

مدل ساختاری اختلال شخصیت مرزی براساس تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و فرزندپروری ادراک شده مادر با میانجیگری دشواری تنظیم هیجان

شیرین کیایی^۱، فاطمه گلشنی^{۲*}، سوزان امامی پور^۳، آنیثا باغدادساریانس^۴، محمد مهدی بدیعی^۵

چکیده

مقدمه: اختلال شخصیت مرزی، اختلال روان‌شناختی پایداری است که چالش‌های قابل‌توجهی در سازگاری روان‌شناختی افراد مبتلا به وجود می‌آورد. در نتیجه، شناسایی عوامل مؤثر می‌تواند در تدوین برنامه‌های پیشگیری مفید باشد. این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر با اختلال شخصیت مرزی انجام شده است.

روش: روش پژوهش حاضر، توصیفی - همبستگی از نوع مدل یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی افراد با اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز درمانی (کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از این تعداد ۲۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های شخصیت مرزی لیشرینگ، تجربه‌های کودک‌آزاری محمدخانی، ذهنیت طرحواره ای لابسیتل، فرزند پروری ادراک شده گروینک و دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر استفاده شد. سپس، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-v.24 و AMOS-v.24 و با روش تحلیل عاملی تأییدی و مدل معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد ارتباط مستقیم و معناداری بین دشواری تنظیم هیجان، تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر با اختلال شخصیت مرزی وجود دارد ($P > 0/05$). علاوه بر این، تجربه‌های

^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
shirinkiaey@yahoo.com ORCID:0000_0002_1443_8682

^۲ - استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
fat.Golshani@iauctb.ac.ir, ORCID : 0000_0003_4634_2236

^۳ - دانشیار گروه روانشناسی بالینی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
emamipursd@yahoo.com , ORCID :0000_0002_5656_6615

^۴ - استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
sarians72@gmail.com, ORCID : 0000_0001_8254_8173

^۵ - استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران.
mmbadie@gmail.com, ORCID : 0000_0003_0458_2303

کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر به صورت غیرمستقیم و با میانجی دشواری تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی ارتباط داشتند ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نقش دشواری تنظیم هیجان، تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر را در تبیین اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار داد که مبانی نظری لازم برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه در اختیار متخصصان بالینی قرار می‌دهد. مضامین نظری و کاربردی نتایج و مدل ارائه شده در پژوهش حاضر مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: تجربه‌های کودک‌آزاری "دشواری تنظیم هیجان" ذهنیت طرحواره‌ای "شخصیت مرزی" شیوه‌های فرزندپروری

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۲۰

استناد: کیایی ش، گلشنی ف، امامی پور س، باغداساریانس ا، بدیعی م. مدل ساختاری اختلال شخصیت مرزی براساس تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و فرزندپروری ادراک شده مادر با میانجیگری دشواری تنظیم هیجان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۰(۱): ۱۰۵-۱۲۲

مقدمه:

اختلالات شخصیت، یک بیماری شایع و مزمن است که شیوع آن بین جمعیت عمومی ۱۰-۱۵ درصد تخمین زده می‌شود (۱). در این میان، اختلال شخصیت مرزی عارضه‌ای ناتوان ساز است که تقریباً ۲ درصد جمعیت عمومی، ۱۰ درصد بیماران سرپایی روانپزشکی و ۲۰ درصد بیماران بستری روانپزشکی و ریسک اقدام به خودکشی آنها در طول زندگی از ۳ تا ۱۰ درصد نوسان دارد (۲). این اختلال با بی‌نظمی گسترده و افراطی در هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می‌شود (۳). ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خودانگاره، روابط بین شخصی و همچنین برانگیختگی شدید، متمایز و تعریف می‌شود (۴). این بیماری هزینه زیادی بر جامعه تحمیل می‌کند و موجب فرسودگی نزدیکان، دوستان، همکاران و افراد خانواده می‌شود و احتمال این وجود دارد که موجب القای بیماری خود به اطرافیان فرد مبتلا گردد (۵). تمامی این بحران‌ها در روابط بین فردی، رفتارهای خود آسیب رسان، سومصرف مواد و سایر رفتارهای خود ویرانگر مشهود است (۶). سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی علیرغم چندین دهه بحث و جدل، همچنان موضوعی جنجالی است؛ اما با توجه به پیامدهای ذکر شده لازم و ضروری است.

در همین راستا، مدت‌های مدیدی آسیب‌های دوران کودکی به عنوان یکی از عوامل ایجاد کننده اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته می‌شد و این باور همچنان در کار بالینی وجود دارد (۷). مهمترین آزارها انواع چهارگانه بدرفتاری (جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت) و تجربه ی فقدان یا جدا شدن از اعضای خانواده است. متداول ترین پیشینه پژوهشی درباره سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی، حوزه مربوط به آزارهای دوران کودکی، بویژه آزار جنسی است (۸)؛ چرا که آزارهای جنسی دوران کودکی را بیماران مرزی بیشتر از تمامی اختلالات شخصیتی دیگر گزارش کرده اند (۹). افزون بر این، مطالعه لاپورت و گاتمن (۱۰) با بررسی ۷۵۱ پرونده روانپزشکی بیماران مرزی دریافتند که ۹۳ درصد آنها دست کم یک نوع سوء استفاده را در دوران کودکی تجربه کرده بودند که مهمترین آنها انواع چهارگانه بدرفتاری (جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت) و تجربه فقدان یا جدا شدن از اعضای خانواده است (۱۱).

افزون بر این، یانگ مدلی را بیان می‌کند که برطبق آن ارتباط نوزاد با مراقب در دوران کودکی، شناخت‌واره‌ها و طرحواره‌هایی از محیط را در ذهن کودک شکل می‌دهد که اگر کودک تجارب ناگواری در این دوران داشته باشد طرحواره‌های ناسازگاری شکل می‌گیرد که هسته اصلی اختلال شخصیت می‌باشد. در افرادی که در دوران کودکی مورد تجربه‌های ناگوار و خشونت قرار می‌گیرند به دلیل آسیب‌ها و جراحتهای روانشناختی حاصل از این سوءرفتار طرحواره‌های ذهنی شکل می‌گیرد. رویکرد ذهنیت طرحواره‌ای مولفه‌ی پیشرفته رویکرد طرحواره‌ای محسوب می‌شود و مشکل‌ترین بخش نظریه طرحواره است که مفهوم آن اولین بار در رفتارهای اختلال شخصیت مرزی پدید آمد. یانگ مدلی را در مورد اختلال شخصیت مرزی ارایه کرده است، که به ویژه در فهم شیفت‌های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است (۱۲). وی بیان می‌کند که اختلال شخصیت مرزی نوعی رجعت به حالت‌های هیجانی تجربه شده ناخوشایند و دردناک دوران کودکی است و این حالت‌ها را به نام حالت‌های طرحواره ای یا ذهنیت طرحواره‌ای معرفی می‌نماید (۱۳). یافته‌های پژوهشی که توسط جانسون و همکاران (۱۴) انجام شد وجود ذهنیت‌های طرحواره‌ای معیوب را در این اختلال تایید کرده است.

از سویی دیگر، پژوهش ماریک اسکپرت و همکاران (۱۵) نشان داد بیماران مرزی گرمی‌کمتر، طرد بیشتر و حمایت‌گری افراطی بیشتری از جانب مادران خود تجربه کرده‌اند. سبک‌های فرزندپروری، ترکیب‌هایی از رفتارهای والدین با کودک هستند که در موقعیت‌های گسترده ای روی می‌دهند و جو فرزندپروری بادوامی را پدید می‌آورند (۱۶). سبک‌های فرزندپروری مقتدرانه، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای سطوح پایین طرحواره‌های ناسازگار بودند. نتایج پژوهش شیلدز و کیچتی (۱۷) نشان داد که بدرفتاری‌های دوران کودکی باعث اختلال در تنظیم هیجانی در کودکان می‌شود. والدین خشن و طردکننده موجب می‌شوند فرزندانشان در تنظیم هیجانی خود مشکل داشته باشند، احساس ناامنی کند، و نتواند هیجان‌ات منفی خود را به صورت درست و کنترل شده ابراز کند (۱۸، ۱۹).

