

## ارائه یک الگوی علی جهت تبیین اختلال شخصیت مرزی

فریده غلامی<sup>۱</sup>، حسین بقولی<sup>۲\*</sup>، مجید برزگر<sup>۳</sup>، مریم کورش نیا<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۱۰ صص: ۱۴۰-۱۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱۵

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور ارائه یک الگوی علی جهت تبیین اختلال شخصیت مرزی انجام گرفته است. برای اینکار ۱۶۰ بیمار (۵۸ مرد و ۱۰۲ زن) مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه های پژوهش را تکمیل نمودند. این پرسشنامه ها شامل پرسشنامه تشخیص اختلال شخصیت مرزی لیشنرینگ، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، پرسشنامه شرم از دیگران گاس و همکاران، پرسشنامه خودشیفتگی مرضی پینکاس و پرسشنامه روابط موضوعی بل و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ بودند. تحلیل داده ها با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری و تحلیل عامل تاییدی در نرم افزار (AMOS) انجام شد. ارزیابی مدل فرضی پژوهش نشان داد که این مدل شاخص برازش مناسبی دارد. یافته ها نشان داد که روابط موضوعی از طریق متغیر های میانجی پرخاشگری، عزت نفس، خودشیفتگی مرضی، عزت نفس و شرم از دیگران بر تشخیص اختلال شخصیت مرزی در سطح اطمینان ۹۹ درصد تاثیر معناداری دارد. با توجه به مثبت و معنا در بودن روابط می توان نتیجه گرفت که این مولفه ها پیش بینی کننده اختلال شخصیت مرزی می باشند و بر این اساس می توانند چارچوب مناسبی برای سبب شناسی و تشخیص این اختلال ارائه دهند.

**واژه های کلیدی:** روابط موضوعی، اختلال شخصیت مرزی، خودشیفتگی مرضی، شرم، پرخاشگری، عزت نفس

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرتال جامع علوم انسانی

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت ایران.

<sup>۲</sup> استادیار دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی واحد مرودشت دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت ایران.

<sup>۳</sup> استادیار دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی واحد مرودشت دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت ایران.

<sup>۴</sup> استادیار دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی واحد مرودشت دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت ایران.

\* نویسنده مسول مقاله: bhossein@gmail.com

## مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یک بیماری روانی عمده با شیوع طول زندگی در حدود ۵/۰ تا ۶ درصد جمعیت عمومی و بیست درصد جمعیت بیماران بستری است (Dhaliwal, Danzig & Fineberg, 2020) که با یک الگوی مداوم بی ثباتی در روابط، خلق و خوی، بی نظمی هیجانی و خودپنداره مشخص می شود. این امر باعث می شود رفتار خود تخریب گری تکانشی، میزان بالای خودکشی و اختلال عملکردی شدید ایجاد شود (Eveleth & et al., 2018). به نظر می رسد ویژگی های اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی نسبتاً پایدار است و با طیف گسترده ای از اختلالات همراه است (Timothy, Stephanie & christine, 2003). این اختلال شخصیت یک بیماری روانی است که غالباً درست فهمیده نشده و تشخیص داده نشده است و بخشی از آن با ناتوانی عاطفی همراه است. درک منحصر به فرد پزشکان از این اختلال به آنها این امکان را می دهد تا رویکردهای خاص برای اختلال در درمان ایجاد کنند (Dhaliwal, Danzig & Fineberg, 2020).

سیستم طبقه بندی شده مبتنی بر معیار های دی اس ام به طور گسترده ای در سراسر جهان مورد استفاده قرار گرفته است و به عنوان برانگیزاننده ای برای پژوهش ها بوده است. با این وجود، تعدادی از مشکلات و معایب این روش تشخیصی شناسایی شده است. برای اکثر اختلالات شخصیت، تعداد معیارها یا آستانه مورد نیاز برای تشخیص اختیاری است، اما رویکرد قطعی این تصور را نشان می دهد که اختلال وجود دارد یا ندارد. علاوه بر این، ناهمگونی گسترده در تشخیص وجود دارد. به عنوان مثال، دوپست و پنجاه و شش راه وجود دارد که پنج مورد از نه معیار برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی را می توان پیکربندی کرد، و دو بیمار می توانند این تشخیص را دریافت کنند، اما تنها یک معیار را به اشتراک می گذارند. تحقیقات نشان داده است که بهتر است علائم روانپزشکی با رویکرد ابعادی نشان داده شود تا با مجموعه ای از طبقه بندی ها (Oldham, 2015). در ارتباط با بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، کرنبرگ این بیماران را در قالب پاتولوژی توصیفی و خصوصیات ساختاری توصیف کرده و سایر پژوهشگران (Greenacre et al., 1984; Gunderson & kolb, 1979) نیز از رویکرد توصیفی برای شناسای بیماران دچار عواطف شدید به خصوص خشم و افسردگی استفاده کردند و زیر گروهی از این بیماران را توصیف نمودند. بسیاری از خصوصیات توصیفی این بیماران برای تدوین تشخیص اختلال شخصیت مرزی برای نخستین بار در نظام تشخیصی استفاده شد (APA, 2016). در این بین دیدگاه اتو کرنبرگ نمونه هایی از دیدگاه های پیشنهادی به دی اس ام است (Hoerman, 2013). در مدل کرنبرگ با توجه به سازمان بندی که وی از شخصیت ارائه می دهد، ابعاد مهمتری از شخصیت نشان داده شده است (Oldham, 2015) در نظریه کرنبرگ، فهم حالات مرزی و خودشیفتگی به مثابه زیر گروهی از اختلالات مرزی، از طریق یک مدل مفهومی

پرداخته شده است و فهم آسیب شناسی اختلالات مرزی نقشی مهم دارد. کرنبرگ دو هدف نظری داشته است (۱) تلفیق نظریه روابط آبژه با نظریه گرایزدر روانکاوی و (۲) فهم حالات مرزی و شخصیت های خودشیفته (به مثابه زیرگروهی از حالات مرزی) از طریق مدلی مفهومی که در آن نظریه گرایز و روابط آبژه تلفیق شده باشند (Kernberg, 1976). او در هدف اولش به حد کافی موفق نبوده اما در فهم و آسیب شناسی اختلالات مرزی نقش مهمی ایفا کرده است (Klein & Tribich, 1981) به همین دلیل سازه خودشیفتگی و روابط موضوعی بر اساس تئوری او در مدل پیشنهادی برای تشخیص احتمالی بهتر گنجانده شده است.

بخش عمده ای از پژوهش هایی که در زمینه اختلال شخصیت مرزی انجام گرفته است مربوط به شناسایی عوامل پیش بینی کننده اختلال است که نشانه اهمیت این شاخه مطالعاتی است. به عنوان مثال نقش پیش بینی کننده تکانشگری، تحریک پذیری، خشم، احساس گناه در اختلال شخصیت مرزی (Fossati et al., 2004)، آشفتگی های روابط مادر و نوزاد، ذهنی سازی مادر (Newman-Morris, 2020)، خشونت در روابط بین فردی صمیمی (Sharp et al., 2020) و عدم اعتماد و مورد سوء استفاده بودن در روابط (Jeung et al., 2020) و اساس و بنیاد شرم و احساس گناه در زنان با تشخیص اختلال شخصیت مرزی (Gottlich et al., 2020) و بسیاری از مولفه های پیش بینی کننده دیگر انجام شده است. اما با وجود انجام این تحقیقات مهم و موثر، به نظر می رسد تاکنون نقش احتمالی شرم، خودشیفتگی مرضی، پرخاشگری و عزت نفس به شکل همزمان در تبیین این اختلال مورد بررسی قرار نگرفته است.

اصطلاح روابط موضوعی یعنی درگیر بودن هیجانی با شخص قابل مشاهده و یا با بازنمایی ذهنی موضوع ها. در بازنمایی یعنی نحوه تملک شخص بر یک موضوع، فرد به گونه ای موضوع را به شکل روانی باز می نمایاند و مقصود از موضوع درونی<sup>۱</sup>، تصویر و یا باز نمایی مادر در ذهن کودک است. این تجربه و بازنمایی درونی در دسترس ناظران قرار ندارد و ممکن است باز تاب دقیقی از موقعیت واقعی نباشد، اما بی شک تجربه کودک از مرتبط بودن با مادر را می نمایاند و دنیای درون روانی کودک را نشان می دهد (Boesky, 1983) نظریه پرداز روابط موضوعی به طور کلی ارتباط انسان و نیاز به ایجاد روابط - نه لذت جنسی - را انگیزه اصلی رفتار انسان و رشد شخصیت می داند. (Etherington, 2020) بیشتر نظریه پردازان روابط موضوع معتقدند که اولین تعامل فرد به عنوان یک کودک، نقش مهمی در نحوه مشاهده روابط فعلی او دارد. بنابراین اگر اکنون در حال کشمکش و درگیری است، ممکن است به طور مستقیم با روشی که او به عنوان کودک در روابط، مشاهده کرده، ارتباط داشته باشد. (Drake, 2019) در شخصیت های مرزی، روابط موضوعی درونی شده

<sup>1</sup> Inner object

اولیه به شکلی هضم نشده و نامنسجم تداوم می یابند. این روابط موضوعی نامنسجم به جنبه های دو پاره شده ایگوشبیه است و منشا این بخش های تفکیک شده ایگو ناکامی در فرایند ترکیب و انسجام نیافتن احساسات متضاد اولیه است (Kernberg, 1976).

