

The Role of Intermediary Strategies for Emotional Cognitive Regulation in the Relationship between Childhood Trauma and Borderline Personality Symptoms

Haniyeh Homaee Nejad ¹, Ahmad Karbalaee Mohammad Meigouni ^{1,*},
Sadegh Taghiloo ², Roya Aftab ¹

¹ Department of Clinical Psychology, Karaj Branch of Islamic Azad University, Karaj, Iran

² Department of Clinical Psychology, Astara Branch of Islamic Azad University, Astara, Iran

* **Corresponding Author:** Ahmad Karbalaee Mohammad Meigouni, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. Tel: +989124884899, Email: a.karbalaee@kia.ac.ir

Received: 2018/07/20

Accepted: 2018/10/14

Online published: 2018/10/23

Abstract

Introduction: Exposure to trauma, before and during puberty has specific implications for personality development and raises risk for borderline personality disorder. The aim of this study is to determine the mediating role of positive and negative cognitive emotion regulation strategies in the relationship between childhood trauma and borderline personality features.

Materials and Methods: The research method was a descriptive correlational type and the statistical population consisted of all residents of the Karaj city in summer of 2017, among which 300 were chosen randomly and selected voluntarily. The study tools were the childhood trauma questionnaire, cognitive emotion regulation questionnaire, and borderline symptom list. Data were analyzed using structural equation modeling.

Results: The results showed that the total path coefficient that is, sum total of the direct relationship between childhood trauma and borderline personality and the indirect relationship between these two, by mediating role of cognitive emotion regulation strategies ($\beta=0.654$, $P<0.01$); the direct path coefficient of the relationship between negative cognitive emotional regulation strategies and borderline personality ($\beta=0.513$, $P<0.01$) and the indirect path coefficient between childhood trauma and borderline personality that is, the indirect relationship by mediating role of negative emotion regulation strategies ($\beta=0.550$, $P<0.01$) are positive and significant at 0.01 level; In other words, it's likely to have a reason other than chance.

Conclusion: Childhood trauma seems to prevent the development of cognitive-emotional regulation capabilities in a healthy way. Negative affect in people with a borderline personality disorder is the initiator of negative emotional strategies including rumination, which leads to deeper self-blame and other-blame thinking that ultimately leads to symptoms of borderline personality disorder.

Keywords: Borderline Personality, Childhood Trauma, Cognitive Regulation, Emotion.

نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین آسیب کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی

هانیه همایی‌نژاد^۱، احمد کربلایی محمد میگونی^{۱*}، صادق تقی‌لو^۲، رویا آفتاب^۱

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا، آستارا، ایران

* نویسنده مسئول: احمد کربلایی محمد میگونی؛ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج،

کرج، ایران. تلفن: ۰۹۸۹۱۲۴۸۸۴۸۹۹؛ ایمیل: a.karbalaee@kiauu.ac.ir

انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۸/۱

پذیرش: ۱۳۹۷/۷/۲۲

دریافت: ۱۳۹۷/۴/۲۹

چکیده

مقدمه: قرار گرفتن در معرض آسیب، قبل و در دوران بلوغ دارای پیامدهای خاصی برای رشد شخصیت و افزایش خطر ابتلا به اختلال شخصیت مرزی است. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین آسیب کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش تمام ساکنان منطقه هفت شهر کرج در تابستان سال ۱۳۹۶ بود که از میان آن‌ها ۳۰۰ نفر با گزینش تصادفی به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه آسیب کودکی؛ پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و سیاهه نشانه‌های مرزی بود. داده‌های پژوهش با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ضریب مسیر کل یعنی مجموع رابطه مستقیم بین آسیب کودکی و شخصیت مرزی و رابطه غیرمستقیم این دو با نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ($\beta=0/654$ ، $P<0/01$)؛ ضریب مسیر مستقیم رابطه بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی و شخصیت مرزی ($\beta=0/513$ ، $P<0/01$) و ضریب مسیر غیرمستقیم بین آسیب کودکی و شخصیت مرزی یعنی رابطه غیرمستقیم با نقش واسطه‌ای راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان ($\beta=0/550$ ، $P<0/01$) مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است؛ به‌عبارت‌دیگر به‌احتمال زیاد دارای علتی غیر از شانس بوده است. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد آسیب‌های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی‌های تنظیم شناختی هیجانی به شیوه‌ای سالم می‌شود. عاطفه منفی در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی، آغازگر چرخه راهبردهای منفی تنظیم هیجان از جمله نشخوار فکری است و منجر به عمیق‌تر شدن تفکر خودسرزنش‌گرانه و دگرسرزنش‌گرانه می‌شود که در نهایت نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را منجر می‌شوند.

کلمات کلیدی: آسیب کودکی، تنظیم شناختی، شخصیت مرزی، هیجان.

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

شیوع تقریبی اختلال شخصیت مرزی (borderline personality disorder) ۱ تا ۳ درصد در طول عمر و ۰/۵ تا ۱/۴ درصد در جمعیت عادی است و با الگوی پایداری از بی‌ثباتی در روابط، خلق، تنظیم تکانه و خودپنداره مشخص می‌شود [۱، ۲]. طبق متن 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، تکانش‌وری، رفتارهای خودکشی یا خود آسیب زنی، بی‌ثباتی عاطفی، احساس‌های مزمن پوچی، خشم نامناسب و شدید یا اشکال در کنترل خشم و اندیشه-پردازی پارانوایی گذرا یا نشانه‌های شدید تجزیه مشخص می‌شود [۳]. اختلال شخصیت مرزی اختلال روانی جدی و خودتخریب‌گری است که اثرات منفی بر حوزه‌های عملکردی مختلف دارد و پیامدهای جدی را در حوزه‌های تحصیلی، شغلی، روانی-اجتماعی قانونی و همچنین هزینه‌های کلانی را در جامعه منجر می‌شود. در میان افرادی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند، ۸۵ درصد دچار یک یا بیش‌تر از یک اختلال روانی دیگر نظیر اختلالات افسردگی، اضطرابی، دوقطبی و مرتبط با مواد و اعتیاد هستند و میزان مرگ‌ومیر بالاتر رایج است. حدود ۱۰ درصد از این بیماران اقدام به خودکشی می‌کنند و میزان آن تقریباً ۵۰ برابر بیش‌تر از جمعیت عمومی است [۴-۸]. در پژوهش‌ها نشانه‌های شخصیت مرزی میانجی‌گر رابطه بین آسیب (trauma) و سوءرفتار کودکی و افکار و تلاش‌های خودکشی‌گرایانه در جمعیت‌های مختلف بوده است [۹].