با توجه به آنچه گفته شد، تجربه‌های کودک آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر نقش مهمی در بروز اختلال شخصیت مرزی دارند. از سوی دیگر، این متغیرها نقش مهم در دشواری‌های تنظیم هیجان دارند. امروزه تنظیم هیجان به عنوان بیان، ارزیابی، تنظیم هیجان‌ات خود و استفاده از آن‌ها برای اهداف انگیزشی تعریف می‌شود (۲۰). براساس نظریه زیستی - اجتماعی لینهان (۲۱) شخصیت مرزی نوعی آشفتگی در هیجان است که مشخصه آن عبارت است از الف) حساسیت هیجانی بالا، ب) ناتوانی در تنظیم شدت پاسخ‌های هیجانی و ج) بازگشت کند به خط پایه هیجان. مشکل افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نه تنها در شناسایی هیجان‌ها بلکه در مدیریت هیجان‌ها نیز بوده و معمولاً دچار دشواری در تنظیم هیجان می‌باشند. مطالعات بسیاری از مدل بدتنظیمی هیجانی پشتیبانی کرده اند از همین رو ثابت شده است که می‌توان حساسیت هیجانی شدید در اختلال شخصیت مرزی را به کمک محرک‌های منفی به خصوص محرک‌هایی که ماهیت میان فردی دارند از جمله طرد، ترک، انزوا، ناامیدی از دیگران، رنجش و دلخوری، خیانت و انفاق‌ها یا رفتارهایی که خودپنداره آسیب پذیر بیماران مرزی را تهدید می‌کند استنباط کرد (۲۲). دیکسون-گوردون، ترنر، روزنتال و چاپمن (۲۳) نیز در مطالعه خود ارتباط تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی را گزارش کرده اند. به نظر می‌رسد با توجه به افزایش این اختلال در جوامع کنونی و همبودی بالای آن با سایر اختلالات روانپزشکی نیازمند تحقیقات وسیعی بر روی سبب شناسی و عوامل موثر بر شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی هستیم. لذا در این پژوهش سعی بر این است که سبک‌های ویژه شناخت‌واره‌ها، تجربه‌های دوران کودکی، شیوه‌های فرزندپروری، تنظیم هیجانی و خلق و خوی نامناسب که در این افراد شکل می‌گیرند و عوامل موثر در شکل‌گیری این اختلال است، بررسی شود. بنابراین محقق در پژوهش حاضر به دنبال این مساله است: بین

شخصیت مرزی بر اساس تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر با میانجیگری تنظیم هیجانی و خلق و خو چه رابطه‌ای وجود دارد؟

روش پژوهش:

طرح پژوهش از نوع طرح‌های همبستگی پیشرفته مبتنی بر مدلیابی معادلات ساختاری است. در این پژوهش متغیرهای تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری به عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده، متغیر اختلال شخصیت مرزی به عنوان متغیر پیش‌بینی شونده و متغیرهای تنظیم هیجانی به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را جمعیت افراد با اختلال شخصیت مرزی که به مراکز درمانی (کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی) در شهر تهران در سال‌های ۹۷-۹۸ مراجعه می‌کنند و توسط متخصصین روانپزشک و روانشناس بالینی به عنوان اختلال شخصیت مرزی تشخیص‌گذاری شده‌اند و افراد با سایر نشانه‌های اختلال روانپزشکی که بوسیله مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته و مقیاس شخصیتی مرزی (BPI) تشخیص‌گذاری شده‌اند، تشکیل می‌دهند. آزمودنی‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، براساس ارجاع متخصصان اعصاب و روان و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب خواهند شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱. ملاک‌های ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی؛ ۲. براساس نداشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی؛ ۳. نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده؛ ۴. داشتن سن بین ۲۲ تا ۴۵ سال؛ ۵. تحصیلات در حد دبیرستان؛ ۶. عدم دریافت دارو در زمان تشخیص بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: ۱. داشتن اختلالات همراه شدید؛ ۲. داشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی، افسردگی شدید؛ ۳. قرار داشتن در مسمومیت دارویی یا ترک دارو بود.

کلاین (۲۴) برای مطالعاتی که از روش مدلیابی معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، راه‌حل ویژه‌ای را جهت تعیین حجم نمونه پیشنهاد کرده است. به عقیده‌ی او حداقل نسبت حجم نمونه برای هر پارامتر برآورد شده، ۵ نفر می‌باشد؛ نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود. در مدل مفروض پژوهش حاضر، طبق دیدگاه کلاین ۲۳ پارامتر اندازه‌گیری می‌شود. بنابراین برای دستیابی به نتایجی قابل قبول (با استفاده از قاعده ۱۰ به ۱) و اینکه جنسیت در آن در نظر گرفته نشده است، نمونه‌ای برابر با ۲۵۰ شرکت‌کننده کافی است، بنابراین برای نمونه‌گیری به مراکز درمانی (کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی) شهر تهران مراجعه شد و ۲۵۰ نفر از افرادی که توسط متخصصین روانپزشک و روانشناس بالینی به عنوان اختلال شخصیت مرزی تشخیص‌گذاری شده بودند و یا افرادی که با سایر نشانه‌های اختلال روانپزشکی که بوسیله مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته و مقیاس شخصیتی مرزی (BPI) تشخیص‌گذاری شده بودند به روش هدفمند انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها بر روی هریک از افراد اجرا شد. جهت ارزیابی متغیرهای پژوهش از مقیاس شخصیت مرزی لیشرینگ (۱۹۹۹)، دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴)، پرسشنامه تجربه‌های کودک‌آزاری محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳)، پرسشنامه ذهنیت طرحواره‌ای آرنتز و همکاران (۱۹۹۹) و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده گروپینگ، دسای و ریان (۱۹۹۷) استفاده خواهد شد که در ذیل به تفصیل در مورد آنها توضیح داده می‌شود.

مقیاس شخصیت مرزی^۱ (BPI): پرسشنامه شخصیت مرزی توسط لیشرینگ (۲۵) و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی ساخته شده ۵۱ گویه دارد و به صورت بلی/ خیر جواب داده می‌شود. این پرسشنامه در اصل مقیاسی ۵۳ ماده‌ای است که براساس ملاک‌های تشخیصی ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

^۱- Borderline Personality Inventory

ساخته شده است. پرسشنامه شخصیت مرزی شامل عامل‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب دیده و ترس از صمیمیت می‌باشد. لیشرنینگ (۲۵) در پژوهش خود نشان داد همسانی درونی و پایایی باز آزمایی این آزمون در حد رضایت بخشی قرار دارد. به شکلی که آلفای کرونباخ مولفه‌های این آزمون در دامنه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ بود. همچنین میزان همبستگی باز آزمایی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ بدست آمد. در پژوهش محمد زاده و رضایی (۲۶) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته شد. روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار باز آزمایی، دو نیمه سازی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۸۵ بدست آمد.

مقیاس سبک‌های تنظیم هیجان^۱(DERS): این مقیاس توسط گراتز و رومر (۲۷) ساخته شد. این مقیاس از ۳۶ ماده و ۶ زیر مقیاس تشکیل شده است که عبارت‌اند از: ۱. عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش)، ۲. مشکل در درگیر شدن در رفتار هدفمند (اهداف)، ۳. دشواری در مهار تکانه (تکانشگری)، ۴. فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، ۵. دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (راهبردها) و ۶. فقدان وضوح هیجانی (وضوح). گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده دشواری بیش‌تر در مقوله تنظیم هیجان است. پایایی این آزمون به روش همسانی درونی و آزمون-بازآزمون به ترتیب به میزان ۰/۹۳ و ۰/۸۵ بوده است. همچنین، روایی سازه به میزان کافی و مناسب گزارش شده است (۲۷). در پژوهش مدرس (۲۸) همسانی درونی به مقدار ۰/۸۶ حاصل شده است. ضریب تتای ترتیبی نیز ۰/۹۱ است.