شوپرت (Schupert, 2014) بیان می کند که سیر تکاملی اختلالات شخصیت مرزی با سبک های والدینی و آسیب شناسی این سبک همراه است، اما تنها تعداد کمی از پژوهش ها این سبک تربیتی والدین و آسیب های آن را در ارتباط با علائم شخصیت مرزی ارزیابی نموده اند. شرم به عنوان یک هیجان مهم در اختلال شخصیت در نظر گرفته می شود و با رفتار خود جرحی، خودکشی های مزمن و خشونت و عصبانیت در ارتباط است. با این حال سطح و تاثیر آن بر افراد اختلال شخصیت مرزی به طور عمده ناشناخته است (Rusch et al., 2007). شرم هیجانی است که نتیجه ارزیابی منفی است که از خود ثابت و جهانی، که به وسیله شکست های احساس شده در فرد آشکار می گردد (Tangeny & dearing, 2004) و به عنوان یک احساس مربوط به حفظ و تشدید ویژگی های اختلال شخصیت مرزی شناخته شده است (Peters & Geiger, 2016). یک عاطفه هیجانی ترسناک و ناتوان کننده که با ارزیابی عمیق فرد در مورد خودش همراه است. شدت شرم می تواند بیشتر از تحمل فرد باشد و این امر به تلاش برای تعدیل و یا فرار از عاطفه همراه با آن منجر می شود (Kim & Talbot, 2015).

عزت نفس مولفه ارزیابی کننده ای از خودپنداره و معرف گستره ی خود است که شامل جنبه های شناختی، رفتاری و نیز عاطفی است. این مفهوم درجه ارزشی است که هر فرد به خودش می دهد (Vermeiren, 2004) و یک عامل مهم و اساسی در سازگاری عاطفی و اجتماعی فرد است (Crocker, 2001).

بر اساس ادبیات بالینی مربوط به اختلال شخصیت مرزی، این فرضیه مطرح شده است که افراد با ویژگیهای شخصیت مرزی شواهدی از عزت نفس پایین و بی ثباتی عاطفی نشان می دهند. افراد با ویژگی های شخصیت مرزی شدید، نوسانات بیشتری نسبت به افراد با ویژگی مرزی متوسط، در وضعیت عزت نفس و عواطف خود تجربه می کنند (Zeigler-Hill, 2006).

خودشیفتگی، یک حس فراگیر بزرگ منشی در خیال و یا در رفتار است. اشتغال فکری یا خیال پردازی فرد در مورد موفقیت های نامحدود، قدرت، زیبایی و یا عشق ایده آل، باور داشتن به اینکه خاص است. به شدت نیاز به تحسین دارد. احساس حق به جانب بودن دارد و انتظار غیر منطقی که خواسته های او برآورده شود. فقدان همدلی و سوءاستفاده از دیگران برای رسیدن به اهدافش نیز از ویژگی های اوست. معمولاً به دیگران حسادت می کند و یا فکرمی کند به او حسادت می کنند

(APA., 2016).<sup>۱</sup> مولفه خودشیفتگی آسیب‌پذیر نیز توسط (Wink, 1991) شکل اصلی دیگری از خودشیفتگی را نشان می‌دهد که با پریشانی‌های روانی و انزوای اجتماعی و خودکفایی پایین همراه است. دیکنسون و پینکاس (Dickinson & Pincus, 2003) معتقدند که اگر چه بی‌ثباتی هیجانی آشکار در هر دو نوع خودشیفتگی آسیب‌پذیر و اختلال شخصیت مرزی وجود دارد اما تفاوت‌های معنا داری در انواع مشکلاتی که این دو دسته بر اساس چارچوب روانی خود تجربه می‌کنند، وجود دارد.

بی‌ثباتی عاطفی ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی است. عصبانیت شدید نامناسب یا عدم کنترل خشم<sup>۱</sup> یکی از نه علائمی است که در ملاک‌های تشخیصی دی‌اس ام گنجانده شده است. عصبانیت یا تحریک‌پذیری همچنین در علائم ناپایداری عاطفی، به صورت جداگانه و همچنین در پرخاشگری و سرکوب‌محرك که در اختلال شخصیت مرزی رایج است نقش مهمی بازی می‌کند (Potegal et al., 2010). پرخاشگری در افراد به شیوه‌های مختلفی بروز پیدا می‌کند. معرف جنبه شناختی پرخاشگری، خصومت است و خشم نشان‌دهنده بخش هیجانی آن است. جنبه‌های دیگر پرخاشگری نیز به شکل کلامی و جسمانی است (Nevels et al., 2010). با توجه به مفهوم سازی پرخاشگری، این مولفه و انواع آن در بیماران مرزی به شکل دقیق مورد بررسی قرار نگرفته است. از مجموع مطالعات انجام شده چنین بر می‌آید که با توجه به شیوع اختلالات شخصیت مرزی، بررسی ارتباط آن با سبک والدینی کردن، روابط موضوعی و مدل‌های آن نیز اهمیت دارد (Clarkin, 2007). و به همین دلیل در مدل پیشنهادی گنجانده شده است.

تشخیص افتراقی اختلالات شخصیت برای درمانگران بسیار مهم است تا بتوانند دستورات درمانی مناسبی را داشته باشند، و این امر فقط با شناخت و ارزیابی ویژگی‌های اختلالات شخصیت میسر می‌شود (Kernberg, 2013). اهمیت مولفه‌های شرم، عزت نفس و خودشیفتگی مرضی، در کنار آن مولفه‌هایی مثل پرخاشگری و انواع آن در ملاک‌های تشخیصی دی‌اس ام بررسی نشده و توجه زیادی به تفاوت‌های این متغیرها در تفکیک و تشخیص علائم نشده است. با توجه به شیوع بالای این اختلال و مشکلاتی که در روابط فردی و بین فردی ایجاد می‌کند، هدف از پژوهش حاضر، بررسی این مولفه‌ها در شکل‌گیری بدنه اختلال شخصیت مرزی جهت تشخیص دقیق‌تر در بیماران می‌باشد. و پاسخ به این سوال که آیا می‌توان از این مولفه‌ها برای ارائه الگویی در جهت تبیین اختلال شخصیت مرزی استفاده نمود؟

<sup>1</sup> APA(American Psychological Association)

## روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است و از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و تحلیل عامل تاییدی استفاده شده است. به منظور وارد کردن داده‌ها از نرم‌افزار SPSS، نسخه ۲۶ استفاده شد. همچنین به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار ایموس، نسخه ۲۶ استفاده شد.

## جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران ۱۰۲ زن و ۵۸ مرد مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی و روانشناسی در سطح شهر شیراز بودند که براساس ملاک های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا) و تشخیص روانپزشک و یا روانشناس بالینی با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته اختلالات محور دو در اس ام چهار، تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده بودند.

به دلیل عدم دسترسی به مجموع بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، انتخاب تصادفی بیماران از میان جامعه مربوطه امکانپذیر نبود. بنابراین، انتخاب بیماران، به صورت نمونه‌گیری در دسترس و انتخاب داوطلبانه، از میان افرادی بود که به مراکز خصوصی روانپزشکی و روانشناسی شهر شیراز، مراجعه کرده و تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت نموده بودند. با توضیح رعایت اصل راز داری و محرمانه بودن اطلاعات فردی، بیماران زیر نظر روانشناس حاضر در مرکز اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. شرایط ورود به پژوهش داشتن حداقل سن ۱۸ سال و مدرک حداقل دیپلم تا حداکثر ۴۵ سال، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، فاقد تاریخچه سایکوز و مانیا بودن و نداشتن مشکلات طبی قابل توجه بود و شرط خروج از پژوهش کامل نکردن پرسشنامه و پاسخگویی تصادفی بود.

