

# مدل سازی معادلات ساختاری اختلال شخصیت مرزی بر اساس گسلش شناختی، پذیرش و عمل و

## دشواری تنظیم شناختی با واسطه گری تمایز یافتگی خود

محمود گودرزی<sup>۱</sup>، حسین نقدی پور<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

فصلنامه ایده های نو در تعلیم و تربیت، دوره چهارم، شماره دهم، بهار ۱۴۰۳، صفحات ۵۶-۶۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مدل سازی معادلات ساختاری اختلال شخصیت مرزی بر اساس گسلش شناختی، پذیرش و عمل و دشواری تنظیم شناختی با واسطه گری تمایز یافتگی خود انجام شد. این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی بود؛ به این منظور نمونه ای به حجم ۲۰۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس از میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج انتخاب شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی گارنفسکی و همکاران، پرسشنامه پذیرش و عمل باند و همکاران، پرسشنامه گسلش شناختی گیلاندرز و همکاران و پرسشنامه تمایز یافتگی خود اسکورن استفاده شد. با توجه به شیوع بیماری کرونا توزیع پرسشنامه ها به دو صورت چاپی (۳۰ نفر) و الکترونیکی (۱۷۰ نفر) در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با روش های همبستگی، معادلات ساختاری، تحلیل عاملی تأییدی و آلفای کرونباخ و با استفاده از نرم افزارهای SPSS20، LISREL8 و AMOS8 انجام شد. نتایج در کل نمونه نشان داد که رابطه پذیرش و عمل، تمایز یافتگی خود، تنظیم شناختی هیجان و گسلش شناختی با اختلال شخصیت مرزی معنادار است. همچنین پذیرش و عمل، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و گسلش شناختی با میانجیگری تمایز یافتگی خود می توانند اختلال شخصیت مرزی را پیش بینی کنند. نتایج پژوهش حاکی از حلقه های متصل آسیب های روان شناختی است در واقع تنظیم شناختی هیجان و گسلش شناختی با کمک تمایز یافتگی خود اختلال شخصیت مرزی را به چالش می کشد؛ بنابراین در پیش بینی عوامل اختلالات شخصیت مرزی همواره باید به متغیرهای تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل و گسلش شناختی و تمایز یافتگی توجه ویژه ای نمود.

**واژه های کلیدی:** اختلال شخصیت مرزی، تنظیم شناختی هیجان، گسلش شناختی، پذیرش و عمل، تمایز یافتگی.

فصلنامه ایده های نو در تعلیم و تربیت، دوره چهارم، شماره دهم، بهار ۱۴۰۳

## مقدمه

اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> به عنوان الگوی فراگیری از عدم ثبات در روابط شخصی، خودانگاره، عواطف و تکانش گری بارز شناخته می شود که از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در زمینه های متعددی ظاهر می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). بخش عمده ای از پژوهش هایی که در زمینه اختلال شخصیت مرزی به انجام رسیده است، به شناسایی عوامل پیش بینی کننده این اختلال مربوط می شود که نشانه ای از اهمیت این شاخه مطالعاتی است. در جریان یکی از این تحقیقات، پژوهشگران به اهمیت هیجانات و بالأخص توانایی تنظیم شناختی هیجانات<sup>۳</sup> پی بردند (علیلو، خانجانی و بیات، ۱۳۹۵).

تنظیم شناختی هیجان به عنوان یک راه شناختی برای مدیریت اطلاعات برانگیخته شده هیجان های درونی مطرح است و دلالت بر شیوه شناختی مدیریت و ورود اطلاعات فرا خواننده هیجان دارد (سلیمانی و حبیبی، ۱۳۹۳)؛ به عبارت دیگر فرایندهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می کنند تا هیجان ها و احساس های خود را تنظیم کرده و مغلوب هیجان ها نشوند، به گونه ای که تنظیم شناختی منفی آسیب پذیری در برابر مشکلات هیجانی را به همراه دارد (کوهن و پیکرو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

مطالعات مختلف نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلالات برون ریزی شده و رفتار ایدایی همچون پرخاشگری و بیش فعالی بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه استفاده می کنند و در به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه دچار نقص و نارسایی هستند (گارفنسکی و کراچ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). یافته های این پژوهش ها نشان می دهد که افراد مبتلا به اختلالات برون ریزی شده همچون شخصیت مرزی در سازماندهی تجارب هیجانی، ارزیابی هیجانات خود و دیگران و ابراز هیجانی به شکل مناسب در روبرو شدن با موقعیت های مختلف مشکل دارند و از مهارت های مثبت راهبردهای تنظیم هیجانی همچون برنامه ریزی، ارزیابی مجدد و پذیرش کمتر استفاده می کنند (بیدمن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲).

باوجود اینکه تحقیقات مهم و اثرگذاری در حوزه شناسایی عوامل پیش بینی کننده اختلال شخصیت مرزی تاکنون به انجام رسیده است، که ازجمله آن به نقش احتمالی انعطاف پذیری روان شناختی<sup>۷</sup> در پیش بینی این اختلال می توان اشاره کرد. انعطاف پذیری شناختی که مستلزم توانایی برقراری ارتباط با لحظه حال و قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب درون روانی است (کشدان و روتنبرگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰)؛ حاصل چند فرایند شناختی است که در پژوهش حاضر دو فرایند پذیرش و عمل<sup>۹</sup> و گسلش شناختی<sup>۱۰</sup> به عنوان دو متغیر پیش بینی اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار می گیرد. پذیرش و عمل به معنای توجه آگاهانه به حال و فرایند پذیرش نتیجه ای اعمال، علاوه بر فرایندهای عمل متعهدانه و تغییر رفتار است (پیتز، دویناس و گینور<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۷). گسلش شناختی نیز به تلاش های شناختی فرد برای فاصله گرفتن از افکار و مشاهده گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره است (هیس و لیلیس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۲). بر اساس این رویکرد نظری، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی می تواند به انعطاف پذیری و سلامت روان شناختی بیانجامد و گسلش به افراد کمک می کند تا با افکار به شیوه های متفاوتی تعامل داشته باشند (فرمن و هربرت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸)؛ بنابراین به نظر می رسد که سلامت روانی نیازمند پذیرش مثبت و عمل مستقل از احساسات (پذیرش و عمل) در تعامل متفاوت با افکار و

<sup>1</sup> Borderline Personality Disorder

<sup>2</sup> American Psychiatric

<sup>3</sup> Cognitive Emotion Regulation

<sup>4</sup> Cohen & Piquero

<sup>5</sup> Garnefski & Kraaij

<sup>6</sup> Biederman

<sup>7</sup> Psychological flexibility

<sup>8</sup> Kashdan TB, Rottenberg

<sup>9</sup> Acceptance and Action

<sup>10</sup> Cognitive Defusion

<sup>11</sup> Petts, Duenas & Gaynor

<sup>12</sup> Hayes

<sup>13</sup> Forman & Herbert

استرس‌هاست (گسلش شناختی) که پیامد آن انعطاف روان‌شناختی و در نتیجه سازگاری بیشتر است (فرگوس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). در همین راستا گیلاندرز و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) در نتایج پژوهش‌های خود مطرح نمودند که مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روانی و بالأخص پذیرش و عمل و گسلش شناختی، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده نشانگان اضطراب در افراد مبتلا به اختلالات روانی مختلف می‌باشد.