آسیب کودکی عامل خطر مهمی که در پژوهش‌ها با رشد و گسترش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی همبسته پیشنهاد شده است [۸، ۱۰، ۱۱]. سوءرفتار (maltreatment) کودکی انجام رفتارهایی یا غفلت از انجام رفتارهایی توسط والدین یا دیگر مراقبان کودک تعریف شده است که منجر به آسیب کودکی می‌شود [۱۲]. طبق متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) [۳] وقایع آسیب‌زای کودکی به آزار جسمانی، آزار جنسی، غفلت و آزار روان-شناختی (psychological abuse) تقسیم شده است. در مدل آبشار هیجانی (emotional cascade model) ادراک طرد یا رهاشدگی واقعی یا خیالی و به‌نوعی بی‌اعتبارسازی هیجانی (invalidating environments) که در نظریه لینهان ۱۹۹۳ به‌صورت رفتارهایی نظیر غفلت، سرزنش و سوءرفتار از جانب دیگران نسبت به افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تعریف شده، ممکن است آغازگر آبشار هیجانی

باشد. همچنان‌که هیجان‌های منفی شدت می‌یابند، افراد توجه بیش‌تری را صرف تجربه‌های هیجانی می‌کنند و منحرف کردن توجه برای آن‌ها دشوار می‌شود [۱۳، ۱۴]. نظریه زیستی-اجتماعی لینهان ۱۹۹۳ مطرح می‌کند که بدتنظیمی هیجانی ممکن است بسیاری از نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را تبیین کند [۱۵]. تصور می‌شود بدتنظیمی هیجانی هسته مرکزی این اختلال است. بدتنظیمی هیجانی ناتوانی در مدیریت و مقابله مؤثر با هیجان‌ها است [۱۶]. کاروالهو فرناندو و همکاران [۱۷] در پژوهشی دریافتند آزار کودکی فرایندهای اصلی تنظیم هیجان را در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به دشواری در تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه می‌شود.

تنظیم شناختی هیجان (cognitive emotion regulation) به‌عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با مرتبط با فرایندهای اجتماعی، روانی و جسمانی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود که فرد را قادر می‌سازد هیجان را در خود و دیگران تشخیص دهد. درواقع تنظیم شناختی هیجان‌ها به معنای سرکوب آن‌ها نیست، بلکه شامل فرایندهای نظارت و تغییر تجربیات هیجانی شخص است [۱۸]. تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان راهبردهای شناختی برای پاسخ به رویدادهای پرتنش و مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی تعریف شده است و بخشی از مقابله شناختی محسوب می‌شود. افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند. ازجمله این راهبردها می‌توان به راهبردهای منفی شامل نشخوار فکری (rumination)، سرزنش خود (self-blame)، سرزنش دیگران (other-blame)، فاجعه‌سازی (catastrophizing) و راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت (positive refocusing)، ارزیابی مثبت مجدد (positive reappraisal)، پذیرش (acceptance)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (refocus on planning) و دیدگاه-پذیری (putting into perspective) اشاره کرد [۱۹-۲۱].

نتایج پژوهش نوحی و جعفری [۲۲] نشان داد که راهبرد ارزیابی مجدد مثبت توانایی پیش‌بینی مؤلفه تکانش‌وری شخصیت مرزی را دارد. در پژوهش غفاری و رضایی [۲۳] از میان راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌سازی با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و تکانش‌وری رابطه مثبت و تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت مجدد، پذیرش با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و تکانش‌وری رابطه منفی داشت. همچنین، از

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام ساکنان منطقه هفت شهر کرج (شامل محله‌های گوهردشت، شهرک اوج و حسن‌آباد و حیدرآباد) در تابستان سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. برای تعیین حجم نمونه نسبت ۱۰ تا ۲۰ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده‌شده را توصیه می‌شود [۲۹]، بنابراین از میان آن‌ها با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه به روش‌های نمونه‌برداری تصادفی و داوطلبانه ۳۰۰ نفر انتخاب شدند. بدین‌صورت که با مراجعه به سایت شهرداری استان البرز به روش نمونه‌برداری تصادفی از میان ۱۷ مرکز تفریحی، ۳ پارک انتخاب شدند. از آنجاکه نمی‌توان در روش‌هایی مانند همبستگی همکاری تمام آزمودنی‌هایی را که به‌وسیله نمونه‌برداری تصادفی انتخاب شده‌اند، جلب کرد و از سوی دیگر برای رعایت اصول اخلاقی و قوانین پژوهش، لازم است قبل از اجرای پژوهش، رضایت و موافقت آزمودنی‌ها جلب شود [۳۰]، در این مرحله از پژوهش به روش نمونه‌برداری داوطلبانه ۱۰۰ نفر از هر پارک و درنهایت ۳۰۰ نفر از پارک‌ها با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل اقامت در شهر کرج و سن بالای ۱۸ سال و معیارهای خروج شامل معلولیت-های ذهنی و جسمانی و بیماری‌های مزمن، مصرف دارو برای بیماری‌های روان‌شناختی و جسمانی و دریافت روان‌درمانی به‌طور هم‌زمان و در طول سال گذشته بود. پس از انتخاب تصادفی پارک‌ها از میان لیست، انتخاب مردان و زنان به‌صورت داوطلبانه، بیان توضیحات روشنی درباره اهداف پژوهش، ارائه دستورالعمل‌هایی به‌صورت یکسان در خصوص چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها، اعلام رضایت شرکت‌کننده‌ها و پرسش و پاسخ‌هایی درباره ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، درنهایت شرکت‌کننده‌ها به‌صورت فردی و به‌دوراز خانواده و سایرین پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. ۱۰ پرسش‌نامه به دلیل مخدوش بودن و همچنین استفاده از روش فاصله مهلنوبایس (Mahalanobis distance) نشان داد که اطلاعات مربوط به ۴ شرکت‌کننده پرت‌های چندمتغیری تشکیل داده، بنابراین از روند پژوهش کنار گذاشته شدند. درنهایت داده‌های مربوط به ۲۸۶ نفر تحلیل شد. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. مدل معادلات ساختاری کامل از دو مؤلفه، مدل ساختاری و مدل اندازه‌گیری تشکیل شده است؛ بنابراین پیش از پرداختن به مدل ساختاری، مدل اندازه‌گیری پژوهش حاضر ارزیابی شد تا مشخص شود آیا متغیرهای مشاهده شده از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون برخوردارند یا خیر.

بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان، راهبرد فاجعه‌سازی با شخصیت مرزی در ارتباط است. آفتاب و همکاران [۱۶] و آفتاب و همکاران [۲۴] در پژوهش‌هایی نشان دادند عاطفه منفی در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی، آغازگر نشخوار فکری و این خود منجر به تشدید عاطفه منفی و نشخوار فکری بیش‌تر می‌شود. یافته‌های پژوهش این پژوهش‌گران مؤید این امر است که تنظیم شناختی هیجان در تبیین اختلال شخصیت مرزی مؤثر است. علاوه بر این، نتایج پژوهش عسگری و همکاران [۲۵] نشان داد آسیب کودکی به‌صورت معناداری تنظیم شناختی انطباقی هیجان را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها بیان‌گر اهمیت نقش متغیر آسیب کودکی در تبیین تنظیم شناختی انطباقی هیجان است.

