

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۶ زمستان ۱۳۹۳

نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در نشانه‌های شخصیت مرزی

تورج هاشمی^۱

نسیم عبداللهی هریس^۲

مجید محمودعلیلو^۳

نعیمه ماشینیچی عباسی^۴

چکیده

هدف این پژوهش تعیین نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در نشانه‌های شخصیت مرزی بود. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود که در راستای آن، ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز به شیوه تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و مقیاس شخصیت مرزی و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که راهبرد سرزنش دیگران به‌طور مثبت و راهبردهای دیدگاه‌گیری، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، سرزنش خود و تمرکز مجدد مثبت به‌صورت منفی، تغییرات نشانه‌های شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها تلویحات عملی در پیشگیری از تشدید علائم این اختلال و نیز مداخلات بالینی داشته که به‌طور تفصیلی مورد بحث قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: شخصیت مرزی؛ سرزنش خود؛ سرزنش دیگران؛ نشخوار فکری؛ دیدگاه‌گیری

1- استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز
Email: tourajhashemi@yahoo.com

2- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

3- استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

4- دانشجوی دکتری علوم اعصاب‌شناختی دانشگاه تبریز

مقدمه

زمانی که فردی در کنار آمدن با مسائل زندگی مشکلاتی داشته باشد و رفتار وی به‌طور پایدار، مقاوم و انعطاف‌ناپذیر، موجب پریشانی و آشفتگی دیگران شود، در چنین شرایطی، اختلال شخصیت مطرح می‌شود (کریس هیلی^۱، ۱۳۹۰). اختلالات شخصیت در زمره مهم‌ترین مشکلات اجتماعی و پزشکی بوده که روان‌پزشکان، متخصصان بهداشت روانی و جامعه‌شناسان توجه جدی بدان داشته‌اند. شیوع آنها در جمعیت عمومی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود. در این راستا، انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA^۲، ۲۰۰۰)، ۱۰ نوع اختلال شخصیت را در ۳ خوشه طبقه‌بندی کرده است. خوشه A با رفتار عجیب و غریب مشخص شده و مرکب از اختلالات پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال است. خوشه B که با رفتارهای هیجانی و نمایشی مشخص می‌شود، شامل اختلالات شخصیت ضداجتماعی، نمایشی، مرزی و خودشیفته است. خوشه C نیز که با رفتارهای اضطرابی مشخص می‌شود، شامل اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی-جبری است (سادوک و سادوک^۳، ۱۳۸۲).

در این بین، اختلال شخصیت مرزی با شیوع ۱ تا ۲٪ در جمعیت عمومی و ۱۰٪ در جمعیت غیربستری و ۲۵-۲۰٪ در جمعیت بستری شده، یکی از اساسی‌ترین دغدغه‌های بهداشت روانی به‌شمار می‌آید (اسوارتز و همکاران^۴، ۱۹۸۹؛ پارک و پارک^۵، ۱۹۹۷؛ گاندرسون^۶، ۱۹۸۴؛ وایدیگر^۷، ۱۹۸۶؛ به نقل از کراس و رینولدز^۸، ۲۰۰۱). اکثر افراد مبتلا به این اختلال (۵۰٪) در دوره سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، مبتلا به این اختلال تشخیص داده می‌شوند. هم‌چنین، دو سوم کل جمعیت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را زنان تشکیل می‌دهند (گاندرسون، ۲۰۰۸؛ به نقل از محمودعلیلو و شریفی، ۱۳۹۰). از سویی، استرن^۹ (۱۹۳۸) معتقد است که بیماران مبتلا به این اختلال در مرز بین نوروز^{۱۰}

1- Chris Healy
3- Kaplan & Sadok
5- Park & Park
7- Widiger
9- Stern

2- American Psychiatric Association
4- Swartz et al
6- Gunderson
8- Kraus & Reynolds
10- neurosis

و سایکوز^۱ قرار دارند، به طوری که وقتی تحت فشار روانی شدید قرار می‌گیرند به رفتارها و فرآیندهای فکری سایکوتیک دچار شده و سریعاً به سطوح سالم‌تری از کارکرد روانی باز می‌گردند (به نقل از کریس هیلی، ۱۳۹۰).

همپوشی اختلال شخصیت مرزی با اختلالات محور یک تقریباً بین ۶۰-۴۰٪ تخمین زده می‌شود (مارزیالی و مونرو-بلوم^۲، ۱۹۹۴) که افسردگی و اختلال دوقطبی متداول‌ترین اختلالات بوده و بیان می‌شود ۸۷٪ مرزی‌ها علائم اختلال افسردگی را نشان می‌دهند (کوروبلی و همکاران^۳، ۱۹۹۶؛ هادزیاک و همکاران^۴، ۱۹۹۶) (به نقل از کراس و رینولدز، ۲۰۰۱).

