

پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل، گسلش شناختی با نقش میانجی تمایز یافتگی خود در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد

سنندج

حسین نقدی پور^۱، محمود گودرزی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، ایران.

۲. دانشیار مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و دوم، تابستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۶-۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل، گسلش شناختی با میانجیگری تمایز یافتگی خود در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج انجام شد. این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی بود؛ به این منظور نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها 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 پرسشنامه‌ها به دو صورت چاپی (۳۰ نفر) و الکترونیکی (۱۷۰ نفر) در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش‌های همبستگی، معادلات ساختاری، تحلیل عاملی تأییدی و آلفای کرونباخ و با استفاده از نرم‌افزارهای 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 می‌توانند اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی کنند. نتایج پژوهش حاکی از حلقه‌های متصل آسیب‌های روان‌شناختی است در واقع تنظیم شناختی هیجان و گسلش شناختی با کمک تمایز یافتگی خود اختلال شخصیت مرزی را به چالش می‌کشد؛ بنابراین در پیش‌بینی عوامل اختلالات شخصیت مرزی همواره باید به متغیرهای تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل و گسلش شناختی و تمایز یافتگی توجه ویژه‌ای نمود.

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

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ به‌عنوان الگوی فراگیری از عدم ثبات در روابط شخصی، خودانگاره، عواطف و تکانش‌گری بارز شناخته می‌شود که از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در زمینه‌های متعددی ظاهر می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). بخش عمده‌ای از پژوهش‌هایی که در زمینه اختلال شخصیت مرزی به انجام رسیده است، به شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده این اختلال مربوط می‌شود که نشانه‌ای از اهمیت این شاخه مطالعاتی است. در جریان یکی از این تحقیقات، پژوهشگران به اهمیت هیجانات و بالأخص توانایی تنظیم هیجانات^۳ پی بردند (علیلو، خانجانی و بیات، ۱۳۹۵).

تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان یک‌راه شناختی برای مدیریت اطلاعات برانگیخته‌شده هیجان‌های درونی مطرح است و دلالت بر شیوه شناختی مدیریت و ورود اطلاعات فرا خواننده هیجان دارد (سلیمانی و حبیبی، ۱۳۹۳)؛ به‌عبارت دیگر فرایندهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کنند تا هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم کرده و مغلوب هیجان‌ها نشوند، به‌گونه‌ای که تنظیم شناختی منفی آسیب‌پذیری در برابر مشکلات هیجانی را به همراه دارد (کوهن و پیکرو^۴، ۲۰۰۹).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلالات برون‌ریزی شده و رفتار ایدایی همچون پرخاشگری و بیش‌فعالی بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه استفاده می‌کنند و در به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه دچار نقص و نارسایی هستند (گارنفسکی و کراچ^۵، ۲۰۰۶). یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلالات برون‌ریزی شده همچون شخصیت مرزی در سازماندهی تجارب هیجانی، ارزیابی هیجانات خود و دیگران و ابراز هیجانی به شکل مناسب در روبرو شدن با موقعیت‌های مختلف مشکل دارند و از مهارت‌های مثبت راهبردهای تنظیم هیجانی همچون برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد و پذیرش کمتر استفاده می‌کنند (بیدمن^۶، ۲۰۱۲).

باوجوداینکه تحقیقات مهم و اثرگذاری در حوزه شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده اختلال شخصیت مرزی تاکنون به انجام رسیده است که ازجمله آن به نقش احتمالی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۷ در پیش‌بینی این اختلال می‌توان اشاره کرد. انعطاف‌پذیری شناختی که مستلزم توانایی برقراری ارتباط با لحظه حال و قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب درون روانی است (کشدان و روتنبرگ^۸، ۲۰۱۰)؛ حاصل چند فرایند شناختی است که در پژوهش حاضر دو فرایند پذیرش و عمل^۹ و گسلش شناختی^{۱۰} به‌عنوان دو متغیر پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار می‌گیرد. پذیرش و عمل به معنای توجه آگاهانه به حال و