## ابزار

**پرسشنامه روابط موضوعی بل:** پرسشنامه روابط موضوعی بل<sup>۱</sup> بخشی از پرسشنامه ۹۰ گزینه ای روابط موضوعی و واقعیت سنجی بل است. ۴۵ سوال برای روابط موضوعی و ۴۵ سوال برای سنجش واقعیت آزمایی و یا کارکرد های ایگو می پردازد. که در پژوهش هایی که هدف بررسی کیفیت روابط موضوعی است می توان از ۴۵ سوال مربوط به روابط موضوعی استفاده کرد. این پرسشنامه

<sup>1</sup> Bell

شامل ۴ خرده مقیاس بی کفایتی<sup>۱</sup>، خودمیان بینی<sup>۲</sup>، دل بستگی ناایمن<sup>۳</sup>، و بیگانگی<sup>۴</sup> است. ویژگیهای روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه روابط موضوعی و واقعیت آزمایی بل در نمونه های ایرانی بررسی شد و با آلفای کرونباخ خرده مقیاسها از ۰/۶۸ برای بی کفایتی اجتماعی، دل بستگی ناایمن ۰/۷۴ و خودمیان بینی ۰/۷۴ و تا ۰/۸۵ برای بیگانگی تایید شد (Hadi nezhad, Tabatabaeian & 2013) Dehghani.

**پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی:** پرسشنامه تشخیص شخصیت مرزی توسط لیشنر نیگ<sup>۵</sup> در سال ۱۹۹۹ و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه های بالینی و غیر بالینی ساخته شده و به صورت بلی و خیر جواب داده می شود. پرسشنامه در اصل مقیاسی ۵۳ ماده ای است که بر اساس مفهوم کرنبرگ از سازمان بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. دو سوال آخر این پرسشنامه در هیچ یک از طبقات عاملی یا سایر طبقات این پرسشنامه قرار نمی گیرند و نمره آن ها در نمره نهایی فرد نیز محاسبه نمی شود و به همین دلیل در نسخه ایرانی حذف شده است. در اعتبار سنجی این پرسشنامه، روایی (همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، تنصیفی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵) بدست آمده است (Mohammad zadeh & Rezaee, 2011).

**پرسشنامه عزت نفس:** مقیاس عزت نفس روزنبرگ (Rozenberg, 1965) یک ابزار ساده و کوتاه، واجد قابلیت اعتماد) همسانی درونی و بازآزمایی و اعتبار همگرا و واگرا مناسب است و برای هر گروه سنی با میزان تحصیلات در سطح پنجم ابتدایی قابل اجرا و پرمصرف ترین ابزار استفاده شده برای اندازه گیری درک عزت نفس کلی به عنوان ارزیابی کلی شخص از ارزشمندی او به عنوان یک انسان است. پرسشنامه شامل ده آیتم چهار گزینه ای می باشد دامنه نمرات از ۱۰ تا ۴۰ می باشد، نمرات بالاتر نشان دهنده عزت نفس بالاتر و نمرات ۱۵-۲۵ متوسط در نظر گرفته می شود (Pullmann & Allik, 2000). نسخه فارسی آن توسط علیزاده اعتبار یابی شده (Alizadeh, 2003) از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است.

<sup>1</sup> Social Incompetence

<sup>2</sup> Egocentricity

<sup>3</sup> Insecure Attachment

<sup>4</sup> Alienation

<sup>5</sup> Leichsenring

**پرسشنامه پرخاشگری:** پرسشنامه پرخاشگری باس<sup>۱</sup> و پری<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است نمونه ۲ اصلی این پرسشنامه ۵۲ سوالی است ولی پرسشنامه در دسترس و هنجاریابی شده ۲۹ گویه است. برای پاسخ دهی از طیف لیکرت ۱ تا ۵ استفاده شود که معادل گزینه های کاملا متفاوت از من تا کاملا شبیه من است (۵) تا حدودی شبیه من است (۴) نه شبیه من است، نه شبیه من نیست (۳) تا حدودی شبیه من نیست (۲) به شدت شبیه من نیست (۱) نمرگذاری و سوالات ۱۶ و ۹ به شکل معکوس نمره گذاری می شود.

این پرسشنامه ۴ بعد پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می سنجد ضریب آلفای کرونباخ برای این ۴ بعد برای کل مقیاس ۰.۸۹٪ گزارش شده و پرسشنامه از کفایت کافی و کارایی برای کاربرد پژوهشی برخوردار است (Samani, 2007).

**پرسشنامه دیگران به عنوان شرمگین کننده:** این مقیاس ابزاری برای اندازه گیری شرم بیرونی است که توسط (Goss et al., 1994) تهیه شده است. شامل ۱۸ گویه است که هر گویه روی یک طیف لیکرت پنج تایی برحسب اینکه فرد چقدر فکر می کند که دیگران او را قضاوت و ارزیابی می کنند از (هرگز=۰ تا همیشه=۴) درجه بندی شده است. در مقیاس گاس و همکاران (۱۹۹۴) ثبات درونی بالا با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمده و همچنین نشان داده شده این مقیاس سطح آلفای بالای ۰/۹۶ دارد. این پرسشنامه در ایران توسط اثباتی و همکارانش هنجار یابی شده و از پایایی و روایی مناسبی برخوردار بوده است (Esbaty et al., 2017).

**پرسشنامه خودشیفتگی مرضی<sup>۳</sup>:** مقیاس خودشیفتگی مرضی پینکاس<sup>۴</sup> ابزار سنجش ۵۲ گویه است که بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه ای از ((اصلا اینطوری نیستم)) تا ((خیلی زیاد این طوری هستم)) نمره گذاری می شود. این ابزار دو بعد خودشیفتگی بزرگمنشانه و خود شیفتگی آسیب پذیر را می سنجد و دارای ۷ بعد یا مولفه است و شامل: عزت نفس مشروط<sup>۵</sup>، ارتقای خود با از خود گذشتگی<sup>۶</sup>، بهره کشی<sup>۷</sup>، پنهانسازی خود<sup>۸</sup>، خیالپردازی بزرگمنشانه<sup>۹</sup>، بی ارزش سازی<sup>۱۰</sup>، و

<sup>1</sup> Buss

<sup>2</sup> Perry

<sup>3</sup> Pathological Narsissism

<sup>4</sup> Pincus

<sup>5</sup> Contingent Self-Esteem (CSE)

<sup>6</sup> Self-Sacrificing Self-Enhancement (SSSE)

<sup>7</sup> Exploitativeness (EXP)

<sup>8</sup> Hiding the Self (HS)

<sup>9</sup> Grandiose Fantasy (GF)

<sup>10</sup> Devaluing (DV)



خشم محق<sup>۱</sup> است. این ۷ مولفه در دو بعد سطح بالاتر خودشیفتگی بزرگ منشانه، با مولفه های خیال پردازی بزرگ منشانه، بهره کشی و ارتقای خود با از خودگذشتگی، و خودشیفتگی آسیب پذیر با مولفه های حرمت خود مشروط، پنهانسازی خود، بی ارزش سازی و خشم محق قرار می گیرند که همگی این ابعاد تحت عنوان خودشیفتگی مرضی مشخص می شوند. ضرایب آلفای کرونباخ برای تمامی مقیاسها بین ۰/۷۸ و ۰/۹۳ قرار داشت و آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس خودشیفتگی مرضی برابر با ۰/۹۵ بود (پینکاس و همکاران، ۲۰۰۹) این پرسشنامه نیز از در ایران هنجار یابی شده و از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است (Soleimani et al., 2015).

### یافته ها

در مدل پژوهشی حاضر روابط موضوعی به عنوان متغیر برون زاد، متغیرهای پرخاشگری، عزت نفس، خودشیفتگی مرضی، شرم از دیگران به عنوان متغیر های میانجی و اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر درون زاد در نظر گرفته شده است.

در جدول زیر شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش محاسبه شده است. شاخص میانگین اهمیت متغیرها را نظر پاسخ دهندگان نشان می دهد و شاخص انحراف استاندارد پراکندگی پاسخ ها را نشان می دهد.

