

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۶/۰۶
تاریخ بررسی مقاله: ۹۳/۰۷/۱۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۰۱

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۳
دوره‌ی چهارم، سال ۲۱، شماره‌ی ۲
ص:ص: ۸۸-۶۵

بررسی رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی، فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه و بدتنظیمی هیجانی با اختلال شخصیت مرزی^۱

مجید محمودعلیلو*

** توج هاشمی

*** منصور بیرامی

**** عباس بخشی‌پور

***** محمدامین شریفی

چکیده

هدف از تحقیق حاضر، پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس تجارب تروماتیک دوران کودکی (سابقه‌ی بدرفتاری و فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه از اعضای خانواده) با نقش تعدیل‌کنندگی بدتنظیمی هیجانی بود. بدین منظور، ۴۱۳ شرکت‌کننده از دانشجویان دانشگاه تهران به شیوه‌ی نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای سنجش متغیرها از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، مقیاس شخصیت مرزی، پرسشنامه‌ی کودک‌آزاری و مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (DERS) استفاده شد. داده‌های خام به دست آمده با استفاده از مدل معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش فعلی، به تحقیقات قبلی نزدیک بود. نتایج نشان داد که مدل نظری برازش مناسبی

۱. مقاله مستخرج از رساله دکتری

alilou_647@yahoo.com

* استاد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

tourajhashemi@yahoo.com

** دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

bayrami@yahoo.com

*** استاد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

a_bakhshipoor@yahoo.com

**** استاد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

***** دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

psychology.sharifi@gmail.com

دارد و تجارب تروماتیک دوران کودکی (بویژه آزارهای هیجانی) و بدتنظیمی هیجانی، پیش‌بین‌های خوبی برای اختلال شخصیت مرزی هستند.

کلید واژگان: اختلال شخصیت مرزی، بدرفتاری دوران کودکی، فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه.

مقدمه

سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) توجه درمانگران و پژوهشگران بسیار زیادی را در طول ۳۵ سال گذشته به خود جلب کرده است. نخستین کوشش‌ها جهت تبیین شکل‌گیری BPD به سنت روانکاوی برمی‌گردد و سه نظریه‌ی عمده‌ی روان‌پویشی برای تبیین پاتوژنز^۲ (پدیدآیی) این اختلال پیشنهاد شده است. کرنبرگ معتقد است بیماران مبتلا به BPD، پرخاشگری افراطی یا مازاد دارند، یعنی به دلیل مسایل سرشتی زیربنایی، و یا به خاطر ناکامی نیازهای اولیه‌ی آنها توسط مراقبان غیرحساس، میزان پرخاشگری آنها بیش از حد معمول است. در دومین نظریه، آدلر و بویی (۱۹۷۹) پیشنهاد کرده‌اند که شکست‌ها و کمبودهایی که در مادری کردن اولیه وجود دارند، به نارسایی در شکل‌گیری ثبات شیئی منجر می‌شود. در سومین نظریه، مسترسون^۳ (۱۹۸۱) مشکل اصلی بیماران مرزی را در پاتولوژی مادرانه، کناره‌جویی لیبیدینال او از فرزند و ناکام کردن فرآیند جدایی-تفرد^۴ کودک (اصطلاح ابداعی ماهرلر)، جستجو می‌کند. به عقیده‌ی مسترسون، مادر به کودک فرصت نداده است که از عهده‌ی تکلیف جدایی-تفرد برآید. در خانواده‌های بیماران مرزی، خود مادر اساساً به BPD مبتلاست و در رابطه با اضطراب جدایی، به شدت دچار مشکل است.

گذشته از دیدگاه‌های روان‌پویشی، نظریه‌پردازان دیگر از سایر رویکردهای نظری نیز به تبیین BPD پرداخته‌اند که از بین آنها می‌توان به مدل مسیره‌های چندگانه‌ی^۵ زانارینی^۶ و فرانکنبورگ^۷ (۱۹۹۴؛ ۱۹۹۷) که مدل سه‌بخشی^۸ شکل‌گیری BPD نیز نامیده می‌شود، اشاره

- 1- Borderline Personality Disorder
- 2- pathogenesis
- 3- Masterson
- 4- separation-individuation
- 5- multiple pathway model
- 6- Zanarini
- 7- Frankenberg
- 8- tripartite model

کرد. مطابق این دیدگاه، BPD از ترکیب پیچیده‌ی سه مؤلفه‌ی خلق و خوی ذاتی فرد، تجربه‌های دردناک و چالش برانگیز کودکی (انواع رویدادهای تروماتیک)، و شکل‌های ظریفی از کزکاری‌های نورولوژیک و بیوشیمیایی ناشی می‌شود. نظریه‌ی ذهنیت‌های طرحواره‌ای یانگ^۱ و همکاران (۲۰۰۳) نیز جزء دیدگاه‌های اخیرتر درباره سبب‌شناسی BPD است که بر دو عامل اصلی در شکل‌گیری این اختلال تأکید می‌کند: عوامل بیولوژیک (سرشت آسیب‌پذیر کودک) و محیط خانوادگی بشدت ناکارآمد و آشفته که ناامنی، بی‌ثباتی، تنبیه‌گری، طردکنندگی، انقیاد^۲ و محرومیت، از وجه مشخصه‌های این محیط خانوادگی است.