تجربه‌های کودک آزاری^۲(CASRS): این پرسشنامه، تجربه کودک آزاری را در ۴ بعد غفلت، آزار جنسی، آزار جسمی و آزار عاطفی بررسی می‌کند. این پرسشنامه توسط محمدخانی و همکاران (۲۹) تهیه شده است که ابتدا شامل ۵۴ آیت‌م بوده که از این تعداد، ۷ سوال برای آزار جسمی، ۹ سوال برای آزار جنسی، ۲۱ سوال برای آزار عاطفی و جو منفی خانه و ۱۷ سوال برای غفلت، مشخص شده است. محققان مذکور پس از اجرای تحلیل عاملی به روش تحلیل مولفه‌های اصلی از ۵۴ ماده مقیاس، ۳۸ ماده که دارای بیشترین همبستگی با متغیرهای مورد اندازه‌گیری بود را به دست آوردند و به منظور بررسی روایی مقیاس خودگزارشی کودک آزاری از روش‌های محاسبه روایی محتوا، روایی سازه و روایی ملاکی استفاده کردند و برای محاسبه ضریب پایایی مقیاس از روش محاسبه همبستگی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ) و روش آزمون-بازآزمون استفاده نمودند. در پژوهش آنها ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودگزارشی کودک آزاری ۰/۹۲ محاسبه گردید. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین ضریب همبستگی آزمون بازآزمون برای خرده مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و آزار جنسی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بدست آوردند.

ذهنیت طرحواره ای^۳(SMQ): این پرسشنامه شامل ۷ ماده از شناخت‌ها، ۵ ماده هیجانی و ۵ ماده رفتاری برای هر ذهنیت می‌باشد که این ماده‌ها به طور تصادفی در بین مقوله‌های هر ذهنیت جای داده شده است. از شرکت کنندگان خواسته می‌شود که ماده‌ها مربوطه را با توجه به حالات کلی خودشان درجه بندی کنند (۳۰). ۱. مراقب بی تفاوت، ۲. کودک عصبانی، ۳. کودک آسیب دیده/رها شده، ۴. والد تنبیه گر، و ۵. ذهنیت بزرگسال سالم. نمره گذاری این آزمون روی یک مقیاس شش

¹ Difficulties in emotion regulation scale (DERS)

² Child abuse self-report survey (CASRS)

³ The schema mode questionnaire (SMQ)

درجه ای از نوع لیکرت که از «هرگز» تا «همیشه» می‌باشد، نمره گذاری می‌شود. طبق تحقیقات انجام شده توسط لوبستال و همکاران (۳۰) در مورد پایایی این آزمون، همبستگی درونی خرده مقیاس‌ها که از طریق آلفای کرونباخ به دست آمده از ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ با میانگین ۰/۸۹ می‌باشد. همچنین این که این آزمون دارای روایی افتراقی مناسب و روایی همگرایی متوسطی می‌باشد. در پژوهش کنایی و همکاران (۳۱) جهت برآورد پایایی، از روش محاسبه همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) و روش آزمون - بازآزمون استفاده شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۹۰ می‌باشد. علاوه بر این، در این پژوهش از تحلیل عاملی تأییدی به منظور تعیین اعتبار سازه استفاده شد و شاخص‌های نیکویی برازش $RMSEA = ۰/۰۷$ ، $CMIN/DF = ۲/۷۴$ ، $GFI = ۰/۹۱$ و $CFI = ۰/۹۲$ ، برازش کامل الگو با داده‌های مشاهده شده را تأیید می‌کنند.

شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده^۱ (POPS): این پرسشنامه ۴۲ سوالی توسط گرولینگ، دسای و ریان در سال ۱۹۹۷ تدوین شده و دارای شش خرده مقیاس است (۳۲). آرمودنی‌ها بر اساس لیکرت هفت درجه ای از ۱= اصلا در مورد درست نیست، تا ۷= کاملا در مورد من درست است؛ میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر گویه گزارش می‌کنند. خرده مقیاس درگیری مادر با آلفای ۰/۸۲، درگیری پدر با آلفای ۰/۸۸، حمایت از خودمختاری مادر با آلفای ۰/۸۷، خرده مقیاس حمیات از خودمختاری پدر با آلفای ۰/۹۳، خرده مقیاس گرمی مادر با آلفای ۰/۸۴، خرده مقیاس گرمی پدر با آلفای ۰/۹۳ می‌باشد. قابلیت اعتماد این مقیاس با محاسبه آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۲). در تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده توسط خرازی و کارشکی (۳۳) دو گویه به علت بار عاملی پایین حذف شد و در نهایت ۴۰ گویه باقی ماند. در پرسشنامه مذکور سوال ۱ تا ۲۱ برای مادر و دقیقا همین ۲۱ سوال در قالب سوال‌های ۲۲-۴۲ برای پدر تکرار می‌شود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS برای آمار توصیفی و استفاده از نرم افزار لیزرل برای آمار استنباطی صورت می‌گیرد و از روش معادلات ساختاری استفاده شد؛ یعنی از روش مدل سازی معادلات ساختاری، ضریب همبستگی پیرسون و ضرایب رگرسیون استاندارد شده حاصل از معادلات ساختاری استفاده شد. در ضمن برای کلیه پرسشنامه‌ها همسانی درونی برای هر مقیاس با احتساب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌ها محاسبه شد.

یافته‌های پژوهش:

یافته های جمعیت شناختی نشان می دهد در این مطالعه، ۲۵۰ نفر حضور داشتند. از نظر سنی، اکثر افراد مورد مطالعه معادل ۳۹/۲٪ (۹۸ نفر) کمتر از ۲۵ سال سن داشتند. به لحاظ جنسیت، اکثر افراد مورد مطالعه معادل ۵۰ درصد مرد بودند. علاوه بر این، تحصیلات ۳۰/۴٪ شرکت‌کنندگان معادل ۷۶ نفر لیسانس بود که نسبت به سایر طبقات فراوانی بیشتری داشت. در جدول ۱ می توان شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش را مشاهده کرد.

