

Mediating role of experiential avoidance in predicting borderline personality disorder based on childhood trauma

Rana Shmouli Selah Cheini¹, Ali Naseri.²

1- MSc of psychology, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
(corresponding author) Email: ranashomuli2274@gmail.com

2- Assistant Professor; Department of Psychology, Firozabad Branch, Islamic Azad University, Firozabad, Iran.

Received: 17/03/2023

Accepted: 09/11/2023

Abstract

Introduction: Considering the high prevalence and negative effects of borderline personality disorders, it is important to know as much as possible about this disorder and to identify the predictors and variables of this disorder.

Aim: The present study was Mediating role of experiential avoidance in predicting borderline personality disorder based on childhood trauma.

Method: The present study was a correlational description. The statistical population included all male patients diagnosed with borderline personality disorder admitted to psychiatric hospitals in Shiraz in 2022, which were selected using targeted sampling of 60 people. Data collection was done using the childhood trauma questionnaire (2003), the experiential avoidance questionnaire (2011) and the short scale of borderline personality disorder symptoms (2009). To analyze the data, path analysis test, structural equations and Smart PLS software were used.

Results: The findings showed that there is a significant and positive relationship between childhood trauma and experiential avoidance ($R^2=0.711$; $p<0.05$). Path analysis findings also showed that childhood trauma plays a significant role in predicting borderline personality disorder (path coefficient 0.546) and also the avoidance of experience plays a mediating role in the relationship between childhood trauma and borderline personality disorder, so that the path coefficient is 304. 0/ has shown a significant decrease ($p<0.05$).

Conclusion: The results showed that experiential avoidance has a mediating role in predicting borderline personality disorder based on childhood trauma, so it is necessary to pay attention to the component of childhood trauma along with attention to experiential avoidance as a model to reduce the severity of psychological complications.

Keywords: childhood trauma, borderline personality disorder, experiential avoidance.

پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای

رعنا شمولی سلح چینی^۱، علی ناصری^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: ranashomuli2274@gmail.com

۲. استادیار؛ گروه روانشناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۸/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۶

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بالا و تأثیرات منفی اختلالات شخصیت مرزی شناخت هرچه بیشتر این اختلال و شناسایی عوامل و متغیرهای پیش‌بینی‌کننده این اختلال مهم است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای انجام شد.

روش: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بود که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر انتخاب شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ترومای کودکی (۲۰۰۳)، پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای (۲۰۱۱) و مقیاس کوتاه علائم اختلال شخصیت-مرزی (۲۰۰۹) انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل مسیر، معادلات ساختاری و استفاده از نرم افزار Smart PLS استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه‌ای ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد ($R^2 = 0/711$; $p < 0/05$). یافته‌های تحلیل مسیر نیز نشان داد که ترومای کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی نقش معناداری دارد (ضریب مسیر $0/546$) و نیز اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ترومای کودکی با اختلال شخصیت مرزی نقش میانجی دارد به نحوی که ضریب مسیر به $0/304$ کاهش معنادار را نشان داده است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که اجتناب تجربه‌ای نقش میانجی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی دارد؛ بنابراین ضرورت دارد به مؤلفه ترومای کودکی در کنار توجه به اجتناب تجربه‌ای به عنوان الگویی جهت کاهش شدت عوارض روان‌شناختی توجه شود.

کلید واژه‌ها: ترومای دوران کودکی، اختلال شخصیت مرزی، اجتناب تجربه‌ای.

مقدمه

فردی در یک نقش محافظت کننده است که می تواند یک اثر شدید و طولانی مدت داشته باشد، به نحوی که

کودکانی که دچار آسیب های روانی شدید شده اند جهان را به عنوان یک مکان ترسناک و خطرناک می بینند (دانیس و بالدوین^۸، ۲۰۱۷). یافته های پژوهشی نشان دادند که تروماهای دوران کودکی نقش مهمی در بروز اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی دارد (روزنشتاین، الیسون، والش، چلمسکی و دالیمپل^۹، ۲۰۱۸؛ سار، الوقلو، آیکوز^{۱۰}، ۲۰۱۷).

همچنین اجتناب تجربه ای^{۱۱} به عنوان یکی از متغیرهای میانجی و مرتبط با تروماهای دوران کودکی مطرح گردیده است که نقش واسطه ای آن در تعیین اختلال شخصیت مرزی افراد دور از انتظار نبوده و مطالعه حاضر در صدد بررسی بیشتر آن است. اجتناب تجربی عبارت است از: عدم تمایل برای تجربه رویدادهای خصوصی دردناک و آزاردهنده همراه با تلاش هایی برای کنترل، سرکوب و بازداری شکل و فراوانی این رویدادهای خصوصی و زمینه هایی که این موقعیت ها را ایجاد می کنند (اسکلتون و ایسوست^{۱۲}، ۲۰۲۰). اجتناب تجربی، تمایل به گریز یا اجتناب از تجارب روان شناختی شخصی، یکی از برجسته ترین فرآیندهای روان شناختی فراتشخیصی با نقش شناخته شده در طیف گسترده ای از اختلالات روان شناختی و زمینه های عملی تعریف شده است که موجب کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزاردهنده شده و آرامش

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات^۱، اختلال شخصیت مرزی^۲ با ویژگی هایی چون بی ثباتی عاطفی، تکانشگری، تحریک پذیری، رفتارهای خود جرحی، روابط بین فردی ناپایدار و نارسایی های معنی دار در توانایی تنظیم هیجان تعریف شده است (دیتریچ، فیلیپسن و ماتیس^۳، ۲۰۲۱). نرخ شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه حدود ۱٫۶٪ تخمین زده می شود؛ اما ممکن است تا ۵٫۹٪ افزایش یابد. نرخ شیوع این اختلال در خدمات بهداشتی و درمانی اولیه حدود ۶٪، افرادی که به کلینیک های بهداشت روان سرپایی مراجعه می کنند حدود ۱۰٪ و بیمارانی که در بیمارستان های روانی بستری می شوند حدود ۲۰٪ است (گرگوری، اسپیری، ویلیامسون، کسونی و اسپینک^۴، ۲۰۲۱). از سویی شیوع بالایی از تروما در دوران کودکی^۵ در این نوع از شخصیت گزارش شده است، به نحوی که یکی از عوامل زمینه ای که در گرایش افراد به اختلال شخصیت مرزی نقش دارد، آسیب های دوران کودکی است و یافته ها نقش این سازه در شکل گیری علائم اختلال شخصیت مرزی در دوران بزرگسالی را گزارش نموده اند (پروتا^۶، ۲۰۲۰؛ یوان، لی، ایک و نوپل^۷، ۲۰۲۳).

تعریف ترومای کودکی، شامل غفلت جسمی و عاطفی، سوءاستفاده جسمی و جنسی افراد زیر ۱۸ سال، توسط

⁸ Danese, Baldwin.

⁹ Rosenstein, Ellison, Walsh, Chelminski, Dalrymple

¹⁰ Sar, Alioğlu, & Akyuz

¹¹ Experiential avoidance

¹² Hayes-Skelton, & Eustis

¹ Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)

² borderline personality disorder (BPD)

³ Ditrach, Philipsen & Matthies

⁴ Gregory, Sperry, Williamson, Kuch-Cecconi, Spink

⁵ Childhood trauma

⁶ Perrotta

⁷ Yuan, Lee, Eack & Newhill

به طور کلی در تاریخچه‌ی دوران کودکی بخش بزرگی از افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تروماهایی اعم از انواع سوء استفاده و غفلت به چشم می‌خورد. علی‌رغم وجود این گزارش‌های متعدد در مورد ارتباط تاریخچه‌ی تروماهای دوران کودکی با موارد بالینی اختلال شخصیت مرزی، مطالعات معدودی انجام شده است. از سویی دیگر مطالعات گذشته در این خصوص نقش میانجی مولفه-اجتناب تجربه‌ای را در نظر نداشته‌اند. لذا پژوهش حاضر در راستای جبران خلأ پژوهش‌های قبلی با هدف بررسی نقش ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و طرح اصلی آن توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بود. بعد از دریافت مجوز کتبی و مراجعه به بیمارستان‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، از بین افراد جامعه مذکور ۶۰ بیمار مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس برگه تشخیص و پرونده بیمار انتخاب شدند. همچنین مصاحبه تشخیصی جهت تأیید ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی دریافت گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل: مرد بودن، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس راهنمای تشخیصی و نیز مصاحبه تشخیصی جهت تأیید ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی

کوتاه مدت ایجاد می‌کند که در نتیجه این عمل، به شکل منفی رفتار تقویت می‌شود. این اجتناب، زمانی مشکل‌ساز می‌شود که موجب تداخل در عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص شود (مونستس، کارکلا، جیکوبس، میشلیدز، کوپر و همکاران^۱، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه سطوح بالایی از اجتناب تجربی در جمعیت‌های مبتلا به اختلال شخصیت مرزی یافت می‌شود (موهی، دانی، مونیره، بایلی و ساگلیا^۲، ۲۰۲۰) چرا که تمایل فرد به تجربه افکار و احساس‌های ناراحت‌کننده و اجتناب و ممانعت از تجربه‌های مرتبط، با طیف گسترده‌ای از مشکلات مرتبط است (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۸). در واقع با توجه به اینکه افراد مبتلا به شخصیت مرزی بیشتر مستعد بی‌نظمی هیجانی هستند و تحمل کمتری برای پریشانی عاطفی دارند، منجر به تمایل بیشتری برای اجتناب از افکار و احساسات دردناک شود (اجتناب تجربی) به نحوی که مطالعات نشان دادند که اجتناب تجربه‌ای به طور فزاینده‌ای با اختلال شخصیت مرزی رابطه مثبت داشته و یکی از عوامل تبیین‌کننده در نظر گرفته می‌شود (جونز، پینر، اسپررام و شارپ^۳، ۲۰۲۰). به‌نحوی که پژوهش‌های متعددی نیز به این مسئله پرداخته‌اند. مثلاً انفعال، امیدوار و زارع نژاد (۱۴۰۰) در مطالعه خود نشان دادند که ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده قادر به پیش‌بینی صفات سازمان شخصیت مرزی است. ساموت^۴ (۲۰۲۱) نیز گزارش داد که ترومای دوران کودکی به‌ویژه سوءاستفاده جنسی پیش‌بینی قوی برای اختلال شخصیت مرزی است. تیچوکی، بوریان، استینرت و فلامر^۵ (۲۰۲۱) نیز در مطالعه خود تاریخچه ترومای دوران کودکی را مرتبط با ویژگی‌های مرزی و تجزیه‌ای مطرح نمودند.

^۴ Sammut, F

^۵ Tschöcke, Bichescu-Burian, Steinert, Flammer

^۱ Monestès, Karekla, Jacobs, Michaelides, Hooper & et al

^۲ Mohi, Deane, F. P., Mooney-Reh, D., Bailey, A., & Ciaglia

^۳ Jones, Penner, F., Schramm, A. T., & Sharp

بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: تمایل به خروج، داشتن علائم سایکوتیک و دو قطبی، داشتن ایده-پردازی خودکشی و وجود بیماری‌های جسمی بود. اصول اخلاقی مورد توجه در مطالعه نیز شامل اخذ رضایت‌نامه از کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش، آگاهی از هدف و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها توسط افراد شرکت‌کننده و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات بود. در روش اجرا نیز بعد از دریافت مجوز کتبی، تاییدیه‌های لازم از سوی دانشگاه و علوم پزشکی استان فارس و اخذ کد اخلاق، با مراجعه به بیمارستان‌های اعصاب و روان شهر شیراز و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، از بین افراد جامعه مذکور ۶۰ بیمار مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش شامل مقیاس علائم اختلال شخصیت مرزی (BSL-23)، اجتناب تجربه‌ای (AAQ-II)، تحمل پریشانی (DTS) و پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) بر روی آن‌ها اجرا گردید. در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار SPSS 26 و Smart PLS استفاده گردید.