وجه مشترک تمامی نظریه‌های سبب‌شناسی BPD که در بالا به آنها اشاره شد، از این قرار است که معتقدند دوران کودکی و نوجوانی بیماران مرزی با دشواری‌ها و آشوب‌های زیادی همراه بوده است که مهم‌ترین آنها انواع چهارگانه‌ی بدرفتاری (جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت) و تجربه‌ی فقدان یا جدا شدن از اعضای خانواده است. منطبق با همین نظریه‌ها، مطالعات بسیار زیادی در مورد سبب‌شناسی BPD در طول سال‌های اخیر انجام شده است. متداول‌ترین پیشینه‌ی پژوهشی درباره سبب‌شناسی BPD، حوزه‌ی مربوط به آزارهای دوران کودکی، بویژه آزار جنسی است (الزی^۳، ۲۰۰۹)؛ چرا که آزارهای جنسی دوران کودکی را بیماران مرزی بیشتر از تمامی اختلالات شخصیتی دیگر گزارش کرده‌اند (لاپورت و گاتمن، ۱۹۹۶؛ سابو، ۱۹۹۷). رابطه‌ی بین BPD و سوءاستفاده‌ی جنسی دوران کودکی و نوجوانی، در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های جمعیت عمومی (جانسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک‌میلان و همکاران، ۲۰۰۱؛ بوش و همکاران، ۲۰۰۳)، نمونه‌های بالینی (لوپستال و همکاران، ۲۰۱۰؛ بیرر و همکاران، ۲۰۰۳؛ هورش و همکاران، ۲۰۰۹) و همچنین نمونه‌های زندانی (رابرت و همکاران، ۲۰۰۸) تأیید شده است (به نقل از پردا^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). در همین راستا، گودمن و یهودا^۵ (۲۰۰۲) تعدادی از مطالعات تجربی را مرور کرده و دریافتند که نرخ کلی آزارهای جنسی دوران کودکی در بین بیماران دچار BPD ۴۰ تا ۷۰٪ است، در حالی که همین آمار برای سایر اختلالات شخصیتی، بین ۱۹ تا ۲۶٪ گزارش شده است. علاوه بر این،

-
- 1- Young
 - 2- subjugating
 - 3- Elzy
 - 4- Pereda
 - 5- Goodman & Yehuda

نتایج محققان زیادی نشان داده است که سوء استفاده‌های جنسی دوران کودکی با شکل‌گیری BPD رابطه‌ی همبستگی و حتی علیتی دارد (بارنو و همکاران، ۲۰۱۰^a؛ بورنووالووا^۱ و همکاران، ۲۰۱۳؛ لانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۲؛ زانارینی و همکاران، ۲۰۰۲؛ سولوف و همکاران، ۲۰۰۲؛ مک‌لین و گالوپ^۳، ۲۰۰۳).

بدرفتاری عاطفی (هیجانی) یکی دیگر از انواع سوء رفتار است که در گذشته بیماران مرزی گزارش شده است. تحقیق ولش (۱۹۷۷) از مطالعات پیشگام در این زمینه بود و نشان داد که اکثر بیماران مبتلا به BPD (۸۷٪) روابط خود را با یک یا هر دو والد را به صورت سرد، فاصله‌دار و عاری از احساس‌های دلبستگی توصیف می‌کنند. تحقیقات بعدی نیز نشان داده‌اند که بدرفتاری هیجانی، وجه مشخصه‌ی محیط اولیه‌ای بوده که بیماران مرزی در آن رشد کرده‌اند و عمدتاً شامل موارد زیر می‌شود: الف) شکست والدین در فراهم آوردن حمایت و مراقبتی که کودک به آن نیازمند است؛ ب) رفتار بی‌ثبات والدین؛ و در نهایت ج) انکار افکار و احساسات کودک (جود و مک‌گلاشان، ۲۰۰۳). از مجموع مطالعات انجام شده چنین برمی‌آید که مادران بیماران مبتلا به BPD افرادی خودمحور^۴ بوده‌اند که برای ارضاء نیازهای خود، فرزندشان را وسیله قرار داده‌اند (گولومب^۵ و همکاران، ۱۹۹۴) و رفتاری بی‌ثبات و مداخله‌گر داشته‌اند (بزرگانیان^۶ و همکاران، ۱۹۹۳) و پدران نیز عموماً یا در منزل غایب بوده‌اند و یا درگیری و ارتباط بسیار اندکی با کودکانشان داشته‌اند (زانارینی، ۲۰۰۰). در مجموع سانسون و سانسون (۲۰۰۹) این طور جمع‌بندی کرده‌اند که سبک ارتباطی والدین بیماران مبتلا به BPD با فرزندانشان از لحاظ رفتاری مداخله‌گر، بیش‌درگیر^۷ و کنترل‌کننده است و از لحاظ هیجانی با عدم محبت، نبود همدلی و کناره‌گیری هیجانی مشخص می‌شود.

یکی دیگر از انواع بدرفتاری که در دوران کودکی و نوجوانی بیماران مرزی گزارش شده است، بدرفتاری جسمی، یعنی کتک زدن کودک است که در تحقیقات مختلف، نرخ‌های متفاوتی برای آن گزارش شده است. برای مثال، تحقیق لینکس و همکاران (۱۹۸۸) میزان

-
- 1- Bornovalova
 - 2- Lang
 - 3- McLean & Gallop
 - 4- ego-centric
 - 5- Golomb
 - 6- Bezirgianian
 - 7- over-involvement

بدرفتاری جسمی در بین بیماران مبتلا به BPD را ۲۹٪، هرمان و همکاران (۱۹۸۹) ۷۱٪؛ زانارینی و همکاران (۱۹۸۹) ۴۶٪، اوگاتا و همکاران (۱۹۹۰) ۴۲٪، شیرر و همکاران (۱۹۹۰) ۲۵٪، وستن و همکاران (۱۹۹۰) ۵۲٪، سالزمن و همکاران (۱۹۹۳) ۱۵٪، پاریس و همکاران (۱۹۹۴) ۷۳٪، پاریس و همکاران (۱۹۹۴) ۶۶٪، و همچنین، گولیر^۱ و همکاران (۲۰۰۳) ۵۲٪ گزارش کرده‌اند. همان طور که مشاهده می‌شود شیوع بدرفتاری جسمی در این مطالعات، بین ۱۰ تا ۷۳٪ در نوسان است (میانگین: ۴۶٪). همان طور که مشاهده می‌شود نتایج مطالعات فوق یکدست نیست. شاید دلیلش این باشد که تمامی مطالعاتی که به بررسی بدرفتاری کودکی در گذشته‌ی بیماران مرزی پرداخته‌اند، از نوع گذشته‌نگر^۲ بوده‌اند و به طور کامل قابل اطمینان و استناد نیستند.