مشخصه بارز افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ناپایداری در خلق، حالات عاطفی، واقعیت‌آزمایی و خودانگاره است. به نظر می‌رسد این بیماران همیشه در بحران به سر می‌برند. چرخش‌های سریع خلق، رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی، خودزنی‌های مکرر، همزمان بودن احساس خصومت و وابستگی و روابط بین‌فردی آشفته از خصوصیات بارز این نوع اختلال به شمار می‌آید. همچنین، تکانشی بودن، احساس مزمن پوچی و فقدان احساس هویت، دویاره‌سازی در روابط بین‌فردی و خودکشی از دیگر ویژگی‌های این اختلال است (نوردال و نیساتر^۵، ۲۰۰۵؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۵؛ به نقل از حنایی، ۱۳۸۸).

توضیح این‌که، اختلال شخصیت مرزی نیز همانند دیگر اختلالات شخصیت، به واسطه نشانه‌های رفتاری، هیجانی، شناختی و نیز بین فردی‌اش، در کارکردهای روزانه مبتلایان، تأثیرات منفی برجای می‌گذارد (هالیجین و ویتبورن، ۱۳۸۷). روابط بین فردی مختل، مشکلات هویتی، مشکلات تحصیلی و شغلی و نیز درگیری‌های قانونی از جمله این مشکلات هستند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). از طرفی، مسأله تنظیم هیجان به‌عنوان یک مشکل و مشخصه اساسی مبتلایان به اختلالات شخصیت خوشه B مطرح است، به طوری

1- psychosis
3- Corruble et al
5- Nordhal & Nyaseter

2- Marziali & Munroe-Blum
4- Hudziak et al

که، هم ICD-10^۱ و هم DSM-IV^۲ به‌طور ضمنی به این موضوع صحه می‌گذارند که اختلال منشی در تنظیم هیجان، در بیشتر اختلالات شخصیت و همه خوشه‌های شخصیتی یافت می‌شود. خوشه B اختلالات شخصیت نمونه کلاسیک بدتنظیمی هیجان بوده و اختلال شخصیت مرزی یک پروتوتایپ در میان اختلالات این خوشه است (کریک و جیگر^۳، ۲۰۰۱).

مفهوم‌سازی‌های اخیر، بدتنظیمی هیجانی را به‌عنوان روش‌های ناسازگار پاسخدهی به آشفتگی‌های هیجانی، شامل پاسخ‌های غیرقابل‌قبول، مشکلات مربوط به کنترل رفتارها در مواجهه با آشفتگی‌های هیجانی و تعارضاتی در استفاده کاربردی از هیجان‌ها به‌عنوان اطلاعات، معرفی می‌کنند. طبق این تعریف، بدتنظیمی هیجانی یک سازه چندبعدی است و دربرگیرنده فقدان آگاهی، فهم و پذیرش هیجان‌ها، فقدان دسترسی به راهبردهای سازگار برای تعدیل شدت یا طول دوره پاسخ‌های هیجانی، بی‌میلی به تجربه آشفتگی‌های هیجانی به‌عنوان بخشی از متعاقبات اهداف مطلوب و نیز ناتوانی در کنترل رفتارها به هنگام تجربه آشفتگی‌های هیجانی است (گراتز و رومر^۴، ۲۰۰۴؛ به نقل از بارنووالووا و همکاران^۵، ۲۰۰۸).

چندین نظریه‌پرداز تأکید می‌کنند که واکنش‌پذیری هیجانی، اساسی‌ترین خصیصه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است که به مشکلات بین‌فردی (لینهان^۶، ۱۹۹۳) و بی‌ثباتی عاطفی یا واکنش‌پذیری بسیار شدید، به‌عنوان مؤلفه اساسی اختلال شخصیت مرزی منجر می‌شود (موری و همکاران^۷، ۲۰۰۲؛ ترال^۸، ۲۰۰۱؛ ترال، شر^۹، مینکز - براون^{۱۰}، دوربن^{۱۱} و بار^{۱۲}، ۲۰۰۰؛ به نقل از ترگسر، لیپمن، ترال و بارت^{۱۳}، ۲۰۰۸).

در مجموع، ۹ راهبرد شناختی تنظیم هیجان وجود دارد که از آن جمله می‌توان سرزنش

1- International Classification of Diseases
3- Crick & Geiger
5- Bornovalova et al
7- Morey et al
9- Sher
11- Durbin
13- Tragesser, Lipman, Trull & Barrett

2- Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-fourth edition
4- Gratz & Roemer
6- Linehan
8- Trull
10- Minks-Brown
12- Burr

خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز ساختن، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری اشاره نمود (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۱، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۲؛ به نقل از مارتین و داهلن^۲، ۲۰۰۵). مطالعات گسترده‌ای در خصوص روابط بین این راهبردها و آسیب‌شناسی روانی و توضیح نشانه‌شناسی اختلالات روانی انجام گرفته است که برخی از آنها به‌عنوان معتبرترین پیش‌بینی‌کننده‌های هیجان‌ات منفی (افسردگی، اضطراب، خشم و استرس) معرفی شده‌اند (صالحی، باغبان، بهرامی و احمدی، ۱۳۹۰). در این راستا، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد با به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان می‌توانند به آسانی تجارب منفی زندگی‌شان را تحمل نموده یا بر آنها چیره شوند (گارنفسکی، ریف^۳، جلسما^۴، مروم‌تروت^۵ و کرایچ، ۲۰۰۶).