جدول ۱- : شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
روابط موضوعی	۰.۶۴	۰.۲۰
بی کفایتی	۰.۶۵	۰.۱۸
خود میان بینی	۰.۶۲	۰.۱۸
دل بستگی نا ایمن	۰.۶۴	۰.۲۱
بیگانگی	۰.۶۵	۰.۳۲
اختلال شخصیت مرزی	۰.۴۶	۰.۱۵
آشفتگی هویت	۰.۴۰	۰.۲۰
مکانیزم دفاعی اولیه	۰.۶۱	۰.۲۰
واقعیت آزمایی	۰.۱۷	۰.۲۴
ترس از صمیمیت	۰.۶۴	۰.۱۸
پر خاشگری	۳.۶۳	۰.۷۴
پر خاشگری بدنی	۳.۵۶	۰.۸۵
پر خاشگری کلامی	۳.۵۶	۰.۸۸
خشم	۳.۷۹	۰.۷۹
خصوصیت	۳.۵۹	۰.۸۴

<sup>۱</sup> Entitlement Rage (ER)

۰,۸۹	۳,۲۰	خودشیفتگی مرضی
۱,۱۶	۳,۲۵	عزت نفس مشروط
۱,۱۱	۲,۸۲	بهره کشی
۰,۹۲	۳,۲۷	از خود گذشتگی یا ارتقای خود
۰,۹۱	۳,۳۰	پنهان سازی خود
۱,۲۷	۳,۳۱	خیال پردازی بزرگ منشانه
۰,۹۴	۳,۰۹	بی ارزش سازی
۱,۱۱	۳,۳۶	خشم محق
۰,۲۷	۰,۲۱	عزت نفس
۰,۸۸	۲,۱۵	شرم از دیگران

یافته های توصیفی در جدول فوق نشان می دهد که در اختلال شخصیت مرزی، زیر مولفه های «بی کفایتی» و «بیگانگی» میانگین بیشتری داشته اند (میانگین ۰/۶۵ است). در روابط موضوعی، زیر مولفه های «ترس از صمیمیت» و «مکانیزم دفاعی اولیه» میانگین بالاتری داشته اند (به ترتیب با میانگین های ۰/۶۴ و ۰/۶۱). در پرخاشگری، زیر مولفه «خشم» میانگین بیشتری داشته است (میانگین برابر با ۳/۷۹ است و در خودشیفتگی مرضی، زیر مولفه های «خشم محق» و «خیال پردازی بزرگ منشانه» میانگین بالاتری داشته اند (به ترتیب با میانگین های ۳/۳۶ و ۳/۳۱). در مرحله بعد توزیع نرمال داده ها در جدول زیر آمده است.

#### جدول ۲: نتایج بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	سطح معناداری	چولگی	کشیدگی	وضعیت
روابط موضوعی	۰,۱۰۵	۰,۹۶۸	-۰/۳۶	-۰/۳۴	نرمال است
بی کفایتی	۰,۱۴۰	۰,۹۶۹	-۰/۲۶	-۰/۵۹	نرمال است
خود میان بینی	۰,۰۵۸	۰,۹۶۱	-۰/۴۴	-۰/۳۴	نرمال است
دلبستگی نا ایمن	۰,۰۶۶	۰,۹۶۲	-۰/۷۲	-۰/۴۱	نرمال است
بیگانگی	۰,۰۵۸	۰,۹۶۱	۰/۳۲	۱/۸۱	نرمال است
اختلال شخصیت مرزی	۰,۰۷۲	۰,۹۶۴	۰/۶۷	-۰/۴۲	نرمال است
آشفتگی هویت	۰,۱۸۹	۰,۹۷۸	۰/۹۳	۰/۰۷	نرمال است
مکانیزم دفاعی اولیه	۰,۱۸۴	۰,۹۷۶	-۰/۴۳	-۰/۵۲	نرمال است
واقعیت آزمایی	۰,۲۲۶	۰,۹۸۳	۱/۱۷	۰/۳۳	نرمال است
ترس از صمیمیت	۰,۱۲۵	۰,۹۴۵	-۰/۳	-۰/۴۵	نرمال است
پرخاشگری	۰,۱۳۲	۰,۹۵۲	-۰/۴۱	-۰/۵۱	نرمال است
پرخاشگری بدنی	۰,۰۹۴	۰,۹۴۷	-۰/۲۱	-۰/۸۶	نرمال است
پرخاشگری کلامی	۰,۰۸۵	۰,۹۶۰	-۰/۱۹	-۰/۷۱	نرمال است
خشم	۰,۰۶۳	۰,۹۶۸	-۰/۶۷	-۰/۲۹	نرمال است

نرمال است	-۰/۴۶	-۰/۵	۰,۹۵۴	۰,۰۸۴	خصوصیت
نرمال است	-۰/۲۲	-۰/۶۷	۰,۹۷۳	۰,۱۲۹	خودشیفتگی مرضی
نرمال است	۰/۰۱	-۰/۷۷	۰,۹۷۱	۰,۱۰۱	عزت نفس مشروط
نرمال است	-۰/۰۹	-۰/۰۹	۰,۹۵۹	۰,۲۶۷	بهره کشی
نرمال است	-۰/۳۸	-۰/۵۸	۰,۹۶۸	۰,۱۲۴	از خود گذشتگی یا ارتقای خود
نرمال است	-۰/۳۷	-۰/۳۶	۰,۹۶۲	۰,۱۳۹	پنهان سازی خود
نرمال است	۰/۱	-۰/۸۵	۰,۹۶۵	۰,۰۹۵	خیال پردازی بزرگ منشانه
نرمال است	-۰/۰۵	-۰/۶۵	۰,۹۶۶	۰,۰۷۱	بی ارزش سازی
نرمال است	۰/۵۴	-۰/۹۹	۰,۹۶۳	۰,۰۶۷	خشم محق
نرمال است	-۰/۳۲	۰/۴۱	۰,۹۶۸	۰,۰۸۴	عزت نفس
نرمال است	-۰/۶	-۰/۰۷	۰,۹۷۱	۰,۱۶۴	شرم از دیگران

همانگونه که یافته های جدول فوق نشان می دهد مقدار سطح معناداری آزمون شاپیرو-ویلکس برای متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین فرض صفر پذیرفته می شود یا به عبارت دیگر توزیع متغیرها نرمال می باشد. شاخص چولگی و کشیدگی متغیرها بین (۲ و -۲) قرار دارد بنابراین توزیع متغیرها به توزیع نرمال شباهت زیادی دارد. بنابراین می توان داده ها را هم بر اساس شاخص چولگی و کشیدگی و هم از لحاظ آزمون استنباطی شاپیرو-ویلکس نرمال در نظر گرفت.

### سنجش مدل های اندازه گیری به روش تحلیل عاملی تاییدی

در چارچوب این تحقیق، برای اندازه گیری مفاهیم «اختلال شخصیت مرزی»، «پرخاشگری»، «عزت نفس»، «شرم از دیگران»، «روابط موضوعی» و «خودشیفتگی مرضی» از ابعاد و گویه های جداگانه ای در پرسشنامه استفاده شد که از نرم افزار Amos 24 به روش تحلیل عاملی تاییدی برای برازش هر کدام از مدل های اندازه گیری استفاده گردید. چنانچه بارهای عاملی در مدل اندازه گیری بیشتر از ۰/۵ باشد گویه ها به خوبی متغیر مفهومی را تبیین می کنند همانطور که در مدل های اندازه گیری مشاهده شد بار عاملی همه گویه ها بیشتر از ۰/۷ بود به عبارت دیگر بیش از ۷۰ درصد تغییرات هر گویه توسط متغیر زیر بنایی تبیین می شود.

### بررسی شاخص های برازش مدل های اندازه گیری

نتایج شاخص های برازش شش مدل اندازه گیری در جدول زیر آورده شده است. نتایج جداول ذیل نشان می دهد که شاخص های برازش همه مدل اندازه گیری در حد مطلوب هستند در ادامه معناداری مدل های اندازه گیری بررسی می شود.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل‌های اندازه‌گیری

شاخص	حد مطلوب	اختلال شخصیت مرزی	پرخاصگری	عزت نفس	شرم از دیگران	روابط موضوعی	خودشیفتگی مرضی
X2/df	۳ و کمتر	۲/۳۴	۲/۲۳	۲/۰۵۴	۲/۸۱	۱,۴۵	۱,۳۰
RMR	نزدیک به صفر	۰/۰۴۶	۰/۰۳۹	۰/۰۲۶	۰/۰۲۶	۰,۰۷۲	۰,۰۱۸
GFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۸۱	۰/۸۹۱	۰/۹۸۹	۰/۹۹۳	۰,۹۰۲	۰,۹۳۸
AGFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۵۵	۰/۸۶۵	۰/۹۶۲	۰/۹۶۴	۰,۹۰۳	۰,۹۳۲
NFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۶۱	۰/۸۸۳	۰/۹۸۹	۰/۹۸۲	۰,۹۰۲	۰,۹۵۷
RFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۲	۰/۸۶۵	۰/۹۷۱	۰/۹۴۵	۰,۹۳۹	۰,۹۰۳
IFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۷۷	۰/۹۳۲	۰/۹۹۴	۰/۹۸۸	۰,۹۱۴	۰,۹۱۹
TLI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۶۰	۰/۹۲۰	۰/۹۸۵	۰/۹۶۴	۰,۹۴۴	۰,۹۰۷
CFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۷۷	۰/۹۳۱	۰/۹۹۴	۰/۹۸۸	۰,۹۰۲	۰,۹۳۸
PRATIO	۰/۵ و بالاتر	۰/۵۷۱	۰/۸۶۳	۰/۵	۰/۵۳۳	۰,۶۱۴	۰,۵۵۳
PNFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۵۴۹	۰/۷۶۲	۰/۵۹	۰/۵۲۷	۰,۷۹۷	۰,۷۱۰
PCFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۵۵۸	۰/۸۰۴	۰/۵۹۸	۰/۵۲۹	۰,۵۹۰	۰,۷۰۳
RMSEA	کوچک‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۵۸	۰/۰۵۵	۰/۰۵۳	۰/۰۶۷	۰,۰۶۱	۰,۰۳۵

## بررسی معناداری مدل‌های اندازه‌گیری

در نرم افزار AMOS میزان معناداری بارهای عاملی با شاخص‌های p-value و نسبت بحرانی (CR) نمایش می‌دهد که در جدول زیر معناداری بارهای عاملی در مدل‌های اندازه‌گیری گزارش شده است.