در سه دهه گذشته راهبردهای تنظیم هیجان به‌عنوان یک سازوکار اصلی در گسترش، تظاهر و تداوم آسیب‌شناسی روانی توجه‌ها را به خود جلب کرده است. مشکلات تنظیم هیجان از جمله نشانه‌های برجسته اختلال شخصیت مرزی فرض شده است [۲۶]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی دارند. تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که رابطه نیرومندی بین استفاده از راهبردهای شناختی خاص و آسیب-شناسی روانی وجود دارد [۲۷]. با این حال کم‌تر پژوهشی به بررسی ارتباط بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی پرداخته است. در میان جمعیت دارای اختلال‌های شخصیت بالینی، اختلال شخصیت مرزی، شیوع بیش‌تری دارد. تخریب‌های پیوسته‌ای که این اختلال ایجاد می‌کند، تمام گستره زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۸] و بر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می-افزاید. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به سؤال‌های زیر بود:

آیا آسیب کودکی نشانه‌های شخصیت مرزی را پیش‌بینی می-کند؟
 آیا راهبردهای مثبت تنظیم هیجان نشانه‌های مرزی را پیش-بینی می‌کند؟
 آیا راهبردهای منفی تنظیم هیجان نشانه‌های مرزی را پیش-بینی می‌کند؟
 آیا راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان رابطه آسیب کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی را واسطه‌گری می‌کند؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش در زمره پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری قرار می‌گیرد که در آن هدف آزمون مدل علی از روابط بین متغیرهای مورد مطالعه است.

ابزار

(hostility) را در یک طیف لیکرت از «اصلاً=۰» تا «بسیار زیاد=۴» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. عبارت‌های ۲۱، ۲۶، ۳۹، ۵۵، ۶۳، ۶۸، ۷۲، ۸۰ و ۹۵ معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره شخصیت مرزی از جمع نمرات ۷ خرده‌مقیاس و ۱۲ ماده که به هیچ‌یک از این خرده‌مقیاس‌ها مربوط نیستند، به دست می‌آید. بوهوس و همکاران [۳۴] برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و همبستگی این مقیاس را با چک‌لیست تجدیدنظر شده نشانه‌های اختلال‌های روانی (symptoms checklist-90-revised)، مقیاس افسردگی بک (Beck depression inventory)، مقیاس افسردگی همیلتون (Hamilton depression scale)، مقیاس اضطراب حالت-صفت (state-trait anxiety inventory)، مقیاس خشم حالت-صفت (state-trait-anger inventory) و مقیاس تجارب تجزیه‌ای (dissociative experiences scale) به‌عنوان شاخصی از روایی همگرای سیاهه نشانه‌های مرزی گزارش کردند. آفتاب و همکاران [۳۵] برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ادراک از خود، تنظیم هیجان، خودتخریب‌گری، ملال، تنهایی، تعدی، خصومت و شخصیت مرزی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۸۵، ۰/۷۹، ۰/۸۶، ۰/۹۰ و ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۴۴ مرد (۴۹/۵ درصد) و ۱۴۶ زن (۵۰/۵ درصد) حضور داشتند. در پژوهش حاضر ۷۵ نفر (۲۶/۳ درصد) از شرکت‌کننده‌ها کم‌تر از ۲۵ سال، ۷۰ نفر (۲۳/۷ درصد) ۲۶ تا ۳۰ سال، ۶۰ نفر (۱۸/۳ درصد) ۳۱ تا ۳۵ سال و ۸۵ نفر (۳۱/۷ درصد) بالاتر از ۳۶ سال داشتند. گفتنی است که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کننده‌ها به ترتیب ۳۱/۳۵ و ۷/۶۳ بود. ۱۴۷ نفر (۵۱/۱ درصد) از شرکت‌کننده‌ها در پژوهش حاضر شاغل و ۱۴۳ نفر (۴۸/۹ درصد) غیرشاغل بودند. ۱۲۴ نفر (۴۲/۷۵ درصد) از شرکت‌کننده‌ها مجرد، ۱۴۴ نفر (۴۹/۶۵ درصد) متأهل و ۲۲ نفر (۷/۵۸ درصد) مطلقه بودند.

جدول ۱ همبستگی‌های بین مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی، راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت، راهبردهای تنظیم هیجانی منفی و آسیب کودکی را نشان می‌دهد. همچنان که ملاحظه می‌شود، آسیب کودکی با همه نشانه‌های شخصیت مرزی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ همبسته است. راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت به صورت منفی و راهبردهای تنظیم هیجانی منفی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با همه مؤلفه‌های اختلال شخصیت مرزی همبسته بودند.

پرسشنامه آسیب کودکی (childhood trauma questionnaire): پرسشنامه آسیب کودکی برنستاین و همکاران [۳۱] شامل ۲۸ عبارت است و ۵ خرده‌مقیاس آزار جنسی، آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «هرگز=۱» تا «همیشه=۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برنستاین و همکاران [۳۱] ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۵ و همبستگی درونی بین عامل‌های پرسشنامه آسیب کودکی را در دامنه‌ای از (F=۰/۲۵) تا (F=۰/۵۸) و همبستگی بالای پرسشنامه آسیب کودکی با مصاحبه‌های بالینی بزرگسالان در مورد بدرفتاری و غفلت کودکی به‌عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند. عسگرپور و همکاران [۲۵] ضریب آلفای کرونباخ را برای آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت عاطفی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۷۰ و ۰/۸۳ به دست آوردند و عامل آزار جنسی به علت همسانی درونی پایین در پاسخ‌های ارائه‌شده از پژوهش حذف شد. در پژوهش عسگرپور و همکاران [۲۵] ساختار نظری پرسشنامه آسیب کودکی متشکل از چهار عامل آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی با بارهای عاملی بالاتر ۰/۳۲ بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (cognitive emotion regulation questionnaire): پرسشنامه گارنفسکی و همکاران [۳۲] شامل ۳۶ عبارت است و ۹ خرده-مقیاس تمرکز مثبت مجدد؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ دیدگاه‌پذیری؛ پذیرش، سرزنش خود؛ سرزنش دیگران؛ نشخوار فکری و فاجعه‌سازی را در یک طیف لیکرت از «هرگز=۱» تا «همیشه=۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حسنی [۳۳] آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است. در پژوهش حسنی [۳۳] نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی از ساختار ۹ عاملی اصلی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان حمایت کرد و ۷۴ درصد از تغییرات را تبیین کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ به دست آمد.

سیاهه نشانه‌های مرزی (borderline symptom list): سیاهه نشانه‌های مرزی بوهوس و همکاران [۳۴] شامل ۹۵ سؤال است و ۷ خرده‌مقیاس ادراک از خود (-self perception)، تنظیم هیجان (affect regulation)، خودتخریب‌گری (self-destruction)، ملال (dysphoria)، تنهایی (loneliness)، تعدی (intrusions) و خصومت