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

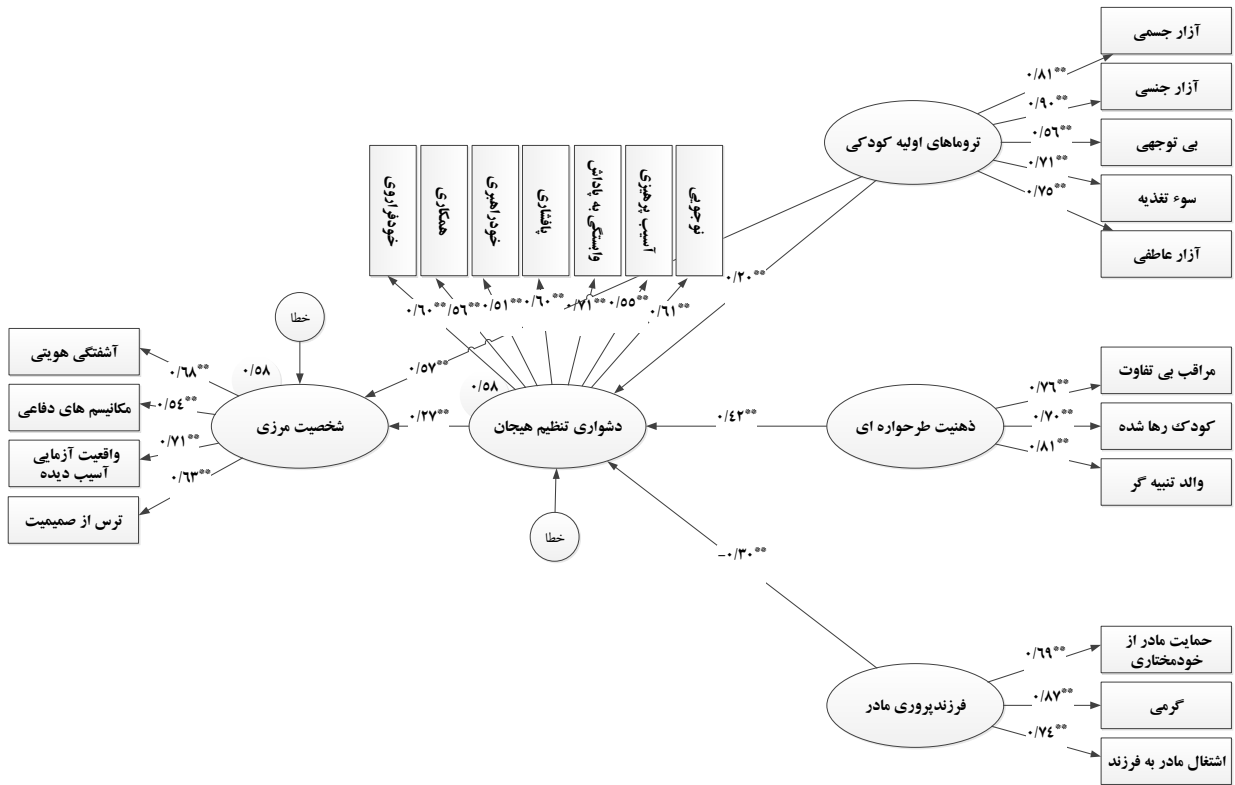
Table 1: Descriptive indicators of research variables

سازه	مولفه	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	کجی
اختلال شخصیت مرزی	آشفته‌گی هیجانی	۱۹/۷۴	۶/۰۱	۰/۵۰	۰/۰۶
	مکانیسم های دفاعی	۳۴/۰۷	۱۱/۴۶	۰/۴۴	-۰/۲۵
	واقعیت سنجی آسیب دیده	۴۲/۰۷	۱۵/۳۱	۰/۶۰	-۰/۰۴
	ترس از صمیمیت	۱۶/۶۴	۵/۹۳	۰/۹۱	۰/۷۳

¹ Perceptions of Parents Scales (POPS)

۰/۱۱	۰/۵۷	۳۷/۴۰	۱۱۲/۵۲	نمره کل اختلال شخصیت مرزی	
۰/۴۹	۰/۹۸	۵/۳۱	۹/۲۷	کودک آزاری جسمی	تروماهای اولیه کودکی
۰/۸۸	۰/۹۴	۳/۷۶	۸/۱۱	کودک آزاری جنسی	
۰/۴۱	۰/۶۸	۵/۳۵	۱۱/۰۲	غفلت یا بی توجهی	
۰/۵۴	۰/۶۹	۵/۰۴	۱۰/۱۸	سوء تغذیه	
۰/۳۶	۰/۱۷	۶/۵۰	۱۳/۲۵	کودک آزاری عاطفی	
۰/۷۵	۰/۵۷	۲۳/۰۶	۵۱/۸۳	نمره کل تروماهای اولیه کودکی	
۰/۲۶	۰/۳۱	۸/۰۴	۲۴/۱۴	مراقب بی تفاوت	ذهنیت طرحواره ای
۰/۷۸	۰/۰۲	۱۰/۶۱	۲۸/۶۹	کودک رها شده	
۰/۲۲	۰/۴۴	۹/۰۳	۲۸/۱۸	والد تنبیه گر	
۰/۵۶	۰/۱۱	۲۴/۶۳	۸۱/۰۱	نمره کل ذهنیت طرحواره ای	
۰/۳۱	۰/۰۰	۷/۶۲	۲۵/۷۲	اشتغال مادر به فرزند	فرزند پروری ادراک شده
۰/۳۲	-۰/۰۹	۱۰/۵۷	۳۸/۰۵	حمایت از خودمختاری از طرف مادر	مادر
۰/۹۴	۰/۰۱	۸/۲۷	۲۸/۴۹	گرمی مادر	
۰/۶۶	-۰/۰۶	۲۴/۷۲	۹۲/۲۶	نمره کل فرزند پروری مادر	

همانگونه که می توان دید متغیرهای پژوهش دارای توزیعی نزدیک به نرمال بودند. شاخص های کجی و کشیدگی در محدوده ی ۱- و ۱+ قرار دارند و این یافته نشان دهنده این است که توزیع متغیرها خارج از حالت نرمال نیست. قابل ذکر است که در مولفه های ترومای اولیه زندگی توزیع ها تا حدی از حالت نرمال انحراف داشت که با تبدیل نمرات دورافتاده به نمرات محدوده نرمال، مشکل کجی برطرف شد. در پژوهش حاضر فرض بر این بود که رابطه بین اختلال شخصیت مرزی با سبک فرزندپروری مادر، ذهنیت طرحواره ای و ترومای اولیه کودکی نه به طور مستقیم، بلکه از طریق نقش واسطه ای خلق و خو شکل می گیرد. بر این اساس انتظار می رود که ترومای اولیه زندگی، سبک فرزند پروری و ذهنیت طرحواره ای (متغیرهای مستقل یا برونزا) منجر به شکل گیری خلق و خو (متغیر واسطه ای یا میانجی) شود و این خلق و خو است که منجر به ایجاد رگه های شخصیت مرزی می شود. آزمودن این فرض نیازمند برازش دادن مدل مفهومی پژوهش با داده هاست به گونه ای امکان بررسی اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پژوهش امکان پذیر باشد. در مفهومی پژوهش ترومای اولیه (با نشانگرهای کودک آزاری جسمی، کودک آزاری جنسی، غفلت یا بی توجهی، سوء تغذیه و کودک آزاری عاطفی)، فرزندپروری مادر (با نشانگرهای اشتغال مادر به فرزند، حمایت مادر از خودمختاری و گرمی مادر) و ذهنیت طرحواره ای (با نشانگرهای مراقب بی تفاوت، کودک رها شده و والد تنبیه گر)، اختلال شخصیت مرزی (با آشفتگی هیجانی، مکانیسم های دفاعی، واقعیت سنجی آسیب دیده و ترس از صمیمیت) و خلق و خو (برای نوجویی، آسیب پرهیزی، وابستگی به پاداش، پافشاری، خودراهبری، همکاری و خودفراروی) با نشانگرهای چندگانه سنجشده شدند.



شکل ۱: مدل معادلات ساختاری اختلال شخصیت مرزی براساس تروماهای اوایل زندگی، ذهنیت طرحواره‌ای، شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر و نقش میانجی‌گری خلق و خو در حالت استاندارد شده

Figure 1: Model of borderline personality structural equations based on early life traumas, schema mentality, perceived parenting styles of mother, and the role of mood mediation in the standardized state

نمودار برازش یافته مدل پژوهش را می‌توان در شکل ۱ دید. همانگونه که نمایش داده شده است، همه ضرایب مسیر و بارهای عاملی سازه بر روی نشانگرها به لحاظ آماری معنادار هستند. در ادامه شاخص‌های برازش مدل، ضرایب اثر مستقیم و غیرمستقیم گزارش شده است. جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری

Table 2: Structural equation model fit indices

نام شاخص	برآورد شده	حد مجاز
کای دو بر درجه آزادی (CMIN/DF)	۲/۸۰	کمتر از ۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۸
نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۶	کمتر از ۰/۱
برازندگی تطبیقی (CFI)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹

جدول ۲ شاخص های برازش مدل شامل کای دو بر درجه آزادی ($CMIN/DF= ۲/۸۰$)، نیکویی برازش ($GFI= ۰/۹۷$)، نیکویی برازش تعدیل شده ($AGFI= ۰/۹۱$)، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد ($RMSEA= ۰/۰۶$) و برازندگی تطبیقی ($CFI = ۰/۹۷$) در حد مطلوب بوده و برازش بسیار خوب مدل فرضی با داده های تجربی را نشان می دهند. در جدول ۳ می توان ضرایب مدل ساختاری نقش واسطه ای خلق و خو در رابطه بین تروماهای اولیه کودکی، سبک فرزندپروری مادر و ذهنیت طرحواره ای با اختلال شخصیت مرزی با مقادیر استاندارد شده و ضریب تبیین را مشاهده کرد.