جدول ۴: بررسی معناداری مدل های اندازه گیری

معناداری (p-value)	نسبت بحرانی (CR)	بار عاملی	مولفه/گویه ها	ابعاد/مقیاس
***	۱۰,۵۹	۰,۹۳	بی کفایتی	روابط موضوعی
***	۱۱,۱۴	۰,۹۹	خود میان بینی	
***	۹,۷۶	۰,۸۵	دل بستگی نا ایمن	
***	۹,۳۲	۰,۸۱	بیگانگی	
***	۱۰,۲۴	۰,۹۰	آشفتگی هویت	اختلال شخصیت مرزی
***	۷,۳۱	۰,۶۱	مکانیزم دفاعی اولیه	
***	۸,۸۷	۰,۷۶	واقعیت آزمایی	
***	۹,۶۷	۰,۸۴	ترس از صمیمیت	
***	۹,۱۸	۰,۷۹	پرخاشگری بدنی	پرخاشگری
***	۱۰,۴۳	۰,۹۲	پرخاشگری کلامی	
***	۱۰,۲۳	۰,۹	خشم	
***	۹,۸۷	۰,۸۶	خصومت	
***	۱۰,۱۲	۰,۸۹	عزت نفس مشروط	خودشیفتگی مرضی
***	۸,۳۲	۰,۷۱	بهره کشی	
***	۸,۹۳	۰,۷۷	از خود گذشتگی یا ارتقای خود	
***	۸,۶۹	۰,۷۴	پنهان سازی خود	
***	۸,۹۴	۰,۷۷	خیال پردازی بزرگ منشا نه	عزت نفس
***	۱۰,۰۱	۰,۸۸	بی ارزش سازی	
***	۱۰,۲۱	۰,۹۰	خشم محق	
***	۱۰,۱۵	۰,۸۹	q1	
***	۸,۲۵	۰,۷۰	q2	عزت نفس
***	۸,۲۴	۰,۷۰	q3	
***	۱۰,۰۶	۰,۸۸	q4	
***	۸,۳۶	۰,۷۱	q5	
***	۸,۸۹	۰,۷۶	q6	
***	۸,۵۶	۰,۷۳	q7	

***	۸,۷۷	۰,۷۵	q8	
***	۸,۳۲	۰,۷۱	q9	
***	۸,۳۲	۰,۷۱	q10	
***	۸,۴۷	۰,۷۲	q1	
***	۸,۹۳	۰,۷۷	q2	
***	۸,۶۵	۰,۷۴	q3	
***	۹,۰۴	۰,۷۸	q4	
***	۹,۴۳	۰,۸۲	q5	
***	۹,۵۴	۰,۸۳	q6	
***	۸,۹۸	۰,۷۷	q7	
***	۹,۵۲	۰,۸۳	q8	
***	۸,۴۳	۰,۷۲	q9	
***	۹,۵۹	۰,۸۳	q10	شرم از دیگران
***	۸,۸۸	۰,۷۶	q11	
***	۹,۲۷	۰,۸۰	q12	
***	۷,۸۴	۰,۶۶	q13	
***	۸,۵۷	۰,۷۳	q14	
***	۹,۰۹	۰,۷۸	q15	
***	۹,۱۶	۰,۷۹	q16	
***	۸,۵۹	۰,۷۳	q17	
***	۸,۷۴	۰,۷۵	q18	

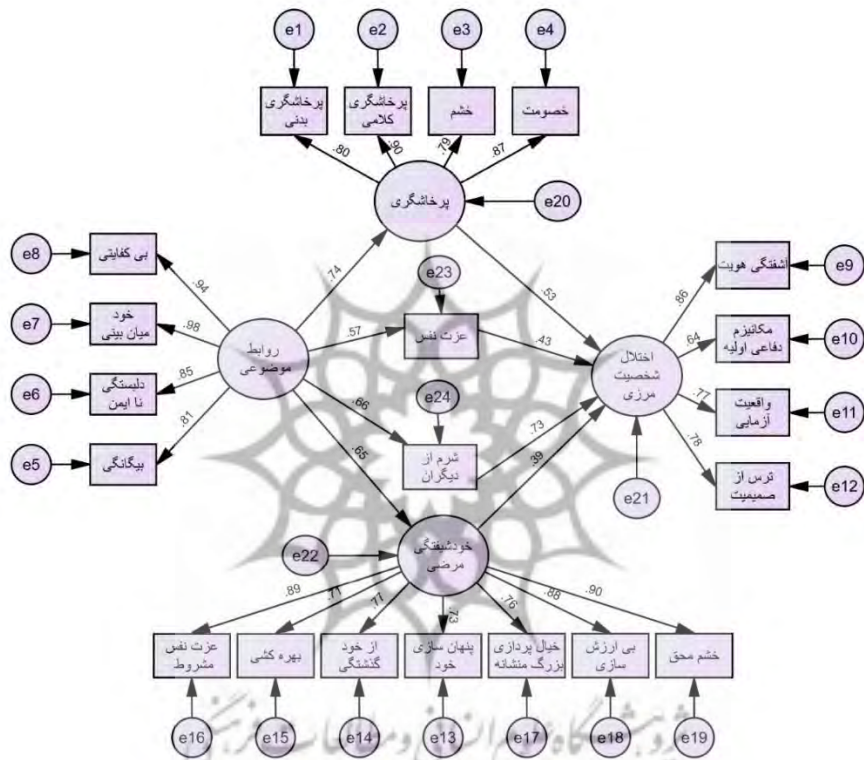
یافته هادر جدول فوق نشان می دهد در هر مقیاس بارهای عاملی بیشتر از ۰/۷ هستند و نسبت بحرانی بیشتر از ۲/۵۶ است بنابراین در سطح اطمینان ۹۹ درصد معناداری بارهای عاملی در مدل های اندازه گیری مورد تایید قرار می گیرد.

#### برآورد و آزمون مدل ساختاری پژوهش

پس از اطمینان از قابل قبول بودن مدل های اندازه گیری حاضر در مدل معادله ساختاری تدوین شده در موقعیتی هستیم که می توانیم به برآورد و آزمون مدل مفهومی پژوهش از طریق مدل یابی

معادلات ساختاری<sup>۱</sup> دست‌بزنیم. دلیل استفاده از این روش آن است که این مدل قابلیت این را دارد که به جای بررسی دو به دو و منفک متغیرها، روابط همه متغیرها را به طور همزمان تحلیل کند. رویکرد SEM، روش جامعی برای آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط بین متغیرهای مشاهده شده و متغیرهای مکنون می‌باشد. در قسمت قبلی مدل‌های اندازه‌گیری مورد آزمون قرار گرفت. در این مرحله می‌خواهیم با تعیین روابط ساختاری بین متغیرهای مفهومی، مدل پژوهش مورد بررسی و آزمون قرار دهیم.

مدل ساختاری در نرم‌افزار Amos ۲۶ برازش شد که در نگاره زیر آمده است.



نگاره ۱: مدل ساختاری (تخمین استاندارد)

برای تعیین میزان تناسب مدل ساختاری، شاخص‌های برازش محاسبه شده‌اند که نتایج در جدول زیر آمده است.

<sup>1</sup> SEM= Structural Equation Model

## جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص	حد مطلوب	مقدار گزارش شده
X2/df	۳ و کمتر	۲/۶۳
RMR	نزدیک به صفر	۰/۰۴۲
GFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۳
AGFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۸۸۱
NFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۸
RFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۰۱
IFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۴۸
TLI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۶
CFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۴۷
PRATIO	۰/۵ و بالاتر	۰/۸۲۴
PNFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۷۵۶
PCFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۷۸۰
RMSEA	کوچک‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۶۵

نتایج شاخص‌های برازش در جدول فوق نشان می‌دهد که مدل ساختاری از برازش مطلوبی برخوردار است بنابراین مدل ساختاری پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد. نتایج معناداری ضرایب رگرسیونی مدل ساختاری در جدول زیر گزارش شده است.