¹ Borderline Personality Disorder

² American Psychiatric

³ Cognitive Emotion Regulation

⁴ Cohen & Piquero

⁵ Garnefski & Kraaij

⁶ Biederman

⁷ Psychological flexibility

⁸ Kashdan TB, Rottenberg

⁹ Acceptance and Action

¹⁰ Cognitive Defusion

فرایند پذیرش نتیجه‌ی اعمال، علاوه بر فرایندهای عمل متعهدانه و تغییر رفتار است (پیتز، دویناس و گینور^۱، ۲۰۱۷). گسلش شناختی نیز به تلاش‌های 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^۲، ۲۰۱۲). بر اساس این رویکرد نظری، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی می‌تواند به انعطاف‌پذیری و سلامت روان‌شناختی بیانجامد و گسلش به افراد کمک می‌کند تا با افکار به شیوه‌های متفاوتی تعامل داشته باشند (فرمن و هربرت^۳، ۲۰۰۸). بنابراین به نظر می‌رسد که سلامت روانی نیازمند پذیرش مثبت و عمل مستقل از احساسات (پذیرش و عمل) در تعامل متفاوت با افکار و استرس‌هاست (گسلش شناختی) که پیامد آن انعطاف روان‌شناختی و در نتیجه سازگاری بیشتر است (فرگوس^۴، ۲۰۱۵). در همین راستا گیلاندرز و همکاران^۵ (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^۶ 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^۷، ۲۰۱۴). تمایز یافتگی چهار مؤلفه دارد که شامل واکنش‌پذیری هیجانی^۸، جایگاه من^۹، گریز هیجانی^{۱۰} و هم آمیختگی با دیگران است^{۱۱} (بوئن^{۱۲}، 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 جافانده

¹ Petts, Duenas & Gaynor

² Hayes

³ Forman & Herbert

⁴ Fergus

⁵ Gillanders and etal

⁶ Self-Differentiation

⁷ Andy and etal

⁸ Emotional Reactivity

⁹ I position

¹⁰ Emotional Cut Off

¹¹ Fusion with Others

¹² Bowen

هدایت کند (که دقیقاً مصداق پذیرش و عمل است)، درجه یا سطح تمایزیافتگی خود را به نمایش گزارده است (نیکخواه، یونسی و برجعلی، ۱۳۹۱). تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که تمایزیافتگی خویشتن با اختلال شخصیت مرزی رابطه‌ی منفی و معناداری دارند (پلیگ و راهل^۱، 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 (چینگ^۲، 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^۳، 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^۴، ۲۰۱۲). به‌علاوه 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^۵، ۲۰۱۱). در شرح‌حال چنین افرادی، تعارضات متعدد در حوزه‌های رفتاری، هیجانی، شناختی و بین فردی دیده‌شده است که برای آن‌ها پیامدهای سوء فردی، خانوادگی و اجتماعی به همراه دارد (پیوسته گر، ۱۳۹۷). از آنجاکه روابط بین فردی یکی از عوامل خطر ساز بروز آسیب‌های روان‌شناختی در دانشجویان است که این موضوع سلامت روانی آن‌ها را که درواقع 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^۶، ۲۰۱۷) و همان‌طور که گفته شد افراد مبتلا به این اختلال، دارای مزمن‌ترین علائم آسیب‌شناسی روانی و روان‌پزشکی

¹ Peleg & Rahal

² Chung

³ Vihang

⁴ Loas and et al

⁵ Sharp and et al

⁶ Becker and et al

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 سنج در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود که بر اساس آمار گزارش شده 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 سنج 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 چاپی 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 (STB) توسط لیشرنرینگ در سال ۱۹۹۹ و به‌منظور 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 تکانش‌گری، 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 تکانش‌گری سؤالات ۱۶-۸ و عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس سؤالات ۲۲-۱۷ 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 کم است. نمره بین ۷ تا ۱۵ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد متوسط

است و نمره بین ۱۵ تا ۲۲ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد زیاد است. جکسون و کلاریچ 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 گرای 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، کرایچ و اسپینهاون^۱ (۲۰۰۱) در کشور هلند ساخته شده است. این پرسشنامه افکار فرد را پس از برخورد با یک تجربه 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) قابل استفاده 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 هرکدام 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