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. آسیب کودکی	-										
۲. راهبردهای تنظیم هیجان مثبت	-.۴۶۳**	-									
۳. راهبردهای تنظیم هیجان منفی	.۴۰۸**	-.۴۳۹**	-								
۴. شخصیت مرزی- ادراک خود	.۳۸۱**	-.۲۸۸**	-.۴۷۵**	-							
۵. شخصیت مرزی- تنظیم هیجان	.۵۲۴**	-.۳۱۲**	.۳۹۴**	.۵۹۴**	-						
۶. شخصیت مرزی- خود تخریب‌گری	.۴۹۶**	-.۲۷۹**	.۳۸۸**	.۴۳۵**	.۵۲۰**	-					
۷. شخصیت مرزی- ملال	.۳۵۳**	-.۳۶۳**	.۴۱۵*	.۵۳۷**	.۵۰۲**	.۶۶۰**	-				
۸. شخصیت مرزی- تنهایی	.۵۰۲**	-.۲۵۲**	.۳۶۱**	.۶۲۴**	.۳۷۷**	.۵۳۹**	.۴۷۹**	-			
۹. شخصیت مرزی- تعدی	.۴۶۱**	-.۴۲۶**	.۳۵۰**	.۵۲۸**	.۵۲۶**	.۷۶۶**	.۴۱۲**	.۳۸۳**	-		
۱۰. اختلال شخصیت مرزی	.۳۳۲**	-.۲۸۹**	.۲۴۸**	.۴۷۳**	.۴۷۰**	.۴۴۶**	.۳۲۵**	.۴۴۲**	.۴۶۷**	-	
۱۱. شخصیت مرزی- خصومت	.۳۴۸**	-.۳۳۴**	.۳۷۸**	.۵۱۱**	.۳۹۴**	.۵۲۱**	.۴۵۲**	.۳۹۵**	.۵۱۵**	.۴۷۵**	-
میانگین	۵۵/۶۱	۶۲/۱۱	۴۲/۴۰	۲۷/۴۴	۱۹/۹۰	۱۹/۰۶	۱۵/۴۸	۱۹/۰۲	۱۷/۳۲	۱۶/۹۷	۹/۸۱
انحراف استاندارد	۲۹/۷۲	۲۷/۵۲	۲۲/۲۱	۲۴/۱۱	۱۶/۵۴	۱۵/۶۹	۱۲/۷۶	۱۵/۶۳	۱۴/۲۶	۱۴/۱۴	۸/۱۶

**P < ۰/۰۱

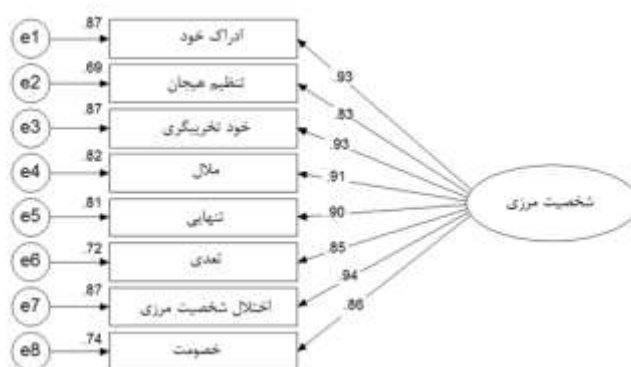
*P < ۰/۰۵

هم‌خطی بودن نیز در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. اگر ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ و ارزش ضریب تحمل کوچک‌تر از ۰/۱۰ باشد نشان‌دهنده هم‌خطی بودن است [۲۹]. در پژوهش حاضر مقادیر به‌دست‌آمده از محاسبه عامل تورم واریانس و ضریب تحمل نشان داد که پدیده هم‌خطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی هیچ‌کدام از عامل‌ها از مرز ± ۲ عبور نکرده است. کلاین [۳۶] معتقد است چولگی و کشیدگی باید بین +۲ و -۲ باشد تا داده‌ها در سطح ۰/۰۵ به‌صورت نرمال توزیع شوند؛ بنابراین می‌توان گفت که توزیع داده‌ها برای هر یک از متغیرهای پژوهش نرمال است. همچنین، نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مسئله

جدول ۲: کشیدگی، چولگی، ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
آسیب کودکی	۰/۲۱۷	۰/۵۸۹	۰/۴۱۰	۲/۴۳۶
راهبردهای تنظیم هیجان مثبت	-۱/۰۱۱	-۰/۵۱۳	۰/۲۰۱	۴/۹۶۸
راهبردهای تنظیم هیجان منفی	۰/۳۸۱	-۰/۴۸۹	۰/۲۴۷	۴/۱۶۶
شخصیت مرزی - ادراک خود	۰/۰۷۵	-۰/۶۱۵	متغیر ملاک	متغیر ملاک
شخصیت مرزی - تنظیم هیجان	-۰/۴۱۱	-۰/۵۱۴	متغیر ملاک	متغیر ملاک
شخصیت مرزی - خود تخریب‌گری	-۰/۳۱۲	-۰/۷۱۰	متغیر ملاک	متغیر ملاک
شخصیت مرزی - ملال	-۰/۳۴۴	-۰/۰۹۵	متغیر ملاک	متغیر ملاک
شخصیت مرزی - تنهایی	-۰/۲۷۸	-۱/۱۹۴	متغیر ملاک	متغیر ملاک
شخصیت مرزی - تعدی	۰/۶۰۵	-۰/۰۸۹	متغیر ملاک	متغیر ملاک
اختلال شخصیت مرزی	-۰/۲۹۸	-۰/۵۴۳	متغیر ملاک	متغیر ملاک
شخصیت مرزی - خصومت	-۰/۶۵۰	-۰/۳۱۹	متغیر ملاک	متغیر ملاک



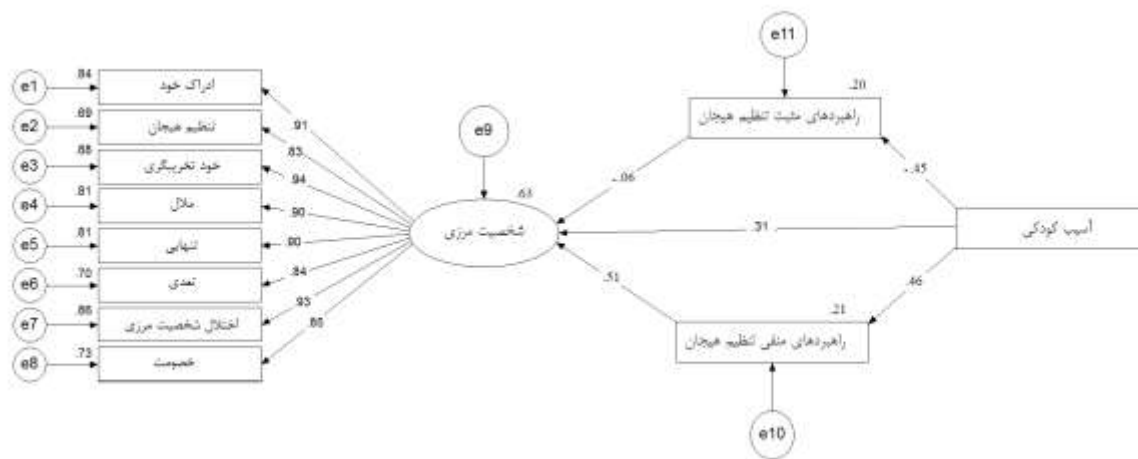
تصویر ۱: مدل اندازه‌گیری پژوهش و پارامترهای آن با استفاده از داده‌های استاندارد

تطبیقی (comparative fit index) برابر با ۰/۹۶۹ بود (گفته می‌شود شاخص برازش تطبیقی بزرگ‌تر از ۰/۹۰ نشان‌گر برازش قابل قبول و بزرگ‌تر از ۰/۹۵۰ نشان‌گر برازش عالی مدل با داده‌های گردآوری‌شده است). تصویر ۱ مدل اندازه‌گیری پژوهش و پارامترهای آن با استفاده از داده‌های استاندارد را نشان می‌دهد. در مدل ساختاری چنان فرض شده است که آسیب کودکی هم به صورت مستقیم و هم به واسطه راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان متغیر مکنون شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کند. استفاده از روش تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری برای ارزیابی چگونگی برازش مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری‌شده نشان داد که مدل برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد. اگرچه شاخص مجذور کای در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($\chi^2=108/514, P<0/01$) و این موضوع بیان‌گر عدم برازش مدل ساختاری با داده‌های گردآوری‌شده بود، با وجود این دیگر شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل با داده‌ها حمایت نمودند. شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب برابر با ۰/۰۷۸ بود، شاخص نکویی برازش برابر با ۰/۹۰۳، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده برابر با ۰/۸۹۲ و شاخص برازش تطبیقی برابر با ۰/۹۵۱ بود. جدول ۳ ضرایب مسیر مستقیم، غیرمستقیم و کل را در مدل ساختاری پژوهش نشان می‌دهد.