## جدول ۶: نتایج بررسی روابط رگرسیونی در مدل ساختاری

رابطه	از طریق میانجی	تأثیر مستقیم	تأثیر غیر مستقیم	نسبت بحرانی CR	سطح معناداری	نتیجه فرضیه
روابط موضوعی ← اختلال شخصیت مرزی	پرخاشگری	۰,۵۳	۰,۷۴ ×	۵,۱۴	۰/۰۰۱	تأثیر گذاری غیر مستقیم در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است
روابط موضوعی ← اختلال شخصیت مرزی	عزت نفس	-	۰,۵۷ ×	۳,۷۱	۰/۰۰۱	تأثیر گذاری غیر مستقیم در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است
روابط موضوعی ← اختلال شخصیت مرزی	شرم از دیگران	-	۰,۶۶ ×	۶,۰۸	۰/۰۰۱	تأثیر گذاری غیر مستقیم در سطح



اطمینان ۹۹ درصد			=			
معنادار است			۰,۴۸۲			
تاثیر گذاری غیر			× ۰,۶۵			
مستقیم در سطح			۰,۳۶		خود	روابط موضوعی ←
اطمینان ۹۹ درصد	۰/۰۰۱	۳,۸۰	=	-	شیفتگی	اختلال شخصیت مرزی
معنادار است			۰,۲۵۴		مرضی	
تاثیر گذاری مستقیم						
در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است	۰/۰۰۱	۶,۵۹	-	۰,۵۳	-	پرخاشگری ← اختلال شخصیت مرزی
تاثیر گذاری مستقیم						
در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است	۰/۰۰۱	۵,۵۵	-	۰,۴۳	-	عزت نفس ← اختلال شخصیت مرزی
تاثیر گذاری مستقیم						
در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است	۰/۰۰۱	۸,۵۷	-	۰,۷۳	-	شرم از دیگران ← اختلال شخصیت مرزی
تاثیر گذاری مستقیم						
در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است	۰/۰۰۱	۵,۱۶	-	۰,۳۹	-	خودشیفتگی مرضی ← اختلال شخصیت مرزی

یافته ها در جدول فوق نشان می دهد متغیر روابط موضوعی از طرق متغیرهای میانجی «پرخاشگری»، «عزت نفس»، «شرم از دیگران» و «خود شیفتگی مرضی» به ترتیب با ضرایب غیر مستقیم ۰/۳۹۲، ۰/۲۴۵، ۰/۴۸۲ و ۰/۲۵۴ بر اختلال شخصیت مرزی در سطح اطمینان ۹۹ درصد تاثیر معناداری دارد (نسبت بحرانی بیشتر از ۲/۵۶ و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است) با توجه به اینکه روابط غیر مستقیم معنادار هستند بنابراین نقش میانجی گری متغیرهای «پرخاشگری»، «عزت نفس»، «شرم از دیگران» و «خود شیفتگی مرضی» در رابطه بین روابط موضوعی و اختلال شخصیت مرزی مورد تایید قرار می گیرد. سایر یافته ها در جدول فوق نشان می دهد متغیرهای «پرخاشگری»، «عزت نفس»، «شرم از دیگران» و «خود شیفتگی مرضی» به ترتیب با ضرایب مستقیم ۰/۴۳، ۰/۷۳ و ۰/۳۹ بر متغیر اختلال شخصیت مرزی تاثیر معناداری دارد (نسبت بحرانی بیشتر از ۲/۵۶ و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است) با توجه به اینکه این روابط مثبت و معنادار هستند است می تواند نتیجه گرفت مولفه های شرم و پرخاشگری و عزت نفس و خودشیفتگی پیش بینی کننده اختلال شخصیت مرزی می باشند.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور ارائه الگویی علی برای تبیین اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت. یافته های حاصل نشان داد که متغیر روابط موضوعی با واسطه متغیر های پر خاشگری، شرم، خود شیفتگی مرضی، عزت نفس نقش پیش بینی کننده ای در تبیین اختلال شخصیت مرزی دارد. ارزیابی ها نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بود و متغیرهای پیش بین و میانجی اثر مستقیم و غیر مستقیم معنا داری بر اختلال شخصیت مرزی دارند. روابط موضوعی با ضریب غیر مستقیم در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر اختلال شخصیت مرزی تاثیر معناداری دارد. این یافته با پژوهش های (Einy & et al, 2018) و چمنی و نجفی (Chamani & Najafi, 2018) کلارکین و همکاران (Clarkin & et al, 2007) تونچ (Tunc, 2019) همسو است. مطالعات نشان داده است که تقریباً ۳۷ تا ۶۴ درصد بیماران مرزی جدایی های زود هنگام و یا فقدان های اولیه را بیان می کنند که به شدت برای بیماران مرزی جدی است، چرا که آنها بیشتر از بیماران سایکوتیک، اختلال شخصیت و خلقی آن را گزارش می کنند (Zanarini et al., 2010). بی ثباتی در مادری کردن اختلال شخصیت مرزی را در فرزندان پیش بینی می کند. مراقبت بیش از حد والدین به شکل برجسته ای با شدت علائم اختلال شخصیت مرزی مرتبط است. ترکیب طرد شدن از طرف مادر و داشتن صفات خوشه B مادر با شدت اختلال مرزی در ارتباط است (Schupert, 2014). همچنین مشاهده خشونت و روابط آشفته بین والدین توسط فرزندان پیش بینی کننده سطح بالاتری از ویژگی های اختلال شخصیت مرزی است و در یک پیگیری ۴ ساله کاهش ویژگی ها وجود نداشته است (Sharp et al., 2020) نظریه پردازان روابط موضوع معتقداند نزدیک ترین و صمیمی ترین روابط اولیه کودک بیشترین تاثیر را بر بهنجاری یا نابهنجاری روانی او دارد. تعارضات ارتباطی اولیه با موضوع، همراه با خلق حاکم بر این رابطه، درونی می شود و بعد ها ارتباطات فرد را با افراد جدید تحت تاثیر قرار می دهد (Gagnon, Leblanc & Amand, 2015). مسترسون (Masterson, 1981) اعتقاد دارد در خانواده بیمار مبتلا به اختلال مرزی تمایل مادر به حفظ رابطه با فرزند به موازات رشد تدریجی خودمختاری کودک برای استقلال موجب اضطراب مادر می شود و وقتی او خواهان رابطه نزدیک است کودک در واکنش به آن دو سو گرایی عمیقی را حس می کند گاهی تسلیم چسپندگی مادر می شود و گاه با کناره گیری و انزوا واکنش نشان می دهد. کودک از سوئی خواهان حفظ حمایت مادرانه است و از سوئی به دنبال استقلال. تعارض میان این دو میل مانع از تشکیل یک تصویر یکپارچه از خوبی و بدی مادر می شود و در نتیجه کودک از رهاشدگی می ترسد چرا که وابستگی او پاسخ داده می شود و استقلال او با فقدان عشق مواجه می شود. این تعارض مبنایی برای رشد علائم کلاسیک شخصیت

مرزی می شود یعنی روابط بی ثبات و حالت های پوچی و گرایش به جستجوی روابط بیش از حد نزدیک و یا همجوشی آرمانی می شود (Clarkin, 2007).

یافته های این پژوهش حاکی از آن بود که متغیر های پرخاشگری و شرم و عزت نفس و خودشیفتگی مرضی نیز در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی به صورت مستقیم مثبت و معنادار هستند که به ترتیب به تبیین آنها می پردازیم. در ارتباط با متغیر پرخاشگری یافته های این تحقیق با پژوهش های لاتالوا و پراسکو (Latalova & Prasko, 2010) و مارتینو و همکاران (Martiono, 2015) و شارکار (Sharkar, 2019) همسو است. کرنبرگ (Kernberg, 1976) نیز به اهمیت پرخاشگری تاکید داشت. از نظر او مادر سرد و غیر همدل به کودک احساس دوست داشتنی نبودن می دهد و کودکی که با ناکامی شدید، ناامیدی محرومیت و یا فقدان روبرو شده خشم مقاومت ناپذیر و تنفر را احساس می کند که این خشم نسبت به آبه دوست داشتنی موجب بالا رفتن ترس و اضطراب در کودک می شود. کودک خشم خود را فرافکنی می کند در حالی که به شکل دفاعانه ارزشهای والدین را جستجو می کند. بدون ترس از اینکه این خشم والدین را نابود خواهد کرد. این خصومت شدید از دنیای درونی کودک به سمت دنیای بیرون فرافکنی می شود و مکانیسم های (جداسازی و فرافکنی) را برای محافظت خود از دنیای بد شکل می دهد.