¹ Garnefski, Kraaij & Spinhoven

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 ترجمه شده 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. این پرسشنامه در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی - رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. روایی همزمان آن با مقیاس مارتین و رایین ۰/۷۵ بود و پایایی آن به ترتیب خرده مقیاس‌ها ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۹۱ گزارش شده است. در ایران شاره و همکاران (۱۳۹۱) ضریب پایایی آن را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه استاندارد گسلش شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰): پرسشنامه گسلش شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال می‌باشد و بر اساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت با سؤالاتی مانند (حتی وقتی افکار ناراحت‌کننده به سراغم می‌آید میدانم که این افکار در نهایت بی‌اهمیت می‌شوند) به سنجش گسلش شناختی می‌پردازد. امتیاز پاسخ‌ها به صورت شش گزینه‌ای هرگز ۱، خیلی به ندرت ۲، برخی اوقات ۳، اغلب ۴، تقریباً همیشه ۵ و همیشه ۶ می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن ۱۲ و حداکثر ۷۲ خواهد بود. نمره بین ۱۲ تا ۲۴: میزان گسلش روان‌شناختی در حد پایینی می‌باشد. نمره بین ۲۴ تا ۴۸: میزان گسلش روان‌شناختی در حد متوسطی می‌باشد و نمره بالاتر از ۴۸: میزان گسلش روان‌شناختی در حد بالایی می‌باشد. 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^۱ (۱۹۸۸) ساخته شد و دارای ۴۵ سؤال یا گویه می‌باشد که در مقیاس لیکرت از سطح ۱ تا ۶ درجه‌بندی شده‌اند. فرم اولیه این پرسشنامه توسط اسکورن و فرایدلندر (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 می‌رود، 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 گزینه‌ای از: ۱ (ابدأ در مورد من صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً در مورد من صحیح است) درجه‌بندی شده است. به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ و ۶ تعلق می‌گیرد. به این شیوه که به گزینه ۱ نمره ۱ و به گزینه ۶ نمره ۶ داده می‌شود. حداکثر نمره این مقیاس برابر با ۲۷۶ است. نمره کمتر در این پرسشنامه نشانه سطوح پائین تمایز یافتگی است.

¹ Skowron & Fridlander

ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برابر $0/93$ و روایی آن همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در این مقیاس با رفتار خیانت‌آمیز برابر $0/80$ به‌دست‌آمده 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 $0/86$ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول (۱) نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی تحقیق را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی تحقیق

آماره ابعاد 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
علائم تجزیه ایی	۱/۳۹	۱/۳۹	۰/۱۳۷	-۰/۵۰۴
اختلال شخصیت مرزی (کلی)	۶/۱۹	۴/۵۲	۰/۳۳۲	۰/۵۸۸
همجوشی	۲۳/۷۱	۴/۹۲	۰/۰۴۲	۰/۵۸۴
گسلش	۹/۳۸	۲/۳۷	-۰/۸۵۳	-۰/۲۵۱
همجوشی شناختی (کلی)	۳۳/۰۹	۶/۶۱	-۰/۴۴۰	-۰/۴۳۸
اجتناب از تجارب هیجانی	۴۱/۱۵	۶/۴۸	-۰/۴۷۴	۰/۰۶۸
کنترل روی زندگی	۱۲/۳۲	۴/۳۱	۰/۷۵۵	۰/۳۲۵
پذیرش و عمل (کلی)	۵۳/۴۷	۸/۳۵	۰/۴۵۵	۰/۱۱۲
سرزنش خود	۳/۵	۱/۹۱	-۰/۴۴۸	-۰/۲۹۰
پذیرش	۳/۳۶	۱/۸۸	-۰/۷۳۵	-۰/۶۴۴
نشخوار فکری	۴/۸۴	۱/۹۹	-۰/۶۲۳	-۰/۵۰۹
فاجعه‌آمیز 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	۰/۵۶۳
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۵/۵	۲/۲	۰/۷۸۱	۰/۹۵۲
دیدگاه گیری	۵	۲/۱	۰/۵۴۴	۰/۳۶۹
واکنش‌پذیری عاطفی	۳۹/۳۲	۶/۵۲	-۰/۴۴۸	-۰/۲۹۰
جایگاه من	۳۹/۶۵	۶/۴۶	-۰/۷۳۵	-۰/۶۴۴
گریز عاطفی	۵۰/۱۵	۷/۶۹	-۰/۶۲۳	-۰/۵۰۹
هم آمیختگی با دیگران	۳۱/۸۲	۷/۸۳	۰/۵۸۸	۰/۳۲۶
تمایز یافتگی	۱۶/۹۶	۱۰/۳۱	۰/۵۲۴	۰/۳۶۹