یکی دیگر از رویدادهای تروماتیک که در دوران کودکی بیماران دچار BPD به کرات گزارش شده است، سابقه‌ی جدایی فرد از یکی از اعضای خانواده و یا مرگ آنها است. برای مثال، مطالعه‌ی ولش^۳ (۱۹۷۷) نشان داد که اکثر خانواده‌های بیماران مبتلا به BPD (۵۷٪) سابقه‌ی فقدان والدین بواسطه‌ی طلاق یا مرگ را تجربه کرده‌اند و این مقدار فقدان، به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل هم‌تا شده‌ی مبتلا به اسکیزوفرنیا بود. بردلی^۴ (۱۹۷۹)؛ به نقل از مارزیالی، (۱۹۹۲) تاریخچه‌ی جدایی‌های اولیه از مادران یا مراقبان را در ۱۴ نوجوان مبتلا به BPD، ۱۲ بیمار روان‌پریش، ۱۳ بیمار غیرروان‌پریش و ۲۳ بزهکار غیرروان‌پریش با یکدیگر مقایسه کرد. جدایی^۵ در این مطالعه، به عنوان جدا شدن کودک از خانه، به مدت دوره‌ای ۳ تا ۴ هفته‌ای و یا بیشتر تعریف شده بود. نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران مرزی، بیشترین و طولانی‌ترین جدایی‌ها را طی ۵ سال نخست زندگی تجربه کرده‌اند. سولوف و میلوارد^۶ (۱۹۸۳) نیز با استفاده از روش گذشته‌نگر، تجربه‌ی جدایی‌های ابتدای زندگی را در بیماران مرزی، اسکیزوفرنیک و افسرده بررسی کردند. نتایج حاکی از آن بود که درصد قابل توجهی از بیماران مرزی (۴۷٪) فقدان والدین را (به واسطه‌ی طلاق یا مرگ) بیش از سایر گروه‌ها تجربه

-
- 1- Golier
 - 2- retrospective
 - 3- Walsh
 - 4- Bradly
 - 5- separation
 - 6- Millward

کرده‌اند. مشابه همین نتایج در مطالعه آکيسکال و همکارانش (۱۹۸۵) نیز تکرار شده است. لاپورت و گاتمن (۱۹۹۶) نیز نشان داد که سابقه‌ی فرزندخواندگی، طلاق والدین، و غیبت هر دو والد از خانه، در بیماران دچار BPD بیشتر از سایر اختلالات شخصیت بود.

با این که بسیاری از تحقیقات این طور نتیجه‌گیری کرده‌اند که ارتباطی علی بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با BPD وجود دارد، ولی به معنای آن نیست که تمام قربانیان بدرفتاری کودکی به این اختلال مبتلا می‌شوند (لیب و همکاران، ۲۰۰۴). به عنوان مثال، اسپاسارلی (۱۹۹۴؛ به نقل از الزی، ۲۰۰۹) گزارش کرده است که بین ۲۰ تا ۵۰ درصد از کودکانی که قربانی آزارهای جنسی شده‌اند، عواقب منفی سلامت روان، من جمله BPD را در آینده تجربه نمی‌کنند. در مقابل نیز، ۳۰ تا ۶۰٪ از بیماران مبتلا به BPD هیچ نوع تجربه‌ای از بدرفتاری را گزارش نکرده‌اند (الزی، ۲۰۰۹؛ گودمن و یهودا، ۲۰۰۲). از همین رو، بسیاری از مطالعات در باب سبب‌شناسی BPD در سال‌های اخیر، تنها بر نقش بدرفتاری دوران کودکی تأکید ندارند و به دنبال متغیرهای میانجی بین رویدادهای تروماتیک کودکی و BPD هستند که "حمایت اجتماعی" (الزی، ۲۰۰۹) و "عاطفه منفی" (رابرتسون، ۲۰۰۸) از جمله‌ی این متغیرهای میانجی هستند. برخی از پژوهش‌هایی هم که به تازگی آغاز شده‌اند (مثل مطالعه یین و همکارانش، ۲۰۰۴) به بررسی نقش "بدتنظیمی هیجانی" به عنوان متغیر میانجی بین بدرفتاری کودکی و شکل‌گیری BPD پرداخته‌اند.

