

The Structural Model of Childhood Trauma, Cognitive Emotion Regulation Strategies and Borderline Personality symptoms

Homaeenejad, H., Karbalaemohammadmeigouni, *A., Taghiloo, S.

Abstract

Introduction: Exposure to traumatic events prior to and/or during the puberty has negative consequences to personality development and is considered as an important risk factor for borderline personality disorder. The aim of this study was to determine the mediating role of positive and negative cognitive emotion regulation strategies in the relationship between childhood trauma and borderline personality symptoms.

Method: Applying a descriptive correlational method among the residents of Karaj 7th region in the summer 2017 a total sample of n=300 person were chosen on a randomly basis. The study tools included the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Cognitive Emotion Regulation questionnaire (CERQ), and Borderline Symptom List (BSL). Data were analyzed using a Structural Equation Modeling (SEM).

Results: The obtained fitness indices supported an acceptable fitness to the model. A total path coefficient were observed for the childhood trauma and borderline personality symptoms ($\beta=0.544$, $P<0.01$). A direct path coefficient also revealed for the negative cognitive emotional regulation strategies and borderline personality symptoms as well ($\beta=0.513$, $P<0.01$). An indirect path coefficient was also evident for the childhood trauma and borderline personality symptoms ($\beta=0.234$, $P<0.01$).

Conclusion: It seems that childhood trauma prevent the development of healthy cognitive-emotional regulation capabilities. Negative affect in the borderline patients triggers the negative emotional strategies such as rumination, which create severe self-blame and other-blame thinking that eventually leads to borderline symptoms.

Keywords: borderline, childhood trauma, cognitive regulation, emotion.

الگوی ساختاری آسیب کودکی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و نشانه‌های شخصیت

مرزی

هانیه همایی نژاد^۱، احمد کربلایی محمد میگونی^۲، صادق تقی‌لو^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۴/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۰۳

چکیده

مقدمه: قرار گرفتن در معرض وقایع آسیب زا، قبل و یا در دوران بلوغ پیامدهای منفی بر رشد شخصیت دارد و عامل خطر مهمی برای ابتلا به اختلال شخصیت مرزی محسوب می‌شود. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین آسیب کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی بود.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام ساکنان منطقه هفت شهر کرج در تابستان سال ۱۳۹۶ بود. ۳۰۰ نفر با گزینش تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه آسیب کودکی (CTQ)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و سیاهه نشانه‌های مرزی (BSL) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

یافته‌ها: شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول داده‌ها با مدل حمایت کردند. یک ضریب مسیر کل بین آسیب کودکی و شخصیت مرزی ($\beta=0.544$, $P<0.01$) مشاهده شد. یک ضریب مسیر مستقیم نیز بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی و شخصیت مرزی ($\beta=0.513$, $P<0.01$) بدست آمد. یک ضریب مسیر غیرمستقیم هم بین آسیب کودکی و شخصیت مرزی ($\beta=0.234$, $P<0.01$) آشکار شد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد آسیب‌های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی‌های سالم تنظیم شناختی هیجانی می‌شود. عاطفه منفی در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی، آغازگر چرخه راهبردهای منفی تنظیم هیجان از جمله نشخوار فکری است و منجر به شدیدتر شدن تفکر خودسرزنش‌گرانه و دگرسرزنش‌گرانه می‌شود که در نهایت نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را منجر می‌شوند.

واژه‌های کلیدی: آسیب کودکی، تنظیم شناختی، مرزی، هیجان.

مقدمه

کند. براساس نظریه زیستی- اجتماعی لینهان، بدتنظیمی هیجانی و محیط بی‌اعتبارساز هیجانی در افرادی که دچار پیش‌آمدگی زیستی برای حساسیت هیجانی هستند، منجر به تجربه عواطف منفی در همه زمینه‌ها و شرایط می‌شود. این موضوع یادگیری راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب را برای آن‌ها دشوار می‌سازد. توانایی شناسایی هیجان‌هایی که تجربه می‌شوند، جزء مهمی از تنظیم هیجانی است. جزء نهایی بدتنظیمی هیجانی در اختلال شخصیت مرزی، رفتاری است که ممکن است در عوض راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب رخ دهد، که منجر به تقویت بدتنظیمی هیجانی می‌شود. نقص در راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب، درگیر شدن در رفتارهای ناکارآمد به منظور مدیریت و کاهش عاطفه منفی منجر شود (۱۲، ۱۳). تصور می‌شود بدتنظیمی هیجانی هسته مرکزی این اختلال است. بدتنظیمی هیجانی ناتوانی در مدیریت و مقابله مؤثر با هیجان‌ها است (۱۴).