از دیگر متغیرهایی که در سبب‌شناسی ابتلا به اختلال شخصیت مرزی در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته، تمایز یافتگی خود<sup>۳</sup> است که می‌تواند به عنوان متغیر میانجی بین اختلال شخصیت مرزی و مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل و گسلش شناختی در نظر گرفته شود. در واقع متغیر میانجی خود تمایز یافتگی به منظور روشن کردن و واضح نمودن روابط اختلالات شخصیت مرزی با متغیرهای پیش‌بین به کار گرفته شد و تمایز یافتگی خود به معنای پختگی هیجانی، توانایی تفکر منطقی در موقعیت‌های هیجانی و توانایی حفظ روابط نزدیک عاطفی است (اندی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). تمایز یافتگی چهار مؤلفه دارد که شامل واکنش‌پذیری هیجانی<sup>۵</sup>، جایگاه من<sup>۶</sup>، گریز هیجانی<sup>۷</sup> و هم آمیختگی با دیگران است<sup>۸</sup> (بوئن<sup>۹</sup>، ۱۹۷۸). بر اساس تئوری بوئن، افراد با تمایز یافتگی بالا، رفتاری مستقل دارند و در روابط خود، واکنش‌های هیجانی کمتری نشان می‌دهند. فلذا این افراد توانایی بالایی در تنظیم شناختی هیجان‌های خود دارند (زارعی و پیرانی، ۱۳۹۴). همچنین، به نظر بوئن درجه ظهور تفکیک خویشتن در هر فرد بیانگر میزان توانایی او برای تمیز فرایند عقلی از فرایندهای احساسی است که تجربه می‌کند (که دقیقاً مصداق گسلش شناختی است)، یعنی توانایی فرد برای اجتناب از تبعیت خودکار رفتار از احساسات، بیان‌کننده‌ی میزان تفکیک خویش است. به همان اندازه‌ای که فرد می‌تواند به رغم اضطراب شدید، رفتار خویش را اندیشمندانه و مطابق با اصول صریح و جافاده هدایت کند (که دقیقاً مصداق پذیرش و عمل است)، درجه یا سطح تمایز یافتگی خود را به نمایش گزارده است (نیکخواه، یونسی و برجعلی، ۱۳۹۱). تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که تمایز یافتگی خویشتن با اختلال شخصیت مرزی رابطه‌ی منفی و معناداری دارند (پلیگ و راهل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲).

در نتیجه خود متمایز شده برای سازگاری روان‌شناسی و ارتباط بین فردی ضروری است و سطح پایینی از تمایز و تفرد منجر به مشکلاتی همچون اضطراب مزمن، ناراحتی‌های جسمانی و روانی، واکنش‌پذیری هیجانی و مثلث سازی می‌شود (چیونگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶)؛ بر اساس راهنمای آماری تشخیص اختلالات روانی، اصلی‌ترین معیار تشخیصی اختلال شخصیت مرزی، اختلال در زمینه کارکرد خصوصاً کارکرد بین فردی ذکر شده است (ویهانگ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). بسیاری از محققان نیز ویژگی‌های اصلی شخصیت مرزی را مشکلات در تعاملات اجتماعی، ترس از تنها ماندن، طرد شدن، بد تنظیمی هیجانی و آشفتگی هویت ذکر نموده‌اند که این ویژگی‌ها منجر به بروز رفتارهای ارتباطی ناسازگارانه در افراد می‌گردند (لواس و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲). به علاوه تجارب بالینی نشان می‌دهد، افرادی که ویژگی‌های شخصیت مرزی را دارا هستند به دلیل واکنش‌های هیجانی شدید، خشم‌های انفجاری و نقص در درک سیگنال‌های اجتماعی (تفسیر منفی و سوگیرانه احساسات دیگران) اقدام به رفتارهایی می‌نمایند که در روابط بین فردی آن‌ها مشکل‌آفرین می‌شود (شارپ و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۱). در شرح حال چنین افرادی، تعارضات متعدد در حوزه‌های رفتاری، هیجانی، شناختی و بین فردی دیده شده است که برای آن‌ها پیامدهای سوء فردی، خانوادگی و

<sup>1</sup> Fergus

<sup>2</sup> Gillanders and etal

<sup>3</sup> Self-Differentiation

<sup>4</sup> Andy and etal

<sup>5</sup> Emotional Reactivity

<sup>6</sup> I position

<sup>7</sup> Emotional Cut Off

<sup>8</sup> Fusion with Others

<sup>9</sup> Bowen

<sup>10</sup> Peleg & Rahal

<sup>11</sup> Chung

<sup>12</sup> Vihang

<sup>13</sup> Loas and etal

<sup>14</sup> Sharp and etal

اجتماعی به همراه دارد (پیوسته گر، ۱۳۹۷). از آنجاکه روابط بین فردی یکی از عوامل خطرساز بروز آسیب‌های روان‌شناختی در دانشجویان است که این موضوع سلامت روانی آن‌ها را که در واقع زیربنای جامعه سالم هستند را مورد تهدید قرار می‌دهد؛ چنین دانشجویانی معمولاً در سایر حوزه‌های دیگر زندگی نظیر تحصیل، رابطه با والدین و... نیز دچار مشکلاتی هستند (مشهدی، ۱۳۸۹)؛ بنابراین با توجه به آنکه این اختلال بسیار مخرب است، مطالعات انجام‌شده در مورد این اختلال بالینی ناتوان‌کننده بسیار محدود است و پژوهش‌های بیشتری برای درک و مدیریت آن لازم است که تحقیق حاضر نیز جهت دستیابی به این مهم انجام می‌گردد.