در مدل اندازه‌گیری پژوهش حاضر چنین فرض شده است که متغیر مکنون نشانه‌های شخصیت مرزی به وسیله هشت نشان‌گر ادراک از خود، تنظیم هیجان، خودتخریب‌گری، ملال، تنهایی، تعدی، خصومت و شخصیت مرزی سنجیده می‌شود. حال سؤال این بود که آیا متغیرهای مشاهده شده از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیر مکنون نشانه‌های شخصیت مرزی برخوردارند؟ به منظور آزمون مدل اندازه‌گیری پژوهش، تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار ایموس (Amos) و برآورد بیشینه احتمال (maximum likelihood) انجام شد. بررسی شاخص برازندگی کای اسکوتر نشان داد که ($\chi^2(N=186, df=20)=63/079, P<0/01$) مدل با داده‌های گردآوری‌شده برازش قابل قبول ندارد. در مقابل ارزیابی دیگر شاخص‌های برازندگی نشان داد که آن شاخص‌ها از برازش مطلوب مدل اندازه‌گیری با داده‌ها حمایت می‌کند. شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (root mean square error of approximation) برابر با ۰/۰۶۸ بود (گفته می‌شود ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب کوچک‌تر از ۰/۰۸ نشان‌گر برازش قابل قبول و کوچک‌تر از ۰/۰۵ نشان‌گر برازش عالی مدل با داده‌های گردآوری‌شده است)، شاخص نکویی برازش (goodness of fit index) برابر با ۰/۹۲۲، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده (goodness of fit index) برابر با ۰/۸۹۳ و شاخص برازش

جدول ۳: ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

مسیرها	b	S.E	β	سطح معناداری
ضریب مسیر کل	۰/۳۷۵	۰/۰۴۰	۰/۶۵۴	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم	۰/۱۳۶	۰/۰۲۵	۰/۳۱۴	۰/۰۰۱
آسیب کودکی - راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۰/۵۶۹	۰/۱۳۰	۰/۴۶۵	۰/۰۰۱
آسیب کودکی - راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	-۰/۶۹۱	۰/۱۴۲	-۰/۴۵۴	۰/۰۰۱
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان - شخصیت مرزی	-۰/۰۵۲	۰/۰۴۸	-۰/۰۶۲	۰/۳۲۴
راهبردهای منفی تنظیم هیجان - شخصیت مرزی	۰/۳۵۶	۰/۰۵۹	۰/۵۱۳	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم	۰/۲۳۹	۰/۰۱۷	۰/۵۵۰	۰/۰۰۱



تصویر ۲: مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه آسیب کودکی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و شخصیت مرزی

آفتاب و همکاران [۲۴] و عسگرپور و همکاران [۲۵] هم راستاست.

مشکلات تنظیم هیجان در افراد با سابقه آسیب بین فردی رایج است [۳۷]. تنظیم هیجانی را می توان به طور کلی به عنوان توانایی پاسخ دادن به مقتضیات مداوم تجارب محیطی با طیف وسیعی از هیجانها تعریف کرد، به شیوه ای که به لحاظ اجتماعی قابل قبول و به قدر کافی انعطاف پذیر باشد تا واکنش های خود به خودی و نیز توانایی به تأخیر انداختن واکنش های خود به خودی در مواقع نیاز به وقوع بپیوندد [۳۸]. مفهوم تنظیم هیجان بر ماهیت کارکردی پاسخ های هیجانی تأکید می کند و به توانایی عمل کردن مؤثر در زمینه رویدادهای هیجانی اشاره دارد [۳۹]. پژوهش های قبلی نشان داده است که توانایی تنظیم هیجان در اوایل زندگی در چارچوب مبادلات هیجانی بین فردی بین مراقبان و کودک گسترش می یابد. کیفیت مبادلات هیجانی کودک مراقبت کننده عامل مهمی در ظرفیت تنظیم هیجان بزرگسالی است [۳۸]. به نظر می رسد که آسیب های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی های تنظیم هیجانی به شیوه ای سالم می شود. آسیب های دوران کودکی، به ویژه آسیب های بین فردی تکرار شده بین مراقب و کودک، با اکتساب مهارت های

جدول ۳ نشان می دهد ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم) بین آسیب کودکی و شخصیت مرزی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=0/654, P<0/01$). ضریب مسیر مستقیم بین راهبردهای منفی تنظیم هیجانی و شخصیت مرزی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار ($P<0/01$), ضریب مسیر مستقیم بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی و شخصیت مرزی در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار و ضریب مسیر غیرمستقیم بین آسیب کودکی و شخصیت مرزی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=0/550, P<0/01$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین مدل ساختاری آسیب کودکی، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و نشانه های شخصیت مرزی انجام شده است. یافته های پژوهش حاضر نشان داد تنها راهبردهای منفی تنظیم هیجان رابطه بین آسیب کودکی شامل نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه سازی و شخصیت مرزی را میانجی گری می کند. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش های آفتاب و همکاران [۱۶]؛ کاروالهو فرناندو و همکاران [۱۷]؛ نوحی و جعفری [۲۲]؛ غفاری و رضایی [۲۳]؛

خطر بیش‌تری برای اختلال‌های هیجانی هستند [۴۷]. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند راهبردهای شناختی و رفتاری به‌عنوان شکلی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه که با هدف کاهش استرس به کار گرفته می‌شوند، در واقع عدم پرداختن به منبع اصلی استرس است و شامل عدم درگیری شناختی (به‌عنوان مثال، سرکوب افکار)، عدم درگیری رفتاری (به‌عنوان مثال، کناره‌گیری اجتماعی)، انکار و / یا سوء‌مصرف مواد برای مقابله است، در افراد باتجربه آسیب بیش‌تر یافت می‌شود [۴۸].