هر چند بدتنظیمی هیجانی مشخصه اصلی مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی است با این حال پژوهش‌های انجام‌یافته در این حوزه بسیار اندک است (لینهان، ۱۹۹۳؛ سانسلو و همکاران^۶، ۲۰۰۲؛ وستن^۷، ۱۹۹۸؛ ۱۹۹۱). مطالعات اندکی در زمینه تعیین رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با علایم اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلالات شخصیت خوشه B انجام یافته است. شماری از مطالعات اخیر وجود رابطه‌ای قوی بین استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی را تأیید کرده‌اند (گارنفسکی، بون^۸ و کرایچ، ۲۰۰۳). در کل، نتایج نشان می‌دهند که ممکن است افراد با استفاده از سبک‌های شناختی مثل نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز ساختن و سرزنش خود در مقایسه با سرزنش دیگران، نسبت به مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرتر شوند، در حالی که نتایج دیگر مطالعات نشان می‌دهند با به‌کار بردن شیوه‌هایی نظیر ارزیابی مجدد مثبت، افراد ممکن است کمتر آسیب‌پذیر باشند. شماری از پژوهش‌های انجام‌یافته در زمینه رابطه بین روش‌های تنظیم هیجان و اختلالات روان‌پزشکی حاکی از آن است که

1- Garnefski, Kraaij, & Spinhoven
3- Rieffe
5- Meerum Terwogt
7- Westen

2- Martin & Dahlen
4- Jellesma
6- Sanislow et al
8- Boon

وجود روش‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان، آسیب‌رسان‌تر از فقدان نسبی روش‌های سازگارانه تنظیم هیجان است (آلداو، نالن-هوکسما و شووایزر، ۲۰۱۰).

بی‌تردید، مطالعه روابط بین راهبردهای مختلف و پیامدهای روان‌شناختی، یک حوزه پژوهشی مهم است، از طرفی مطالعاتی از این دست می‌توانند راهبردهای مداخله‌ای و درمانی مهمی را فراهم و به حوزه‌های مربوطه ارائه دهند. چنین به نظر می‌رسد که راهبردهای تنظیم هیجانی ناکارآمد به‌عنوان نشانه مرضی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی بوده و خود این راهبردهای ناسازگار به تشدید علایم رفتاری، شناختی و هیجانی این اختلال شخصیت منجر می‌شود. در صورت احراز نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش‌بینی و تداوم این اختلال، درمانگران می‌توانند مدیریت هیجان‌ها و مهارت تنظیم هیجانی این افراد را هدف قرار دهند. از این رو، هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه علی-ساختاری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با نشانه‌های شخصیت مرزی در جمعیت غیربالینی بود.

روش

در این پژوهش، دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ به عنوان جامعه مورد مطالعه در نظر گرفته شد که از این جامعه، تعداد ۳۰۰ نفر با استناد به فرمول نمونه‌گیری کوکران، به شیوه تصادفی انتخاب شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: پرسشنامه محقق ساخته شامل اطلاعات جمعیت شناختی پایه بود که جهت جمع‌آوری ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش استفاده شد و حاوی سؤالاتی از قبیل جنسیت، سن، تحصیلات، بومی و غیربومی بودن، در قید حیات بودن یا نبودن والدین، رتبه فرد در خانواده، وضعیت تأهل و ... بود.

مقیاس شخصیت مرزی (STB)^۱: مقیاس شخصیت مرزی، در آکسفورد و بر اساس ملاک‌های (DSM-III) ساخته شده است و در سال ۲۰۰۱ نیز مورد بررسی مجدد قرار گرفته است. این آزمون الگوهای رفتاری بی‌ثبات بین فردی از قبیل دوسوگرایی و مشکلات کنترل هیجانی را شامل شده و ویژگی‌های مرزی را در افراد بهنجار و براساس مدل پیوستاری ویژگی‌های روانی می‌سنجد. محمدمزاده و همکارانش (۱۳۸۴) این مقیاس را با ملاک‌های DSM-IV-TR انطباق داده و خصوصیات روان‌سنجی آن را در جامعه ایرانی بررسی کردند که نتایج مطلوبی به‌دست آمد. این مقیاس شامل ۱۸ ماده است که به‌صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. هنگام تطبیق مقیاس STB با ملاک‌های DSM-IV-TR، از متون معتبر روان‌شناسی مرضی ۶ ماده دیگر به آن اضافه شده تا تعریف DSM-IV-TR از اختلال شخصیت مرزی را پوشش دهد. بنابراین، مقیاس فوق، دارای ۲۴ ماده است که مواد ۱۹ تا ۲۴ بدان اضافه شده است. جکسون و کلاریج^۲ (۲۰۰۱) ضریب پایایی بازآزمایی را برای این مقیاس، ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، روالینگر و همکاران (۲۰۰۱)، ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. روایی همزمان STB با مقیاس روان رنجورخویی و روان‌پریشی‌گرایی EPQ^۳ به‌ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)^۵: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یکی از معتبرترین ابزارهای ارزیابی برای اندازه‌گیری راهبردهای گوناگون شناختی بوده که توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این مقیاس براساس مبانی نظری در خصوص تنظیم شناختی هیجان و داده‌های ناشی از مطالعات بالینی تهیه و طراحی شده است. آن یک