صفات مرزی یا اختلال شخصیت مرزی در دوره جوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. شیوع اختلال شخصیت مرزی، در حدود ۲٪ جمعیت عمومی، ۱۰٪ بیماران سرپایی کلینیک‌های سلامت روانی و ۲۰٪ بیماران بستری روان‌پزشکی برآورد می‌شود. نزدیک به نصف بیماران مبتلا به اختلالات روانی، دارای اختلال شخصیت هستند و در میان جمعیت بالینی دارای اختلال شخصیت، اختلال مرزی در ۳۰٪ تا ۶۰٪ موارد مشاهده می‌شود و شیوع این اختلال، بیش از سایر اختلالات شخصیت است (باکر و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷) و همان‌طور که گفته شد افراد مبتلا به این اختلال، دارای مزمن‌ترین علائم آسیب‌شناسی روانی و روان‌پزشکی هستند که هنوز شیوه‌های درمانی کاملاً مؤثری برای آن‌ها ارائه نشده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۷). فلذا پژوهش جهت شناخت پیشایندها و پیامدهای این اختلال از اولویت‌های پژوهشی و مسلماً همراه با دستاوردهای نوین و کاربردی خواهد بود؛ بنابراین با توجه به اهمیت وجود تمایز یافتگی خود و نقشی که در رابطه با تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل و گسلش شناختی دارد و تأثیری که این متغیرها می‌توانند بر اختلال شخصیت مرزی داشته باشند، این پژوهش باهدف پاسخگویی به این سؤال انجام خواهد گرفت که آیا پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل، گسلش شناختی با نقش میانجی تمایز یافتگی خود در دانشجویان امکان‌پذیر است؟

### روش پژوهش

این تحقیق از نظر هدف کاربردی بوده، روش آن توصیفی از نوع زمینه‌یابی است. جامعه آماری موردنظر در این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود که بر اساس آمار گزارش‌شده از سوی دانشگاه مذکور تعداد این دانشجویان ۳۲۷۸ نفر بود. نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر از این دانشجویان به شیوه در دسترس از طریق روش برآورد حجم در مطالعات معطوف به همبستگی انتخاب شدند. بدین‌صورت که برای انتخاب نمونه دانشجویان، ابتدا در تمامی دانشکده‌های دانشگاه آزاد سمنان دانشجویان مشکل‌دار بر اساس سوابق تربیتی و انضباطی موجود در دفاتر شناسایی شد که تعداد آن‌ها ۲۰۰ نفر گزارش شد. سپس جهت غربالگری دانشجویان دارای نشانگان اختلال شخصیت، پرسشنامه مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه پذیرش و عمل باند و همکاران و پرسشنامه استاندارد گسلش شناختی گیلاندرز و همکاران و پرسشنامه تجدیدنظر شده تمایز یافتگی خود اسکورن به دانشجویان از طریق فرم الکترونیکی و چایی تحویل داده شد پس از تکمیل نمودن آن‌ها؛ پژوهشگر سرانجام ۲۰۰ نفر از دانشجویانی که دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی بودند، پرسشنامه‌ها را به‌صورت کامل تکمیل نموده و داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها با روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار؛ و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی و رگرسیون چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه شخصیت مرزی (STB):** پرسشنامه شخصیت مرزی توسط لیشرنینگ در سال ۱۹۹۹ و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده است. این پرسشنامه در اصل مقیاسی ۲۲ سؤالی است که پرسشنامه ارزیابی شخصیت مرزی دارای ۲۲ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی اختلال شخصیت مرزی از ابعاد مختلف (عامل ناامیدی، عامل تکانش گری، عامل سوم: عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس) است. طیف پاسخگویی آن بدین‌صورت است که به هر گزینه بلی یک نمره و به هر گزینه خیر صفر نمره تعلق می‌گیرد. عامل ناامیدی سؤالات ۷-۱، عامل تکانش گری سؤالات ۱۶-۸ و عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس

<sup>1</sup> Becker and etal

سؤالات ۱۷-۲۲ می‌باشد. طیف پاسخگویی آن بدین‌صورت است که به هر گزینه بلی یک نمره و به هر گزینه خیر صفر نمره تعلق می‌گیرد. نمره کلی بین ۰ تا ۲۲ است؛ نمره بین ۰ تا ۷ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد متوسط است و نمره بین ۱۵ تا ۲۲ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد زیاد است.

جکسون و کلاریج ضریب پایایی باز آزمائی را برای ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگز و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۱ را برای STB گزارش کرده‌اند. روایی هم‌زمان STB با مقیاس‌های روان رنجورخویی و روان‌پریشی گرایی در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است (محمد زاده و همکاران، ۱۳۸۴).

**مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ):** این مقیاس توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در کشور هلند ساخته شده است. این پرسشنامه افکار فرد را پس از برخورد با یک تجربه‌ی منفی یا وقایع آسیب‌زا مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل‌استفاده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده و هدف آن سنجش خرده مقیاس‌های نظم جویی شناختی هیجان است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده، هر سؤال از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفاده‌ی بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است.

این مقیاس شامل ۶ خرده مقیاس است که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می‌کند. خرده مقیاس‌های راهبردهای منفی عبارت‌اند از: سرزنش خود: سؤالات ۴ و ۲ و ۱، سرزنش دیگران: سؤالات ۳۶ و ۳۵ و ۳۴، نشخوار فکری: سؤالات ۱۲ و ۱۱ و ۱۰ و ۹ و ۳، فاجعه‌آمیز کردن: سؤالات ۳۲ و ۳۱ و ۳۰ و ۲۹، پذیرش: سؤالات ۸ و ۷ و ۶ و ۵، تمرکز مثبت مجرد / برنامه‌ریزی: سؤالات ۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۴-۱۳، ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر: سؤالات ۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۱۵. از میان این راهبردها، راهبردهای ۵ راهبرد اول، راهبردهای منفی تنظیم هیجان هستند و ۲ راهبرد آخر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده‌شده به هر یک از عبارات تشکیل‌دهنده آن راهبرد به دست می‌آید و می‌تواند در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد و جمع کل نمرات در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد.

روایی و پایایی این پرسشنامه در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران نیز روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس‌ها آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در برمی‌گرفت که همگی آن‌ها معنادار بودند. در سال ۱۳۸۲ پایایی پرسشنامه توسط یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی ۰/۸۲ گزارش شده است. نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط حسنی (۱۳۸۸) اعتبار یابی شده است.