جدول ۳: نتایج حاصل از ضرایب مسیر، مقدار آماره p-value برای مدل برازش یافته

Table 3: Results of path coefficients, p-value statistics for the fitted model

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	ضریب تعیین (R^2)
بر اختلال شخصیت مرزی:				۰/۵۸
ترومای اولیه زندگی	۰/۵۷**	۰/۰۵**	۰/۶۲**	
سبک فرزندپروری	-	-۰/۰۸**	-۰/۰۸**	
ذهنیت طرحواره ای	-	۰/۱۱**	۰/۱۱**	
دشواری تنظیم هیجان	۰/۲۷**	-	۰/۲۷**	
دشواری تنظیم هیجان از:				۰/۵۸
ترومای اولیه زندگی	۰/۲۰**	-	۰/۲۰**	
سبک فرزندپروری	-۰/۳۰**	-	-۰/۳۰**	
ذهنیت طرحواره ای	۰/۴۲**	-	۰/۴۲**	

** $P < ۰/۰۱$

در مدل برازش یافته اختلال شخصیت مرزی تا حد زیادی ($R^2 = ۰/۵۸$) توسط متغیرهای درون مدل تبیین شده است. همچنین میزان واریانس تبیین شده خلق و خو در درون مدل بالاست ($R^2 = ۰/۵۸$). مدل برازش یافته نشان داد که ترومای اولیه زندگی ($\beta = ۰/۲۰, P < ۰/۰۱$) و ذهنیت طرحواره ای ($\beta = ۰/۴۲, P < ۰/۰۱$) بر خلق و خو اثر مثبت دارند. به عبارت دیگر با افزایش تجربه تروما در اوایل زندگی و ذهنیت طرحواره ای، احتمال بروز مشکلات خلق و خو افزایش می یابد. ادراک فرزندپروری مطلوب ($\beta = -۰/۳۰, P < ۰/۰۱$) نیز به طور مستقیم بر دشواری تنظیم هیجان اثر منفی داشت. این نشان می دهد که هر قدر سبک فرزندپروری مطلوب باشد میزان مشکلات خلق و خو پایین تر خواهد بود.

همانگونه که انتظار می رفت، دشواری تنظیم هیجان بر اختلال شخصیت مرزی اثر مثبت مستقیم داشت ($\beta = ۰/۲۷, P < ۰/۰۱$). به این معنا که با افزایش میزان مشکلات خلق و خو، مقدار گرایش به اختلال شخصیت مرزی افزایش می یابد. اختلال شخصیت مرزی همچنین به طور مستقیم از ترومای اولیه زندگی اثر مثبت ($\beta = ۰/۵۷, P < ۰/۰۱$) پذیرفت. فرضیه پژوهش مبنی بر اثر غیرمستقیم ترومای اولیه زندگی، ذهنیت طرحواره ای و سبک فرزندپروری بر اختلال شخصیت مرزی تایید شد. همانگونه که می توان دید اثر غیر مستقیم ترومای اولیه زندگی ($\beta = ۰/۰۵, P < ۰/۰۱$) و و ذهنیت طرحواره ای ($P < ۰/۰۱$)

$\beta = 0/11$ ، بر اختلال شخصیت مرزی مثبت و معنی دار بود. اثر غیر مستقیم سبک فرزندپروری ($\beta = -0/08, P < 0/01$) نیز بر اختلال شخصیت مرزی منفی و معنی دار بود.

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده مادر با اختلال شخصیت مرزی انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تجربه‌های کودک‌آزاری به صورت غیرمستقیم و با میانجی دشواری تنظیم هیجان موجب افزایش گرایش به شخصیت مرزی می‌شود. این تأثیر غیرمستقیم مبین آن است که تجربه‌های کودک‌آزاری موجب بروز دشواری تنظیم هیجان شده و بر این اساس، احتمال ابتلا به اختلال شخصیت مرزی را بالا می‌برند. برای این مدل، شواهد متعددی در ادبیات پژوهشی وجود دارد که روابط زوجی متغیرها را مورد بررسی قرار داده‌اند. برای مثال، گودمن، فرتوک، چیسن، لیچنستین و استاتلی (۳۴) در مطالعه‌ای با دانشجویان دریافتند تجربه‌های کودک‌آزاری (سوء رفتار هیجانی دوران کودکی) با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی ارتباط معناداری دارد. در پژوهش دیگری، وان دیجکی و همکاران (۳۵) نشان دادند همبستگی معناداری بین تجربه‌های کودک‌آزاری (رویدادهای تروماتیک ایجاد شده به وسیله مراقبت کننده اصلی) و شدت ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی وجود دارد. این یافته در مطالعات ایگاشی و همکاران (۳۶) و لینهان (۳۷) نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در مورد نقش متغیر میانجی این مدل نیز، دیکسون-گوردون، ترنر، روزنتال و چاپمن (۲۳) نقش تنظیم هیجان را در بروز اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار دادند. در مطالعات انجام شده توسط لانگ و همکاران (۳۸)، اسکالز، دومس، کروگر و فیشر (۳۹)، هوانگ و همکاران (۴۰)، کوو و لینهان (۹) نیز نقش تنظیم هیجان و مشکلات مربوط به آن در اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار گرفته است.

در برخی از مطالعات نیز نقش تجربه کودک‌آزاری در ایجاد دشواری‌های تنظیم هیجان مورد تأیید قرار گرفته است. برای مثال، کلانکی، وولمن و بکر (۴۱) در مطالعه‌ای با دانشجویان به این نتیجه رسیدند مواجهه با کودک‌آزاری ارتباط معناداری با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان دارد. بورنز، فیشر، جکسون و همکاران (۴۲) در مطالعه‌ای با افراد مبتلا به اختلال خوردن دریافتند تجربه کودک‌آزاری در دوران کودکی با نقش در راهبردهای تنظیم هیجان مرتبط است. بنابراین، مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد علاوه بر ارتباط تجربه‌های کودک‌آزاری و تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی، متغیرهای پیش‌بین و میانجی این مدل نیز ارتباط معناداری با یکدیگر دارند. در تبیین این یافته لازم به ذکر است که محیط ناسامان رشد در سال‌های اولیه زندگی که می‌تواند به صورت انواع کودک‌آزاری از سوی مراقبان نمود یابد، فرصت کاوش در ذهن خود و دیگران را از کودک می‌گیرد. بدین ترتیب رشد توانایی کودک از فهم رفتار دیگران و درک وضعیت روانی خود و آنها دچار وقفه خواهد شد و فرد را در چرخه‌ای از روابط معیوب و دشواری تنظیم هیجان گرفتار می‌سازد (۴۳). تجربه‌های کودک‌آزاری در کودکی و نوجوانی می‌تواند با افزایش آشفتگی‌های هیجانی، تحول هیجانی - عاطفی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. معمولاً این گروه از کودکان و نوجوانان در رشد مهارت‌های هیجانی نقص دارند که عمدتاً به خاطر تکانه‌های هیجانی شدید و احساس طرد از سوی والدین ایجاد می‌شود (۴۴).

در نتیجه، تجربه‌های کودک‌آزاری نه تنها موجب بروز انواع مختلف آسیب‌های اجتماعی و روان‌شناختی همچون بزهکاری (۴۵)، مشکلات توجهی و اختلال استرس پس از سانحه (۴۶) و انواع اختلالات خلقی (۴۷) می‌شود؛ بلکه مانع از رشد برخی از مهارت‌ها همچون توانایی تنظیم هیجان خواهد شد (۴۸). واکاوی ادبیات پژوهشی مؤید آن است که با بروز دشواری در تنظیم هیجان، آسیب‌های مختلفی به عنوان پیامد ظهور خواهند کرد که یکی از این پیامدها، شکل‌گیری رگه‌های اختلال شخصیت

مرزی است (۴۹). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دلیل آنکه معمولاً هیجانات متنوع و عموماً متناقضی را تجربه می‌نمایند، تجربه هیجان‌های ناموزون در آن‌ها بیشتر است. این افراد سعی می‌کنند جنبه‌های آزارنده و غیرقابل تحمل رویدادهای ناگوار همچون تجربه‌های کودک آزاری را سرکوب نموده و یا به دیگران فرافکنی کنند و در نهایت به دلیل تکانشی بودن، اکثر هیجانات را غیرقابل کنترل ادراک نموده و این امر به صورت رفتارهای غیرقابل پیش بینی خود را نشان می‌دهد (۵۰) که یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد ذهنیت طرحواره‌ای بر دشواری تنظیم هیجانی اثر مثبت دارند. به عبارت دیگر با افزایش ذهنیت طرحواره‌ای، احتمال بروز دشواری‌های تنظیم هیجانی افزایش می‌یابد. اثر غیرمستقیم ذهنیت طرحواره‌ای با میانجی دشواری تنظیم هیجان بر اختلال شخصیت مرزی مثبت و معنی دار بود. همسو با یافته‌های این مطالعه حنایی، محمودعلیلو، بخشی پوررودسری و همکاران (۳۱) دریافتند ذهنیت‌های طرحواره‌ای در ایجاد اختلال شخصیت مرزی نقش دارد. این یافته در مطالعه نبی زاده چپانه، پورشریفی، فرنام و همکاران (۵۱) نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در ادبیات پژوهشی خارج از کشور نیز فلینک، هونکلامپی، لیتو و همکاران (۵۲) و کوهن، تانیس، آردالان و همکاران (۵۳) نیز نقش ذهنیت طرحواره‌ای را در اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار دادند. برخی شواهد علمی نیز از ارتباط معنادار بین ذهنیت‌های طرحواره‌ای با تنظیم هیجان حمایت می‌کنند (۵۴، ۵۵). در تبیین ارتباط ذهنیت طرحواره‌ای با اختلال شخصیت مرزی می‌توان گفت در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ذهنی‌های طرحواره‌ای زیرمجموعه‌ای از شخصیت مرزی است که با افزایش تروماهای کودکی و سبک دلبستگی نایمن، ناکارآمدی ذهنیت‌ها هم افزایش می‌یابد و بطور کلی سبک‌های دلبستگی نایمن و تروماهای کودکی، به صورت اختصاصی ذهنیت طرحواره‌ای (کودک تکانشی و کودک رهاشده/ آسیب دیده) را پیش بینی می‌کند. بنابراین تجارب کودکی گزارش شده در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ممکن است مرتبط با بخش‌هایی از شخصیت باشد که به ذهنیت‌های ناکارآمد مخصوصاً ذهنیت‌های کودک تکانشی و کودک رهاشده/ آسیب دیده تبدیل شده‌اند (۳۱). علاوه بر این، در این مدل ارتباط بین ذهنیت طرحواره‌ای با دشواری تنظیم هیجان به عنوان متغیر میانجی معنادار شده است. در تبیین این یافته لازم به ذکر است که ذهنیت طرحواره‌ای حالتی است که برای مدت زمان کوتاهی بر ذهن فرد غلبه می‌کند و اگر ناکارآمد باشد، پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه‌ای را همراه با برانگیختگی هیجانی، پاسخ‌های اجتنابی و رفتارهای خود آسیب رسان فرا می‌خواند. بین ذهنیت افراد سالم و افراد دارای مشکلات روان‌شناختی همچون اختلالات شخصیتی تفاوت وجود دارد. در افراد سالم ذهنیت بزرگسال منطقی قوی‌تر و اغلب فعال است؛ به همین دلیل می‌توانند همزمان احساسات متضاد را تجربه و هیجانات منفی را کنترل کنند. ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد می‌تواند مدیریت هیجانات فرد را مختل کند (۵۵).

با تأیید شدن اثر غیرمستقیم ذهنیت طرحواره‌ای بر اختلال شخصیت مرزی با میانجی‌گری دشواری تنظیم هیجان، می‌توان به ارتباط بین دشواری تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی اشاره کرد. همونطور که در فرضیه‌های قبلی اشاره شد تجربه هیجان‌های متناقض به دلیل دشواری در تنظیم هیجانات موجب می‌شود در کنترل هیجان‌ها و تکانه‌ها ناتوان باشند و الگوی رفتاری غیرقابل پیش‌بینی از خود نشان دهند (۵۰). در نتیجه، دشواری تنظیم هیجان موجب اختلال شخصیت خودشیفته می‌شود؛ زیرا غیرقابل پیش‌بینی بودن و ناتوانی در کنترل هیجان از ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی است. بنابراین، ذهنیت طرحواره‌ای هم به صورت مستقیم موجب اختلال شخصیت مرزی می‌شود و به صورت غیرمستقیم با اثرگذاری بر تنظیم هیجان می‌توان احتمال ابتلا را بالا برد؛ چرا که ارتباط مستقیمی بین دشواری تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی وجود دارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد فرزندپروری مادر و دشواری تنظیم هیجان ارتباط مستقیمی با شخصیت مرزی دارند. علاوه بر این، نتایج مدل یابی معادلات ساختاری نشان داد دشواری تنظیم هیجان می‌تواند در رابطه بین فرزندپروری مادر با شخصیت مرزی نقش میانجی داشته باشد. در همین راستا، شفیع، قائم پناه و ویسانی (۵۶) در مطالعه‌ای با دانشجویان نشان دادند سبک‌های فرزندپروری ادراک شده با اختلال شخصیت مرزی ارتباط معناداری دارد. در ادبیات پژوهشی خارج از کشور نیز، وانوئردن، هوفمن و کلرک (۵۷) در مطالعه‌ای با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دریافتند تجربه فرزندپروری ادراک شده در ایجاد نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی اثرگذار است. همچنین، ارتباط بین فرزندپروری با مشکلات تنظیم هیجان در پیشینه تجربی بررسی شده است. یافته‌های مطالعه عسگرپور، کربلایی محمد میگونی و تقی لو (۵۸) در مطالعه‌ای با کودکان کار دریافتند ارتباط معناداری بین سبک‌های فرزندپروری با تنظیم شناختی انطباقی هیجان وجود دارد. در پژوهش دیگری، حسینی و خیر (۵۹) رابطه بین ابعاد فرزندپروری با تنظیم هیجانی را مورد تأیید قرار دادند. در ادبیات پژوهشی خارج از کشور نیز موریس، کرایس، سیلک و همکاران (۶۰) در پژوهشی طولی دریافتند فرزندپروری یکی از متغیرهای اثرگذار بر تنظیم هیجانی است. مورن، شافر و سووج (۶۱) نیز در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند سبک فرزندپروری ارتباط معناداری با تنظیم هیجان دارد. در تبیین ارتباط مستقیم فرزندپروری مادر با شخصیت مرزی می‌توان گفت یکی از پیامدهای فرزندپروری مستبدانه مادران که منعکس‌کننده عدم حمایت از خودمختاری و فقدان گرمی عاطفی است، اعتماد به نفس پایین و خودارزشمندی ضعیف می‌باشد که در دوره بزرگسالی افراد برای ترمیم این خلاء روانی و عاطفی به دنبال برقراری پیوندهای ضعیف و ناپایدار گرایش پیدا می‌کنند که این الگوی رفتاری، یکی از ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی است (۱۶). مادرانی که سبک فرزندپروری آن‌ها با الگویی از فقدان گرمی عاطفی و عدم حمایت از خودمختاری مشخص می‌شود نوعی از احساس طردشدگی و عدم امنیت در فرزندان خود ایجاد می‌کنند که این احساس طردشدگی به عنوان یکی از طرحواره‌های ناسازگار در آینده، سلامت روانشناختی فرد را تهدید و به سمت ابتلا به اختلالاتی همچون اختلال شخصیت مرزی سوق می‌دهد (۶۲).