بدتنظیمی هیجانی کارکرد مؤثر شناخت را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت مجدداً دامن‌گیر خود پردازش هیجانی می‌شود و آشفتگی و آمیختگی هیجانی شدیدتر می‌شود (۱۵). تنظیم شناختی هیجان^۶ به‌عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای 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.

در واقع تنظیم شناختی هیجان‌ها به معنای سرکوب آنها نیست، بلکه شامل فرآیندهای نظارت و تغییر تجربیات هیجانی شخص است (۱۶). تنظیم شناختی هیجان به عنوان راهبردهای شناختی برای پاسخ به رویدادهای پرتنش و مدیریت اطلاعات برانگیزنده هیجانی تعریف شده است و بخشی از مقابله شناختی محسوب می‌شود. افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی

شیوع تقریبی اختلال شخصیت مرزی^۱ 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 ویرایش پنجم متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ اختلال شخصیت مرزی با مواردی از جمله اجتناب از طرد یا رهاشدگی واقعی یا خیالی، روابط بین‌فردی بی‌ثبات، آشفتگی هویت، تکانش‌وری، رفتارهای خودکشی یا خود آسیب‌زنی، 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 دارد 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 مرگ و میر بالا 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^۳ و سوءرفتار کودکی و افکار و تلاش‌های خودکشی- گرایانه در جمعیت‌های مختلف بوده است (۹).

براساس مدل آبشار هیجانی^۴ ادراک طرد یا رهاشدگی واقعی یا خیالی و به‌نوعی بی‌اعتبارسازی هیجانی^۵ که در نظریه لینهان 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 دچار نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی توجه بیش‌تری را صرف تجربه‌های هیجانی می‌کنند و منحرف کردن توجه برای آنها دشوار می‌شود (۱۰، ۱۱).

نظریه لینهان مطرح می‌کند که بدتنظیمی هیجانی ممکن است بسیاری از نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را تبیین

1- borderline personality disorder

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

3- trauma

4- emotional cascade model

5- emotional invalidating

6- cognitive emotion regulation

دیگر مراقبان کودک تعریف شده است که منجر به آسیب کودکی می‌شود (۲۵). طبق متن ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۳) وقایع آسیب‌زای کودکی به آزار جسمانی، آزار جنسی، غفلت و آزار روان-شناختی^{۱۱} تقسیم شده است. کاروالهو فرناندو و همکاران (۲۶) در پژوهشی دریافتند آزار کودکی فرآیندهای 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. علاوه بر این، نتایج پژوهش عسگرپور و همکاران (۲۷) نشان داد آسیب کودکی به صورت 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 (۲۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان تأثیر مخربی بر سلامت روان دارند. تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که رابطه نیرومندی بین استفاده از راهبردهای شناختی خاص و آسیب‌شناسی روانی وجود دارد (۲۹).

با این حال کم‌تر پژوهشی به بررسی ارتباط بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و اثر واسطه‌ای این راهبردها در رابطه بین محیط بی‌اعتبارساز کودکی از جمله محیط‌های مملو از آسیب کودکی با نشانه‌های مرزی، پرداخته است. در میان جمعیت دارای اختلال‌های شخصیت بالینی، اختلال شخصیت مرزی، شیوع بیش‌تری دارد. تخریب‌های پیوسته‌ای که این

استفاده می‌کنند. از جمله این راهبردها می‌توان به راهبردهای منفی شامل نشخوار فکری^۱، سرزنش خود^۲، سرزنش دیگران^۳، فاجعه‌سازی^۴ و راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت^۵، ارزیابی مثبت مجدد^۶، پذیرش^۷، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۸، دیدگاه‌پذیری^۹ اشاره کرد (۱۷-۱۹). نتایج پژوهش نوحی و جعفری (۲۰) نشان داد که راهبرد ارزیابی مجدد مثبت، توانایی پیش‌بینی مؤلفه تکانش‌وری شخصیت مرزی را دارد. در پژوهش غفاری و رضایی (۲۱) 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 بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان، راهبرد فاجعه‌سازی با شخصیت مرزی در ارتباط است. آفتاب و همکاران (۱۴) و آفتاب و همکاران (۲۲) 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.

در دوران رشد تعامل بین فرآیندهای شناختی عصبی و فشارهای ناشی از محیط بی‌اعتبارساز کودکی که آسیب کودکی را نیز دربرمی‌گیرد ممکن است منجر به کاهش توانایی افراد برای تنظیم هیجان‌ها شود. آسیب در دوران کودکی رشد هیجانی-اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به گسترش شناخت‌واره‌های منفی در مورد خود و دیگران و تنظیم هیجانی ناپخته می‌انجامد. کودکانی که در دوران کودکی خود مورد بی‌اعتبارسازی هیجانی واقع شده‌اند معمولاً ناچارند درد عاطفی زیادی را تحمل کنند و کم‌تر احتمال دارد مهارت‌های تنظیم هیجانی سازگارانه را در مقابله با شناخت‌ها و یا هیجان‌های منفی گسترش دهند (۱۳).