**پرسشنامه پذیرش و عمل باند و همکاران (۲۰۱۱):** این پرسشنامه به‌وسیله بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است که به‌وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این مقیاس شاخصی را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مرتبط است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش و عمل بیشتر است. ابتدا نسخه‌ی خارجی پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل - نسخه دوم به‌وسیله پژوهش‌گر و یک نفر از اساتید روانشناسی بالینی آشنا به سازه‌ی اجتناب تجربی و مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. در ایران نسخه فارسی توسط یکی از محققان ترجمه‌شده است.

سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶ و همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه توسط خود افراد تکمیل می‌گردد. نمره پرسشنامه هر فرد، بین ۷ تا ۷۰ متغیر خواهد بود. این پرسشنامه خرده مقیاس ندارد.

<sup>1</sup> Garnefski, Kraaij & Spinhoven

این پرسشنامه در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر بیماری های روانی به کار می رود. روایی همزمان آن با مقیاس مارتین و رایین ۰/۷۵ بود و پایایی آن به ترتیب خرده مقیاس ها ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۹۱ گزارش شده است. در ایران شاره و همکاران (۱۳۹۱) ضریب پایایی آن را ۰/۷۱ گزارش کرده اند.

**پرسشنامه استاندارد گسلش شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰):** پرسشنامه گسلش شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال می باشد و بر اساس طیف شش گزینه ای لیکرت با سؤالاتی مانند (حتی وقتی افکار ناراحت کننده به سراغم می آید می دانم که این افکار در نهایت بی اهمیت می شوند). به سنجش گسلش شناختی می پردازد. امتیاز پاسخ ها به صورت شش گزینه ای هرگز ۱، خیلی به ندرت ۲، برخی اوقات ۳، اغلب ۴، تقریباً همیشه ۵ و همیشه ۶ می باشد. حداقل امتیاز ممکن ۱۲ و حداکثر ۷۲ خواهد بود. نمره بین ۱۲ تا ۲۴: میزان گسلش روان شناختی در حد پایینی می باشد. نمره بین ۲۴ تا ۴۸: میزان گسلش روان شناختی در حد متوسطی می باشد و نمره بالاتر از ۴۸: میزان گسلش روان شناختی در حد بالایی می باشد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش زارع (۱۳۹۳) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. یونسی (۱۳۹۲) پرسشنامه مذکور را هنجاریابی نمود و ضریب پایایی آن را ۰/۸۵ گزارش کرد. **پرسشنامه تجدیدنظر شده تمایز یافتگی خود اسکورن (DSI-R):** این پرسشنامه توسط اسکورن و فریدلندر<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) ساخته شد و دارای ۴۵ سؤال یا گویه می باشد که در مقیاس لیکرت از سطح ۱ تا ۶ درجه بندی شده اند. فرم اولیه این پرسشنامه توسط اسکورن و فراید لندر (۱۹۹۸) تهیه شده و آزمون نهایی توسط جسکون در ۴۵ گویه بر مبنای نظریه باون ساخته شده است و در سال ۲۰۰۳ توسط اسکورن و اسمیت تجدیدنظر شد. این پرسشنامه به صورت خود گزارش دهی است و به منظور سنجش تمایز یافتگی افراد به کار می رود، تمرکز اصلی آن روی ارتباطات مهم زندگی و روابط افراد با خانواده اصلی است (اسکورن و اسمیت، ۲۰۰۳). پرسشنامه خود متمایز سازی با مقیاس لیکرت در یک طیف ۶ گزینه ای از: ۱ (ابتدا در مورد من صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً در مورد من صحیح است) درجه بندی شده است. به هر سؤال نمره ای بین ۱ و ۶ تعلق می گیرد. به این شیوه که به گزینه ۱ نمره ۱ و به گزینه ۶ نمره ۶ داده می شود. حداکثر نمره این مقیاس برابر با ۲۷۶ است. نمره کمتر در این پرسشنامه نشانه سطوح پائین تمایز یافتگی است.

ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ و روایی آن همبستگی بین نمره های آزمودنی ها در این مقیاس با رفتار خیانت آمیز برابر ۰/۸۰ به دست آمده است (دریگوتاس، ۱۹۹۹). در پژوهش قاسمی و همکاران (۱۳۹۶) نیز از طریق همسانی درونی پایایی این پرسشنامه محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۶ به دست آمد.

## یافته ها

جدول (۱) نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی تحقیق را نشان می دهد

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی تحقیق

اماره لیدار متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی
عامل ناامیدی	۱/۹۳	۱/۷۳	-۰/۲۴۱	-۰/۵۱۷
عامل تکانش گری	۲/۸۷	۱/۸۴	۱/۱۳	-۰/۱۱۵
علامت تجزیه ای	۱/۳۹	۱/۳۹	-۰/۱۳۷	-۰/۵۰۴
اختلال شخصیت مرزی (کلی)	۶/۱۹	۴/۵۲	-۰/۲۳۲	-۰/۵۸۸
همچونی	۲۳/۷۱	۴/۹۲	-۰/۰۴۲	-۰/۵۸۴
گسلش	۹/۳۸	۲/۲۷	-۰/۸۵۳	-۰/۲۵۱
همچونی شناختی (کلی)	۳۲/۰۹	۶/۶۱	-۰/۴۴۰	-۰/۳۳۸
اجتناب از تجارب هیجانی	۴۱/۱۵	۶/۳۸	-۰/۳۷۳	-۰/۰۶۸
کنترل روی زندگی	۱۲/۳۲	۴/۳۱	-۰/۷۵۵	-۰/۳۲۵
پذیرش و عمل (کلی)	۵۲/۴۷	۸/۲۵	-۰/۴۵۵	-۰/۱۱۲
سرزنش خود	۳/۵	۱/۹۱	-۰/۴۴۸	-۰/۳۹۰
پذیرش	۳/۴۶	۱/۸۸	-۰/۷۳۵	-۰/۶۴۴
نسخوار فکری	۴/۸۴	۱/۹۹	-۰/۶۲۳	-۰/۵۰۹

<sup>1</sup> Skowron & Fridlander

فاجعه آمیز بودن	۵/۶	۲/۱	-۰/۵۸۸	-۰/۳۲۶
سرزنش دیگران	۴/۵۶	۱/۸	-۰/۴۲۵	-۰/۱۱۲
ارزیابی مجدد مثبت	۴/۶	۱/۹	-۰/۸۷	-۰/۳۶۹
تمرکز مجدد مثبت	۵	۲/۱	-۰/۱۱۱	-۰/۵۶۲
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۵/۵	۲/۲	-۰/۷۸۱	-۰/۹۵۲
دیدگاه گیری	۵	۲/۱	-۰/۵۳۴	-۰/۳۶۹
واکنش پذیری عاطفی	۳۹/۳۴	۶/۵۲	-۰/۴۴۸	-۰/۲۹۰
جایگاه من	۳۹/۶۵	۶/۴۶	-۰/۷۳۵	-۰/۶۴۴
گریز عاطفی	۵۰/۱۵	۷/۶۹	-۰/۶۳۳	-۰/۵۰۹
هم آمیختگی با دیگران	۳۱/۸۲	۷/۸۳	-۰/۵۸۸	-۰/۳۲۶
تمایزیافتگی	۱۶۰/۹۶	۱۰/۳۱	-۰/۵۴۴	-۰/۳۶۹