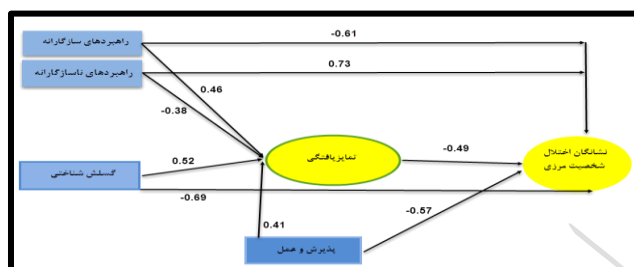
به‌منظور انتخاب آزمون پارامتریک یا ناپارامتریک، ابتدا می‌باید از توزیع آماری متغیرها، اطمینان حاصل کرد. برای آزمون نرمال بودن توزیع، از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرها

متغیرها شاخص‌ها	مقدار آزمون	سطح معنی‌داری
اختلال شخصیت مرزی	۰/۹۲۲	۰/۳۶۳
تمایز یافتگی	۰/۹۱۲	۰/۳۷۶
پذیرش و عمل	۱/۲۱۵	۰/۰۸۸
تنظیم شناختی هیجان	۰/۹۳۹	۰/۳۴۲
گسلش شناختی	۰/۷۶۴	۰/۶۰۳

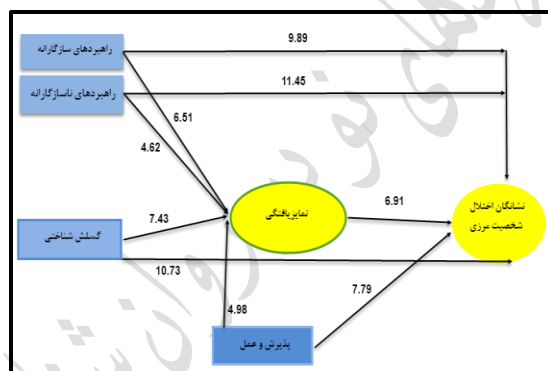
چنانچه در جدول ۲ نمایان است، توزیع تمامی متغیرها با توجه به این‌که سطح معناداری آن‌ها بزرگ‌تر از $0/05$ است، نرمال هستند. بعد از تأیید ساختار عاملی سازه‌های پژوهش، جهت بررسی روابط میان متغیرها از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. نتایج حاصل از تحلیل به‌صورت تفکیک‌شده ارائه شده است. تحقیق حاضر دارای چهار سؤال می‌باشد که در نتیجه تأثیر متغیرهای

برون‌زا بر متغیرهای درون‌زا و همچنین تأثیر متغیرهای درون‌زای تحقیق بر هم حاصل شده‌اند. محقق به منظور بررسی سؤالات تحقیق از بخش ساختاری مدل معادلات ساختاری موسوم به تحلیل مسیر استفاده نموده است. معیار ما جهت تأیید یا رد فرضیات عدد معناداری می‌باشد. نمودارهای ۱ و ۲ روابط بین متغیرهای تحقیق را در دو حالت تخمین استاندارد و اعداد معناداری نشان می‌دهد.



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 موردنظر 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 معنی‌داری (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 معنادار بودن رابطه بین متغیرهای پژوهش می‌باشد.

مبتنی بر شاخص‌های برازش به‌دست‌آمده می‌توان استنباط کرد که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، پذیرش و عمل و همجواری شناختی به‌واسطه تمایز یافتگی قادرند در قالب روابط علی-ساختاری اختلال شخصیت مرزی را به‌طور معنی‌دار و بهینه و مطلوب تبیین و پیش‌بینی نمایند.