1- Schizotypal Traits Questionnaire-form B

2- Schizotypal Traits Questionnaire-form B

3- Jackson & Claridge

4- Eysenck Personality Questionnaire

5- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به تازگی تجربه کرده است، بوسیله پاسخ به ۳۶ سؤال که ۹ راهبرد شناختی کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کنند، مشخص نماید. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را می‌توان برای ارزیابی سبک پاسخدهی افراد، شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار مورد استفاده قرار داد (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶).

پرسشنامه مذکور، دارای پایه نظری و تجربی محکمی بوده و از ۹ خرده‌مقیاس تشکیل شده است که ۹ راهبرد شناختی سرزنش خود، سرزنش دیگران، پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی، تمرکز مجدد مثبت، نشخوار فکری و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بوده و هر خرده‌مقیاس شامل ۴ ماده است. دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ است. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) ضریب آلفای ۰/۷۰ و در برخی موارد ۰/۸۰ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۴ ماه، در مطالعه گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است. پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی (۱۳۸۲) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ گزارش کرده است (به نقل از قاسم‌زاده نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتابی و بنی‌هاشمی، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

به‌منظور ارائه تصویری روشن‌تر از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های متغیرهای پژوهشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (n=300)

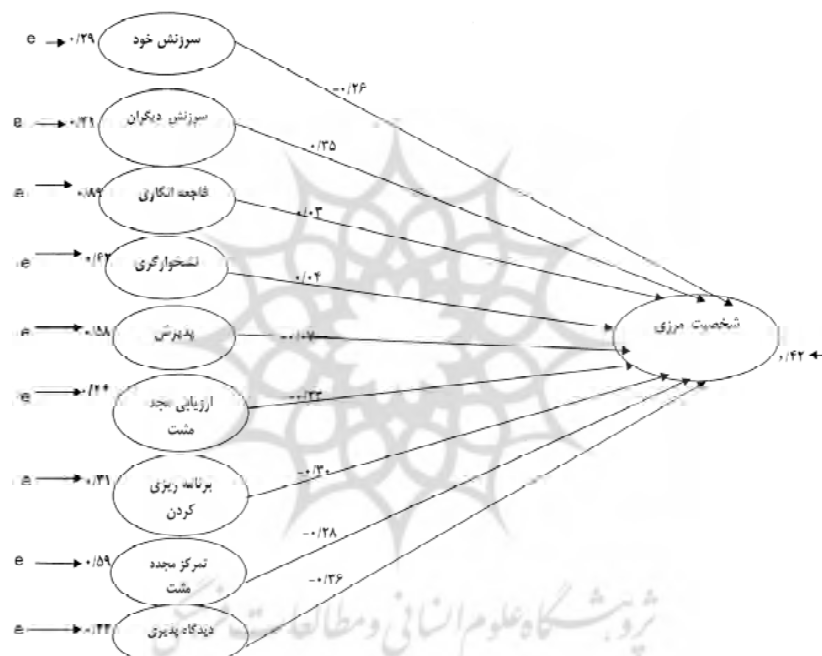
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
شخصیت مرزی	۷/۸۹	۴/۳۹
پذیرش	۱۱/۸۳	۳/۸۷
سرزنش دیگران	۹/۳۵	۳/۵۹
سرزنش خود	۱۱	۳/۳۶
نشخوار فکری	۱۲/۸۱	۳/۲۸
فاجعه‌انگاری	۱۰/۴۶	۳/۳۶
ارزیابی مجدد	۱۳/۹۰	۴/۵۲
تمرکز مجدد مثبت	۱۲/۴۰	۴/۳۷
دیدگاه‌گیری	۱۲/۴۸	۳/۹۱
تمرکز بر برنامه‌ریزی	۱۴/۰۸	۳/۵۷

به دلیل این که در بررسی حاضر، هدف تعیین برانزده‌ترین مدل ساختاری جهت تعیین روابط راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با نشانه‌های شخصیت مرزی بود، مدل‌یابی معادلات ساختاری برای تحلیل داده‌ها به کار برده شده است. در این راستا، ابتدا ماتریس کوواریانس متغیرها، سپس مدل علی- ساختاری موجود بین متغیرها و شاخص‌های برازش ارائه گردیده تا بر اساس مسیرهای علی موجود، زمینه پاسخدهی به سؤالات پژوهش مهیا گردد.