اریک باومان و همکارانش (Baumann et al., 2020) در پژوهش خود دریافتند بیماران مرزی در کنترل خشم های انفجاری خود مشکل دارند. آنها خاطرنشان می کنند که افراد مبتلا به اختلال مرزی دارای سطوح خشم شدید درونی هستند. به گفته منابعی که آنها ذکر کرده اند، علاوه بر اینکه بیشتر مستعد درگیری فیزیکی با دیگران یا استفاده از سلاح علیه افراد دیگر هستند، تا ۸۰٪ از افراد مبتلا به این اختلال خودزنی می کنند و ۸۵٪ نیز اقدام به خودکشی کرده اند. در واقع، این نویسندگان تاکید می کنند که این یافته ها نشان می دهد که زیر گروه های پرخاشگری در اختلال مرزی وجود دارد که بایستی مورد بررسی قرار بگیرد. زانارینی و همکارانش (Zanarini et al., 2007) در یک مطالعه از ۲۹۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی گزارش دادند که در میان ۲۴ علامت، بسیاری از علائم طی یک پیگیری ۱۰ ساله به شدت کاهش یافته است. از میان علائمی که کمترین کاهش را نشان داد، عصبانیت شدید بود که ۴۵٪ از افرادی که در زمان بستری در بیمارستان حضور داشتند این علائم را حفظ کردند همچنین در پژوهشی که توسط مورس (Morse, 2009) و همکارانش انجام گرفت دریافتند که عدم تنظیم هیجانی و دل بستگی نا امن و عصبانیت کم یا زیاد به عنوان فاکتورهای پیش بینی کننده ای در تشخیص اختلال مرزی و یا زیر گروه های آن می باشد. در پژوهش های دیگر نیز مدل های پیشنهادی، ابعادی برای پرخاشگری در بیماران مرزی در نظر گرفته

شده و تکانش گری و انواع عصبانیت در واکنش بسیار زیاد به طرد در بیماران مورد بررسی قرار گرفته است که با این پژوهش همسو است (Mancke, 2015).

نتایج این پژوهش در مورد نقش پیش بینی کننده ی متغیر شرم با یافته های پور (porr,2020) و کاکلرو همکاران (kockler,et al, 2020) و اعتمادی و همکاران (Etemadi et al, 2020) و Rusch (Rusch et al., 2007) و Pedneault, 2020) و Karan et al.,2014) همسو است. شرم به عنوان یک هیجان مهم در اختلال شخصیت در نظر گرفته می شود و با رفتار خود جرحی، خودکشی های مزمن و خشونت و عصبانیت در ارتباط است. با این حال سطح و تاثیر آن بر افراد اختلال شخصیت مرزی به طور عمده ناشناخته مانده است. زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی سطح بالاتری از شرم و احساس گناه و اضطراب را گزارش می کنند شرم با خودپنداره درونی و کیفیت پایین تر زندگی و عزت نفس پایین و خصومت و خشم در ارتباط است و رویکرد های روانپزشکی نیاز به روشن سازی جنبه های آشکار و نا آشکار شرم در تبیین اختلال شخصیت مرزی دارند (Rusch et al., 2007). همچنین در ارتباط با متغیر عزت نفس، یافته های این پژوهش با مطالعات لینام و همکاران (Lynum, 2008) و گرمبال و همکاران (Grambal et al, 2016) روش و همکاران (Rusch, 2007) روپکه و دیگران (Roepke et al, 2011) همسو است. عزت نفس متغیری است که در اختلال مرزی با عملکرد پایین ارتباط دارد و درخشم و اهداف و روابط فردی تاثیر مهمی دارد (Hedrick & Berlin, 2012).

علی رغم اهمیت این مولفه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پژوهش های چندانی روی این مولفه صورت نگرفته است. عزت نفس کیفیت مهمی از تجربه ذهنی خود را نشان می دهد و مطالعه عزت نفس در اختلالات شخصیت می تواند دانش جدید و مهمی از آسیب شناسی اختلالات شخصیت ارائه دهد.

در زیر مقیاس های خودشیفتگی، میانگین خشم محق نیز که با خودشیفتگی آسیب پذیر در ارتباط است بالا بوده (۳/۳۶) و به شکل مستقیم می تواند شخصیت مرزی را پیش بینی کند. با پژوهش، میلر و همکاران (Miller et al, 2008) اولر و همکاران (Euler et al., 2018) همسو است. در پژوهش اولر خودشیفتگی آسیب پذیر با اختلال شخصیت مرزی و خودشیفتگی بزرگ منشا با اختلال شخصیت خودشیفته در ارتباط بوده است. کوهوت (kohut, 1977) در مفهوم سازی خود از شخصیت خودشیفته از دو بعد بزرگ منش و آسیب پذیر صحبت کرده است. مطالعات برای ویژگی های بزرگ منشی نشان می دهد که این افراد به طور فعال پرخاشگر، نمایشی، استثمار گر و انتقام جو هستند در حالیکه انکار و هیجان های مهم و استرس های بین فردی در آنها قابل توجه است.

کرنبرگ (Kernberg, 1976) معتقد است که اگر چه بی ثباتی هیجانی آشکار در هر دو نوع خودشیفتگی آسیب پذیر و اختلال شخصیت مرزی وجود دارد اما تفاوت های معنا داری در انواع مشکلاتی که این دو دسته بر اساس چارچوب روانی خود تجربه می کنند، وجود دارد. اگر چه هم اختلال شخصیت خودشیفته هم اختلال مرزی فکری کنند دیگران باید نیاز های آنها را بدانند و توجه خاص به آنها داشته باشند (Ronningstam, 2009). خودشیفته بزرگ منش خودپرورانی غیر واقعی دارد و به نظر می رسد مشکلات در روابط بین فردی خود را با بالابردن خود رد می کنند. در مقابل خود شیفته آسیب پذیر نیز که برحق بودن بالایی را گزارش می کنند نمرات بالایی در آسیب پذیری روابط بین فردی شان گزارش می کنند (Emmons, 1987). خودشیفتگی آسیب پذیر می تواند با دست کم دو اختلالات دیگر مثل اختلال شخصیت اجتنابی و اختلال شخصیت مرزی به اشتباه تشخیص داده شود. خودشیفته بزرگ منش اضطراب چشمگیری را در روابط بین فردی اش نشان می دهد و از روابط دوری می کند و خیالپردازی می کند اما این به وسیله هسته انتظارات بالا، برجسته و هدایت می شود. خودشیفتگی آسیب پذیر ممکن است به دلیل ناامیدی و شرم از انتظارات دیده نشده از ارتباط با دیگران دوری کند. بنابراین ممکن است خودشیفتگی آسیب پذیر به اشتباه اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شود (Hook, 2007) بر اساس پژوهش اولر و دیگران (Euler & al, 2018) احتمالاً خودشیفتگی آسیب پذیر نباید به عنوان یک جنبه اساسی در اختلال شخصیت خود شیفته در نظر گرفته شود. اما از آنجا که یک ویژگی برجسته، اختلال شخصیت مرزی گرایش بیماران به رنج بردن از احساسات شدید شرم است می تواند این اختلال را از سایر اختلالات بهداشت روان متمایز کند (Pedneault, 2020)

اختلال شخصیت مرزی اختلالی است که جنبه ها، سطوح، معانی، علایم ظاهری و مسائل زیادی دارد. این اختلال نیاز به تجزیه و تحلیل بیشتری دارد تا در مورد ایجاد و پیشرفت علائم و آن مدلی برای درمان ارائه دهد. در مجموع نتایج پژوهش حاضر حاکی از اهمیت بررسی روابط موضوعی، خودشیفتگی مرضی، عزت نفس، پرخاشگری و شرم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. به منظور تعمیم پذیری بیشتر پیشنهاد می شود که در این زمینه پژوهش های بیشتری انجام گیرد.

## References

- American psychiatric Association. (2016). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-5), Fifth Edition, Washington: APA 593-623.
- Baumann, E., Schmidt, F., Lena, J., Cord, B., Spitzer, C. (2020). Implicitly measured aggressiveness self-concepts in women with borderline personality disorder as assessed by an Implicit Association Test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 66, 101513.

- Bell, M. D., Billington, R.J., Becker, B.R., (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 42(5):733-41.
- Boesky, D. (1983). Representation in self and object theory. *Psychoanalytic Quarterly*, 52, 564-583.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Clinical Psychology*, 63, 452-459.
- Clarkin, F. J., Lenzenweger, F. M., Yeomans, F., Levy, N. K., Kernberg, F. O. (2007). An Object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108 (3), 593–623.
- Dhaliwal, K., Danzig, A., Fineberg, Sarah, K. (2020). Improving Research Practice for Studying Borderline Personality Disorder. *chronic stress*, (4), 1-10.
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188–207.
- Drake, W. (2019). How Object Relations Therapy Can Help Your Relationship. Retrieved from <https://www.betterhelp.com>.
- Einy, S., Narimani, M., Atadokht, A., Basharpour, S., Sadeghi Movahhed, F. (2018). Effectiveness of cognitive analytical therapy on ego strength and object relations of persons with borderline personality disorder. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 29(1).
- Emmons, R. A. (1987). Narcissism: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 11–17.
- Esbati, M., Khodabakhsh, R., Mehrinejad, A., Khosravi, Z. (2017). Psychometric Properties of Other As Shamer inventory, *Contemporary Psychology*, 12, (Suppl.), 63-68.
- Etemadi, M., Aghebati, A., Ayatmehr, F., & Ashoori, A. (2020). Predicting borderline personality traits in adolescents based on parenting styles and emotion regulation strategies. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 8(2), 133-142.
- Etherington, L. (2020). Melanie Klein and Object Relations Theory . *Simply Psychology*. <https://www.simplypsychology.org/Melanie-Klein.html>
- Euler, S., Stöbi, D., Sowislo, J., Franziska Ritzler, F., Huber, G. C., Lang, E. U., Wrege, J., Walter, M. (2018). Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 51(2), 110-121.