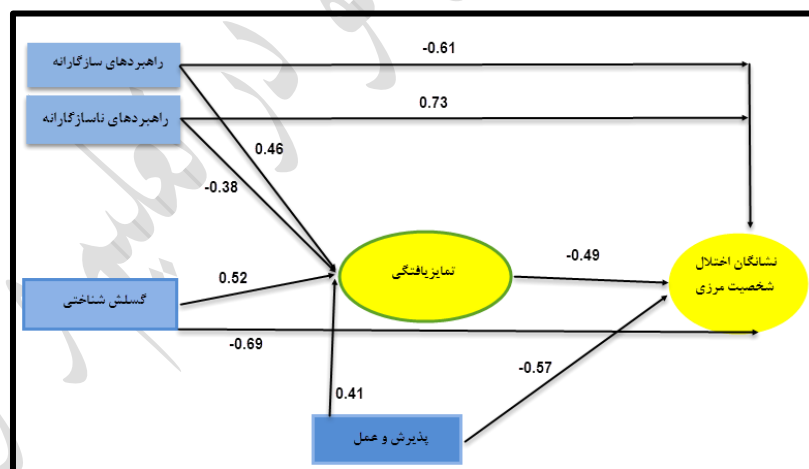
شماره ۱

به منظور انتخاب آزمون پارامتریک یا ناپارامتریک، ابتدا می باید از توزیع آماری متغیرها، اطمینان حاصل کرد. برای آزمون نرمال بودن توزیع، از آزمون کولموگراف-اسمینروف استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف-اسمینروف برای متغیرها

متغیرها شاخص ها	مقدار آزمون	سطح معنی داری
اختلال شخصیت مرزی	۰/۹۲۲	-۰/۳۶۳
تمایزیافتگی	۰/۹۱۲	-۰/۳۷۶
پذیرش و عمل	۱/۲۱۵	-۰/۰۸۸
تنظیم شناختی هیجان	۰/۹۳۹	-۰/۳۴۲
گسلش شناختی	۰/۷۶۴	-۰/۶۰۳

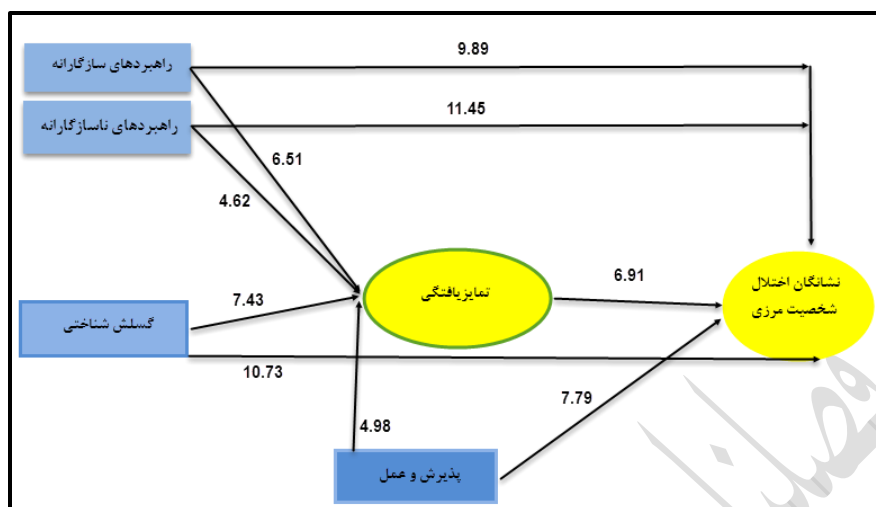
چنانچه در جدول ۲ نمایان است، توزیع تمامی متغیرها با توجه به این که سطح معناداری آن ها بزرگ تر از ۰/۰۵ است، نرمال هستند. بعد از تأیید ساختار عاملی سازه های پژوهش، جهت بررسی روابط میان متغیرها از مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شده است. نتایج حاصل از تحلیل به صورت تفکیک شده ارائه شده است. تحقیق حاضر دارای چهار سوال می باشد که در نتیجه تأثیر متغیرهای برونزا بر متغیرهای درونزا و همچنین تأثیر متغیرهای درونزای تحقیق بر هم حاصل شده اند. محقق به منظور بررسی سوالات تحقیق از بخش ساختاری مدل معادلات ساختاری موسوم به تحلیل مسیر استفاده نموده است. معیار ما جهت تأیید یا رد فرضیات عدد معناداری می باشد. نمودارهای ۱ و ۲ روابط بین متغیرهای تحقیق را در دو حالت تخمین استاندارد و اعداد معناداری نشان می دهد.



Chi-square=80.37, df=38, p-value=0.0000, RMSEA=0.041

نمودار ۱. مدل مفهومی تحقیق با ضرایب استاندارد





Chi-square=80.37, df=38, p-value=0.0000, RMSEA=0.041

#### نمودار ۲: مدل مفهومی تحقیق با اعداد معناداری

همان‌طور که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود با توجه به اینکه اعداد معناداری بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد تمامی فرضیات تأیید شدند. در جدول زیر شاخص‌های برازندگی حاصل از خروجی نرم‌افزار نمایش داده شده است:

#### جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل معادلات ساختاری

AGFI	GFI	RMSEA	df	X2	P-value
۰/۹۳	۰/۹۵	۰/۰۴۱	۳۸	۳۷/۸۰	۰/۰۰۰

همان‌گونه که از جدول فوق مشاهده می‌شود شاخص‌های حاصل از خروجی نرم‌افزار لیزرل بیانگر مناسب بودن مدل مورد نظر می‌باشد که این امر سبب تأیید روابط بین متغیرهای آشکار و پنهان و همچنین وجود ارتباط بین متغیر مستقل و وابسته می‌باشد. در این جدول مشاهده می‌شود که سطح معنی داری (P-value) کمتر از ۰/۰۵ بوده که بیانگر ارتباط مناسب متغیرهای آشکار و پنهان (متغیرهای اصلی و خرده مقیاس‌های آنان) بوده و همچنین میزان مقدار RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۸ و GFI و AGFI بیشتر از ۰/۹۰ بوده که بیانگر مناسب بودن و معنا دار بودن رابطه بین متغیرهای پژوهش می‌باشد. مبتنی بر شاخص‌های برازش بدست آمده می‌توان استنباط کرد که مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل و همجواری شناختی به واسطه تمایز یافتگی قادرند در قالب روابط علی-ساختاری اختلال شخصیت مرزی را به طور معنی دار و بهینه و مطلوب تبیین و پیش‌بینی نمایند.

علاوه بر این در راستای بررسی فرضیه‌های پژوهش از برون داده‌های مدل ساختاری بویژه مقادیر اثر مستقیم (B) استاندارد شده و آزمون t استفاده شده که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

#### جدول ۴. اثرات مستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مقدار B استاندارد	مقدار t محاسبه شده	سطح معنی داری
تنظیم شناختی هیجان	تمایز یافتگی	۰/۴۶	۶/۵۱	۰/۰۱
	راهِبردهای سازگارانه			
	تمایز یافتگی	-۰/۳۸	۴/۶۲	۰/۰۱
پذیرش و عمل	تمایز یافتگی	۰/۴۱	۴/۹۸	۰/۰۱
	تمایز یافتگی	-۰/۵۲	۷/۴۳	۰/۰۱
گسلش شناختی	اختلال شخصیت مرزی	-۰/۶۱	۹/۸۹	۰/۰۱
	راهِبردهای سازگارانه			
	تمایز یافتگی	۰/۷۳	۱۱/۴۵	۰/۰۱
پذیرش و عمل	اختلال شخصیت مرزی	-۰/۵۷	۷/۷۹	۰/۰۱
	اختلال شخصیت مرزی	-۰/۶۹	۱۰/۷۳	۰/۰۰۱



جدول ۵. آزمون بوت استراپ برای مسیرهای غیرمستقیم

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	روش بوت استراپ	مقدار سوگیری	خطای برآورد	مقدار اثر غیرمستقیم	سطح معنی داری
		حد بالا	حد پایین				
تنظیم شناختی هیجان	تمایز یافتگی	اختلال شخصیت مرزی	۰/۳۸۲۵	۰/۱۱۳۸	۰/۰۰۰۷	۰/۰۱۳	۰/۲۶
پذیرش و عمل	تمایز یافتگی	اختلال شخصیت مرزی	۰/۲۸۴۱	۰/۲۱۸۵	۰/۰۰۳۶	۰/۱۴۱۱	۰/۱۹
همجوشی شناختی	تمایز یافتگی	اختلال شخصیت مرزی	۰/۳۱۱۱	۰/۱۱۳۸	۰/۰۰۱۶	۰/۰۱۱	۰/۱۸

در جهت روابط غیرمستقیم متغیرهای مستقل با متغیر وابسته به واسطه متغیر میانجی (تمایز یافتگی) از روش بوت استراپ برنامه ماکروی استفاده شد. در این روش چنانچه حد بالا و حد پایین بوت استراپ هر دو مثبت یا هر دو منفی باشد و مقدار صفر مابین این دو حد قرار نگیرد، در آن صورت مسیر غیرمستقیم معنی دار خواهد بود. جدول ۵ نتایج این آزمون را ارائه داده است:

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌های موجود حاکی از برازش مدل معادلات ساختاری بود. به عبارتی دیگر اختلال شخصیت مرزی بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل، گسلش شناختی با نقش میانجی تمایز یافتگی خود در دانشجویان دانشگاه آزاد سنج قابل پیشی بینی است. لذا اختلال شخصیت مرزی بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، گسلش شناختی و پذیرش و عمل با میانجیگری تمایز یافتگی خود قابل پیش‌بینی است. نتایج این یافته با نتایج مطالعات شافعی تبار و همکاران (۲۰۱۷)، همایی نژاد و همکاران (۱۳۹۷)، پور شهریار و همکاران (۱۳۹۷)، هاشمی و همکاران (۱۳۹۳)، علیلو و همکاران (۱۳۹۱)، شارپ و همکاران (۲۰۱۱)، گاردنر و کوالتر (۲۰۰۹)، استین و همکاران (۲۰۰۷)، کونکلین و همکاران (۲۰۰۶) و لیل و اسنل (۲۰۰۴)، پور شهیازی (۱۳۹۷)، غفاری و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)، پلونسکار و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. آن‌ها در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که اختلال شخصیت مرزی از طریق مولفه‌های تنظیم هیجانی قابل پیش‌بینی است؛ اما راهبردهای انطباقی قادر به پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی نبودند؛ و مولفه‌های ناسازگارانه اختلال شخصیت مرزی سطح بالاتری از اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کردند. این یافته‌ها نارسا کنش وری عاطفی و هیجانی و نارسایی در درک و تنظیم هیجان‌ها در اختلال شخصیت مرزی را تأیید می‌کند. از آنجاکه تنظیم هیجان در ارتباطات بین فردی، انتقال احساسات به دیگران، ایجاد، حفظ و قطع رابطه با دیگران نقش اساسی دارد (گراس، ۲۰۰۲) پیش‌بینی مولفه ارزیابی مجدد با صفات شخصیت مرزی، می‌تواند تبیین‌کننده مشکل این افراد در فعالیت‌های روزمره از جمله شغل، روابط اجتماعی و خانوادگی باشد. از سوی دیگر، راهبردهای تنظیم هیجانی در تحول اجتماعی، شناختی و هیجانی، ریشه‌دارند و بدکارکردی در ارزیابی مجدد می‌تواند در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی و شخصیتی (گراس، ۲۰۰۱) از جمله اختلال شخصیت مرزی مؤثر و قابل پیش‌بینی باشند؛ و در جریان بررسی رابطه اجتناب از حالات درونی و اختلال شخصیت مرزی به دو یافته مهم دست یافتند. اول اینکه اجتناب تجربه‌ای با ویژگی‌های مرزی، افسردگی و اضطرابی ارتباط دارد و دوم اینکه اجتناب تجربه‌ای میزان علائم شخصیت مرزی را در یک دوره پیگیری یک‌ساله پیش‌بینی می‌کند. ایورسون و دیگران (۲۰۱۲) سه قلمرو کارکرد هیجانی، تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای را در بیماران سرپایی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مطالعه کرده و به این نکته پی بردند که اجتناب تجربه‌ای با شدت علائم مرزی ارتباط دارد. در پژوهش دیگری، محققان با مشاهده سطوح بالای افسردگی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در دوره پس از درمان، نقش اجتناب تجربه‌ای در کاهش افسردگی را مورد بررسی قرار دادند. یافته آن‌ها حاکی از این بود اجتناب تجربه‌ای ارتباط مستقیمی با شدت افسردگی دارد و تغییر میزان اجتناب تجربه‌ای موجب تغییر در سطوح افسردگی مبتلایان می‌شود و به این ترتیب اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی کننده علائم افسردگی بیماران مرزی نیز محسوب می‌شود (برکینگ و دیگران، ۲۰۰۹). چپمن و دیگران (۲۰۱۱) به مکانیزم‌های زیرساز اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اشاره نمودند: ۱) رویدادهای تلخ دوران کودکی و آسیب‌ها؛ در میان افرادی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند تاریخچه‌ای مملو از رویدادهای تلخ و پرفشار زندگی و آسیب‌ها دیده می‌شود. با توجه به اینکه مبتلایان به این اختلال از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند، بنابراین این رویدادها و آسیب‌ها موقعیتی را برای اجتناب تجربه‌ای فراهم می‌آورند. ۲) آسیب‌پذیری هیجانی آسیب‌پذیری هیجانی، دیگر مکانیزم زیرساز اجتناب تجربه‌ای در میان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است. اختلال شخصیت مرزی بر اساس گسلش