با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد دشواری تنظیم هیجان می‌تواند در رابطه بین فرزندپروری مادر با اختلال شخصیت مرزی نقش واسطه‌ای داشته باشد، بنابراین، به نظر می‌رسد فرزندپروری مادر توانسته است با اثرگذاری بر دشواری تنظیمی هیجان به صورت غیرمستقیم با اختلال شخصیت مرزی رابطه داشته باشد. در تبیین ارتباط فرزندپروری با اختلال شخصیت مرزی می‌توان گفت اثرگذاری فرزندپروری مادر بر تحول راهبردهای تنظیم هیجان به روش مختلف انجام می‌شود. اول اینکه، فرزندان از طریق مکانیزم یادگیری مشاهده‌ای نحوه رویارویی، مدیریت و تنظیم هیجان را از مادران می‌آموزند. دوم اینکه، رفتارهای والدین در زمینه تربیت هیجانی می‌تواند در تنظیم هیجان فرزندان اثرگذار باشد. در نهایت، مهارت‌های تنظیم هیجان در فرزندان از خلق هیجانی خانواده در شیوه‌های فرزندپروری، روابط خویشاوندی و روابط زوجی والدین تأثیر می‌گیرد. افزون بر این، مقابله منفی والدین با هیجان‌های فرزندان‌شان منجر به عملکرد ضعیف اجتماعی و مشکلات تنظیم هیجان آن‌ها می‌شود (۶۰). با توجه به آنچه گفته شد فرزندپروری مادر و دشواری تنظیم هیجان به صورت مستقیم با اختلال شخصیت مرزی رابطه دارند و از سویی دیگر، به دلیل اثراتی که فرزندپروری مادر به دشواری تنظیم هیجان دارد، این سازه می‌تواند در رابطه بین فرزندپروری مادر با اختلال شخصیت مرزی نقش واسطه‌ای داشته باشد.

با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تجربه‌های کودک‌آزاری با اختلال شخصیت مرزی رابطه دارد پیشنهاد می‌شود کودک‌آزاری در کانون توجه مسئولین امر قرار بگیرد. به خصوص اورژانس‌های اجتماعی و مسئولین بهزیستی می‌توانند با توجه به یافته‌های این مطالعه لازم است تدابیر سخت‌گیرانه‌تری در برخورد با والدین کودک آزار اتخاذ کنند. از آنجا که یافته‌های پژوهش حاضر ارتباط بین ذهنیت طرحواره‌ای با اختلال شخصیت مرزی را مورد تأیید قرار داده است پیشنهاد می‌شود

طرحواره درمانی به عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی مؤثر در برنامه درمانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی گنجانده شود. با معنادار شدن ارتباط بین فرزندپروری مادر با اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزش عمومی به خصوص آموزش والدین در انجمن‌های اولیا و مربیان مدارس، فرزندپروری به ارکان اصلی آموزش والدین تبدیل شود و برنامه‌های مشخصی به منظور آموزش والدین در این زمینه تدوین شود. بهبود الگوهای والد - فرزند از طریق حمایت از خودمختاری فرزندان، ایجاد گرمی عاطفی در روابط و جلوگیری از درگیری می‌تواند مانع از آسیب روانی در فرزندان شود. از آنجا که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد دشواری تنظیم هیجان می‌تواند در رابطه بین تجربه‌های کودک آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و فرزندپروری مادر با اختلال شخصیت مرزی نقش میانجی داشته باشد، به روان‌شناسان و مشاوران پیشنهاد می‌شود آموزش مهارت‌های مدیریت تنظیم هیجان به عنوان رویکرد اصلی در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تبدیل شود. معنادار شدن نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان از یک طرف و نقش کلیدی بی‌ثباتی خلقی - هیجانی در اختلال شخصیت مرزی از طرف دیگر، بیش از همه لزوم توجه به این سازه را در اختلال شخصیت مرزی برجسته می‌سازد.

محدودیت‌های پژوهش:

از محدودیت‌های پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری غیرتصادفی است که می‌تواند روایی بیرونی و تعمیم‌دهی نتایج پژوهش حاضر به سایر افراد جامعه آماری را با محدودیت همراه سازد. با توجه به اینکه بی‌ثباتی خلقی یکی از ویژگی‌های برجسته افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است، این مسئله می‌تواند در پاسخدهی افراد شرکت‌کننده اثرگذار باشد، به خصوص در پرسشنامه‌هایی که نیاز به قضاوت در مورد عملکرد بود (فرزندپروری مادر)، این مسئله برجسته‌تر است. روش گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر به صورت خوداظهاری بود که ممکن است پاسخدهی به سوالات با سوگیری همراه بوده باشد. با توجه به اینکه روابط بین سازه‌های روان‌شناختی بسیار پیچیده است، متغیرهای دیگری که می‌توانستند در این مدل اثرگذار باشند (همچون ابتلا به سایر اختلالات شخصیتی همبود)، نادیده انگاشته شد. با توجه به اینکه در این پژوهش فرزندپروری مادران مورد بررسی قرار گرفته است، در آن دسته از افرادی که مادر آن‌ها فوت شده است، پاسخدهی به سوالات پرسشنامه فرزندپروری ادراک شده نیازمند به یادآوری از گذشته‌های دور بود. در نتیجه، ممکن است پاسخدهی با سوالات با سوگیری در یادآوری همراه بوده باشد.

References

1. Svrakic DM., Draganic S., Hill K., Bayon C., Przybeck T., Cloninger CR.. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(3):189-95.
- 2 Ball JS., Links PS.. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current psychiatry reports*. 2009;11(1):63-8.
3. Association AP.. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
4. Barazandeh H., Kissane DW., Saeedi N., Gordon M.. Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiatry Research*. 2018;261:1-6.

5. Weiss M., Zelkowitz P., Feldman RB., Vogel J., Heyman M., Paris J.. Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1996;41(5):285-90.
6. Beck AT., Freeman A, Davis D.. *Cognitive therapy of personality disorders* {2nd ed. Edition New York, NY: Guilford. 2004.
7. Paris J., Zweig-Frank H.. The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2001.
8. Hiraoka R., Crouch JL., Reo G., Wagner MF., Milner JS., Skowronski JJ.. Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child abuse & neglect*. 2016;52:177-84.
9. Kuo JR., Khoury JE., Metcalfe R., Fitzpatrick S., Goodwill A.. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect*. 2015;39:147-55.
10. Guttman HA., Laporte L.. Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family process*. 2000;39(3):345-58.
11. Infurna MR., Brunner R., Holz B., Parzer P., Giannone F., Reichl C., et al. The specific role of childhood abuse, parental bonding, and family functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2016;30(2):177-92.
12. Young JE., Klosko JS., Weishaar ME.. *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press; 2006.
13. Arntz A., Klokman J., Sieswerda S.. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2005;36(3):226-39.
14. Johnston C., Dorahy MJ., Courtney D., Bayles T., O'Kane M.. Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2009;40(2):248-55.
15. Schuppert HM., Albers CJ., Minderaa RB., Emmelkamp PM., Nauta MH.. Parental rearing and psychopathology in mothers of adolescents with and without borderline personality symptoms. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2012;6(1):1-7.
16. Vanwoerden S., Kalpakci A., Sharp C.. The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry Research*. 2017;257:462-71.
17. Shields A., Cicchetti D.. Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of clinical child psychology*. 2001;30(3):349-63.
18. Anwer G., Masood S., Younas S., Ahmad M.. Parental Rearing Practices as Predictors of Resilience and Emotional Intelligence among Young Adults. *Foundation University Journal of Psychology*. 2019;3(2)
19. Kobak RR., Sceery A.. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development*. 1988:135-46.
20. Pirkhaefi A., Mohammadzadeh A., Najafi M., Jangju M.. Predicting of borderline personality according to components of emotional intelligence. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2014;17(1):7-12.

21. Linehan MM., Schmidt H., Dimeff LA, .Craft JC., Kanter J., Comtois KA.. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*. 1999;8(4):279-92.
22. Miskewicz K., Fleeson W., Arnold EM., Law MK., Mneimne M., Furr RM.. A contingency-oriented approach to understanding borderline personality disorder: Situational triggers and symptoms. *Journal of personality disorders*. 2015;29(4):486-502.
23. Dixon-Gordon KL., Turner BJ., Rosenthal MZ., 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.
24. Kline RB.. *Principles and practice of structural equation modeling* 2nd ed. New York: Guilford. 2005.
25. Leichsenring F.. Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*. 1999;73(1):45-63.
26. Mohammadzadeh A., Rezaei A.. Validation of the borderline personality questionnaire in Iranian society. 5. 2011;*Journal of Behavioral Science*(3):269-78.
27. Gratz KL., Roemer L.. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26(1):41-54.
28. Modares M.. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011;13(50):35-124.
29. Mohammadkhani P., Mohammadi M., Nazari M., Salavati M., Razzaghi O.. Development, validation and reliability of child abuse self report scale (CASRS) in Iranian students. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*. 2003;17(1):51-8.
30. Lobbestael J., Arntz A., Sieswerda S.. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2005;36(3):240-53.
31. Hanaei N., Mahmood Alilou M., Bakhshi Pour Roudsari A., Akbari I.. Mentalities Sketches, Experience of Child Abuse and Attachment Styles with Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology and Personality*. 2015;13(1):101-20.
32. Grolnick WS., Benjet C., Kurowski CO., Apostoleris NH.. Predictors of parent involvement in children's schooling. *Journal of educational psychology*. 1997;89(3):538.
33. Kharazi A., Karashki H.. The Study of Relationships Between Parents' Perceptions and Self-Regulation Learning. *Advances in Cognitive Sciences*. 2009;11(1):49-55.
34. Goodman J., Fertuck E., Chesin M., Lichenstein S., Stanley B. The moderating role of rejection sensitivity in the relationship between emotional maltreatment and borderline symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2014;71:146-50.
35. van Dijke A., Ford JD., van Son M., Frank L., van der Hart O.. Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with borderline personality disorder

- symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013;5(3):217.
36. Igarashi H., Hasui C., Uji M., Shono M., Nagata T., Kitamura T.. Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry research*. 2010;180(2-3):120-5.
37. Linehan MM., Bohus M., Lynch TR.. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. *Handbook of emotion regulation*. 2007;1:581-605.
38. Lang S., Kotchoubey B., Frick C., Spitzer C., Grabe HJ., Barnow S.. Cognitive reappraisal in trauma-exposed women with borderline personality disorder. *Neuroimage*. 2012;59(2):1727-34.
39. Schulze L., Domes G., Krüger A., Berger C., Fleischer M., Prehn K., et al. Neuronal correlates of cognitive reappraisal in borderline patients with affective instability. *Biological psychiatry*. 2011;69(6):564-73.
40. Huang J., He W., Chen W., Yu W., Chen W., Shen M., et al. The Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire predicts functioning styles of personality disorder: A trial in healthy subjects and personality-disorder patients. *Psychiatry Research*. 2011;186(2-3):320-5.
41. Klanecky AK., Woolman EO, Becker MM. Child abuse exposure, emotion regulation, and drinking refusal self-efficacy: An analysis of problem drinking in college students. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2015;41(2):188-96.
42. Burns EE., Fischer S., Jackson JL., Harding HG.. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child abuse & neglect*. 2012;36(1):32-9.
43. John SG., Cisler JM., Sigel BA.. Emotion regulation mediates the relationship between a history of child abuse and current PTSD/depression severity in adolescent females. *Journal of family violence*. 2017;32(6):565-75.
44. Adkins T., Reisz S., Doerge K., Nulu S.. Adverse Childhood Experience histories in foster parents: Connections to foster children’s emotional and behavioral difficulties. *Child Abuse & Neglect*. 2020;104:104475.
45. Morris MC., Marco M., Maguire-Jack K., Kouros CD., Im W., White C., et al. County-level socioeconomic and crime risk factors for substantiated child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*. 2019;90:127-38.
46. Strathearn L., Giannotti M., Mills R., Kisely S., Najman J., Abajobir A.. Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*. 2020;146.(۴)
47. Lippard ET., Nemeroff CB.. The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American journal of psychiatry*. 2020;177(1):20-36.
48. Chung MC., Chen ZS.. The interrelationship between child abuse, emotional processing difficulties, alexithymia and psychological symptoms among chinese adolescents. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2020:1-15.
49. Southward MW., Cheavens JS.. Identifying core deficits in a dimensional model of borderline personality disorder features: A network analysis. *Clinical Psychological Science*. 2018;6(5):685-703.

50. Chapman AL.. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*. 2019;31(3):1143-56.
51. Nabizadeh-Chianeh Q., Poursharifi H., Farnam A., Qaderi H., Ansari-Zangakani B., Shiralizadeh N.. The Comparison of Affective Temperament and Early Maladaptive Self-Schemas in Borderline Personality Patients, Bipolar Patients and Normal Individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(2):13-28.
52. Flink N., Honkalampi K., Lehto SM., Leppänen V., Viinamäki H., Lindeman S.. Comparison of early maladaptive schemas between borderline personality disorder and chronic depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2018;25(4):532-9.
53. Cohen LJ., Tanis T., Ardan F., Yaseen Z., Galyunker I.. Maladaptive interpersonal schemas as sensitive and specific markers of borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Psychiatry research*. 2016;242:395-403.
54. Şenkal Ertürk İ., Kahya Y., Gör N.. Childhood emotional maltreatment and aggression: the mediator role of the early maladaptive schema domains and difficulties in emotion regulation. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2020;29(1):92-110.
55. Dadomo H., Grecucci A., Giardini I., Ugolini E., Carmelita A., Panzeri M.. Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in psychology*. 2016;7:1987.
56. Shafiei R., Qaempanah M., Veisani M.. Relationship between attachment styles and perceived parenting styles with borderline personality disorder in students. *International Conference on Culture of Mental Pathology and Education, Al-Zahra University, Tehran*. 2017.
57. Vanwoerden S., Hofmans J., De Clercq B.. Reciprocal effects between daily situational perceptions and borderline personality symptoms in young adulthood: the role of childhood parenting experiences. *Psychological Medicine*. 2020:1-11.
58. Asgarpour F., Karbalaei-Meigooni A., Taghiloo S.. The mediating role of child trauma in the relationship between parenting styles and adaptive cognitive emotion regulation in working children. *Journal of Applied Psychology*. 2015;9(1):103-21.
59. Hosseini F., Khayyer M.. The role of cognitive evaluation in explaining the relationship between parenting dimensions and mathematical academic emotions and emotional regulation. *Journal of Teaching and Learning Studies*. 2011;3(1):17-46.
60. Morris AS., Criss MM., Silk JS., Houltberg BJ.. The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*. 2017;11(4):233-8.
61. Morelen D., Shaffer A., Suveg C.. Maternal emotion regulation: Links to emotion parenting and child emotion regulation. *Journal of Family Issues*. 2016;37(13):1891-916.
62. Musser N., Zalewski M., Stepp S., Lewis J.. A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder: Are we measuring biosocial theory's 'invalidating environment'? *Clinical psychology review*. 2018;65:1-16.