- Eveleth, C. M., Bassir Nia, A. & et al. (2018). Past, present, and future of genetic research in borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, (21), 60-68.
- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M., Maffei, C. (2004). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (5), 369-377.
- Gagnon, J., Leblanc, S., Amand, J., Julie, St. (2015). Relationship between Two Dimensions of Object Relations and Group Psychotherapy Attendance Rate in Borderline Personality Disorder Individuals. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 5 (2).
- Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures: I: The 'other as shamer's scale. *Personality and Individual Differences*, 17, 713-717.
- Gottlich, M., Westermair, A., Beyer, F., Bußmann, L. M., Schweiger, U., Krämer, M.U. (2020). Neural basis of shame and guilt experience in women with borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 13.
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Marackova, M., Ociskova, M., Milos Slepecky, M. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder & cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2439-2448.
- Greenacre, M. J. (1984). *Theory and Applications of Correspondence Analysis*. New York: Academic Press
- Gunderson, G. J., Kolb, E. J. (1979). Drs. Gunderson and Kolb Reply. *American Journal of Psychiatry*, 136(2), 239-240.
- Hadinezhad, H., Tabatabaieian, M., Dehghani, M. (2014). A preliminary study for validity and reliability of Bell object relations and reality testing inventory. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 20(2), 162-169.
- Hedrick, N. A., Brelin, A.H. (2012). Implicit Self-Esteem in Borderline Personality and Depersonalization Disorder. *Frontiers in Psychology*, 3, 91.
- Hoerman, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2013). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38, 82-86
- Hook, L. T. (2007). *The role of self concept and narcissism in aggression* Unpublished PHD's thesis, university of Saskatchewan.
- Jeung, H., Vollmann, M., Herpertz, C. S., Schwieren, C. (2020). Consider others better than yourself: Social decision-making and partner preference in

- Borderline Personality Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 67, 101436.
- Karan, E., Niesten, I. J., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., Zanarini, M. C. (2014). The 16-year course of shame and its risk factors in patients with borderline personality disorder. *Personal Mental Health*, 8(3), 169-77.
- Kernberg, O. F. (1976). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F., Yeomans, E. F. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(1), 1-22.
- Kim, K., Talbot, N. L., Cicchetti, D. (2015). Childhood abuse and current family conflict: The role of shame. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 362-71.
- Klein, M., & Tribich, D. (1981) Kernberg's object relations theory; a critical evaluation. *International Journal of Psychoanalysis*, 62, 27-43.
- Kockler, D.T., Santangelo, S. P., Limberger, F. M., Bohus, M., Ebner-Priemer, W. U. (2020). Specific or transdiagnostic? The occurrence of emotions and their association with distress in the daily life of patients with borderline personality disorder compared to clinical and healthy controls. *Psychiatry Research*, 248, 112692.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press
- Latalova, K., Prasko, P. (2010). Aggression in Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 81(3), 239-251.
- Lynum, L. I., Wilberg, T. & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 469-477.
- Mancke, F., Herpertz, C. S., Bertsch, K. (2015). Aggression in Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. American Psychological Association, 6(3), 278-291.
- Martino, F., Caselli, G., Berardi, D., Fiore, F., Marino, E., Menchetti, M., Prunetti, E., Ruggiero, M. G., Sasdelli, A., Selby, E., Sandra Sassaroli, S. (2015). Anger rumination and aggressive behaviour in borderline personality disorder. *Personality and Mental Health* 9(4), 277-287.
- Masterson, J.F. (1981). *Narcissistic and Borderline disorders. An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Miller, J.D., Campbell, W. K. (2008). Comparing clinical and social personality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality*, 76, 450-476.



- Mohammadzadeh, A., Rezaee, A. (2011). Validation of borderline personality inventory in Iranian population, *Journal of Behavioral Science*, 5(3), 23-34.
- Morse, J., Q. H. J., Pilkonis, P., A. & et al. (2009). Anger Preoccupied attachment, and disorganization in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 240-257.
- Newman-Morris, V., Simpson, K., Gray, M. K., Perry, N., Dunlop, A., Newman, K. L. (2020). Evaluation of Early relational Disturbance in high-risk population: Borderline personality disorder features, maternal mental state and observed interaction. *Infant Mental Health*, 1-18.
- Nevels, M. R., Dehon, E. E., Alexander, K., Gontkovsky, T. S. (2010). Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with primary neuropsychiatric disorders: a review of current and potentially promising treatment options. *Journal of Experimental Clinical Psychopharmacology*, 18(2), 184-201.
- Oldham, M. J., & et al. (2015). The alternative DSM- 5 model for personality disorders. *World Psychiatry*, 14 (2), 234-236.
- Pedneault, S. K. (2020). Coping With Borderline Disorder Embarrassment and Shame. *Mental Health*.
- Peters, R. J., Geiger, J.P. (2016). Borderline Personality Disorder and Self-Conscious Affect: Too Much Shame But Not Enough Guilt? *Personal Disorders: Theory, Research and Treatment*, 7(3), 303-308.
- Pincus, L.A., Ansell, B.E., Pimentel, A. C., Cain, M.N., Wright, G.C. A., Levy, N. K. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21, 365-79.
- Porr, V. (2020). Shame: An Overlooked Factor in Conceptualizing and Treating Borderline Personality Disorder: Its Powerful Role in the Lives and Suicides of People with BPD. *European Psychiatry*, 41 (1), 715-716.
- Potegal, M., Stemmler, G., Spielberger, C. et al. (2010). Anger and Psychopathology. *International Handbook of Anger*. Springer New York Dordrecht Heidelberg London. 465-497.
- Pullmann, H., & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715.
- Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A., Rüter, A., Merkl, A., Heuser, I., Lammers, H. C. (2011). Dialectic behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 148-158.
- Ronningstam E. 2009. Narcissistic personality disorder: facing DSM-V. *Psychiatr. Ann*, 39, 111-21.

- Rozenberg, M. (1965). *Rozenberg self esteem scale*. Princeton university press.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M., Kühler, T., Jacob, G. A. Lieb, K. (2007). The Impact of Posttraumatic Stress Disorder on Dysfunctional Implicit and Explicit Emotions Among Women With Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 537-539.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M., Jacob, G.A., Brueck, R., Lieb, K. (2007). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: a validation study. *Psychiatry Research*, 150(3), 313-325.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, ., Schramm, E., & Bohus, M. (2007). Shame and Implicit Self-Concept in Women With Borderline Personality Disorder. *The American journal of psychiatry*, 164(3), 500-508.
- Samani, S. (2007). Assessing the reliability and validity of the Buss and Perry Aggression Questionnaire. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 13 (4), 359-365.
- Sarkar, J. (2019). Borderline personality disorder and violence. *Australasian Psychiatry*, 27 (6), 578-580.
- Schupert, H. Marieke. & et al. (2014). Severity of Borderline personality. Symptoms in adolescence: Relationship with maternal parenting: Maternal psychopathology and rearing style. *Journal of Personality Disorder*, 28, 155.
- Sharp, C., Vanwoerden, S., Jouriles, E., Godfrey, A. D., Babcock, J., McLaren, V., McFarlane, J., Brashear, B., Quenette Walton, Q., Temple, R. J. (2020). Exposure to interparental intimate partner violence and the development to borderline features in adolescents. *Child abuse and Neglect*, 103.
- Soleimani, M., et al. (2015). Psychometric properties of the Pathological Narcissism Inventory. *Contemporary Psychology*, 10(1), 95-110.
- Tangney, J. P. , & Dearing, R. I. (2004). *Shame & guilt*. The Guilford Press: New York, London.
- Timothy, J. T., Stephanie, D. S., Christine, A. D. (2003). Research on borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(1), 77-82.
- Tunc, P., Eren, N. (2019). Psychodynamic formulation in borderline personality disorder: A case study. *Journal of psychiatric nursing*, 10(4), 309-316.
- Vermeiren, R., Bogaerts, J., Ruchkin, V., Deboutte, D. & Schwab-Stone, M. (2004). Subtypes of self-esteem and self-concept in adolescent violent and property offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 405-411
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 590-597.

- Zanarini, C. M., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929-35.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F., Bradford, R. D., Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122 (2), 103-109.
- Zeigler, H. V., & Jennifer, A. (2006). Borderline Personality Features: Instability of Self esteem and Affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 668-687.