علاوه بر این در راستای بررسی فرضیه‌های پژوهش از برون داده‌های مدل ساختاری به‌ویژه 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 وابسته	متغیر وابسته	مقدار B استاندارد	مقدار t محاسبه شده	سطح معنی‌داری
تنظیم شناختی هیجان	راهبردهای سازگاران	۰/۴۶	۶/۵۱	۰/۰۱
	راهبردهای ناسازگاران	-۰/۳۸	۴/۶۲	۰/۰۱
	راهبردهای ناسازگاران	۰/۴۱	۴/۹۸	۰/۰۱
پذیرش و عمل	تنظیم شناختی هیجان	۰/۵۲	۷/۴۳	۰/۰۱
تنظیم شناختی هیجان	راهبردهای سازگاران	-۰/۶۱	۹/۸۹	۰/۰۱
	راهبردهای ناسازگاران	۰/۷۳	۱۱/۴۵	۰/۰۱
پذیرش و عمل	اختلال شخصیت مرزی	-۰/۵۷	۷/۷۹	۰/۰۱
گسلش شناختی	اختلال شخصیت مرزی	-۰/۶۹	۱۰/۷۳	۰/۰۰۱

جدول ۵. آزمون بوت استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	روش بوت استرپ	مقدار سوگیری	خطای برآورد	مقدار اثر غیرمستقیم	سطح معنی‌داری
		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	۰/۰۳۶	۰/۱۴۱۱	-۰/۱۹
همجواری شناختی	تمایز یافتگی	اختلال شخصیت مرزی	۰/۳۱۱۱	۰/۱۱۲۸	۰/۰۱۶	۰/۰۱۱	-۰/۱۸

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

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های موجود حاکی از برازش مدل معادلات ساختاری بود. به‌عبارتی 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 سنندج قابل پیش‌بینی 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)، پورشهریار 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)، پورشه‌بازی (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 مؤلفه‌های تنظیم هیجانی قابل پیش‌بینی است؛ اما راهبردهای انطباقی قادر به پیش‌بینی اختلال شخصیت

مرزی نبودند؛ و مؤلفه‌های ناسازگارانه اختلال شخصیت مرزی سطح بالاتری از اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کردند. این یافته‌ها نارساکنش وری عاطفی و هیجانی و نارسایی در درک و تنظیم هیجان‌ها در اختلال شخصیت مرزی را تأیید می‌کند. از آنجا که تنظیم هیجان در ارتباطات بین فردی، انتقال احساسات به دیگران، ایجاد، حفظ و قطع رابطه با دیگران نقش اساسی دارد (گراس، ۲۰۰۲) پیش‌بینی مؤلفه ارزیابی مجدد با صفات شخصیت مرزی، می‌تواند تبیین‌کننده‌ی 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، ریشه دارند 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 پیش‌بینی است. همان‌طور 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 آن‌ها به صورت وقایع خصوصی موقت است. درواقع 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؛ به‌طوری‌که فرد با اختلال شخصیت مرزی این فکر را تجربه می‌کند که انسان بی‌ارزشی هستم این فرد با محتوای این فکر عجین می‌شود و این فکر در معنا و برداشت او از خود تأثیرگذار است. درواقع با کاهش گسلش شناختی افکار منفی و بی‌ارزشی که جنبه تفکر دارد فرد با آن عجین خواهد شد؛ و هر چه اختلال شخصیت مرزی در افراد زیاد باشد باعث می‌شود مرزهای بین فکر و متفکر و احساس و احساس کننده در آن‌ها محو شود و با کاهش گسلش

شناختی در افراد موجب پدیدآیی تجارب درونی غیرقابل قبول و تحمل‌ناپذیری می‌گردند و در این صورت جداشدن از این تجارب تنها راه اجتناب مستقیم از آن‌ها می‌باشد.

این پژوهش نیز همانند دیگر پژوهش‌های حوزه روانشناسی با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. مشخص نبودن میزان وضعیت متغیرهای روان‌شناختی دیگر و پایگاه اقتصادی اجتماعی دانشجویان شرکت‌کننده و همچنین میزان صداقت شرکت‌کنندگان در پاسخ به پرسشنامه‌های خود گزارشی 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 غریبومی است بنابراین ممکن است نتایج با تردیدهایی همراه باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس تنظیم شناختی هیجان درمانگران و متخصصان روانشناسی در دانشگاه‌ها و مدارس باید در شناخت هر چه بیشتر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های 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 تمایزیافتگی بیشتر تأکید نمایند. بر اساس پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس گسلش شناختی با توجه به میانجی‌گری تمایزیافتگی خود لازم است روانشناسان در افراد با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی توجه ویژه خود را بر عامل گسلش شناختی و میزان اسارت افراد به افکار گذشته معطوف نمایند.