آسیب کودکی عامل خطر مهمی است که در پژوهش‌ها با رشد و گسترش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی همبسته بوده است (۸، ۲۳، ۲۴). سوءرفتار^{۱۰} کودکی به عنوان انجام رفتار خاص یا غفلت از انجام رفتارهایی توسط والدین یا

- 1- rumination
- 2- self-blame
- 3- other-blame
- 4- catastrophizing
- 5- positive refocusing
- 6- positive reappraisal
- 7- acceptance
- 8- refocus on planning
- 9- putting into perspective
- 10- maltreatment
- 11- psychological abuse

درجه‌ای از «هرگز=۱» تا «همیشه=۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برنستاین و همکاران (۳۳) ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۵ و همبستگی درونی بین عامل‌های پرسشنامه آسیب کودکی را در دامنه‌ای از $r=0/25$ تا $r=0/58$ و همبستگی بالای پرسشنامه آسیب کودکی با مصاحبه‌های بالینی بزرگسالان در مورد بدرفتاری و غفلت کودکی به عنوان شاخصی از اعتبار همگرا گزارش کردند. عسگری و همکاران (۲۷) 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 ارایه شده از پژوهش حذف شد. در پژوهش عسگری و همکاران (۲۷) 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.

۲- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۲: پرسشنامه کارنفسکی و همکاران (۳۴) شامل ۳۶ عبارت است و ۹ خرده‌مقیاس 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 (۳۵) آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است. در پژوهش حسنی (۳۵) 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.

۳- سیاهه نشانه‌های مرزی^۳: سیاهه نشانه‌های مرزی بوهوس و همکاران (۳۶) شامل ۹۵ سؤال است و ۷ خرده-مقیاس ادراک از خود^۴؛ تنظیم هیجان^۵؛ خودتخریب‌گری^۶؛

اختلال ایجاد می‌کند، تمام گستره زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۰) و بر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌افزاید. از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی بود.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر با توجه به هدف آن 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.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام ساکنان منطقه هفت شهر کرج (شامل محله‌های گوهر دشت، شهرک اوج و حسن آباد و حیدرآباد) در تابستان سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. برای تعیین حجم نمونه استیونس (۳۱) نسبت ۱۵ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده و میشل (۳۱) نسبت ۱۰ تا ۲۰ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده را توصیه می‌کنند، 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. لازم بود قبل از اجرای پژوهش، رضایت و موافقت آزمودنی‌ها جلب شود (۳۲)، بنابراین، در این مرحله از پژوهش به روش نمونه‌برداری داوطلبانه ۱۰۰ نفر از هر پارک و در نهایت ۳۰۰ نفر از پارک‌ها با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج در بازه زمانی اواسط تیر ماه تا اواخر شهریور ماه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ۱- اقامت در شهر کرج و ۲- سن بالای ۱۸ سال بود. ملاک‌های خروج شامل ۱- معلولیت‌های ذهنی و جسمانی و بیماری‌های مزمن، ۲- مصرف دارو برای بیماری‌های روان‌شناختی و جسمانی و ۳- دریافت روان-درمانی به طور همزمان و در طول سال گذشته بود.

ابزار

۱- پرسشنامه آسیب کودکی^۱: پرسشنامه آسیب کودکی برنستاین و همکاران (۳۳) شامل ۲۸ عبارت است و ۵ خرده مقیاس آزار جنسی، آزار جسمی، آزار عاطفی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی را در یک مقیاس لیکرت ۵

- 1- Childhood Trauma Questionnaire
- 2- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
- 3- Borderline Symptom List
- 4- self-perception
- 5- affect regulation
- 6- self-destruction

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 داد 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 هستند.

جدول ۲ نشان می‌دهد که شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی هیچ کدام از عامل‌ها از مرز ± 2 عبور نکرده است. گارسون (۳۸) معتقد است چولگی و کشیدگی باید بین $+2$ و -2 باشد تا داده‌ها در سطح ۰/۰۵ به صورت 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 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 (۳۱). در پژوهش حاضر مقادیر به‌دست آمده از محاسبه عامل تورم واریانس و ضریب تحمل نشان داد که پدیده هم‌خطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است.

ملال؛ تنهایی؛ تعدی^۳ و خصومت^۴ را در یک طیف لیکرت از «اصلاً=۰» تا «بسیار زیاد=۴» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره شخصیت مرزی از جمع نمرات ۷ خرده‌مقیاس و ۱۲ ماده که به هیچ‌یک از این خرده‌مقیاس‌ها مربوط نیستند، به‌دست می‌آید. بوهوس و همکاران (۳۶) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و همبستگی این مقیاس را با چک لیست تجدیدنظر شده نشانه‌های اختلال‌های روانی^۵، مقیاس افسردگی بک^۶، مقیاس افسردگی همیلتون^۷، مقیاس اضطراب حالت-صفت^۸، مقیاس خشم حالت-صفت^۹ و مقیاس تجارب تجزیه‌ای^{۱۰} به عنوان شاخصی از اعتبار همگرایی سیاهه نشانه‌های مرزی گزارش کردند. آفتاب و همکاران (۳۷) 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 و ۰/۹۰ و ۰/۹۱ به‌دست آمد.

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. تعداد ۱۰ پرسشنامه به دلیل محدود بودن و همچنین استفاده از روش فاصله مهلنوبایس^{۱۱} نشان داد که اطلاعات مربوط به ۴ شرکت‌کننده پرت‌های چندمتغیری تشکیل داده، بنابراین از روند پژوهش کنار گذاشته شدند. در نهایت 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؟

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

- 1- dysphoria
- 2- loneliness
- 3- intrusions
- 4- hostility
- 5- symptoms checklist-90-revised
- 6- Beck depression inventory
- 7- Hamilton depression scale
- 8- state-trait anxiety inventory
- 9- state-trait-anger inventory
- 10- dissociative experiences scale
- 11- Mahalanobis distance (D)

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	+/۴۶۲**	-									
۳. راهبردهای تنظیم هیجان منفی	+/۴۰۸**	-+/۴۳۹**	-								
۴. شخصیت مرزی- ادراک خود	+/۳۸۲**	-+/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**	+/۴۵۳**	+/۳۹۵**	+/۵۱۵**	+/۴۷۵**	-
میانگین	۵۵/۶۱	۶۳/۱۱	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<۰/۰۵،**P<۰/۰۱

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

متغیر	چولگی	خطای چولگی	کشیدگی	خطای کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
آسیب کودکی	۰/۲۱۷	۰/۱۵۴	۰/۵۸۹	۰/۱۵۵	۰/۴۱۰	۲/۴۳۶
راهبردهای تنظیم هیجان مثبت	-۱/۰۱۱	۰/۱۵۵	-۰/۵۱۳	۰/۳۰۹	۰/۲۰۱	۴/۹۶۸
راهبردهای تنظیم هیجان منفی	-۰/۳۸۱	۰/۱۵۶	-۰/۴۸۹	۰/۱۵۴	۰/۲۴۷	۴/۱۶۶
شخصیت مرزی- ادراک خود	-۰/۰۷۵	۰/۱۵۵	-۰/۰۶۱۵	۰/۳۰۷	-	-
شخصیت مرزی- تنظیم هیجان	-۰/۴۱۱	۰/۱۵۵	-۰/۵۱۴	۰/۱۵۸	-	-
شخصیت مرزی- خود تخریب‌گری	-۰/۳۱۲	۰/۱۵۴	-۰/۷۱۰	۰/۱۵۴	-	-
شخصیت مرزی- ملال	-۰/۳۴۴	۰/۱۵۶	-۰/۰۹۵	۰/۳۵۶	-	-
شخصیت مرزی- تنهایی	-۰/۲۷۸	۰/۱۵۶	-۱/۱۹۴	۰/۳۱۰	-	-
شخصیت مرزی- تعدی	۰/۶۰۵	۰/۱۵۵	-۰/۰۸۹	۰/۳۰۹	-	-
اختلال شخصیت مرزی	-۰/۲۹۸	۰/۱۵۵	-۰/۵۴۳	۰/۳۱۲	-	-
شخصیت مرزی- خصومت	-۰/۶۵۰	۰/۱۵۵	-۰/۳۱۹	۰/۳۱۱	-	-

تقریب کوچک‌تر از ۰/۰۸ نشان‌گر برازش قابل قبول و کوچک‌تر از ۰/۰۵ نشان‌گر برازش عالی مدل با داده‌های گردآوری شده است)، شاخص نکویی برازش^۳ برابر با ۰/۹۲۲، شاخص نکویی برازش تعدیل شده^۴ برابر با ۰/۸۹۳ و شاخص برازش تطبیقی^۵ 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 گردآوری شده است). شکل ۱ مدل اندازه‌گیری پژوهش و پارامترهای آن با استفاده از داده‌های استاندارد را نشان می‌دهد. در مدل ساختاری چنان فرض شده است، آسیب کودکی هم به صورت مستقیم و هم به واسطه

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 نرم افزار Amos و برآورد بیشینه احتمال^۱ انجام شد. بررسی شاخص برازندگی خلی دو برابر با ۶۳/۰۷۹ نشان داد که مدل با داده‌های گردآوری شده 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^۲ برابر با ۰/۰۶۸ بود (گفته می‌شود ریشه خطای میانگین مجذورات