راهبردهای منفی تنظیم هیجان هر یک به علت ماهیت ناسازگارانه خود منجر به تشدید هیجان‌های منفی می‌شوند. نشخوار فکری افکار و رفتارهایی است که به‌طور مکرر توجه شخص را بر احساسات منفی‌اش و همچنین بر ماهیت و مفاهیم ضمنی این احساسات از جمله دلایل، مفاهیم و پیامدهای احساسات معطوف می‌کند [۴۹]. نشخوار فکری تغییر منفعلانه آشفستگی را در عوض تغییر شکل فعال آن در برمی‌گیرد [۵۰] و هیجان‌های منفی را به‌واسطه افزایش تفکر منفی، حل مسئله ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و تنظیم هیجان تشدید و تداوم می‌بخشد [۵۱، ۵۲]. سرزنش خود به تفکرات مربوط به مقصر دانستن خود از آنچه اتفاق افتاده است گفته می‌شود. سرزنش دیگران به تفکرات مقصر دانستن دیگران یا محیط از واقعه پیش‌آمده گفته می‌شود. در راهبرد فاجعه‌پنداری فرد شرایط ایجادشده را شدیدتر و وحشتناک‌تر از واقعیت آن واقعه ادراک و ابراز می‌کند [۳۲]. احتمالاً افرادی که رویدادهای ناراحت‌کننده را فاجعه‌بار تلقی می‌کنند، منفعلانه آن را می‌پذیرند [۵۳]. افرادی که راهبردهای غیرمؤثر تنظیم هیجان را فراگرفته‌اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به‌عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند [۵۴].

تعامل پیش‌آمدگی‌های زیستی و شرایط محیطی بی‌اعتبار کودکی منجر به نواقصی در کسب مهارت‌های لازم برای تنظیم تجربه‌های هیجانی و بی‌ثباتی عاطفی و شناخت‌ها، رفتارها و روابط بین فردی ناکارآمد می‌شود. راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند نشخوار فکر و سرکوب فکر نوعی سبک مقابله باعاطفه منفی است که منجر به افزایش افکار مختل و آشفستگی روان‌شناختی و درنهایت رفتارهای ناکارآمد در اختلال شخصیت مرزی در یک چرخه معیوب می‌شود [۱۶]. تبیین چگونگی بروز این رفتارهای ناکارآمد در مدل آبخار هیجانی [۱۳، ۱۴] ارائه شده است که بر پایه مدل زیستی-اجتماعی لینهان ۱۹۹۳ قرار دارد. در مدل آبخار هیجانی، عاطفه منفی در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی، آغازگر نشخوار فکری و این خود منجر به تشدید عاطفه منفی و نشخوار فکری بیش‌تر می‌شود. این چرخه معیوب که آبخار هیجانی نام دارد، به تجربه ناخوشایندی از هیجان‌های

تنظیم هیجانی مناسب تداخل می‌کنند [۴۰، ۴۱]. علاوه بر این، استرس‌های مداوم در زندگی کودکی سیستم‌های عصبی مرکزی را که در پاسخ‌دهی به استرس و تنظیم هیجان درگیرند، حساس می‌سازند [۴۲].

هیجان‌ها نه تنها پاسخ‌ها و نگرش‌های سریع و هماهنگی را به محرک‌های محیطی منجر می‌شوند بلکه به دلیل اهمیت انگیزشی‌شان، هیجان‌ها قادر به انطباق رفتار با تغییر ارزش ذهنی محرک و پروراندن چارچوب‌هایی برای روابط هستند [۴۳]. تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به‌صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند تا به‌طور مناسب به تقاضاهای محیطی متنوع پاسخ دهند. در زندگی روزمره، افراد همواره راهبردهای منظمی را برای تعدیل شدت و یا نوع تجارب هیجانی خود یا واقعه فراخواننده هیجان به کار می‌گیرند. اگر افراد قادر به مدیریت مؤثر پاسخ‌های هیجانی در برابر وقایع روزمره نباشند یا دوره‌های شدید و طولانی مدت آشفستگی را تجربه نمایند، ممکن است اختلال‌های هیجانی را بروز دهند [۴۴]. یکی از ابعاد مهم هیجان نظم‌جویی هیجان است. نظم‌جویی هیجان برای حفظ روابط اجتماعی پایدار و بهزیستی نقش مهمی را در زندگی افراد ایفا می‌کند. نظم‌جویی هیجان دارای ابعاد و جنبه‌های مختلفی است. یکی از جنبه‌های مهم فرایند نظم‌جویی هیجان، تنظیم تجارب هیجانی از طریق به خدمت گرفتن عناصر شناختی است. تنظیم شناختی هیجان به تمامی سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که افراد از آن به‌منظور افزایش، کاهش و یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌کنند. به‌بیان دیگر، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، کنش‌هایی هستند که نشان‌گر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط تنیدگی‌زا و یا اتفاقات ناگوار است، مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دست‌کاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد [۴۵].

تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان راهبردهای شناختی در پاسخ به حوادث استرس‌زا و مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی تعریف شده است و بخشی از مقابله شناختی محسوب می‌شود [۲۱، ۲۷]. تنظیم شناختی هیجان شیوه‌ای نیرومند برای تعدیل پاسخ‌های هیجانی است [۴۳]. تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم شناختی هیجانی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود [۴۶]. طیف گسترده‌ای از راهبردهای شناختی و رفتار را می‌توان در نظارت، ارزیابی و تعدیل تجارب هیجانی به‌شیوه‌ای هدفمند به کار برد. با این حال، راهبردهای مختلف مضامین مختلفی برای کارکرد انطباقی دارند. افرادی که در تنظیم هیجان‌هایشان به شکست مواجه می‌شوند یا از راهبردهای غیرمؤثر و ناسازگارانه استفاده می‌کنند در معرض

می‌شود. عاطفه منفی در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی، آغازگر نشخوار فکری است و این خود منجر به تشدید عاطفه منفی و نشخوار فکری بیش‌تر می‌شود. به‌نظر می‌رسد در این چرخه متغیرهایی نظیر فاجعه‌سازی با نشخوار فکری تعامل پیدا می‌کنند و منجر به عمیق‌تر شدن تفکر خودسرزنش‌گرانه و دگرسرزنش‌گرانه می‌شود که در نهایت نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را منجر می‌شوند. برخی از محدودیت‌ها سبب می‌شود تا تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش با احتیاط بیش‌تری انجام شود. از آن‌جاکه پژوهش به‌صورت مقطعی انجام شده محدودیت‌هایی را در زمینه تفسیرها و اسنادهای علت‌شناسی متغیرهای موردبررسی، مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با طرح طولی جهت استنباط رابطه علت و معلولی در مورد متغیرهای این پژوهش صورت گیرد. براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در درمان اختلال شخصیت مرزی و به‌ویژه تعدیل اثرات محیط کودکی از آموزش تنظیم شناختی مثبت هیجان بهره گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود روش‌ها و سبک‌های مناسب فرزندپروری و تعامل با فرزندان در دوران کودکی به والدین جهت کاهش اثرات و پیامدهای منفی بلندمدت مانند ابتلا به اختلال شخصیت مرزی آموزش داده شود.