شناختی با میانجیگری تمایز یافتگی خود قابل پیش بینی است. همان طور که در مبانی نظری اشاره گردید گسلش برای جلوگیری از درآمیختگی شناختی، یعنی یکسان دانستن فرد و افکارش است. گسلش شناختی به معنای پذیرش جدایی افکار از ما و پذیرش آن ها به صورت وقایع خصوصی موقت است. در واقع با افزایش گسلش فرد تکنیک کاهش مراجع با خود را کسب خواهد کرد. از نظر افراد، افکار و احساسات منفی تهدیدی برای معنای هویت و شخصیت خود هستند؛ به طوری که فرد با اختلال شخصیت مرزی این فکر را تجربه می کند که انسان بی ارزشی هستم این فرد با محتوای این فکر عجین می شود و این فکر در معنا و برداشت او از خود تأثیرگذار است. در واقع با کاهش گسلش شناختی افکار منفی و بی ارزشی که جنبه تفکر دارد فرد با آن عجین خواهد شد؛ و هر چه اختلال شخصیت مرزی در افراد زیاد باشد باعث می شود مرزهای بین فکر و متفکر و احساس و احساس کننده در آن ها محو شود و با کاهش گسلش شناختی در افراد موجب پدید آیی تجارب درونی غیر قابل قبول و تحمل ناپذیری می گردند و در این صورت جداسدن از این تجارب تنها راه اجتناب مستقیم از آن ها می باشد.

این پژوهش نیز همانند دیگر پژوهش های حوزه روانشناسی با محدودیت هایی مواجه بوده است. مشخص نبودن میزان وضعیت متغیرهای روانشناختی دیگر، و پایگاه اقتصادی اجتماعی دانشجویان شرکت کننده و همچنین میزان صداقت شرکت کنندگان در پاسخ به پرسشنامه های خودگزارشی است که احتمال دارد در نتیجه پژوهش اثرگذار بوده باشد. با توجه به اینکه ابزار به کار گرفته شده برای سنجش اختلال شخصیت مرزی ابزار غربی و غیر بومی است بنابراین ممکن است نتایج با تردیدهایی همراه باشد.

با توجه به یافته های پژوهش مبنی بر پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس تنظیم شناختی هیجان درمانگران و متخصصان روانشناسی در دانشگاه ها و مدارس باید در شناخت هر چه بیشتر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مولفه های تنظیم شناختی هیجان دانش آموزان و دانشجویان اهتمام لازم را به عمل آورند.

همچنین متخصصان بالینی در درمان اختلالات شخصیت مرزی بر نقش عامل پذیرش و عمل همراه با ابعاد تمایز یافتگی بیشتر تأکید نمایند. بر اساس پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس گسلش شناختی با توجه به میانجی گری تمایز یافتگی خود لازم است روانشناسان در افراد با نشانه های اختلال شخصیت مرزی توجه ویژه خود را بر عامل گسلش شناختی و میزان اسارت افراد به افکار گذشته معطوف نمایند.

## منابع

- احمدپوردیزی، جواد. (۱۳۸۸). بررسی میزان اثربخشی آموزش مسئولیت پذیری به شیوه واقعیت درمانی بر بحران هویت دانش آموزان دختر متو سطه شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، دانشکده.
- اسلامی، رضا (۱۳۹۲). در پژوهش خود با عنوان اثر بخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست در مشهد. مجله دانشکده پزشکی دانشکده علوم پزشکی مشهد، ۵۶(۵)، ۳۰۶-۳۰۰.
- افتخار، مهرداد و شعبانی، امیر. (۱۳۸۸). اختلال شخصیت مرزی نوعی از اختلال دو قطبی نیست. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۵ (۲)، ۱۵۸-۱۴۷.
- افتخار، مهرداد، کریمی کیسمی، عیسی و دادفر، محبوبه. (۱۳۸۳). همبودی اختلال های روانپزشکی در مراجعه کنندگان یک درمانگاه روانپزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۰ (۱ و ۲)، ۲۱-۱۱.
- امیری، محمد (۱۳۸۹). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای. مجله اندیشه و رفتار، دوره ی ششم، ۲۴، ۵۹-۶۸.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی DSM-IV-TR ترجمه محمد رضا نیکو و هامایا آوادیس یانس، تهران: نشر سخن
- ایمانی، مهدی و پورشهپازی، مهرداد (۱۳۹۵). پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس مولفه های انعطاف پذیری روانشناختی: پذیرش و عمل، ارزش ها و گسلش شناختی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۰(۴)، ۹-۱.
- برناه، مهشید. (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی گروه درمانی بر اساس رویکرد واقعیت درمانی بر بازسازی باورهای ارتباطی، بهبود راه بردهای مقابله ای و ارتقاء آگاهی از انتظارات زناشوی زناشویی در زنان شاغل متاهل شهر مشهد. پایان نامه، علوم تربیتی و روانشناسی.
- بیرامی، مراد. (۱۳۹۱). پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک های دلبستگی و مولفه های تمایز یافتگی. مجله ی اصول بهداشت روان، ۷۷-۶۴.
- پروچسکا، اوجیمز؛ نورکراس؛ سی جان (۱۳۹۰). ترجمه: سید محمدی، ی. (بدون تاریخ). نظریه های روان درمانی. تهران: انتشارات رشد.

- زارعی، سید. (۱۳۹۳). پیش‌بینی تعهد زناشویی برپایه عواطف خودآگاه (شرم و گناه) و تمایز یافتگی خود در دانشجویان متأهل. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱۴(۱)، ۱۱۵-۱۳۲.
- زارعی، مرجان و پیرانی، ذبیح (۱۳۹۴). پیش‌بینی سبک تصمیم‌گیری بر اساس خود تمایز یافتگی و تنظیم هیجان در نوجوانان دختر. فصلنامه نسیم تندرستی، ۱۴(۱)، ۱۰-۱۸.
- زهراکار، کاوه. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر افزایش سازگاری زناشویی. پژوهشهای مشاوره، ۴۰-۱۰، ۷۲-۵۸۰.
- شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۶). پویایی گروه و مشاوره گروهی. چاپ هفتم تهران: انتشارات رشد.
- شفیع‌آبادی، کمال آبادی، مرضیه؛ الله بیگدلی، ایمان؛ علوی، کاوه و کیان ارثی، فرحناز. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه و همبودی آن با اختلالات شخصیت در بین جانبازان شهر تهران. مجله روانشناسی بالینی، ۱۶(۱)، ۱۵-۲۶.
- شیشه بر، محمد. (۱۳۹۳). مقایسه ی هم وابستگی و تمایز یافتگی در زوجین سازگار و زوجین متقاضی طلاق. دانشگاه آزاد اراک: پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی.
- صداقت نجف آبادی، حدیثه (۱۳۹۳). رابطه ویژگی شخصیت مرزی مادران با اضطراب جدایی و مشکلات رفتاری - اجتماعی کودکان پیش دبستانی شهرستان نجف آباد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان.
- محمود علیلو، مجید، قاسم پور، عبدالله، عظیمی، زینب، اکبری، ابراهیم و فهیمی، صمد. (۱۳۹۱). نقش راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش‌بینی صفات مرزی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶(۲۴)، ۱۸-۹.
- محمودعلیلو، مجید؛ خانجانی، زینب و بیات، احمد (۱۳۹۵). پیش‌بینی اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب نوجوانان بر اساس تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. مطالعات روانشناسی بالینی، ۷(۲۵)، ۱۰۷-۱۲۸.
- محمودعلیلو، مجید؛ قاسم پور، عبدالله؛ عظیمی، زینب؛ اکبری، ابراهیم و فهیمی، صمد (۱۳۹۱). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار) (روانشناسی کاربردی)، ۶(۲۴)، ۹-۱۸.
- Akiskal. H. S. (2004). Demystifying borderline personality disorder: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica scandinavica*, 110.401 407.
- American Psychiatric, A., American Psychiatric, A., & Force, D. S. M. T. (2013). Diagnostic
- Arntz, A, Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., & van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1283-9.
- Asherson, P., Young, A.H., Eich-Hochli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis comorbidity and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adult. *Current Medical Research & Opinion* 1, 16.
- Barlow, D. H., Durand, V. M. (2002). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. Canada: Wadsworth Group.
- Beck, A. T., Freeman, A. M., & associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman A., Davis. D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York. Guilford Press.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2017). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized patients. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 2011-2017.
- Benjamin, J., Sadock, V. (2001). *Kaplan & Sadock S pocket handbook of clinical psychiatry* (3 rd.ed.) New York.
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2012). Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsych Disease Treat*, 8, 276-267.
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Kastirke, N., John, U., & Rumpf, H. J. (2013). Comorbid axis I-disorders among subjects with pathological, problem, or at-risk gambling recruited from the general population in Germany: results of the PAGE study. *Psychiatry Research*, 210(3), 1065-70.

- Farrell, J. M., Shaw, I. A., Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Fergus, T. A. (2015). I Really Believe I Suffer From a Health Problem: Examining an Association between Cognitive Fusion and Healthy Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 920- 934
- First, M. B. (2005). Mutually Exclusive versus Co-occurring Diagnostic categories: The Challenge of Diagnostic Comorbidity. *Clinical Psychiatry*, 38, 206-210.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2008). new directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. Fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*. 2nd ed. Wiley, editor, Hoboken.
- Freeman, A., Stone, M., Martin. D. (2005). *Comparative treatments for borderline personality disorder*. New York: Springer.
- Frias. A., Baltasar, I., & Birmaher, B. (2015). Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: prevalence: explanatory theories, and clinical impact. *Journal of affective disorders*, 80, 36-69.
- Gamma, A., & Angst, J. (2001). Concurrent psychiatric comorbidity and multimorbidity in a community study: gender differences and quality of life. *Fur Arch Psychiatry Clin Neuros*, 251, 43 46.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Holdwick, D., Hilsenroth, M., Castlebury, F., Blais, M. (1996). Identifying the Unique and Common Characteristics Among the DSM-IV Antisocial. Borderline and Narcissistic Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 277-286.
- Hurt, S.W., Clarkin, JF. (1990). Borderline personality disorder: prototypic typology and the development of treatment manuals. *Psychiatr Ann*, 20(1), 13-8.
- Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A. E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorder*, 11(9), 88-101.
- James, L. M., & Taylor, J. (2008). Associations Between Symptoms of Borderline Personality Disorders Externalizing Disorders and Suicide-Related Behaviors. *Am Psychiatry*. 30. 1 9.
- Joyce, P. R., Mulder, R. T., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Sullivan, P.F., & Cloninger, R. C. (2003). Borderline Personality Disorder in Major Depression: Symptomatology Temperaments Character: Diffirential Drug Responses and six month outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 35-43.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, E. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspec of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 467-480.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive - Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guildford Press: 1-25.
- Maj, M. (2005). Psychiatric comorbidity: an artefact of current diagnostic systems?. *British Journal of psychiatry*, 186, 182-184.
- McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J., John, D. S., Pfohl, B., Allen, J., & Black, D. W. (2007). Relationship of sex to symptom severity. Psychiatric comorbidity: and health care utilization in subjects with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 406-412.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American journal of psychiatry*, 163(1), 20 26.
- Speranza, M., Revah-Levy, A., Cortese, S., Falissard, B., Pham-Scottez, A., Corcos, M. (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder *BMC Psychiatry*, 11-158.

- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. Arch gen psychiatry, 36, 17-24.
- Stanley, B., & Siever, L. J. (2010). The Interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model. Am J Psychiatry, 167, 24-39.

فصلنامه ایده های نو در تعلیم و تربیت