- 1- maximum likelihood
- 2- root mean square error of approximation
- 3- goodness of fit index
- 4- adjusted goodness of fit index
- 5- comparative fit index

راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان متغیر مکنون شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کند. استفاده از روش مدل-یابی معادلات ساختاری برای ارزیابی چگونگی برازش مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده نشان داد که مدل برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد. اگرچه شاخص مجذور کای در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($P < 0/01$)، $\chi^2 = 108/514$ و این موضوع بیان‌گر عدم برازش مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده بود، با وجود این دیگر شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل با داده‌ها حمایت کردند. شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب برابر با ۰/۰۷۸ بود، شاخص نکویی برازش برابر با ۰/۹۰۳، شاخص نکویی برازش تعدیل شده 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

پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۳ نشان داد ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم) بین آسیب کودکی و شخصیت مرزی به صورت مثبت و معنادار است ($\beta = 0/544$, $P < 0/01$).

ضریب مسیر مستقیم بین راهبردهای منفی تنظیم هیجانی و شخصیت مرزی به صورت مثبت و معنادار ($P < 0/01$)، $\beta = 0/513$ ، ضریب مسیر مستقیم بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی و شخصیت مرزی غیرمعنادار و ضریب مسیر غیرمستقیم بین آسیب کودکی و شخصیت مرزی به صورت مثبت و معنادار است ($\beta = 0/234$, $P < 0/01$).

شکل ۱ نشان داد راهبردهای آسیب کودکی و راهبردهای تنظیم هیجان شامل راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان ۶۳ درصد از تغییرات نشانه‌های شخصیت مرزی را تبیین می‌کند.

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

مسیرها	b	S.E	β	P
ضریب مسیر کل				
آسیب کودکی - شخصیت مرزی	۰/۳۷۵	۰/۰۴۰	۰/۰۵۴۴	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم				
آسیب کودکی - شخصیت مرزی	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 غیر مستقیم				
آسیب کودکی - شخصیت مرزی	۰/۲۳۹	۰/۰۱۷	۰/۲۳۴	۰/۰۰۱



شکل ۱) مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه آسیب کودکی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و شخصیت مرزی

بحث

یافته‌های این پژوهش نشانگر این است که بین آسیب کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی اثر مستقیم مثبت وجود دارد. بین راهبردهای منفی تنظیم هیجانی و شخصیت مرزی نیز اثر مستقیم مثبتی وجود دارد. تنها راهبردهای منفی تنظیم هیجان اثر بین آسیب کودکی شامل نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌سازی و شخصیت مرزی را میانجی‌گری می‌کند. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های آفتاب و همکاران (۱۴)؛ کاروالهو فرناندو و همکاران (۲۶)؛ نوحی و جعفری (۲۰)؛ غفاری و رضایی (۲۱)؛ آفتاب و همکاران (۲۲) و عسگرپور و همکاران (۲۷) هم‌راستا است. مشکلات تنظیم هیجانی یکی از نشانه‌هایی است که بُعد مهمی در اکثر اختلال‌ها و مشکلات روانی را به خود اختصاص می‌دهد (۳۹). مشکلات تنظیم هیجان در افراد با سابقه آسیب بین فردی رایج است (۴۰). تنظیم هیجانی را می‌توان به‌طور کلی به‌عنوان توانایی پاسخ دادن به مقتضیات مداوم تجارب محیطی با طیف وسیعی از هیجان‌ها تعریف کرد، به شیوه‌ای که به لحاظ اجتماعی قابل قبول و به قدر کافی انعطاف‌پذیر باشد تا واکنش‌های خود به خودی و نیز توانایی به تأخیر انداختن واکنش‌های خودبه‌خودی در مواقع نیاز به وقوع ببیند (۴۱). مفهوم تنظیم هیجان بر ماهیت کارکردی پاسخ‌های هیجانی تأکید می‌کند و به توانایی عمل کردن مؤثر در زمینه رویدادهای هیجانی اشاره دارد (۴۲). پژوهش‌های قبلی نشان داده است که توانایی تنظیم هیجان در اوایل زندگی در چارچوب مبادلات هیجانی بین فردی بین مراقبان و کودک گسترش می‌یابد. کیفیت مبادلات هیجانی کودک و مراقبت‌کننده عامل مهمی در ظرفیت تنظیم هیجان بزرگسالی است (۴۳). به نظر می‌رسد که آسیب‌های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی‌های تنظیم هیجانی به شیوه‌ای سالم می‌شود. آسیب‌های دوران کودکی، به‌ویژه آسیب‌های بین فردی تکرار شده بین مراقب و کودک، با اکتساب مهارت‌های تنظیم هیجانی مناسب تداخل می‌کنند (۴۴، ۴۵). علاوه بر این، استرس‌های مداوم در زندگی کودکی سیستم‌های عصبی مرکزی را که در پاسخ‌دهی به استرس و تنظیم هیجان درگیرند، حساس می‌سازند (۴۶). آسیب در دوران کودکی رشد هیجانی-اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از جمله گسترش