جدول (۲) ماتریس کوواریانس متغیرها

متغیرها	شخصیت سرزنش خود	سرزنش دیگران	فاجعه‌انگاری	نشخوار فکری	پذیرش	ارزیابی مجدد	تمرکز مجدد مثبت	دیدگاه‌گیری	تمرکز بر برنامه‌ریزی
نشانه شخصیت مرزی	۶/۲۱								
سرزنش خود	-۲/۱۵	۲/۹۱							
سرزنش دیگران	۲/۴۱	۱/۱۲	۲/۹۳						
فاجعه‌انگاری	-۰/۶۹	۰/۷۳	۱/۱۵	۳/۱۶					
نشخوار فکری	-۰/۵۷	۱/۱۲	۱/۳۸	-۰/۶۶	۲/۶۹				
پذیرش	-۰/۹۲	-۰/۶۲	-۰/۵۱	-۰/۵۸	-۰/۴۹	۳/۰۳			
ارزیابی مجدد مثبت	-۱/۸۲	-۰/۴۱	-۰/۶	-۰/۵۲	-۰/۵۵	۰/۶۹	۳/۸۶		
برنامه‌ریزی کردن	-۲/۴۱	-۰/۶۳	-۰/۴۵	-۰/۶۰	-۰/۴۱	۰/۵۷	۰/۶۲	۲/۸۲	
تمرکز مجدد مثبت	-۲/۳۶	-۰/۷۱	-۰/۴۷	-۰/۴۶	-۰/۳۹	۰/۶۶	۰/۶۸	۰/۵۳	۳/۲۱
دیدگاه‌گیری	-۳/۱۴	-۱/۰۸	-۱/۴۰	-۰/۷۱	-۱/۱۶	۰/۷۳	۰/۵۳	۰/۵۸	۰/۵۶

مندرجات ماتریس کوواریانس نشان می‌دهد که: الف) نقش راهبردهای سرزنش خود، پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی کردن، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری بر نشانه‌های شخصیت مرزی منفی و قابل توجه است. ب) نقش راهبرد سرزنش دیگران، بر نشانه‌های شخصیت مرزی، مثبت و قابل توجه است. ج) نقش راهبردهای فاجعه انگاری و نشخوارگری بر نشانه‌های شخصیت مرزی چندان قابل توجه نیست.



شکل (۱) مدل علی ساختاری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با علایم اختلال شخصیت مرزی

جدول (۳) شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری

AGFI	GFI	CFI	P	χ^2/df	df	χ^2	RMSEA
۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۱۴	۴	۱۹۶	۷۸۶	۰/۰۵

مندرجات مدل روابط علی- ساختاری متغیرهای مکنون و اندازه‌گیری شده نشان می‌دهد که: الف) اثر راهبردهای سرزنش خود، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی کردن،

تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری بر روی نشانه‌های شخصیت مرزی منفی است. ب) اثر راهبرد سرزنش دیگران بر روی نشانه‌های شخصیت مرزی مثبت و مستقیم است. ج) اثر راهبردهای فاجعه‌انگاری و نشخوارگری بر روی نشانه‌های شخصیت مرزی چندان قابل توجه نیست. د) شاخص خطای برآورد استاندارد (RMSEA) در حد مطلوب است و نشان می‌دهد که برازش مدل اندازه‌گیری شده با کمترین خطای ممکن انجام پذیرفته است. ز) نسبت χ^2/df در حد مطلوب (کمتر از ۶) قرار دارد، بعلاوه در سطح $p < 0.05$ معنی‌دار نیست که نشانگر برازش مناسب مدل اندازه‌گیری است. و) شاخص نیکویی برازش (GFI) و اصلاح شده آن (AGFI) به عدد یک نزدیک است و نشان می‌دهد که مدل تجربی با مدل نظری برازش مطلوب دارد. ی) شاخص برازش تطبیقی (CFI) به عدد یک نزدیک است و نشان می‌دهد که مدل تجربی در قیاس با مدل‌های رقیب، توان برازش با مدل نظری را دارا است.

در کل، متغیرهای مکنون مستقل، در یک رابطه ساختاری قادرند متغیرهای مکنون وابسته در مدل نظری را به نحو مطلوب، پیش‌بینی کنند.

جدول (۴) مسیرهای علی مستقیم متغیرهای مکنون مستقل بر متغیر مکنون وابسته

متغیر مستقل	متغیر وابسته	Beta	t	سطح معنی‌داری
سرزنش خود	شخصیت مرزی	-۰/۲۶	۳/۷۹	$p < 0.05$
سرزنش دیگران	شخصیت مرزی	۰/۳۵	۴/۲۸	$p < 0.05$
فاجعه‌انگاری	شخصیت مرزی	۰/۰۳	۰/۵۸	NS
نشخوارگری	شخصیت مرزی	۰/۰۴	۰/۶۴	NS
پذیرش	شخصیت مرزی	-۰/۰۷	-۱/۵۲	NS
ارزیابی مجدد مثبت	شخصیت مرزی	-۲/۳	-۳/۵۹	$p < 0.05$
برنامه‌ریزی کردن	شخصیت مرزی	-۰/۳	-۳/۹۲	$p < 0.05$
تمرکز مجدد مثبت	شخصیت مرزی	-۲/۸	-۳/۸۹	$p < 0.05$
دیدگاه‌گیری	شخصیت مرزی	-۰/۳۶	-۴/۳۹	$p < 0.05$

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که: اثر راهبرد سرزنش دیگران بر نشانه‌های شخصیت مرزی، مثبت و معنی‌دار است و اثر راهبردهای سرزنش خود، ارزیابی مجدد

مثبت، برنامه‌ریزی کردن، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری بر نشانه‌های شخصیت مرزی، منفی و معنی‌دار است. از طرفی، اثر راهبردهای نشخوارگری، فاجعه‌انگاری و پذیرش بر نشانه‌های شخصیت مرزی، معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از مدل روابط علی نشان داد که سرزنش دیگران، نقش علی مثبت در نشانه‌های شخصیت مرزی داشته با این حال، راهبرد نشخوارگری نقش علی در نشانه‌های شخصیت مرزی ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بیر و سور^۱ (زیرچاپ)، توماس^۲ (۲۰۱۱) و نیز سلبی، آنستیس، بندر و جوینر^۳ (۲۰۰۹) ناهمسو است که نشان دادند بین نشخوارگری و نشانه‌های شخصیت مرزی رابطه وجود دارد. از سویی، تحلیل داده‌ها نشان داد که راهبرد پذیرش، نقش علی در نشانه‌های شخصیت مرزی ندارد. این یافته با یافته‌های محمودعلیلو، قاسم‌پور، عظیمی، اکبری، و فهیمی (۱۳۹۱)، سالترز-پدنالت^۴ (۲۰۱۰) و رابرتون، دافرن و باکس^۵ (۲۰۱۲) همسو است که نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در پذیرش هیجانات منفی خود مشکل دارند و این کاستی در کاربرد یک راهبرد تنظیم هیجانی کارآمد، به بروز و تشدید نشانه‌های مرضی بیشتر در این گروه از بیماران منجر می‌شود. در تبیین این یافته، می‌توان بیان داشت که در پژوهش‌های قبلی مبنی بر ارتباط بین اختلال شخصیت مرزی و راهبرد پذیرش، نمونه مورد مطالعه نمونه بالینی بود. همچنین، یافته‌های مدل نشان داد که راهبرد فاجعه‌انگاری نقش ناچیز در نشانه‌های شخصیت مرزی دارد و این یافته با بررسی‌های هاون^۶ (۲۰۱۱) ناهمسو است که مطرح نمود فاجعه‌بار تلقی کردن یک رویداد یا موقعیت در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی به وفور مورد استفاده قرار می‌گیرد.

از طرفی، تحلیل داده‌ها نشان داد که راهبرد سرزنش خود نقش منفی در نشانه‌های شخصیت مرزی دارد. این یافته با نتایج بررسی‌های نیدفیلد، شولز، کیرش، هرپرترز و

1- Bear & Saur

3- Selby, Anestis, Bender & Joiner

5- Roberton, Daffern & Bu

2- Thomas

4- Salters-pedneault

6- Haven

شمال^۱ (۲۰۱۰)، محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۰) و آرنز، دیزل، درس^۲ (۱۹۹۹)؛ به نقل از شارما و بهادرسینگ^۳، (۲۰۱۲) ناهمسو است. به علاوه، یافته‌های مدل نشان داد که راهبرد سرزنش دیگران بر نشانه‌های شخصیت مرزی، تأثیر مستقیم دارد. این نتیجه با یافته‌های نیدفیلد و همکارانش (۲۰۱۰)، آرنز و وین^۴ (۲۰۰۱)، مییر، پیلکونیس و بیورز^۵ (۲۰۰۴)، نیگ^۶، لوهر^۷، وستن^۸، گولد^۸ و سیلک^۹ (۱۹۹۲)؛ به نقل از شارما و بهادرسینگ، (۲۰۱۲) همسو است. در این راستا، سادوک و سادوک (۱۳۸۲) بیان می‌کنند که مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی گرایش دارند که دیگران را به صورت افرادی بدخواه و مسبب احساسات و هیجانات منفی شان بدانند. غفلت‌ها و سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی از کودک، فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه، روابط خانوادگی آشفته و تضادهای ارتباطی شدید میان والدین، اختلالات دلبستگی و ... همگی در روابط بین فردی آشفته‌ای که این افراد درگیر آن هستند، دخیل است و به سوءتعبیر نیت و رفتارهای اطرافیان منجر می‌شود. از سویی، وجود علایم پارانوایی در این افراد حاکی از گرایش به مقصر دانستن و سوءظن نسبت به اطرافیان است.

همچنین، تحلیل داده‌ها نشان داد که راهبرد ارزیابی مجدد مثبت، نقش منفی در نشانه‌های شخصیت مرزی دارد. این یافته با یافته محمودعلیلو و همکارانش (۱۳۹۱) همسو است. بدین معنی که استفاده کمتر و نامناسب از این راهبرد، با افزایش صفات شخصیت مرزی مثل تکانشگری، ناامیدی، بی‌ثباتی عاطفی و هیجانی همراه است. این یافته همچنین در راستای نتایج پژوهش‌های شارپ و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۱)، گاردنر و کوالتر^{۱۱} (۲۰۰۹)، استین و همکاران^{۱۲} (۲۰۰۷)، کونکلین و همکاران^{۱۳} (۲۰۰۶) و لیبیل و اسنل^{۱۴} (۲۰۰۴) است (به نقل از محمودعلیلو و همکاران، ۱۳۹۱).

- | | |
|---|---------------------------|
| 1- Niedfeld, Schulze, Kirsch, Herpertz, & Schmahl | 2- Arntz, Ditzel & Dresen |
| 3- Sharma & Bahadur Singh | 4- Veen |
| 5- Meier, Pilkonis, & Beevers | 6- Nigg |
| 7- Lohr | 8- Gold |
| 9- Silk | 10- Sharp et al |
| 11- Gardner & Qualter | 12- Steen et al |
| 13- Conklin | 14- Leible & Snell |

از سویی، یافته‌های مدل نشان داد که راهبرد دیدگاه‌گیری نقش منفی در نشانه‌های شخصیت مرزی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که اگر دیدگاه‌گیری به عنوان توانایی فرد در درک و استنباط نیات، مقاصد و هیجانات دیگران در نظر گرفته شود و اگر آن، با نظریه ذهن هم‌ارز دانسته شود، در آن صورت می‌توان عنوان نمود که افراد مرزی از لحاظ این توانایی، دچار کاستی و نقص هستند. در واقع، این افراد در تعامل بین هیجان و شناخت که به کنشوری سازشی آنها منجر می‌شود دچار نقص هستند. این یافته با نتایج پژوهش مشهدی، سلطانی و رزمجویی (۱۳۸۹) همسو است. به‌علاوه، نتایج نشان داد که راهبرد برنامه‌ریزی نقش منفی در نشانه‌های شخصیت مرزی دارد. توضیح اینکه بیماران مرزی وقتی تحت شرایط استرس‌زا قرار می‌گیرند، نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی، بدون توجه به عواقب و پیامدهای احتمالی آن، واکنش‌های سریع و بی‌برنامه‌ای نشان می‌دهند که از آن به‌عنوان تکانشگری یاد می‌شود. در واقع، تکانشگری که جزو ملاک‌های DSM-IV-TR برای اختلال شخصیت مرزی است، بیانگر اعمال سریع و بی‌برنامه‌ای است که قبل از ارزیابی آگاهانه پیامدهای منفی عمل، اتفاق می‌افتد. به تعبیری، تکانشگری و گرایش به یک‌سری اعمال فاقد برنامه‌ریزی شده در مواجهه با رویدادهای منفی و استرس‌های محیطی، با حالات عاطفی منفی و بدتنظیمی هیجانی همبسته است و بدتنظیمی هیجانی که علامت هسته‌ای اختلالات شخصیت خوشه B به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی است، از این امر مستثنی نیست و این بیماران به‌جای تفکر راجع به این که با این رویداد و موقعیت چگونه می‌توان روبه‌رو شد و در این راه قدم‌هایی برداشت، دست به تکانشوری می‌زنند.

از سویی یافته‌های مدل نشان داد که راهبرد تمرکز مجدد مثبت، نقش منفی در نشانه‌های شخصیت مرزی دارد. این یافته در راستای نتایج حاصل از پژوهش پرت و مکلیا^۱ (۲۰۱۱) مبنی بر این که نمونه بیمار که شامل بیماران افسرده؛ اضطرابی، اختلال شخصیت و سوءمصرف‌کنندگان الکل بودند نسبت به نمونه غیربیمار در کاربرد راهبردهای

1- Perte & Miclea

سازگارانۀ نظیر راهبرد تمرکز مجدد مثبت دچار کاستی بودند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد که ابزارهای این پژوهش از نوع خودگزارشی بود، همچنین، مطالعه بر روی افراد حائز نشانه‌های غیربالینی بود و جامعه مورد مطالعه را دانشجویان تشکیل می‌داد. در این راستا، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی افراد حائز نشانه‌های بالینی شخصیت مرزی و بر روی سایر گروه‌ها غیر از دانشجویان انجام گیرد و علاوه بر این مدل، مدل‌های آشیانه‌ای نیز ترسیم و مورد بررسی قرار گیرد.

۱۳۹۲/۰۴/۱۲

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۲/۰۸/۲۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۳/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله:

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- حنایی، نازیلا (۱۳۸۸). بررسی ذهنیت طرح‌واره‌های تجربه کودک‌آزاری و سبک دلبستگی در افراد با اختلال شخصیت مرزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- سادوک، بنیامین؛ و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۲). خلاصه روان‌پزشکی ۲. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران، شهرآب.
- صالحی، اعظم؛ باغبان، ایران؛ بهرامی، فاطمه؛ و احمدی، سیداحمد (۱۳۹۰). رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی با توجه به عوامل خانوادگی و فردی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. ۱، ۱.
- قاسم‌زاده نساجی، سوگند؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ حسینیان، سیمین؛ موتابی، فرشته؛ و بنی‌هاشمی، سارا. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. مجله علوم رفتاری. ۴، ۱، ۳۵-۴۳.
- محمودعلیلو، مجید؛ و شریفی، محمدامین (۱۳۹۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی. تهران، ناردیس.
- محمودعلیلو، مجید؛ قاسم‌پور، عبدا...؛ عظیمی، زینب؛ اکبری، ابراهیم؛ و فهیمی، صمد (۱۳۹۱). نقش راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش‌بینی صفات مرزی. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۶، ۲۴.
- مشهدی، علی؛ سلطانی شورباخورلو، اسماعیل؛ و رزمجویی، رودابه (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۲، ۱۹-۳۹۰.
- هالجن، ریچارد. پی؛ و ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۸۷). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، روان.
- هیلی، کریس (۱۳۹۰). اختلال شخصیت مرزی. ترجمه مجیدمحمودعلیلو و همکاران. تهران، نیوند.
- Aldao, A., Nolen Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders* (4 thed, text rev.). Washington, DC.

- Bornovalova, A., Gratz, K.L., Daughters, S.B., Nick, B., Delany-Brumsey, A., Lynck, T.R., Kosson, D., & Lejues, C.W. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Research in Personality, 42*, 717-726.
- Geiger, T. & Crick, N. (2001). A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorder. *In vulnerability to psychopathology: Risk across the life span*, 57-106. New York, Guilford press.
- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationship between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *Journal of Youth and Adolescence, 32*(6), 401-408.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms. A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*, 1659-1669.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Meerum Terwogt, M., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 years old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 16*, 1-9.
- Haven, CT. (2011). *Beyond the borderline personality*. Yale University Press
- Kraus, G., & Reynolds, D.J. (2001). The A-B-C's of the cluster B's: Identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clinical Psychology Review, 21* (3), 345-373.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford press.
- Martin, R.C., & Dahlen, E.R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences, 39*, 1249-1260.
- Niedfeld, I., Schulze, L., Kirsch, P., Herpertz, S.C., & Schmahl, B.M. (2010). Affect regulation and pain in border personality disorder: A possible link to the understanding of self-injury. *Bio Psychiatry, 68*, 383-391.
- Perete, A., & Miclea, M. (2011). The standardization of the cognitive emotional regulation questionnaire on romination population. *Cognition, Brain, Behavior, An Interdisciplinary Journal, XV* (1), 111-130.

- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R.S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 72-82.
- Sanislow, C.A., Morey, L.C., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Shea, M., Skodol, A.E., Stout R.L., Zanarini M.C., & McGlashan T.H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Acta Psychiatr Scand, 105*, 28-36.
- Salter-pedneault, K. (2011). *Borderline personality disorder treatment*. Former about.com Guide.
- Sauer, S., & Baer, R.A. (in press). Relationships between thoughts suppression, and symptoms of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*.
- Selby, E.A., Anestis, M.D., Bender, T.W., & Joiner, T.E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *J Abnormal Psycho, 118* (2), 375-387.
- Sharma V., & Bahadur Sing, T. (2012). Cognitive processing and emotional regulation in borderline personality disorder. *Delhi Psychiatry Journal, 15* (2).
- Tomas, B. (2011). *Rumination thought in individuals with personality disorders*. University of Kentucky Master's. 90.
- Tragesser, S.L., Lipman, L.G., Trull, T.J., & Barrett, K.C. (2008). Borderline personality disorder features and cognitive, emotional, and predicted behavioral reaction to teasing. *Journal of Research in Personality, 42*, 1512-1523.
- Westen, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder. *Clin Psychol Rev, 11*, 211-230.
- Westen, D. (1998). Affect regulation and psychopathology: Applications to depression and borderline personality disorder. In W. Flack, & J. Laird (Eds.), *Affect and psychopathology*, New York, Oxford University Press.