ابزار

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ): توسط برنستاین و فینک^۲ (۲۰۰۳) جهت سنجش ترومای دوران کودکی تنظیم شده است. پنج نوع بدرفتاری شامل سوء استفاده‌های جنسی، جسمی، عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات کودکی خود را

انکار می‌کنند. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه ای از هرگز تا همیشه نمره دهی می‌شود. دامنه نمرات برای هر یک از زیرمقیاس‌ها ۲۵-۵ و برای کل پرسشنامه ۱۲۵-۲۵ است. نمرات بالا بیانگر تروما یا آسیب بیشتر بوده و نمرات پایین بالعکس. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد سوء استفاده جنسی و جسمی، غفلت عاطفی و جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز میرزایی نسب و همکاران (۱۴۰۱) همسانی درونی ابزار با روش آلفای کرونباخ را از ۰/۸۹ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II): این ابزار توسط بوند، هیس، بیر، کارپنتر و گانول^۴ (۲۰۱۰) برای سنجش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساسات ناخواسته تدوین شده و دارای ۱۰ گویه است که بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه (از هرگز = ۱ تا همیشه = ۷) درجه‌بندی می‌شود. طیف نمرات در دامنه ۷۰-۱۰ است. نمره بیشتر نشان‌دهنده اجتناب تجربه‌ای بیشتر و همین‌طور انعطاف‌ناپذیری است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). ابراهیمی (۱۳۹۴) خصوصیات روان‌سنجی و ساختار عاملی آن را در جمعیت ایرانی انجام داد که نتایج تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی این پژوهش شاهدی بر روایی سازه پرسش‌نامه پذیرش و عمل ویرایش دوم در جامعه ایران است، همچنین مقدار آلفای کرونباخ پایایی

³ Adequacy of Acceptance and Action Questionnaire-II(AAQ-II)

⁴ Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole

¹ Childhood Trauma Questionnaire

² Bernstein & Fink

یافته‌ها

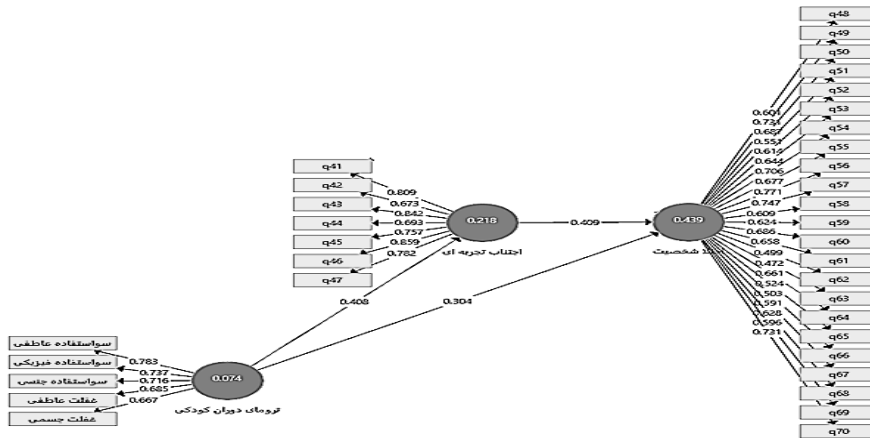
یافته‌های حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که حجم نمونه کلی شامل ۶۰ بیمار دارای اختلال شخصیت مرزی بود که ۳۰ نفر (۵۰ درصد) در دامنه سنی ۲۰-۳۰ سال، ۵ نفر (۸/۳۳ درصد) در بازه سنی زیر ۲۰ سال و ۲۵ نفر (۴۱/۶۷ درصد) نیز در دامنه سنی ۴۰-۳۱ قرار داشتند. وضعیت تحصیلی افراد نمونه نیز شامل ۳۰ نفر (۵۰ درصد) دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم، ۲۲ نفر زیر دیپلم (۳۱/۶۷ درصد)، ۵ نفر (۸/۳۳ درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۵ درصد) نیز دارای مدرک ارشد و بالاتر بودند. ۳۷ نفر (۶۱/۶۷ درصد) از افراد گروه نمونه مجرد، ۲۰ نفر متاهل (۳۳/۳۳ درصد) و ۳ نفر (۵ درصد) نیز متارکه داشته‌اند. توزیع فراوانی اشتغال پاسخگویان شامل ۴۱ نفر بیکار-بازنشسته (۶۸/۳۳ درصد)، ۱۱ نفر آزاد (۱۸/۳۳ درصد) و ۸ نفر کارمند-فرهنگی (۱۳/۳۳ درصد) می‌باشند. جهت بررسی نرمال بودن از ضریب چولگی و کشیدگی استفاده شد که نشان داد ضرایب تمامی متغیرهای مورد مطالعه در بازه (۲+ و ۲-) قرار دارد و همچنین مقدار خطای استاندارد ضریب چولگی و کشیدگی در بازه (۲+ و ۲-) قرار گرفته است و نشان از نرمال بودن داده‌ها است. همچنین برای بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری معیارهای آزمون پایایی (آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی)، روایی همگرا (معناداری بارهای عاملی، همگن بودن، میانگین واریانس استخراجی (AVE) و مقایسه CR با AVE) و روایی واگرا (آزمون فورنل و لارکر (۱۹۸۷) استفاده شد که در ادامه گزارش گردیده است.

برای کل آزمون ۰/۷۱ است و پایایی بازآزمایی ۰/۸۱ است. همچنین پایایی پرسش‌نامه در پژوهش میرزایی (۱۴۰۰) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد که نشان از پایا بودن ابزار است.

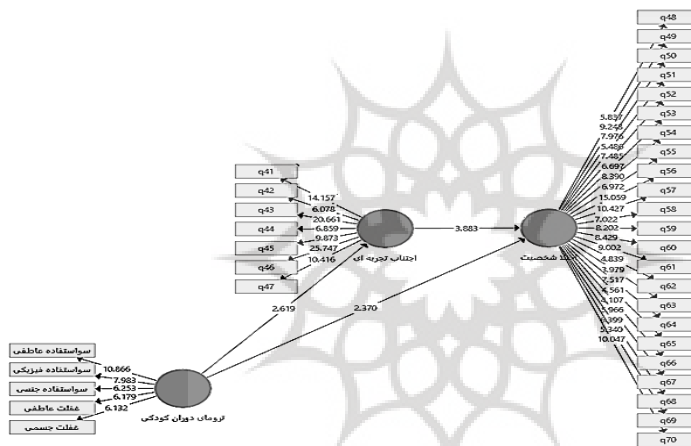
مقیاس کوتاه شده‌ی علائم اختلال شخصیت مرزی (BSL-23)؛ این مقیاس یک فرم خودگزارشی ۲۳ آیتمی است که توسط بوهوس کلیندنس، لیمبرگر، استیگلitz، دومساللا و همکاران^۲ (۲۰۰۹) جهت تشخیص افراد اختلال شخصیت مرزی تدوین شد. این مقیاس نسبت به تغییرات طول درمان حساس است. این مقیاس علائم اختلال شخصیت مرزی احساسات و تجربیات هفته گذشته بیماران را ارزیابی می‌کند. نمره دهی بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۰=اصلاً تا ۴=بسیار قوی) است. این مقیاس از یکسو معیارهای تشخیصی را پوش می‌دهد و از سوی مواردی که بر اساس یافته‌های تجربی در مورد خود انتقادی، اعتماد به نفس، آسیب‌پذیری هیجانی و درماندگی است. این مقیاس چون یک ابزار تشخیصی نیست در نتیجه نقطه برش ندارد. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز بین ۰/۹۴ تا ۰/۹۷ گزارش شده است (نیکاسترو، جانکونس و بوهوس، ۲۰۱۷). در پژوهش استاد نوروزی و همکاران (۱۴۰۰) نیز همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و با روش بازآزمون ۰/۷۳ به دست آمد.

² Bohus, Kleindienst, Limberger, Stieglitz, Domsalla & et al

¹ borderline symptom list, short form (BSL-23)



شکل ۱. مدل پژوهش با ضرایب استاندارد شده بار عاملی (ارزیابی مدل های اندازه گیری)



شکل ۲. مدل پژوهش با ضرایب t-Values (ارزیابی مدل های اندازه گیری)

همان طور که از مدل های فوق (مدل ۱ و ۲) مشخص است، مقادیر بارهای عاملی و ضرایب معناداری کلیه گویه ها به ترتیب از ۰/۴ و ۱/۹۶ بیشتر محاسبه شده است. لذا این گونه استنباط می شود که روایی همگرا متغیرهای مدل مورد تأیید قرار گرفته است.

نتایج ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی برای تمامی سازه های پژوهش مورد قبول بود به نحوی که

ضریب آلفای کرونباخ برای ترومای کودکی، اجتناب تجربه ای و اختلال شخصیت مرزی به ترتیب برابر ۰/۷۶۵، ۰/۸۸۹ و ۰/۹۳۲ و نیز ضریب پایایی ترکیبی برای سه مؤلفه به ترتیب برابر با ۰/۸۴۲، ۰/۹۱۳ و ۰/۹۳۹ بود. با توجه به اینکه هر سه مؤلفه دارای میانگین واریانس استخراجی (AVE) بالای ۰/۰۵ بود که درستی نتایج روایی همگرا با استفاده از این شاخص تأیید می شود. همچنین در

تمامی متغیرهای مکنون $CR > AVE$ بوده است. با توجه به چهار تست انجام شده مدل پژوهشی از روایی همگرای مناسبی برخوردار است.

پس از تحلیل و بررسی مدل اندازه‌گیری، مدل‌های ساختاری مورد ارزیابی قرار گرفت. در ابتدا جهت بررسی برازش مدل ساختاری، از ضرایب معناداری t استفاده شد که در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. ضرایب بار عاملی استاندارد شده و مقدار t بین متغیرهای مکنون

مقدار t	ضریب مسیر (β)	سازه وابسته	سازه‌های مستقل
۲/۶۷۸	۰/۴۰۸	اجتناب تجربه ای	ترومای دوران کودکی
۲/۳۳۹	۰/۳۰۴	اختلال شخصیت مرزی	ترومای دوران کودکی
۳/۷۰۹	۰/۴۰۹	اختلال شخصیت مرزی	اجتناب تجربه‌ای

بزرگتر از ۱/۹۶ بوده و در سطح ۹۵ درصد معنادار هستند؛ به عبارتی مناسب بودن مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج جدول ۱، قدر مطلق مقادیر t محاسبه شده بین تمامی متغیرهای مستقل و وابسته موجود در مدل جهت بررسی برازش مدل کلی معیار GOF استفاده و طبق فرمول محاسبه گردید.

$$GOF = \sqrt{\text{Communalities} \times R^2} = \sqrt{0.294 \times 0.243} = 0.267$$

نتایج نشان داد با توجه به سطح معناداری ($P < 0.05$) و ضریب همبستگی ($R = 0.711$) به دست آمده می‌توان گفت بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه‌ای همبستگی مثبت معنادار وجود دارد؛ به عبارتی با افزایش ترومای دوران کودکی، اجتناب تجربه‌ای نیز افزایش یافته و بالعکس.

در ادامه جهت بررسی ضریب مسیر نقش ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی گزارش شده است.

سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است. همان‌طور که در جدول نیز مشاهده می‌شود، مقدار میانگین مقادیر اشتراکی ($Communalities$) ۰/۲۹۴ و میانگین مقادیر R^2 برابر ۰/۲۴۳ به دست آمده است و با توجه به فرمول مقدار معیار GOF معادل ۰/۲۶۷ به دست آمد که با توجه به دسته‌بندی مذکور نشان از برازش نسبتاً قوی مدل کلی تحقیق است.

همچنین جهت بررسی رابطه ترومای دوران کودکی با اجتناب تجربه‌ای از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۲. بررسی نقش ترومای دوران کودکی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی

نتیجه	جهت رابطه	عدد معناداری (آماره تی)	ضریب مسیر	فرضیه
تائید	مثبت و مستقیم	۲/۳۳۹	۰/۳۰۴	ترومای دوران کودکی ← اختلال شخصیت مرزی

شخصیت مرزی نیز افزایش می یابد. همچنین نقش میانجی اجتناب تجربه ای در رابطه ترومای دوران کودکی با اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

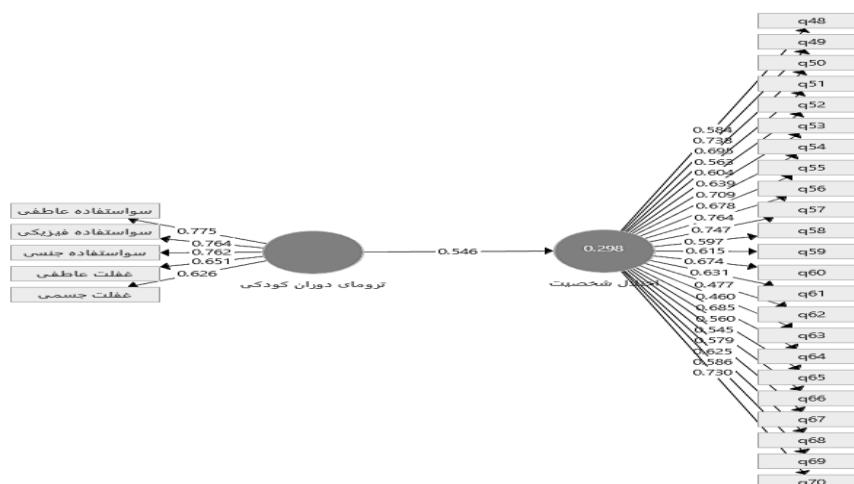
نتایج جدول ۲ نشان داد با توجه به اینکه مقدار آماره t محاسبه شده برابر با ۲/۳۳۹ و بیشتر از ۱/۹۶ است، اثر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی با ضریب مسیر ۰/۳۰۴ و با احتمال ۹۵ درصد معنادار بود. لذا می توان گفت با افزایش ترومای دوران کودکی، اختلال

جدول ۳. نتایج بررسی تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی با توجه به نقش میانجی اجتناب تجربه ای

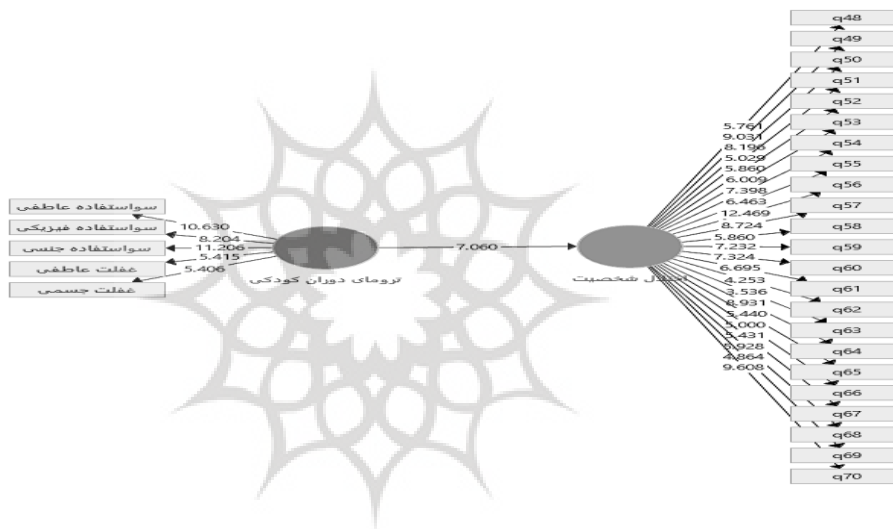
سطح معناداری	عدد معناداری	ضریب مسیر	مسیر	گام های آزمون بارون کنی
۰/۰۰۱	۷/۰۶۰	۰/۵۴۶	ترومای دوران کودکی ← اختلال شخصیت مرزی	بدون دخالت متغیر میانجی و مدل سازی به صورت جداگانه
۰/۰۰۸	۲/۶۷۸	۰/۴۰۸	ترومای دوران کودکی ← اجتناب تجربه ای	ورود متغیر میانجی و مدلسازی با تمامی متغیرها به صورت یکجا
۰/۰۰۱	۳/۷۰۹	۰/۴۰۹	اجتناب تجربه ای ← اختلال شخصیت مرزی	
۰/۰۲۰	۲/۳۳۹	۰/۳۰۴	ترومای دوران کودکی ← اختلال شخصیت مرزی	

متغیر از ۰/۵۴۶ به ۰/۳۰۴ کاهش داشته و معنادار هم است. لذا می توان گفت که میانجی گری اجتناب تجربه ای در رابطه بین ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی با احتمال ۹۵ درصد تائید می شود. مدل مفهومی تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی بر اساس معناداری (بدون دخالت متغیر میانجی) در ادامه آورده شده است.

همان طور که در جدول ۳ نمایان است، در مرحله اول و مدل ابتدایی تأثیر ترومای دوران کودکی به تنهایی و با ضریب مسیر ۰/۵۴۶ معنادار برآورد شده است. در مرحله بعدی که متغیر میانجی (اجتناب تجربه ای) وارد مدل شده و در بین دو متغیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی قرار گرفته است. ضریب مسیر بین این دو



شکل ۳. مدل مفهومی تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی بر اساس ضرایب (بدون دخالت متغیر میانجی)



شکل ۴. مدل مفهومی تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی بر اساس معناداری (بدون دخالت متغیر میانجی)

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی اجتناب تجربه ای انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه ای همبستگی و ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد. نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های ماسکرا^۱ (۲۰۱۳)، وان دیکجه و فورد^۲ (۲۰۱۷)، روزنشتاین (۲۰۱۸)، سار (۲۰۱۶)، بیچسکو بوریان (۲۰۱۷) بود. در تبیین نتایج می‌توان مطرح کرد که طبق نظریه دلبستگی بالبی، شکل‌گیری یک دلبستگی ایمن به مثال یک لنگرگاه امن در مقابل آسیب‌شناسی روانی عمل کرده، موجبات رشد هیجانی موفقیت‌آمیز را فراهم می‌کند. به همین دلیل است که تجربه رویدادهای سخت و آسیب‌زا، به‌ویژه تجاربی که توسط مراقب شکل داده

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی اجتناب تجربه ای انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه ای همبستگی و ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد. نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های ماسکرا^۱ (۲۰۱۳)، وان دیکجه و فورد^۲ (۲۰۱۷)، روزنشتاین (۲۰۱۸)، سار (۲۰۱۶)، بیچسکو بوریان (۲۰۱۷) بود. در تبیین نتایج می‌توان مطرح کرد که طبق نظریه دلبستگی بالبی، شکل‌گیری یک دلبستگی ایمن به مثال یک لنگرگاه امن در مقابل آسیب‌شناسی روانی عمل کرده، موجبات رشد هیجانی موفقیت‌آمیز را فراهم می‌کند. به همین دلیل است که تجربه رویدادهای سخت و آسیب‌زا، به‌ویژه تجاربی که توسط مراقب شکل داده

² Van Dijke, Ford

¹ Mosquera

تیچوکی و همکاران (۲۰۲۱)، روزنشتاین (۲۰۱۷)، بیچسکو-بوریان (۲۰۱۷)، سارالوقلو و آکیوز (۲۰۱۷) بود. در تبیین نتایج می توان مطرح کرد که مدلی که تا حد بسیار زیادی توانسته است به تبیین علل اختلال شخصیت مرزی پردازد، مدل زانارینی (۱۹۹۳) است. طبق این مدل شکل گیری اختلال شخصیت مرزی، از ترکیب پیچیده سه مؤلفه: مزاج فرد، تروماها و چالش های دوران کودکی و کژکاری نسبتاً ظریف نورولوژیک و بیوشیمیایی ناشی می-شود (زانارینی و فرانکنبورگ، ۱۹۹۷). در راستای این نظریات اختلال شخصیت مرزی از یک محیط زندگی ناپایدار و غیرقابل اطمینان دوران کودکی ایجاد می شود و به طور خاص توسط سوء رفتار عاطفی و عواطف منفی مشخص می گردد (روزنشتاین و دانیس، ۲۰۱۸؛ سالون، ۲۰۱۴).

گرچه همه کودکان زندگی خود را با وابستگی مطلق به مراقبان آغاز می کنند؛ ولی کودکان سرانجام باید به شخص مستقل و مجزایی تبدیل گردند. بر این مبنا، مسترسون (۱۹۷۶) اعتقاد دارد در خانواده بیماران مرزی، گرایش مادر به حفظ پایدار رابطه نزدیک با کودک در موازات رشد تدریجی خودمختاری در فرزند دارای چالش است. طبق اعتقاد مسترسون مسئول نهایی ایجاد اختلال شخصیت مرزی، مسائل بیولوژیکی و سرشتی مادر است نه بیمار. بر اساس نظر مسترسون (۱۹۷۶) چون مراقبان اولیه بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی اغلب ترس های زیادی از طردشدگی خود را دارند، احتمال دارد از کودکان خود به عنوان موضوعات انتقالی استفاده کنند (وینیکات، ۱۹۵۳) که به آنها احساس امنیت می دهند که این امر منجر به نوعی رابطه می شود که در آن نقش ها وارونه شده اند. این گونه روابط اغلب بین بیماران مرزی و

شده اند، اثر تعیین کننده ای بر سیستم فکری، هیجانی و رفتاری فرد نسبت به خود و دیگران دارد و بدین ترتیب می توان گفت منجر به شکل گیری عقاید فراشناختی مثبت و منفی می شود. کودکی که مورد سوء استفاده یا بدرفتاری قرار گرفته است، برای جلوگیری از سوء استفاده و بدرفتاری های احتمالی بعدی، باورهای مثبتی در مورد نگرانی و بازبینی مجدد موارد تهدید زا را پرورش می دهد. تجارب مکرر نگرانی و پیامدهای آن منجر به شکل گیری فرانگرانی یا باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی مانند غیرقابل کنترل بودن افکار و خطر می شود. طبق دیدگاه فراشناخت، فرد برای مقابله با فرانگرانی به راهبردهای منفی تنظیم هیجان (مانند نشخوار فکری، پایش تهدید، کنترل افکار، سرکوب افکار و اجتناب) متوسل می شود که این راهبردها منجر به پردازش شخصی متمرکز بر تهدید شده، به گونه ای که اضطراب و احساس خطر تداوم یافته، به شناخت اجازه بازگشت به محیط عادی و عاری از تهدید را نمی دهد. در این مطالعه به طور اختصاصی روی اجتناب تجربی به عنوان یک راهبرد مقابله ای تمرکز شد. وقتی اجتناب تجربی راهبردی بلندمدت باشد منجر به محدود ساختن تجربه های سالم پدیده های روانشناسی می شود و مانع دستیابی فرد به اطلاعات درونی و مهم می شود. افرادی که سابقه تجربه آسیب یا تروما را دارند، به دنبال رویداد آسیب زا به احتمال بیشتری به شخصیت مرزی گرایش پیدا می کنند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان دادند ترومای دوران کودکی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی نقش معناداری دارد. نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته های انفعال، امیدوار و زارع نژاد (۱۴۰۰)، استاد نوروزی و زمستانی (۱۳۹۹)، پورشهریار، علیزاده و رجایی نیا (۱۳۹۷)،

سخن بگویند. تأیید کردن بیرونی یکی از روش‌های تقویت و افزایش دلسوزی نسبت به خویشان است. در نهایت، اجتناب تجربی اغلب منجر به اجتناب رفتاری یا درگیری در رفتارهایی می‌شود که با عملکرد فرد تداخل پیدا می‌کنند، علاوه بر آثار واضح‌تر (مانند مصرف مواد، پرخوری، یا آسیب به خود)، اجتناب تجربی می‌تواند پیامدهای ظریف و مهمی بر روابط فرد در زندگی روزمره داشته باشد. بدین طریق که از درگیری کامل افراد با روابطشان، پیگیری مسیر شغلی، اهداف، ارزش‌ها و معیارهایی که برای آن‌ها مهم است، یا مقابله مؤثر با شرایط استرس‌زای زندگی شان جلوگیری کند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ترومای دوران کودکی، اختلال شخصیت مرزی را به گونه‌ای معنا دار پیش‌بینی می‌کند. همچنین اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال شخصیت مرزی نقش میانجی معناداری دارد. به این معنا که ترومای دوران کودکی در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی مثبت معناداری از اختلال شخصیت مرزی دارد. محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل روش نمونه‌گیری غیر تصادفی، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی، حجم نمونه پایین و منحصر به مردان، محدودیت‌های کرونایی، اثر خستگی و افت عملکرد آزمودنی‌ها، همچنین یکسان نبودن فرهنگ و تعاریف متفاوتی از بی‌توجهی و سو استفاده عاطفی نیز اشاره نمود. از این رو پیشنهاد می‌گردد که پژوهشگران در آینده مؤلفه‌های پژوهش حاضر را بر روی سایر گروه‌های سنی و غیر بالینی و حجم نمونه بالاتر و نیز زنان مورد استفاده و

والدین آن‌ها مشاهده می‌شوند (شاپیرو و ۱۹۸۲). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در واکنش به تهدیدهای مکرر رها شدن از طرف مراقب اولیه‌ای که توانایی تحمل استقلال یا احساسات فرزند خود را ندارد، و در مقابل افسردگی حاصل از رهاشدگی آسیب‌پذیر می‌شوند، این بیانگر این اعتقاد آن‌ها است که وجود خودشان بستگی به وجود دیگری دارد که ارضاء کننده نیازها است و باعث حفظ زندگی‌شان می‌شود.

و در نهایت نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی نقش معناداری دارد. نتایج همسو با یافته‌های سپهری نژاد و حاتمیان (۱۳۹۷)، شایگانفر (۱۳۹۸)، فالگارس (۲۰۱۸)، جونز و همکاران (۲۰۲۰)، روزنشتاین و همکاران (۲۰۱۸) و سار، الوقلو، آیکوز (۲۰۱۷) بود. در تبیین نتایج می‌توان مطرح کرد که اجتناب تجربی با افکار خودکشی، ارتکاب رفتار خودکشی، رفتار آسیب به خود غیر عمدی و بدون هدف خودکشی، آسیب عمدی به خود و عواملی که می‌توانند زمینه رفتارهای آسیب به خود را فراهم کنند از جمله اختلالات هیجانی و استرس ادراک شده مرتبط است (باردین و فرگاس، ۲۰۱۶).

در نتیجه می‌توان گفت که اعتباریابی منجر به تغییراتی در باورهای هیجانی می‌شود و از این طریق حتی باعث تغییر خود هیجان نیز می‌شود. راهبرد متداول برای اجتناب از ناراحتی، پنهان کردن پاسخ‌های هیجانی است. این وضعیت می‌تواند روی برانگیختگی فیزیولوژیکی هم اثر بگذارد و احتمالاً آن را افزایش دهد. با پنهان کردن ناراحتی این امکان از دیگران سلب می‌شود که با هیجان‌ات ما همدلی کنند یا از تجارب و کشمکش‌های مشابه خود، برای ما

References

- Bardeen JR, Fergus TA. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of contextual behavioral science*, 5(1),1-6
- Bernstein DP, Fink L. (2003). Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual. Psychological Corporation. 27(2), 169-190
- Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, Wolf M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N. (2010). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-88.
- Danese A, Baldwin J. (2017). Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual review of psychology*, 68, 517-544.
- Ditrich I, Philipsen A, Matthies S. (2021). Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited—a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 1-12.
- Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. (2014). Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. *IJPCP*, 19 (4), 275-282. (In Persian)
- Enfael N, Omidvar B, Zarenejad M. (2021). Predicting Borderline Personality Traits Based on Childhood Trauma and Family Emotional Atmosphere in Drug Addicts. *Pajouhan.Sci*, 19 (3), 1-11. (In Persian)
- Ensink K, Biberdzic M, Normandin L, Clarkin J. (2015). A developmental psychopathology and neurobiological model of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of*

در قالب یک مطالعه علی-مقایسه ای در مقایسه با افراد عادی و سایر اختلالات مورد بررسی و مقایسه قرار داده شود. همچنین به متخصصان این حوزه پیشنهاد می شود که در کار با افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، به مؤلفه ترومای دوران کودکی در کنار توجه به اجتناب تجربه ای به عنوان الگویی جهت کاهش شدت عوارض روان-شناختی توجه شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد

دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با کد اخلاق

IR.IAU.KAU.REC.1401.026 است. همچنین

هیچ گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان مقاله وجود

ندارد و نویسندگان از تمامی آزمودنی های محترم

شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر را دارد.

- disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 94-100.
- Monestès JL, Karekla M, Jacobs N, Michaelides MP, Hooper N, Kleen M, Hayes SC. (2016). Experiential avoidance as a common psychological process in European cultures. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Mosquera D, Gonzalez A, Baldomir P, Vazquez I, Bello C, Eiriz A.C. (2013). Personality disorders and intrafamilial early trauma. Poster session presented at the V Symposium on Borderline Personality Disorder.
- Nicastro R, Prada P, Kung AL, Salamin V, Dayer A, Aubry JM, Perroud N. (2016). Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1-12
- Ostad Noroozi M, Zemestani M. (2021) Comparative study of the relationship between childhood traumas with personality function and pathological traits in patients with borderline personality disorder and non-patient group. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7 (6) :85-99. (In Persian)
- Perrotta G. Borderline personality disorder: Definition, differential diagnosis, clinical contexts, and therapeutic approaches. *Annals of Psychiatry and Treatment*. 2020;4(1):43-56
- Pourshahriar H, Alizade H, Rajaeinia K. (2018). Childhood Emotional Abuse and Borderline Personality Disorder Features: The Mediating Roles of Attachment Style and Emotion Regulation. *IJPCP*, 24 (2) :148-163. (In Persian)
- Rosenstein L, Ellison WD, Walsh E, Chelminski I, Dalrymple K. (2018). The Role of Emotion Regulation Difficulties in the Connection Between Childhood Emotional Abuse and Borderline Personality Features. 9(6), 590
- Sar V, Alioğlu F, Akyuz G. (2017). Depersonalization and derealization in self-report and clinical interview: the spectrum of borderline personality disorder, dissociative disorders, and Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 14(1), 46-69.
- Falgares G, Marchetti D, De Santis S, Carrozzino D, Kopala-Sibley DC, Fulcheri M, Verrocchio MC. (2017). Attachment styles and suicide-related behaviors in adolescence: the mediating role of self-criticism and dependency. *Frontiers in psychiatry*, 8, 36.
- Gregory R, Sperry SD, Williamson D, Kuch-Cecconi R, Spink GL. (2021). High prevalence of borderline personality disorder among psychiatric inpatients admitted for suicidality. *Journal of Personality Disorders*, 35(5), 776-787
- Hayes-Skelton SA, Eustis EH. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 115-131). American Psychological Association.
- Jones J, Penner F, Schramm AT, Sharp C. (2020). Experiential avoidance in adolescents with borderline personality disorder: comparison with a non-BPD psychiatric group and healthy controls. *Cognitive behaviour therapy*, 49(3), 197-209
- Mirzaei Dahka S, Ghanbarpoor Ganjari M, Sarparast M, Eslam-Kenarsari H, Hassanpour A, Fallah Mortezaejad S H. (2021). Relationship Between Avoiding the Experience, Cognitive Fusion and the Difficulty of Regulating Excitement With Fear of Giving Birth to Pregnant Women of Primigravid. *J Guil Uni Med Sci*, 30 (2), 118-129
- Mirzaeinasab F, Rezapour Mirsaleh Y, Behjati F, Ghasemi N. (2022). Mediating role of existential anxiety in the relationship between childhood emotional traumas, social support and tendency to change in addicts. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9 (4) :53-66. (in Persian)
- Mohi S, Deane FP, Mooney-Reh D, Bailey A, Ciaglia D. (2021). Experiential avoidance and depression predict values engagement among people in treatment for borderline personality

- healthy controls. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(4), 490-506
- Sepehreinjad M, Hatamian P. (2018). Forecast of Suicidal thoughts based on Emotional Dysregulation and Experimental Avoidance in Nurses. *IJNR*, 13 (4), 39-44. (In Persian)
- Shayganfar N. (2018). The role of experiential avoidance and cognitive regulation of emotion in predicting suicidal thoughts in students with obsessive tendencies, the first international Tadbir conference on management, educational, social and psychological sciences in the horizon of Iran 1404, Mashhad, Beh Andish Novavaran Tadbir Kehestan Company. (In Persian)
- Sammut F. (2021). *Childhood sexual abuse as a predictive factor for the prevalence of borderline personality disorder* (Bachelor's thesis, University of Malta).
- Sloan DM. (2014). "Emotion regulation in action: emotional reactivity in experiential avoidance". *Behavior Research and Therapy*, 42 (11), 1257-1270.
- Tschoeke S, Bichescu-Burian D, Steinert T, Flammer E. (2021). History of childhood trauma and association with borderline and dissociative features. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(2), 137-143.
- Yuan Y, Lee H, Eack SM, Newhill CE. (2023). A systematic review of the association between early childhood trauma and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 37(1), 16-35