سپاسگزاری

بدینوسیله از تمام شرکت‌کنندگان در طرح تقدیر می‌گردد.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Bassir Nia A, Eveleth MC, Gabbay JM, Hassan YJ, Zhang B, Perez-Rodriguez MM. Past, present, and future of genetic research in borderline personality disorder. *Current Opin in Psycho*. 2018;21:60-8. DOI: [10.1016/j.copsyc.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.002)
2. Ten Have M, Verheul R, Kaasenbrood A, van Dorsselaer S, Tuithof M, Kleinjan M, et al. Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*. 2016;16:249. DOI: [10.1186/s12888-016-0939-x](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x) PMID: [27435813](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27435813/)
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Evren B. The severity of Internet addiction risk and its relationship with the severity of borderline personality features, childhood traumas, dissociative experiences, depression and anxiety symptoms among Turkish university students. *Psychiatry Res*. 2014;219(3):577-82. DOI: [10.1016/j.psychres.2014.02.032](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.032) PMID: [25023365](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25023365/)
5. Calvo N, Valero S, Arntz A, Andi6n 6, Matal6 JL, Navascues V, et al. Validation of the Spanish version of the Borderline Personality Disorder Checklist (BPD Checklist) in a sample of BPD patients: Study of psychometric properties. *European J Psychiat*. 2018;32(1):26-35. DOI: [10.1016/j.ejpsy.2017.08.003](https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.08.003)
6. Kienast T, Stoffers J, BERPpohl F, Lieb K. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2014; 111(16):280-6. DOI: [10.3238/arztebl.2014.0280](https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280) PMID: [24791755](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24791755/)
7. Ntshingila N, Poggenpoel M, Myburgh CPH, Temane A. Experiences of women living with borderline personality disorder. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:110-9. DOI: [10.1016/j.hsag.2016.01.001](https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.001)

منفی و نشخوار فکری و به دنبال آن رفتارهای آشفته شدیدی نظیر خودزنی، استفاده از مواد، روابط مختل، رفتار پرخاشگرانه، قضاوت منفی از خود و استرس پس از آسیب منجر می‌شود. با این رفتارها توجه فرد را از عاطفه منفی و افکار نشخواری منحرف می‌شود. به نظر می‌رسد در طی آبشار هیجانی متغیرهایی نظیر فاجعه‌سازی، سرکوب فکر و تحمل پایین پریشانی، با نشخوار فکری تعامل پیدا می‌کنند و منجر به حفظ یا تشدید آبشار هیجانی می‌شوند. در پژوهش‌ها نشخوار فکری همچنین با تغییرات منفی در شناخت‌ها و خلق نظیر سرزنش مداوم خود یا دیگران برای رویدادهای آسیب‌زا یا پیامدهای آن و تغییرات محسوس در برانگیختگی و واکنش‌پذیری نظیر ترس، وحشت، خشم و خصومت، گناه یا شرمساری در افراد دچار استرس پس از آسیب همبسته بوده است. از آن‌جاکه نشخوار فکری اغلب توجه شدید بر خود را شامل می‌شود، احتمالاً به‌طور نیرومندی با هیجان‌های خودآگاه نظیر شرمساری و تجاربی نظیر خودسرزنش‌گری همبسته است. پژوهش نشان داده افراد دچار نشانه‌های شخصیت مرزی هنگامی‌که به نشخوار فکری درباره حوادث غم‌انگیز می‌پردازند، نسبت به خودسرزنش‌گری نیز آسیب‌پذیرترند. در واقع، در یک چرخه معیوب نشخوار فکری منجر به عمیق‌تر شدن تفکر ناراضایت‌مندانه از خود و خودسرزنش‌گرانه می‌شود که به نوبه خود نشخوار فکری را افزایش می‌دهد [۵۰، ۵۵، ۵۶]. همچنان‌که پژوهش نشان داده قربانیان آسیب کودکی مشکلات روان‌شناختی بیش‌تری نسبت به سایرین نظیر خودپنداره ضعیف‌تر و خودارزش‌مندی منفی‌تر از خود به نمایش می‌گذارند [۴۲].

در یک جمع‌بندی به‌نظر می‌رسد آسیب‌های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی‌های تنظیم شناختی هیجانی به شیوه‌ای سالم

8. Hall MA, Riedford KM. Borderline Personality Disorder: Diagnosis and Common Comorbidities. *J Nurs Practition.* 2017;13(9):e455-e6. DOI: [10.1016/j.nurpra.2017.07.012](https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.07.012)
9. Aaltonen KI, Rosenstrom T, Baryshnikov I, Karpov B, Melartin T, Suominen K, et al. Mediating role of borderline personality disorder traits in the effects of childhood maltreatment on suicidal behaviour among mood disorder patients. *Eur Psychiatry.* 2017;44:53-60. DOI: [10.1016/j.eurpsy.2017.03.011](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.03.011) PMID: [28545009](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28545009/)
10. Elices M, Pascual JC, Carmona C, Martin-Blanco A, Feliu-Soler A, Ruiz E, et al. Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry.* 2015;15:180. DOI: [10.1186/s12888-015-0573-z](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0573-z) PMID: [26220555](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26220555/)
11. Bayes A, Parker G. Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry Res.* 2017;257:197-202. DOI: [10.1016/j.psychres.2017.07.047](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.047) PMID: [28768209](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28768209/)
12. Cattaneo A, Macchi F, Plazzotta G, Veronica B, Bocchio-Chiavetto L, Riva MA, et al. Inflammation and neuronal plasticity: a link between childhood trauma and depression pathogenesis. *Front Cell Neurosci.* 2015;9:40. DOI: [10.3389/fncel.2015.00040](https://doi.org/10.3389/fncel.2015.00040) PMID: [25873859](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25873859/)
13. Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: emotional cascades. *Behav Res Ther.* 2008;46(5):593-611. DOI: [10.1016/j.brat.2008.02.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002) PMID: [18353278](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18353278/)
14. Selby EA, Joiner TE, Jr. Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. *Rev Gen Psychol.* 2009;13(3):219. DOI: [10.1037/a0015687](https://doi.org/10.1037/a0015687) PMID: [20161656](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20161656/)
15. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull.* 2009;135(3):495-510. DOI: [10.1037/a0015616](https://doi.org/10.1037/a0015616) PMID: [19379027](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19379027/)
16. Aftab R, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Taghiloo S. The mediating role of emotion regulation strategies in relationship between borderline personality and conjugal violence. *J Apply Psycho.* 2015;8(32).
17. Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Lowe B, et al. The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *J Trauma Dissociation.* 2014;15(4):384-401. DOI: [10.1080/15299732.2013.863262](https://doi.org/10.1080/15299732.2013.863262) PMID: [24283697](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24283697/)
18. Esmaily S, Tabatabaee SM, Afroz Gh. Effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on cognitive - emotion regulation and attentional control among addicted individuals. *J Apply Psycho Res.* 2015;6(3):133-43. DOI: [10.22059/japr.2015.59109](https://doi.org/10.22059/japr.2015.59109)
19. Samani S, Sadeghi L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Sci J Manag System.* 2010;1(1):51-62.
20. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc.* 2009;32(2):449-54. DOI: [10.1016/j.adolescence.2008.01.003](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.01.003) PMID: [18775562](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18775562/)
21. Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, et al. Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences.* 2016;98:218-24. DOI: [10.1016/j.paid.2016.04.022](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.022)
22. Nohi S, Hasani J. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Defense Mechanisms with Borderline Personality Disorder. *Thoughts & Behav in Clinic Psycho.* 2017;11(43):57-66.
23. Ghaffari M, Rezaei A. Study of relation of cognitive emotion regulation styles with impulsivity and borderline personality disorder among university students. *Sci Magazine yafte.* 2014;15(4):61-72.
24. Aftab R, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Taghiloo S. Gender differences in the structural model of borderline personality, emotional regulation strategies and domestic violence. *Thoughts & Behav in Clinic Psycho.* 2015;9(34):7-16.
25. Asgarpour F, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Taghiloo S. The mediating role of childhood trauma in the relationship between parenting styles and adaptive cognitive emotion regulation in child labor. *J Apply Psycho.* 2015;1(9):103-21.
26. Dixon-Gordon KL, Turner BJ, Zachary Rosenthal M, Chapman AL. Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder: An Experimental Investigation of the Effects of Instructed Acceptance and Suppression. *Behavior Therapy.* 2017;48(6):750-64. DOI: [10.1016/j.beth.2017.03.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.03.001)
27. Izadpanah S, Schumacher M, Arens EA, Stopsack M, Ulrich I, Hansenne M, et al. Adolescent harm avoidance as a longitudinal predictor of maladaptive cognitive emotion regulation in adulthood: The mediating role of inhibitory control. *J Adolesc.* 2016;52:49-59. DOI: [10.1016/j.adolescence.2016.07.006](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.07.006) PMID: [27494741](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27494741/)
28. Lotfi Kashani F, Vaziri S. The Effect of Dialectical Behavioral Therapy in Decreasing the Symptoms of Borderline Personality Disorder. *Thoughts & Behav in Clinic Psycho.* 2013;7(28):27-36.
29. Meyers LS, Gamst G, Guarino A. Applied multivariate research, design and interpretation. London: Sage publication; 2006.
30. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. 9th ed. Tehran: Growth; 2011.
31. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* 1994;151(8):1132-6. DOI: [10.1176/ajp.151.8.1132](https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132) PMID: [8037246](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8037246/)
32. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences.* 2001;30(8):1311-27. DOI: [10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

33. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *J Clinic Psycho*. 2010;2(3):73-84.
34. Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kuhler T, Stieglitz RD. Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*. 2007;40(2):126-32. DOI: [10.1159/000098493](https://doi.org/10.1159/000098493) PMID: [17215599](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17215599/)
35. Aftab R, Taghiloo S, Karbalaee Mohammad Meigouni A. The explanation of structural model of relationship between borderline personality traits, interpersonal difficulties and Internet addiction. *J Psycho Achieve*. 2017;23(2):113-36.
36. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York & London: Guilford press; 2005.
37. Halldorsdottir T, de Matos APS, Awaloff Y, Arnarson EO, Craighead WE, Binder EB. FKBP5 moderation of the relationship between childhood trauma and maladaptive emotion regulation strategies in adolescents. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;84:61-5. DOI: [10.1016/j.psyneuen.2017.06.012](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.06.012) PMID: [28654774](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28654774/)
38. Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J Affect Disord*. 2017;213:44-50. DOI: [10.1016/j.jad.2017.02.009](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009) PMID: [28189964](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28189964/)
39. Besharat MA, Dehghani S, Masoudi M, Pourkhaghan F, Motahari S. Predicting Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms on the Basis of Difficulties in Emotion Regulation, Impulsivity and Anger. *J Apply Psycho Res*. 2015;5(4):29-49. DOI: [10.22059/japr.2015.52755](https://doi.org/10.22059/japr.2015.52755)
40. Burns EE, Jackson JL, Harding HG. Child Maltreatment, Emotion Regulation, and Posttraumatic Stress: The Impact of Emotional Abuse. *J Aggress, Maltreatm & Trauma*. 2010;19(8):801-19. DOI: [10.1080/10926771.2010.522947](https://doi.org/10.1080/10926771.2010.522947)
41. Hebert M, Langevin R, Oussaid E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affect Disord*. 2018;225:306-12. DOI: [10.1016/j.jad.2017.08.044](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044) PMID: [28843081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28843081/)
42. Jang KI, Lee SH, Huh HJ, Chae JH. Influence of the 5-HT_{3A} Receptor Gene Polymorphism and Childhood Sexual Trauma on Central Serotonin Activity. *PLoS One*. 2015;10(12):e0145269. DOI: [10.1371/journal.pone.0145269](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145269) PMID: [26701104](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26701104/)
43. Mulej Bratec S, Xie X, Schmid G, Doll A, Schilbach L, Zimmer C, et al. Cognitive emotion regulation enhances aversive prediction error activity while reducing emotional responses. *Neuroimage*. 2015;123:138-48. DOI: [10.1016/j.neuroimage.2015.08.038](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.08.038) PMID: [26306990](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26306990/)
44. Hasani J, Miraghaie AM. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation *Contemporary Psychology*. 2012;7(1):61-72.
45. Yarmohammadi Vassel M, Alipour F, Bastami M, Zolfagharinia M, Bazazzade N. The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship between Brain-Behavioral Systems and Impulsivity with Craving in Stimulant Addiction. *Neuropsychology*. 2015;1(2):51-67.
46. Haeri H, Shahnazari M. Investigating the role of positive thinking (optimism) and emotion regulation in life satisfaction of housewives in Tehran. *J Apply Psycho Res*. 2015;6(2):133-46. DOI: [10.22059/japr.2015.61089](https://doi.org/10.22059/japr.2015.61089)
47. Ireland MJ, Clough BA, Day JJ. The cognitive emotion regulation questionnaire: Factorial, convergent, and criterion validity analyses of the full and short versions. *Personality and Individual Differences*. 2017;110:90-5. DOI: [10.1016/j.paid.2017.01.035](https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.035)
48. Ullman SE, Peter-Hagene LC, Relyea M. Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *J Child Sex Abus*. 2014;23(1):74-93. DOI: [10.1080/10538712.2014.864747](https://doi.org/10.1080/10538712.2014.864747) PMID: [24393091](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24393091/)
49. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*. 1991;100(4):569-82. PMID: [1757671](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1757671/)
50. Seligowski AV, Rogers AP, Orcutt HK. Relations among emotion regulation and DSM-5 symptom clusters of PTSD. *Personality and Individual Differences*. 2016; 92:104-8. DOI: [10.1016/j.paid.2015.12.032](https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.032)
51. Slater R, Holowka D, Schorr Y, Roemer L. Rumination, Dissociation, Self-Compassion, and Acceptance as Correlates of Posttraumatic Stress Symptoms. *Associat Behav & Cognitive Therapy* 2005.
52. Nolen-Hoeksema S, Wisco E, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 2008;3(5):400-24.
53. Salehi A, Mazaheri Z, Aghajani Z, Jahanbazi B. The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Prediction of Depression. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015;16(59):108-17.
54. Borjali A, Aazami Y, Chopan H, Arab Quhistani D. Effectiveness of emotion regulation strategies for aggression control based on gross model in substance abusers. *Iranian J Rehabil Res Nurs*. 2015;2(1):53-65.
55. Law KC, Chapman AL. Borderline personality features as a potential moderator of the effect of anger and depressive rumination on shame, self-blame, and self-forgiveness. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2015;46:27-34. DOI: [10.1016/j.jbtep.2014.07.008](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.07.008) PMID: [25194639](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25194639/)
56. McLean CP, Foa EB. Emotions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Psychol*. 2017;14:72-7. DOI: [10.1016/j.copsyc.2016.10.006](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.006) PMID: [28813323](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28813323/)