منابع

- احمدپوردیزجی، جواد (۱۳۸۸). بررسی میزان اثربخشی آموزش مسئولیت‌پذیری به شیوه واقعیت‌درمانی بر بحران هویت دانش آموزان دختر متوسطه شیراز. پایاننامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.
- اسلامی، رضا (۱۳۹۲). 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)، ۱۴۷-۱۵۸.
- افتخار، مهرداد، کریمی کیسمی، عیسی و دادفر، محبوبه. (۱۳۸۳). همبودی اختلال‌های روانپزشکی در مراجعه کنندگان یک درمانگاه روانپزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۰ (۱ و ۲)، ۱۱-۲۱.
- امیری، محمد (۱۳۸۹). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر منبع کنترل و راهبردهای مقابله‌ای. مجله اندیشه و رفتار، ۶(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 پورشهبازی، مهرداد (۱۳۹۵). پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی: پذیرش و عمل، ارزش‌ها و گسلش شناختی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۰(۴)، ۹-۱.

- برناه، مهشید. (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی گروه درمانی براساس رویکرد واقعیت درمانی بر بازسازی باورهای ارتباطی، بهبود راه بردهای مقابله ای و ارتقاء آگاهی از انتظارات زناشویی در زنان شاغل متأهل شهر مشهد. پایان نامه، علوم تربیتی و روانشناسی.
- بیرامی، مراد (۱۳۹۱). پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک های دلبستگی و مؤلفه‌های تمایز یافتگی. مجله ی اصول بهداشت روان، ۱، ۶۴-۷۷.
- پروچسکا، اوجیمز؛ نورکراس؛ سی‌جان (۱۳۹۰). ترجمه: سید محمدی، ی. (بدون تاریخ). نظریه‌های 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، ۴(۱)، ۱۱۵-۱۳۲.
- زارعی، مرجان و پیرانی، ذبیح (۱۳۹۴). پیش‌بینی سبک تصمیم‌گیری براساس خود تمایز یافتگی و تنظیم هیجان در نوجوانان دختر. فصلنامه نسیم تندرستی، ۴(۱)، ۱۸-۱۰.
- زهراکار، کاوه (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر افزایش سازگاری زناشویی. پژوهش های مشاوره، ۱۰، ۷۲-۴۰.
- شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۶). پویایی گروه و مشاوره گروهی. چاپ هفتم تهران: انتشارات رشد.
- شفیع‌ی 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، ۶(۱)، ۱۵-۲۶.
- شیشه بر، محمد (۱۳۹۳). مقایسه ی هم وابستگی و تمایز یافتگی در زوجین سازگار و زوجین متقاضی طلاق. پایان نامه کارشناسی ارش، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک.
- 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)، ۹-۱۸.
- محمودعلیلو، مجید؛ خانجانی، زینب و بیات، احمد (۱۳۹۵). پیش بینی اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب نوجوانان بر اساس تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله ای و نشانه های 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 پیش بینی 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 Association, & Force, D. S. M. T. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- 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, 11-17.
- Benjamin, J., Sadock, Virginia, A. (2001). *Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry* (3rd 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. *Neuropsychiatric Disease Treatment*, 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: Differential Drug Responses and six month outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 35-43.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, E. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect 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.

- Stoffers, J. M. M., & Heijden, B. I. (2009). Towards an HRM model predicting Organizational performance by enhancing innovative work behavior: A Study among Dutch SMEs in the Province of Limburg. *Business Leadership Review*, 6, 1-13
- Tragesser, S. L., Lippman, L. G., Trull, T., et al. (2008). Borderline personality disorder features and cognitive: emotional and predicted behavioral reactions to teasing. *Journal of Research in personality*, 42, 1512-1523.
- Trull, T., Sher, K., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2002). Borderline Personality Disorder and Substance use disorder: A review and integration. *Clinical psychology Review*, 10, 235-253.
- Wilkinson-Ryan, T., Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *Am J Psychiat*, 157, 528-541.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی