برازش هوسمر و لمشو با سطح معناداری بیشتر از ۰۵/۰ رد نشده و می‌توان گفت رسته بندی پیشگویی شده با مدل همخوان است. تحلیل رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرزی در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴ نتایج پیش‌بینی ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرزی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیر بیمار

متغیر ملاک	گام	متغیر پیش‌بین	B	آماره والد	معناداری	B مورد انتظار	پیش‌بینی با ضریب ۹۵/۰٪	
							بالاترین مقدار	پایینترین مقدار
اختلال شخصیت مرزی	۱	تجارب تروماتیک دوران کودکی	۴۰/۰	۷۳۳/۳۲	۰۰۰/۰	۵۰۲/۱	۷۲۷/۱	۳۰۷/۱
		مقدار ثابت	-۱۲/۶	۶۹/۵۵	۰۰۰/۰	۰۰۲/۰		
	۲	بدکارکردی شخصیت	۰۲/۰	۶۴۵/۱۸	۰۰۰/۰	۰۲۱/۱	۰۳۱/۱	۰۱۲/۱
		تجارب تروماتیک دوران کودکی	۳۰/۰	۸۰۹/۱۳	۰۰۰/۰	۳۶۱/۱	۶۰۱/۱	۱۵۷/۱

آن چنان که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود تجارب تروماتیک دوران کودکی و بدکارکردی شخصیت به لحاظ آماری پیش‌بینی کننده معناداری برای احتمال به ابتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند. تحلیل رگرسیون لوجستیک دو جمله‌ای (۷۲/۶۴= قدرت تبیین پیش‌بینی بخت (χ^2)؛ p<۲۱۹/۰) نشان داده است که در گام دوم مدل متشکل از بدکارکردی شخصیت (۶۴۵/۱۸= والد؛ p<۰۰۰/۰) و تروماهای دوران کودکی (۸۰۹/۱۳= والد؛ p<۰/۰۰۰) قادر است با درصد تبیین ۲۳ الی ۴۸ درصد گروه اختلال شخصیت مرزی را از گروه غیر بالینی تفکیک نماید.

بحث

هدف از این پژوهش پیش بینی کارکرد شخصیت و صفات مرضی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه نرمال از طریق تروماهای دوران کودکی بود. یافته‌های پژوهش حاضر موید فرض ما بود و نشان دادند که افراد دارای اختلال شخصیت مرزی سطوح بالاتری از تروماهای دوران کودکی را گزارش کرده‌اند. این نتایج

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

با یافته‌های روزنشتاین و همکاران (۲۰۱۸) ،کاروالهی و همکاران (۲۰۱۴) که در پژوهش ارتباط بین اختلال شخصیت مرزی و تروماهای دوران کودکی به ویژه سوء استفاده و غفلت را تأیید کردند، و با یافته‌های علیلو و همکاران (۱۳۹۴) که در پژوهشی نشان دادند، بدرفتاری دوره کودکی می‌تواند اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی کند و با یافته‌های پورشهریار و همکاران (۱۳۹۷) که آن‌ها هم در پژوهش دیگری به این نتیجه دست یافتند که بین آزار هیجانی دوران کودکی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی رابطه وجود دارد، همسو است. افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با سایر افراد با دیگر اختلالات روانی و گروه کنترل، سوء استفاده عاطفی، غفلت و نگهداری ناکارآمد گزارش می کنند که منجر به آسیب‌های زود هنگام و ایجاد اختلالات روانی در زمینه مراقبت‌های اولیه می‌شود (روزنشتاین و همکاران، ۲۰۱۸؛ وان دیکجه و همکاران[1]، ۲۰۱۱). اثرات مضر سوء استفاده‌های دوران کودکی بر سلامت روان می‌تواند در طول عمر با تعدیل و تأثیر بر فرآیندهای رشدی ادامه یابد و فرد را برای ابتلا به اختلالات روانی و شخصیت مستعد سازد (لی و سانگ، ۲۰۱۷؛ کرو و همکاران، ۲۰۱۴؛ سالون و همکاران، ۲۰۱۴). اختلال شخصیت مرزی از یک محیط زندگی ناپایدار و غیر قابل اطمینان دوران کودکی ایجاد می‌شود و به طور خاص توسط سوء رفتار عاطفی مشخص می‌شود (روزنشتاین و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین برخی از پژوهشگران حوزه روان‌شناسی تحولی رابطه بین ترومای کودکی و علایم اختلال شخصیت مرزی در این بیماران را نشان داده‌اند (مارتین بالانکو و همکاران[2]، ۲۰۱۴). بخصوص اگر این مواجه در "دوران حساس" باشد که مغز انسان نسبت به جراحت و تروما آسیب پذیرتر است و منجر به سطوح بالاتری از بدتنظیمی هیجان می‌شود. (دونن و همکاران[3]، ۲۰۱۸). به طور خاصی وجود ارتباط بین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی و سوء استفاده جنسی دوران کودکی با اکثریت مقالات موجود در مورد اختلال شخصیت مرزی سازگار است (روزنشتاین و همکاران، ۲۰۱۸؛ وینسپر و همکاران[4]، ۲۰۱۶) انتظار می‌رود که انواع سوء استفاده به عنوان مخرب‌ترین تروماهای دوران کودکی اثری دیر پا بر اختلال شخصیت مرزی داشته باشد (لی و سانگ، ۲۰۱۷). مطالعات نشان می‌دهند که بد رفتاری عاطفی/ هیجانی (یعنی، حمله‌های کلامی به احساس خود، احساس ارزشمندی، بهزیستی یا ایمنی کودک) بیشترین ارتباط را در میان انواع بد رفتاری با افراد دارای اختلال شخصیت مرزی داشته باشد (بورنووالو و همکاران[5]، ۲۰۱۳). از طرفی تروماهای خاموشی هم وجود دارند که می‌تواند شامل ناتوانی مراقبت کننده‌ی اصلی کودک در تعدیل و تنظیم هیجان خود باشند و کودکان این رفتارها را در اثر مشاهده و مدل سازی یاد بگیرند (برنووالووا و همکاران، ۲۰۱۳). که منجر به بد تنظیمی هیجان می‌شود که هسته‌ی اصلی اختلال شخصیت مرزی می‌باشد همچنین بعضی جنبه‌های تروماهای دوران کودکی با اختلالات روان‌شناختی مختلف (وینگفیلد و همکاران[6]، ۲۰۱۱)، مانند پاسخ‌های مرتبط با استرس (وینگفیلد و همکاران، ۲۰۱۳) در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مرتبط است (کاروالهی و همکاران، ۲۰۱۴). از طرفی در تبین رفتارهای افراد دارای

[1]- Van Dijke et al.
[2]- Martín-Blanco, et al.,
[3]- Dunn, et al.,
[4]- Winsper, et al.,
[5]- Bornovalova, et al.
[6]- Wingenfeld et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

اختلال شخصیت مرزی مانند خودکشی و خود جرحی برخی از مقالات نشان داده‌اند که این رفتارها ارتباط مستقیمی با سوء استفاده‌های جنسی و جسمی تجربه شده در دوران کودکی آن‌ها دارد (بچ و فجلستد[1]، ۲۰۱۷) در رابطه با صفات پنج گانه سیاهه شخصیت برای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی مطالعات نشان داده‌اند که سوء استفاده هیجانی در کودکان با دل گسستگی، مهارگسستگی، عاطفه منفی، روان پریش گرایی و نمره کل سیاهه شخصیت برای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی مرتبط است (بچ و فلجستد، ۲۰۱۷) که با یافته‌های پژوهش حاضر ناهمسو می‌باشد. این ناهمسویی می‌تواند به این دلیل باشد که محدودیت‌های فرهنگی در برخی آیتم‌ها مانند آیتم‌های مربوط به تروماهای دوران کودکی خصوصاً سوء استفاده‌های جنسی به دلیل پنهان نگه داشتن شرایط خانوادگی از جانب آزمودنی‌ها تأثیر گذار بوده است. همچنین یکسان نبودن فرهنگ و تعاریف متفاوتی از بی‌توجهی و سوء استفاده هیجانی نیز در این ناهمسویی مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای پاره‌ای از ابهامات و پیچیدگی‌های مربوط به اختلال شخصیت مرزی به عنوان یکی از اختلالات شخصیت با شیوع بالا هم در جمعیت‌های بالینی و هم جمعیت‌های غیر بالینی باشد. چون در گروه بالینی افراد اکثراً در کودکی خود تجارب سوء استفاده و غفلت را داشته‌اند، پس می‌توان از طریق آسیب‌ها و مشکلاتی که این افراد در دوران کودکی خود تجربه می‌کنند به شناخت بهتری از رفتارها و مشکلات آن‌ها در هنگام بزرگسالی دست یافت و حتی از طریق پیشگیری از مشکلات در دوران کودکی، تا حد زیادی از ابتلای آن‌ها به اختلال شخصیت مرزی جلوگیری نمود. همچنین این پژوهش می‌تواند به درک بهتری از اختلال شخصیت مرزی طبق مدل جایگزین و ملاک‌های موجود در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی اشاره داشته باشد، زیرا یافته‌های پژوهش حاضر همچنان نشان داد که بدکارکردی شخصیت یک عامل اصلی دیگر تمایز گروه بالینی از غیر بالینی می‌باشد و به این یافته‌ی مورد توجه رسید که افراد دارای این اختلال شخصیت دچار بد کار کردی شخصیت در حیطه‌های خود و بین فردی می‌باشد. از طرفی یافته‌های حاضر می‌تواند تلویحات کاربردی در حوزه‌ی تشخیص افراد داری این اختلال شخصیت داشته باشد. این پژوهش محدودیت‌های عمده‌ای دارد: یک ویژگی مهم پژوهش‌های تجربی، تعمیم‌پذیری قابل اطمینان یافته‌ها و انتخاب تصادفی آزمودنی هاست؛ اما در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها از نمونه‌هایی بود که داوطلبانه حاضر به انجام همکاری شده بودند. همچنین این مطالعه بر روی نمونه‌ای از دانشجویانی که اعلام آمادگی کرده بودند و بیماران در دسترس مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر سنندج انجام گرفته است؛ پس از روش‌های دقیق نمونه‌یابی استفاده نشده است؛ بنابراین تعمیم آن به کل جامعه باید با احتیاط صورت بگیرد. بنا به اقتضای شرایط پژوهش شیوه‌ی نمونه گیری دو گروه بالینی و غیر بالینی همسان نبود. همچنین یکسان نبودن تعداد نمونه‌ها از هر دو جنسیت؛ زیرا درصد شیوع اختلال شخصیت مرزی در

[1]- Bach & Fjeldsted

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

زنان و مردان متفاوت است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در استان‌های دیگر و با حجم نمونه‌های بالینی بیشتری انجام شود.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه کردستان و با کد IR.UOK.REC.1397.025 مصوب از کمیته اخلاقی دانشگاه کردستان می‌باشد. در پایان از همکاری دانشجویان دانشگاه کردستان و مسئولان بیمارستان قدس سنندج و بیماران بستری در این بیمارستان که با شرکت خود امکان انجام این پژوهش را فراهم کردند؛ سپاسگزارم.

References

Akbari DA, Tamannaeifar S, Asghamejad FA. (2017). Autobiographical Memory and Interpersonal Problem Solving in Iranian Patients With Borderline Personality Disorder. Practice in Clinical Psychology, 5(2), 99-106. (In Persian)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bach B, Fjeldsted R. (2017). The role of DSM-5 borderline personality symptomatology and traits in the link between childhood trauma and suicidal risk in psychiatric patients. Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 4(1), 12.

Bach B, Sellbom M, Simonsen E. (2018). Personality inventory for DSM-5 (PID-5) in clinical versus nonclinical individuals: Generalizability of psychometric features. Assessment, 25(7), 815-825.

Bender DS, Morey LC, Skodol AE. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part I: A review of theory and methods. Journal of Personality Assessment, 93(4), 332-346.

Bernstein D, Fink L. (1998). Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual. Psychological Corporation.

Bornovalova MA, Huibregtse BM, Hicks BM, Keyes M, McGue M, Iacono W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: a longitudinal discordant twin design. Journal of abnormal psychology, 122(1), 180.

Boyraz G, Lightsey Jr, Can A. (2013). The Turkish version of the Meaning in Life Questionnaire: assessing the measurement invariance across Turkish and American adult samples. Journal of personality assessment, 95(4), 423-431.

Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. (2008). Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. J Clin Psychiatry.; 69(4): 584-96.

Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Lowe B,... & Wingenfeld K. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. Journal of Trauma & Dissociation, 15(4), 384-401.

Crow T, Cross D, Powers A, Bradley B. (2014). Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income African-American sample. Child abuse & neglect, 38(10), 1590-1598.

Dunn EC, Nishimi K, Gomez SH, Powers A, Bradley B. (2018). Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: Are there sensitive periods when trauma is most harmful?. Journal of affective disorders, 227, 869-877.

Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. (2014). Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology, 19(4). (In Persian)

Ensink K, Biberdzic M, Normandin L, Clarkin J. (2015). A developmental psychopathology

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

and neurobiological model of borderline personality disorder in adolescence. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 14(1), 46-69.

Esbec E, Echeburua E. (2015). The hybrid model for the classification of personality disorders in DSM-5: a critical analysis. Actas Esp Psiquiatr, 43(5), 177-86.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Benjamin LS, Williams JB. (1997). Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. American Psychiatric Pub.

Francis KJ, Wolfe DA. (2008). Cognitive and emotional differences between abusive and non-abusive fathers. Child abuse & neglect, 32(12), 1127-1137.

Gabbard GO. (2010). Therapeutic action in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder. In JF. Clarkin, P. Fonagy, & GO. Gabbard (Eds.), Therapeutic action in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder (pp. 1037). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Glaser D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. Child abuse & neglect, 26(6-7), 697-714.

Gratz KL, Tull MT, Baruch DE, Bornovalova MA, Lejuez CW. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: The roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. Comprehensive psychiatry, 49(6), 603-615.

Hemmati A, Dezhkam M, Delavar A, Atef Vahid MK, Borjali A, Kamkari K. (2013). The Consistency between the Personality Psychopathology Five (PSY-5) Scale of the MMPI-2-RF and the Pathologic Traits of Alternative Model of Personality Disorder of DSM-5 (Section-III) in Iranian Population. Quarterly Clinical Psychology Studies. 3(12). 83-113. (In Persian)

Hemmati A, Morey LC, McCredie MN, Rezaei F, Nazari A, Rahmani F. (2020). Validation of the Persian Translation of the Level of Personality Functioning Scale—Self-Report (LPFS-SR): Comparison of College Students and Patients with Personality Disorders. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 1-14. (In Persian)

Holm AL, Begat I, & Severinsson E. (2009). Emotional pain: surviving mental health problems related to childhood experiences. Journal of Psychiatric and mental health nursing, 16(7), 636-645.

Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Wright AG, Krueger RF. (2012). DSM-5 personality traits and DSM–IV personality disorders. Journal of abnormal psychology, 121(2), 424.

Huang JJ, Yang YP, Wu J. (2010). Relationships of borderline personality disorder and childhood trauma. Chinese Journal of Clinical Psychology, 18(6), 769-771.

Jellen LK, Mc Carroll JE, Thayer LE. (2001). Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases22. Child Abuse & Neglect, 25(5), 623-639.

Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. Psychological medicine, 42(9), 1879-1890.

Lee MA, Song R. (2017). Childhood abuse, personality traits, and depressive symptoms in adulthood. Child abuse & neglect, 65, 194-203.

Mahmoodaliloo M, Hashemi T, Beyrami M, Bakhshipoor A, SHarifi M. (2013). Investigating the Relationship between Childhood Abuse, Primary Loss and Separation, and Emotional Disorder with Borderline Personality Disorder. Journal of Psychological Achievements, 4 (2). (In Persian)

Martin Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu Soler A, Elices M, Perez V, ... & Pascual JC. (2014). Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. Comprehensive psychiatry, 55(2), 311-318.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

Morey LC, Berghuis H, Bender DS, Verheul R, Krueger RF, Skodol AE. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, Part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. Journal of Personality Assessment, 93(4), 347-353.

Morey LC. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. Psychological assessment, 29(10), 1302.

Mosquera D, Gonzalez A, Baldomir P, Vazquez I, Bello C, Eiriz AC. (2013).Personality disorders and intrafamilial early trauma. Poster session presented at the V Symposium on Borderline Personality Disorder.

Poorshahriyar H, Alizade H, Rajaiiniya K. (2018). The experience of childhood emotional harassment and the characteristics of borderline personality disorder in adulthood: The mediating role of attachment styles and emotional regulation. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2 (153). (In Persian)

Rezaei M. (2016). Developing cognitive-behavioral model for major depressive disorder: Comparing effectiveness of training based thismodel and emotional schema therapy (EST) on depression severity and rumination of patients whit major depressive disorder. Ph.D thesis,Faculty of Literature and Humanities, Lorestan university. (In Persian)

Roemmele M, Messman Moore TL. (2011). Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. Journal of child sexual abuse, 20(3), 264-283.

Rosenstein L, Ellison WD, Walsh E, Chelminski I, Dalrymple K, Zimmerman M. (2018). The Role of Emotion Regulation Difficulties in the Connection Between Childhood Emotional Abuse and Borderline Personality Features.

Roy A. (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. Journal of Affective Disorders, 130(1), 205-208.

Salwen JK, Hymowitz GF, Vivian D, O'Leary KD. (2014). Childhood abuse, adult interpersonal abuse, and depression in individuals with extreme obesity. Child abuse & neglect, 38(3), 425-433.

Sarabi P, Sadeghi Kh. (2018). Evaluation of the agreement between Milon-3 multiaxial clinical test and personality questionnaire (SCID-II) in diagnosing personality disorders. Scientific Journal of Psychological Development, 7 (10), 131-146. (In Persian)

Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. Child abuse & neglect, 33(1), 27-35.

Van Dijke A, Ford J, Van Der Hart O, Van Son M, Van Der Heijden PGM, Buhring M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and/or somatoform disorder. European Journal Of Psychotraumatology, 2, 5628.

Van Dijke A, Hopman JA, Ford JD. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. European Journal of Psychotraumatology, 9(1), 1400878.

Wingenfeld K, Kuffel A, Uhlmann C, Terfehr K, Schreiner J, Kuehl LK,... & Spitzer C. (2013). Effects of noradrenergic stimulation on memory in patients with major depressive disorder. Stress, 16(2), 191-201.

Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T,... & Meyer B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. Child Abuse & Neglect: The International Journal, 35(8), 647-654.

Wingenfeld K, Spitzer C, Mensebach C, Grabe HJ, Hill A, Gast U, ... & Driessen M. (2010). Die

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]

deutsche version des childhood trauma questionnaire (CTQ): erste befunde zu den psychometrischen Kennwerten. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 60(11), 442-450.

Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review, 44, 13-24.

Wright AG, Pincus AL, Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Krueger RF. (2012). An interpersonal analysis of pathological personality traits in DSM-5. Assessment, 19(3), 263-275.

Zanarini MC, Frankenburg FR. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. The Journal of psychotherapy practice and research, 3(1), 25.

Zanarini MC, Frankenburg FR. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. Journal of personality disorders, 11(1), 93-104.

Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. The Journal of nervous and mental disease, 190(6), 381-387.

Zanarini MC. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. Borderline personality disorder: Etiology and treatment, 67-86.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.6.85]