شناخت‌واره‌های منفی در مورد خود و دیگران، روابط شرطی بین محرک مربوط به آسیب و آشفتگی هیجانی، شناخت‌ها و خاطراتی که محرک‌های محیطی ناخوشایند آغازگر آن‌اند و تنظیم هیجانی رشد نایافته. کودکانی که در دوران کودکی خود آسیب دیده‌اند، معمولاً ناچارند درد عاطفی و جسمانی زیادی را تحمل کنند، که این مانع از ایجاد احساس امنیت در آنها می‌شود. بنابراین، این کودکان کم‌تر احتمال دارد مهارت‌های تنظیم مقابله با شناخت‌ها یا هیجان‌های منفی را گسترش دهند. علاوه بر این، رشد ساختاری و عملکردی در سطح عصبی نیز منجر به رشد فرآیندهای اجرایی مورد نیاز برای تنظیم هیجانی، از جمله کنترل بازدارنده در طول بزرگسالی می‌شود. بزرگسالان هم‌زمان با رشد عصبی شناختی در حال اکتساب نحوه مقابله با شرایط اجتماعی پیچیده هستند. تعامل بین فرآیندهای شناختی عصبی و فشارهای اجتماعی ناشی از سوءرفتاری ممکن است منجر به کاهش توانایی فرد برای تنظیم هیجان‌ها شود (۴۷).

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 (۴۸). تنظیم هیجان فرآیندی 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 آشفتگی را تجربه نمایند، ممکن است اختلال‌های هیجانی را بروز دهند (۴۹). 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 فرآیند 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 به منظور افزایش، کاهش و یا حفظ تجارب هیجانی استفاده

می‌کنند. به بیان 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 فراخوانده هیجان دارد (۵۰).

تنظیم هیجانی فرآیند درونی و تبادلی است که فرد از طریق آن هیجان و شناختی جاری خود را مدیریت و کنترل می‌کند و به این ترتیب تجربه، رفتار، حالت یا برانگیختگی خود را تعدیل می‌کند. تنظیم هیجانی مسئول نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی و شناختی فرد است (۱۵). تنظیم شناختی هیجان به عنوان راهبردهای شناختی در پاسخ به حوادث استرس‌زا و مدیریت اطلاعات برانگیزنده هیجانی تعریف شده است و بخشی از مقابله شناختی محسوب می‌شود (۲۹، ۱۹). تنظیم شناختی هیجان شیوه‌ای نیرومند برای تعدیل پاسخ‌های هیجانی است (۴۸). تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم شناختی هیجانی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود (۵۱). طیف گسترده‌ای از راهبردهای شناختی و رفتار را می‌توان در نظارت، ارزیابی و تعدیل تجارب هیجانی به‌شیوه‌ای هدف‌مند به کار برد. باین 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 خطر بیشتری برای اختلال‌های هیجانی هستند (۵۲). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند راهبردهای شناختی و رفتاری به عنوان 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 (به عنوان مثال، سرکوب افکار)، عدم درگیری رفتاری (به عنوان مثال، کناره‌گیری اجتماعی)، انکار و / یا سوء مصرف مواد برای مقابله است، در افراد با تجربه آسیب بیشتر یافت می‌شود (۵۳).

تنظیم هیجانی سازگار، به فرد اجازه می‌دهد که کارکرد او در محیط موفقیت‌آمیز باشد و هنگام مواجه شدن با یک تجربه هیجانی مشکل‌زا بتواند رفتارهای متناسب با هدفش را به کار گیرد. در مقابل کسی که از تنظیم هیجانی ناسازگار استفاده می‌کند، هنگام روبه رو شدن با یک تجربه مشکل‌زا نمی‌تواند رفتارهایش را طوری تنظیم کند که بتواند به اهدافش در محیط برسد (۵۴). راهبردهای منفی تنظیم هیجان هر یک به علت ماهیت ناسازگارانه خود منجر به تشدید هیجان‌های منفی می‌شوند. نشخوار فکری افکار و رفتارهایی است که به طور مکرر توجه شخص را بر احساسات منفی‌اش و همچنین بر ماهیت و مفاهیم ضمنی این احساسات از جمله دلائل، مفاهیم، و پیامدهای احساسات معطوف می‌کند (۵۵). نشخوار فکری تغییر منفعلانه آشفتگی را در عوض تغییر شکل فعال آن در برمی‌گیرد (۵۶) و هیجان‌های منفی را به واسطه افزایش تفکر منفی، حل مسئله ناکارآمد، تداخل با رفتار هدف‌مند و تنظیم هیجان تشدید و تداوم می‌بخشد (۵۷، ۵۸). 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 فاجعه پنداری فرد شرایط ایجاد شده را شدیدتر و وحشتناک‌تر از واقعیت آن واقعه ادراک و ابراز می‌کند (۳۴). احتمالاً افرادی که رویدادهای ناراحت‌کننده را فاجعه‌بار تلقی می‌کنند، منفعلانه آن را می‌پذیرند (۵۹). افرادی که راهبردهای غیر مؤثر تنظیم هیجان را فرا گرفته‌اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند (۶۰).

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 بین‌فردی ناکارآمد می‌شود. راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند نشخوار فکر و سرکوب فکر نوعی سبک مقابله با عاطفه منفی است که منجر به افزایش افکار مختل و آشفتگی روان‌شناختی و در نهایت رفتارهای ناکارآمد در اختلال شخصیت مرزی در یک چرخه معیوب می‌شود (۱۴). تبیین چگونگی بروز این رفتارهای ناکارآمد در مدل آبشار هیجانی (۱۰، ۱۱) ارائه شده است، که بر پایه مدل زیستی- اجتماعی لینهان قرار دارد. در مدل آبشار 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 آبشار هیجانی نام دارد، به تجربه ناخوشایندی از هیجان‌های منفی

انجام شود. در پژوهش حاضر عدم دسترسی پژوهش‌گر به نمونه‌های بالینی موجب شد که پژوهش‌گر به بررسی نشانه‌های اختلال در افراد غیربالینی اکتفا کند. از آن‌جا که پژوهش به صورت مقطعی انجام شده محدودیت‌هایی را در زمینه تفسیرها و اسنادهای علت‌شناسی متغیرهای مورد بررسی، 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 بلند مدت مانند ابتلا به اختلال شخصیت مرزی آموزش داده شود.

منابع

- 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 Opinion in Psychology*. 2018; 21: 60-8.
- 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.
- 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 research*. 2014; 219(3): 577-82.
- 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. *The European Journal of Psychiatry*. 2018; 32(1): 26-35.
- 6- Kienast T, Stoffers J, Bermphohl F, Lieb K. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt international*. 2014; 111(16): 280-6.

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 آبخار هیجانی متغیرهایی نظیر فاجعه‌سازی، سرکوب فکر و تحمل پایین پریشانی، با نشخوار فکری تعامل پیدا می‌کنند و منجر به حفظ یا تشدید آبخار 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 واکنش-پذیری نظیر ترس، وحشت، خشم و خصومت، گناه یا شرمساری در افراد دچار استرس پس از آسیب همبسته بوده است. از آنجا که 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 هنگامی که 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 نارضايت‌مندان از خود و خودسرزنش-گرانه می‌شود که به نوبه خود نشخوار فکری را افزایش می‌دهد (۵۶، ۶۱، ۶۲). همچنان‌که، پژوهش نشان داده قربانیان آسیب کودکی مشکلات روان‌شناختی بیش‌تری نسبت به سایرین نظیر خودپنداره ضعیف‌تر و خودارزش‌مندی منفی‌تر از خود به نمایش می‌گذارند (۴۶).

در یک جمع‌بندی 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 نشخوار فکری است و این خود منجر به تشدید عاطفه منفی و نشخوار فکری بیش‌تر می‌شود. به نظر می‌رسد در این چرخه متغیرهایی نظیر فاجعه-سازی 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

- 19- 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.
- 20- Nohi S, Hasani J. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Defense Mechanisms with Borderline Personality Disorder. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017; 11(43): 57-66.
- 21- Ghaffari M, Rezaei A. Study of relation of cognitive emotion regulation styles with impulsivity and borderline personality disorder among university students. *Yafte Scientific Magazine* 2014; 15(4): 61-72.
- 22- Aftab R, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Taghiloo S. Gender differences in the structural model of borderline personality, emotional regulation strategies and domestic violence. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34): 7-16.
- 23- 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.
- 24- Bayes A, Parker G. Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry research*. 2017; 257: 197-202.
- 25- 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. *Frontiers in cellular neuroscience*. 2015; 9: 40.
- 26- 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. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*. 2014; 15(4): 384-401.
- 27- 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 *Journal of Applied Psychology*. 2015; 1(9): 103-21.
- 28- 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.
- 29- 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. *Journal of adolescence*. 2016; 52: 49-59.
- 30- Lotfi Kashani F, Vaziri Sh. The Effect of Dialectical Behavioral Therapy in Decreasing the
- 7- Ntshingila N, Poggenpoel M, Myburgh CPH, Temane A. Experiences of women living with borderline personality disorder. *Health SA Gesondheid*. 2016; 21: 110-9.
- 8- Hall MA, Riedford KM. Borderline Personality Disorder: Diagnosis and Common Comorbidities. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2017; 13(9): e455-e6.
- 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. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2017; 44: 53-60.
- 10- Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: emotional cascades. *Behaviour research and therapy*. 2008; 46(5): 593-611.
- 11- Selby EA, Joiner TE, Jr. Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. *Review of general psychology : journal of Division 1, of the American Psychological Association*. 2009; 13(3): 219.
- 12- Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*. 2009; 135(3): 495-510.
- 13- Mahmoodnejad M, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Sabet M. Prediction of suicidal ideation and interpersonal violence among labor children based on childhood trauma, emotion regulation difficulties and callous-unemotional traits. *Journal of Psychological Achievements*. 2018; 25(1): 1-22.
- 14- Aftab R, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Taghiloo S. The mediating role of emotion regulation strategies in relationship between borderline personality and conjugal violence. *Journal of Applied Psychology*. 2015; 8(32).
- 15- Nedaei, A, Paghoosh A, Sadeghi-Hosnijeh, A.H. Relationship between Coping Strategies and Quality of Life: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Skills. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8(4): 35-48.
- 16- Esmaily S, Tabatabaee SM, Afrooz Gh. Effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on cognitive - emotion regulation and attentional control among addicted individuals. *Journal of Applied Psychology Research*. 2015; 6(3): 133-43.
- 17- Samani S, Sadeghi L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Scientific Journal Management System*. 2010; 1(1): 51-62.
- 18- Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*. 2009; 32(2): 449-54.

- 43- Burns EE, Jackson JL, Harding HG. Child Maltreatment, Emotion Regulation, and Posttraumatic Stress: The Impact of Emotional Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2010; 19(8): 801-19.
- 44- Hebert M, Langevin R, Oussaid E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders*. 2018; 225: 306-12.
- 45- Jang KI, Lee SH, Huh HJ, Chae JH. Influence of the 5-HT3A Receptor Gene Polymorphism and Childhood Sexual Trauma on Central Serotonin Activity. *PloS one*. 2015; 10(12): e0145269.
- 46- Mahmoodnejad M, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Sabet M. Prediction of suicidal ideation and interpersonal violence among labor children based on childhood trauma, emotion regulation difficulties and callous-unemotional traits. *Scientific Journal Management System*. 2018; 25(1): 1-22.
- 47- 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.
- 48- Hasani J, Miraghaie AM. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation *Contemporary Psychology*. 2012; 7(1): 61-72.
- 49- 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.
- 50- Haeri H, Shahnazari M. Investigating the role of positive thinking (optimism) and emotion regulation in life satisfaction of housewives in Tehran. *Journal of Applied Psychology Research*. 2015; 6(2): 133-46.
- 51- 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.
- 52- 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. *Journal of child sexual abuse*. 2014; 23(1): 74-93.
- 53- Saeidpoor, S, Kazemi-Rezai, S.A, Karbalaee-Esmaeil, E, Kazemi-Rezai, S.V, Ahmadi, F. Diagnostic role of cognitive emotion regulation strategies, cognitive fusion and thought control strategies in Obsessive-Compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 9(3): 1-12.
- 54- Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*. 1991; 100(4): 569-82.
- Symptoms of Borderline Personality Disorder. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2013; 7(28): 27-36.
- 31- Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied multivariate research, design and interpretation*. London: Sage publication; 2006.
- 32- Delavar A. *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences*. 9th ed. Tehran: Growth. 2011.
- 33- 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. *The American journal of psychiatry*. 1994; 151(8): 1132-6.
- 34- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(8): 1311-27.
- 35- Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(3): 73-84.
- 36- 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.
- 37- Aftab R, Taghiloo S, Karbalaee Mohammad Meigouni A. The explanation of structural model of relationship between borderline personality traits, interpersonal difficulties and Internet addiction. *Journal of Psychology Achievements* 2017; 23(2): 113-36.
- 38- Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York & London: Guilford press. 2005.
- 39- Sanaeenasab, N, Sabri, V, Mohammadkhani, SH. Comparison of the Emotional Responses to Rorschach Test Among Individual with High and Low Emotion Regulation Difficulties. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 10(2): 41-50.
- 40- 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.
- 41- 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. *Journal of affective disorders*. 2017; 213: 44-50.
- 42- 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. *Journal of Applied Psychology Research*. 2015; 5(4): 29-49.

- 55- 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.
- 56- Slater R, Holowka D, Schorr Y, Roemer L. Rumination, Dissociation, Self-Compassion, and Acceptance as Correlates of Posttraumatic Stress Symptoms. *Association of Behavioral and Cognitive Therapies*. 2005.
- 57- Nolen-Hoeksema S, Wisco EB, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 2008; 3(5): 400-24.
- 58- 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.
- 59- 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 Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2015; 2(1): 53-65.
- 60- 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. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2015; 46: 27-34.
- 61- McLean CP, Foa EB. Emotions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Psychol*. 2017; 14: 72-7.