عدم توانایی برای پاسخ دادنِ منعطف به هیجان‌ها و کنترل (مدیریت) آنها، ساده‌ترین تعریفی است که از بدتنظیمی هیجانی ارائه شده است (کارپنتر و ترول، ۲۰۱۳). این ایده که بدتنظیمی هیجانی، محرک اولیه و پیش‌آمدگی سرشتی زیربنایی برای برخی از علائم BPD است، توسط برخی از پژوهش‌ها نشان داده شده است (برای مثال، هارت^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). البته بعضی از محققان عقیده‌ی دیگری دارند؛ آنها بر این باورند که بدتنظیمی هیجانی، پیش‌آمدگی سرشتی اولیه در سبب‌شناسی این اختلال نیست، بلکه مشکلات فرد در تنظیم هیجانی، به دنبال رویارویی با تروماهای دوران کودکی بوجود می‌آید (برای مثال گلداسمیت^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج تحقیقات گسترده حاکی از آن است که افراد مبتلا به BPD در رابطه

1- Hart

2- Goldsmith

با هیجان‌هایی مثل غمگینی، ترس، خشم و شرم، احتمال بیشتری دارد که شدت عاطفی یا واکنش‌پذیری هیجانی نشان دهند. برای مثال، ترول^۱ و همکاران (۲۰۰۸) یک ابزار الکترونیکی^۲ برای ثبت روزانه‌ی هیجان‌ها را به ۳۴ بیمار مبتلا به BPD و ۲۶ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی دادند و از آنها خواستند که به مدت یک ماه این ابزار را همراه خود داشته باشند و روزانه ۶ بار حالت خلقی خود را ثبت کنند. نتایج نشان داد که میانگین سطوح عواطف منفی و مثبت بیماران مرزی در مقایسه با بیماران افسرده، تفاوت معناداری نداشت، ولی میزان نوسان‌های آنها در غمگینی، خصومت و ترس بگونه‌ای کاملاً معنی‌دار، بیشتر از افراد افسرده بود. در مطالعه‌ی زانارینی و همکاران (۲۰۰۳) نیز حدود ۹۰٪ از بیماران مبتلا به BPD دارای بی‌ثباتی و بدتنظیمی هیجانی بودند، در حالی که این رقم برای گروه کنترل مبتلا به سایر اختلالات شخصیت برابر با ۳۰٪ بوده است. بعد از ۶ سال پیگیری، ۵۰٪ از بیماران مبتلا به BPD همچنان واجد این علامت تشخیصی بودند.

آگاهی هیجانی^۳ یکی از مؤلفه‌های مهم در تنظیم هیجان است و بعضی از تحقیقات دریافته‌اند که اگر توانایی یا ظرفیت فرد برای بازشناسی هیجان‌ها کاهش یافته باشد، می‌توان آن را به عنوان یکی از شاخص‌های بدتنظیمی هیجانی در نظر گرفت (برای مثال، کسلر و همکاران، ۲۰۱۰). در یکی از تحقیقات اخیر، ون‌دیجکه^۴ و همکاران (۲۰۱۳) مطالعه‌ای بر روی ۴۷۲ بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی انجام دادند و بیماران دچار BPD را با بیماران مبتلا به اختلال سوماتوفرم را به لحاظ ابعاد شناختی و هیجانی مشکلات موجود بر سر راه کارکرد هیجانی مورد مقایسه قرار دادند. پروفایل دشواری‌های کارکرد هیجانی بیماران BPD نشان دهنده‌ی آن بود که آنها نسبت به بیماران سوماتوفرم، مشکلات بیشتری را در زمینه‌ی شناسایی هیجان‌ها و همچنین توانایی کاهش یافته‌ی خیال‌پردازی گزارش می‌کنند. گذشته از اهمیت آگاهی فرد از هیجان‌های خودش، یکی دیگر از موضوعاتی که رابطه‌ی نزدیکی با تنظیم هیجانی دارد، آگاهی فرد از هیجان‌های دیگران است که نظریه‌ی ذهن^۵ (ToM) یا

-
- 1- Trull
 - 2- electronic diaries
 - 3- emotional awareness
 - 4- van Dijke
 - 5- theory of mind

ذهنی‌سازی^۱ نامیده می‌شود. نظریه‌ی ذهن، نوعی شناخت اجتماعی^۲ است (روئیک^۳ و همکاران، ۲۰۱۳) و در برگیرنده‌ی نوعی حدس و برداشت از حالت ذهنی و هیجانی دیگران (فریک^۴ و همکاران، ۲۰۱۲) است. آسیب وارده بر همدلی و توانایی ذهنی‌سازی بیماران مرزی بقدری بالاست که برخی از محققان، این اختلال را با اتیسم قابل مقایسه دانسته‌اند (برای مثال، اسمیت و هابسون^۵، ۲۰۱۳). در یکی از مطالعات اخیر، آندرسون و برگرن^۶ (۲۰۱۲) تحقیقی بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به BPD انجام دادند. فرضیه‌ی مطرح در مطالعه‌ی آنها این بود که بیماران مرزی دچار نقص در توانایی ذهنی‌سازی هستند و این نقص، خطر خودکشی را در آنها بالا می‌برد. این فرضیه با استفاده از مدل معادله‌ی ساختاری آزمون شد، و نتایج تحقیق حاکی از برازش متناسب و قابل قبول مدل مفهومی ارائه شده بود و نشان داد که ذهنی‌سازی ضعیف، خطر خودکشی را در بیماران مرزی بالا می‌برد و به همراه تکانشگری، مجموعاً ۴۷٪ از واریانس خودکشی را در این بیماران تبیین می‌کند.

ولی همان‌طور که مطالعات بالا نشان می‌دهند، تحقیقات در این زمینه توجه کمی به دشواری‌ها یا مشکلات اختصاصی فرد در زمینه‌ی تنظیم هیجان (مثل کنترل تکانه و یا شفافیت هیجانی) داشته‌اند. مضاف بر این که تحقیقات فوق همگی بر روی جمعیت بالینی انجام شده است و بعضی از آنها به بررسی نقش بدتنظیمی هیجانی به طور جداگانه، و نه در میانجی‌گری بین بدرفتاری کودکی و BPD پرداخته‌اند. از این رو، با توجه به موضوعات مطرح شده در بالا و با عنایت به تعداد بسیار انگشت شمار مطالعات اتیولوژیک BPD در ایران، تحقیق حاضر در نظر داشت که نقش فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه و بدرفتاری‌های دوران کودکی و نوجوانی و همچنین نقش تعدیل‌کنندگی بدتنظیمی هیجانی را در پیش‌بینی BPD در یک جمعیت غیربالینی مورد بررسی قرار دهد و بدین ترتیب یک فرضیه و یک سؤال پژوهشی مطرح شد:

فرضیه تحقیق: بدرفتاری دوره کودکی می‌تواند اختلال شخصیت مرزی را با میانجی‌گری

بدتنظیمی هیجانی پیش‌بینی کند.

-
- 1- mentalizing
 - 2- social cognition
 - 3- Roepke
 - 4- Frick
 - 5- Smith & Hobson
 - 6- Andersson & Berggren

سؤال تحقیق: آیا تجربه‌ی فقدان یا جدایی دوران کودکی می‌تواند اختلال شخصیت مرزی را با میانجی‌گری بدتنظیمی هیجانی پیش‌بینی کند؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر را کل دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران تشکیل داده است که همگی در مقطع کارشناسی مشغول تحصیل بوده‌اند. روش نمونه‌گیری نیز از نوع نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. با توجه به چنین روشی، فرایند نمونه‌گیری در این تحقیق به این صورت بود که ابتدا به واحد دانشکده‌ها مراجعه شده و سپس با توجه به رشته‌ها و کلاس‌ها، تعدادی از آنها انتخاب و مورد آزمون واقع شدند. پرسشنامه‌ها به صورت گروهی و ظرف ۶۰ روز بر روی دانشجویان اجرا شد. کلاین (۲۰۰۵) برای مطالعاتی که از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، راه حل 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 تحقیق حاضر، طبق دیدگاه کلاین، ۱۸ پارامتر اندازه‌گیری می‌شود. بنابراین برای دستیابی به نتایجی قابل قبول (با استفاده از قاعده‌ی ۲۰ به ۱) نمونه‌ای برابر با ۳۶۰ شرکت‌کننده کافی است. ولی از آنجا که احتمال داشت بسیاری از پرسشنامه‌ها به صورت ناقص جواب داده شوند، تصمیم بر این شد که حداقل ۵۰۰ شرکت‌کننده وارد این تحقیق شوند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دانشجویان، تمامی آنها تورق شد و مورد بررسی قرار گرفت. از این تعداد، پرسشنامه‌های ۸۷ نفر از شرکت‌کنندگان تحقیق به صورت ناقص یا از روی بی‌دقتی تکمیل شده بود که از روند تحقیق حذف شدند و در تحلیل نهایی اطلاعات پرسشنامه‌های ۴۱۳ آزمودنی وارد SPSS شد. تحقیق حاضر از نوع همبستگی است که از روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری یا مدل‌یابی علی استفاده کرده است.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسشنامه علاوه بر اطلاعات معمول پرسشنامه‌های

دموگرافیک که عمدتاً شامل سن، جنسیت، مقطع و رشته تحصیلی می‌شود، سؤالاتی برای ارزیابی فقدان والدین یا خواهر برادرها و جدایی از آنها پرسیده شده است. منظور از فقدان، از دست دادن یکی از اعضای خانواده قبل از ۱۶ سالگی آزمودنی و منظور از جدایی، تجربه‌ی جدا زندگی کردن از پدر یا مادر یا یکی از خواهرها یا برادرها قبل از ۱۶ سالگی، به مدت بیشتر از ۲ ماه می‌باشد. مدت ۲ ماه و همچنین سن ۱۶ سالگی از روی تحقیقاتی که قبلاً درباره‌ی تجربه‌ی فقدان یا جدایی، بر روی بیماران BPD انجام شده بود، تعیین شده است (برای مثال، مطالعه‌ی پاریس، زیگ-فرانک و گازدر، ۱۹۹۴).

مقیاس شخصیت مرزی (STB): این مقیاس به منظور سنجش الگوهای شخصیت مرزی در تحقیقات غیربالینی ساخته شده است و شامل ۲۴ ماده می‌باشد که به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. این مقیاس سه عامل دارد: عامل ناامیدی، عامل تکانشگری و عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به تنیدگی. جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگز^۱ و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده‌اند. تحقیقی هم که توسط شانکار (۱۹۹۸) به نقل از راولینگز و همکاران، (۲۰۰۱) روی بیماران بالینی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی داشتند انجام گرفته، روائی افتراقی و روائی سازه STB را تأیید کرده است. در ایران، محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۸۴) ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله ۴ هفته را برای کل مقیاس STB ۰/۸۴، و برای خرده مقیاس‌های ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به تنیدگی را به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس‌های ناامیدی ۰/۶۴، تکانشگری ۰/۵۸ و علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به تنیدگی ۰/۵۷ می‌باشد. همچنین، STB از روائی (عاملی و افتراقی) مطلوبی در ایران برخوردار است.

پرسشنامه کودک‌آزاری: این پرسشنامه، کودک‌آزاری را در چهار بعد غفلت، آزار جنسی، آزار جسمی و آزار عاطفی بررسی می‌کند. پرسشنامه کودک‌آزاری توسط محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) تهیه شده است و نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت (از ۰ = هرگز تا ۳ = همیشه) انجام می‌شود. همچنین این محققان برای محاسبه‌ی ضریب پایایی مقیاس مذکور از

روش محاسبه همبستگی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ) و روش آزمون-بازآزمون استفاده نمودند. در پژوهش آنها ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کودک آزاری، ۰/۹۲ محاسبه گردید. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس مورد نظر از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین، محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) ضریب همبستگی آزمون-بازآزمون برای خرده مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و جنسی را از ۰/۸۹ تا ۰/۷۹ به دست آوردند.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی^۱ (DERS): مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (گراتز و روئمر^۲، ۲۰۰۴) یک ابزار خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی - به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه - ساخته شده است و دارای ۶ خرده مقیاس است. همچنین، این ابزار دارای ۳۶ عبارت است که گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد (گراتز و روئمر، ۲۰۰۴). نمرات بالاتر، نشان دهنده مشکلات بیشتر در مقوله‌ی تنظیم هیجان‌ها است. نتایج حاکی از آن است که DERS از همسانی درونی بالایی (۰/۹۳) برخوردار است و هر شش زیرمقیاس آن آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین، ارتباط بین مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی با مقیاس تنظیم خلق منفی^۳ (NMRS، کاتانزارو و میرنس^۴، ۱۹۹۰؛) [که یکی از ابزارهای رایج و ابتدایی سنجش نحوه‌ی تنظیم هیجانی است] و پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل، معنادار گزارش شده است (به نقل از گراتز و روئمر، ۲۰۰۴). پایایی همسانی درونی ترجمه‌ی فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجوی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) توسط علوی (۱۳۸۸) مورد محاسبه قرار گرفته است. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۸۶) نشان داد و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های شش‌گانه‌ی آن بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین آلفای کرونباخ DERS بر اساس مطالعه‌ی عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) برابر با ۰/۹۲ است.

1- Difficulties in Emotion Regulation Scale

2- Gratz & Roemer

3- Negative Mood Regulation scale

4- Catanzaro & Mearns

یافته‌های تحقیق

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد. همچنین، با توجه به نوع مطالعه و فرضیات مورد پژوهش، از روش مدل‌یابی معادلات

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه

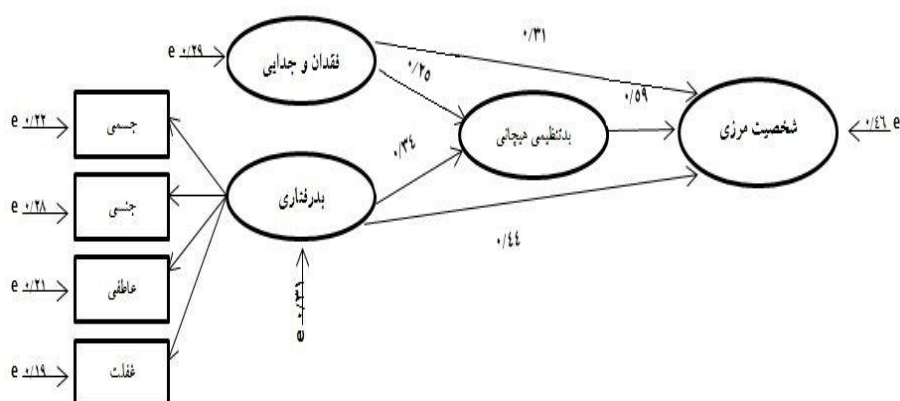
تعداد آزمودنیها	آزمون کالموگروف-اسمیرنف	انحراف استاندارد	میانگین	متغیرها
۴۱۳	۱/۱۲	۴/۲۸	۱۳/۱۵	نشانه‌های شخصیت مرزی
۴۱۳	۱/۰۷	۶/۹۱	۸۸/۱۲	بدتنظیمی هیجانی
۴۱۳	۱/۰۲	۰/۸۲	۱/۹۱	فقدان و جدایی
۴۱۳	۱/۶۵	۴/۰۸	۱۷/۱۲	بدرفتاری جسمی
۴۱۳	۱/۳۹	۲/۸۶	۹/۲۱	بدرفتاری جنسی
۴۱۳	۱/۷۲	۳/۹۲	۱۹/۴۱	بدرفتاری عاطفی
۴۱۳	۱/۴۰	۴/۱۹	۱۶/۸۱	غفلت

ساختاری استفاده شده است تا بر اساس نتایج به دست آمده از این روش، بتوان به فرضیه و سوال پژوهشی پاسخی درخور داد. در این راستا، ابتدا ماتریس کوواریانس متغیرهای مورد مطالعه محاسبه و استخراج شد (جدول ۲) و به دنبال آن، برازش مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری، تحت بررسی قرار گرفت و شاخص‌های برازش آن محاسبه گردید و در راستای آن اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته بررسی شد.

جدول ۲. ماتریس کوواریانس و همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. نشانه‌های شخصیت مرزی	۶/۹۱	-	-	-	-	-	-	-
۲. بدتنظیمی هیجانی	۱/۱۲	۵/۳۶	-	-	-	-	-	-
۳. فقدان و جدایی	۰/۵۷	۰/۳۲	۲/۲	-	-	-	-	-
۴. بدرفتاری جسمی	۰/۷۶	۰/۴۸	۰/۳۰	۳/۷۱	-	-	-	-
۵. بدرفتاری جنسی	۰/۶۹	۰/۴۲	۰/۲۳	۰/۵۶	۳/۶۵	-	-	-
۶. بدرفتاری عاطفی	۰/۸۲	۰/۵۲	۰/۴۱	۰/۳۹	۰/۳۹	۲/۸۹	-	-
۷. غفلت	۰/۷۹	۰/۴۹	۰/۳۸	۰/۳۳	۰/۲۸	۰/۳۸	۳/۱۱	-
۸. بدرفتاری دوره کودکی	۰/۸۶	۰/۵۰	۰/۳۵	۰/۴۹	۰/۳۶	۰/۳۳	۰/۳۴	۴/۶۹

همچنین، شکل شماره یک مدل مفهومی پیشنهادی برای تحقیق حاضر، و جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل مذکور را نشان می‌دهد. مندراجات مدل روابط ساختاری متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد که مدل اندازه‌گیری شده با مدل مفهومی برازش مطلوب دارد، زیرا:



شکل ۱. ساختار ارتباط متغیرهای پژوهش در مدل مفهومی پیشنهادی

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

NFI	CFI	AGFI	GFI	p	χ^2/df	df	χ^2	RMSEA	شاخص‌ها
۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۱۹	۱/۵	۵۹	۸۹	۰/۰۵	مقادیر

الف) مقدار خطای برآورد مجذورات میانگین (RMSEA) از ملاک (۰/۱) کوچکتر است.

ب) شاخص نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹ است.

ج) شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) از ۰/۹ بزرگتر است.

د) شاخص برازش تطبیقی (CFI) از ۰/۹ بزرگتر است.

و) شاخص برازش هنجار شده (NFI) از ۰/۹ بزرگتر است.

ز) مقدار P در سطح $P < /05$ معنی‌دار نیست، بنابراین بین مدل اندازه‌گیری شده و مدل

مفهومی، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

ک) نسبت x^2/df از مقدار معیار (۵) کوچکتر است و بنابراین پاسخ سؤال تحقیق مثبت است.

در راستای بررسی روابط علی متغیرهای مستقل (بدرفتاری دوران کودکی، تجارب فقدان و جدایی) با متغیر وابسته (نشانه‌های شخصیت مرزی) با میانجی‌گری متغیر واسط (بدتنظیمی هیجانی)، از روش بوت استراپ تحت برنامه‌ی ماکروی استفاده شد. در این روش، چنانچه حد بالا و حد پائین بوت استراپ در یک دامنه قرار بگیرد، نشانه‌ی آن است که مسیر غیرمستقیم معنی‌دار است.

جدول ۴. آزمون بوت استراپ مسیرهای غیرمستقیم روابط ساختاری بین نشانه‌های شخصیت مرزی، متغیرهای میانجی و مستقل

مسیر	میزان سوگیری	خطای استاندارد بوت استراپ	حد بالای بوت استراپ	حد پائین بوت استراپ	مقدار اثر	سطح معنی‌داری
تجربه فقدان و جدایی ← بدتنظیمی هیجانی ← نشانه‌های شخصیت مرزی	۰/۰۰۳۱	۰/۰۱۶	۰/۲۴۱۷	۰/۲۴۱۳	۰/۱۵	۰/۰۰۱
بدرفتاری کودکی ← بدتنظیمی هیجانی ← نشانه‌های شخصیت مرزی	۰/۰۰۲۱	۰/۰۲۴	۰/۱۲۷۸	۰/۱۲۵۹	۰/۲۰	۰/۰۰۱

مندرجات جدول فوق حاکی از آن است که:

ج) اثرات تجربه‌ی فقدان و جدایی بر نشانه‌های شخصیت مرزی، بواسطه‌ی بدتنظیمی هیجانی معنی‌دار است، بنابراین پاسخ سؤال تحقیق مثبت است ($P < ۰/۰۰۱$).

د) اثرات بدرفتاری دوره‌ی کودکی بر نشانه‌های شخصیت مرزی، بواسطه‌ی بدتنظیمی هیجانی معنی‌دار است، بنابراین فرضیه‌ی تحقیق مورد تأیید قرار می‌گیرد ($P < ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، فرضیه‌ی تحقیق را مبنی بر این که "بدرفتاری دوره کودکی می‌تواند اختلال شخصیت مرزی را با میانجی‌گری بدتنظیمی هیجانی پیش‌بینی کند" تأیید کرد. این یافته، با نتایج تحقیقات قبلی همسو است که از بین آنها می‌توان به موارد زیر

اشاره کرد: فروزتی و همکاران (۲۰۰۵)، پاسنر و همکاران (۲۰۰۳)؛ پوتنام و سیلک، ۲۰۰۵؛ به نقل از رابرتسون (۲۰۰۸)، یین و همکاران (۲۰۰۴). همان طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، از میان انواع چهارگانه‌ی بدرفتاری دوران کودکی، بدرفتاری "عاطفی" بیشترین ارتباط را با اختلال شخصیت مرزی دارد. این یافته نیز با نتایج مطالعات گراتز و همکاران (۲۰۰۸) و بورنووالووا^۱ و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. تا سال‌ها تصور می‌شد که آزارهای جنسی دوران کودکی، مرتبط‌ترین ریسک فاکتور محیطی برای شکل‌گیری BPD است (زانارینی و همکاران، ۱۹۹۷) با این همه، پژوهش‌های اخیر (گراتز و همکاران، ۲۰۰۸) و همچنین مطالعه حاضر، نشان می‌دهند که بدرفتاری عاطفی/هیجانی (یعنی، حمله‌های کلامی به احساس "خود"، احساس ارزشمندی، بهزیستی یا ایمنی کودک) ممکن است مرتبط‌ترین نوع بدرفتاری با بیماران مرزی باشد.

از آنجا که مطالعات مختلف گزارش کرده‌اند که ۲۰ تا ۵۰٪ از کودکانی که قربانی بدرفتاری دوره کودکی بوده‌اند، به BPD مبتلا نشده‌اند (فوساتی^۲ و همکاران، ۱۹۹۹؛ لیب و همکاران، ۲۰۰۴) و از آنجا که ۳۰ تا ۶۰٪ از بیماران مبتلا به BPD نیز هیچ نوع تجربه‌ای از کودک آزاری را گزارش نکرده‌اند (الزی، ۲۰۰۹؛ گودمن و یهودا، ۲۰۰۲). بنابراین می‌توان گفت که در سبب‌شناسی BPD عوامل دیگری به جز بدرفتاری دوره‌ی کودکی نیز نقش دارند، چرا که منطبق با ساختار سایکوپاتولوژی تحولی^۳، بدرفتاری فقط زمانی به BPD ختم می‌شود که یکسری آسیب‌پذیری‌های صفتی-سرشتی زیربنایی و یا برخی از استرسورهای محیطی دیگر (به غیر از رویدادهای تروماتیک کودکی) وجود داشته باشند. از همین رو، بسیاری از مطالعات در باب سبب‌شناسی BPD در سال‌های اخیر، تنها بر نقش بدرفتاری دوران کودکی تأکید ندارند و به دنبال متغیرهای میانجی بین رویدادهای تروماتیک کودکی و BPD هستند. نقش میانجی "حمایت اجتماعی" (الزی، ۲۰۰۹)، نقش میانجی "عاطفه منفی" (رابرتسون، ۲۰۰۸) و نقش میانجی "بدتنظیمی هیجانی" (یین و همکاران، ۲۰۰۴) همگی از جمله متغیرهای واسط بین بدرفتاری دوران کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی بوده‌اند که مورد بررسی قرار

1- Bornovalova

2- Fossati

3- developmental psychopathology

گرفته‌اند. فرضیه تحقیق حاضر که مورد تأیید قرار گرفت، نیز به بررسی و تبیین همین متغیر میانجی آخر، یعنی بدتنظیمی هیجانی پرداخته است. برخی از نظریه‌پردازان معتقدند که بدرفتاری دوره‌ی کودکی ممکن است با ایجاد تداخل در رشد توانایی‌های خود-تنظیمی (مثل کنترل کوشمندانده‌ی واکنش‌های هیجانی و بازداری رفتارهای تکانشی)، موجب شکل‌گیری BPD می‌شود. در واقع، بدرفتاری دوره‌ی کودکی موجب تولید یا تشدید آشفتگی می‌شود؛ زمانی که این ناراحتی و آشفتگی به سطحی برسد که دیگر قابل کنترل نباشد، از شکل‌گیری راهبردهای خودتنظیمی هیجانی ممانعت به عمل می‌آورد. سرانجام بدرفتاری دوره‌ی کودکی با بدتنظیمی هیجانی تعامل می‌کند و موجب شکل‌گیری BPD می‌شود (رابرتسون، ۲۰۰۸). یکی از تبیین‌های احتمالی درباره‌ی پیوند بین بدرفتاری دوره‌ی کودکی با بدتنظیمی هیجانی این است که تجربه‌های تروماتیک، شکل‌گیری توانایی‌های بازشناسی^۱ و برجسب‌زنی^۲ به حالات هیجانی را شدیداً به تأخیر می‌اندازند و روند طبیعی اکتساب این دو توانایی را مختل می‌کنند. توانایی مشخص کردن و توصیف نمودن هیجان‌ها، ابزاری ضروری برای پردازش تجربه‌های هیجانی و منسجم‌سازی و تلفیق کردن این تجربه‌ها به درون زندگی روزمره به حساب می‌آید، حال آن که بدرفتاری با کودکان آنها را از پرورش این ابزار ضروری باز می‌دارد. در واقع، وقتی کودکان در معرض آسیب قرار می‌گیرند، ممکن است از توانایی ناقص خود برای تنظیم هیجان استفاده نمایند. مثلاً، زمانی که حالت چهره‌ی فردی به آسانی قابل تشخیص نیست یا برای دیگران مبهم است، بعضی کودکان تمایل دارند که این حالت را به عنوان عصبانیت تفسیر کنند (کروچک و سالسمن، ۲۰۰۶؛ به نقل از مک‌لم، ۲۰۰۷؛ ترجمه کیانی و بهرامی، ۱۳۹۰).

در همین راستا، مدل تعاملی فروزتی، شنک و هافمن (۲۰۰۵) درباره‌ی شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی نشان می‌دهد که ترکیب بدتنظیمی هیجانی و نوع خاصی از محیط خانوادگی که در آن احساس‌های کودک توسط مراقبان تأیید نمی‌شود، به طور ویژه کودکان را در مسیر ابتلا به BPD قرار می‌دهد. آنها معتقدند که عدم تأیید تجارب کودک، منجر به حساسیت هیجانی می‌شود، چون کودک یاد می‌گیرد که نسبت به موقعیت‌هایی که موجب هیجان منفی می‌شوند، گوش به زنگ باشد. برای مثال، ممکن است کودکی نسبت به درگیر شدن در فعالیت

-
- 1- recognizing
 - 2- labeling

جدیدی مایل باشد و والدین با گفتن این که فعالیت جدید مضحک است، او را تأیید نکنند، در حالی که کودک خود از انجام آن فعالیت لذت می‌برد. اگر کودک اوقات ناراحت‌کننده‌ای داشته باشد، در آینده به فعالیت‌های جدیدی که احساسات ناراحت‌کننده را برمی‌انگیزند بیشتر حساس می‌شود. این برانگیختگی تشدید یافته، احتمالاً منجر به عدم تأیید بیشتر می‌شود. عدم تأیید تجارب کودک نیز می‌تواند منجر به مشکلات برچسب‌زنی و تنظیم هیجانی شود. برای مثال، شاید کودک غمگین یا خشمگین به نظر برسد و مراقب به او بگوید که او خوب است و نباید عصبانی باشد. در نتیجه، کودک یاد نمی‌گیرد که تجربه‌های هیجانی مختلف خودش و دیگران را از هم تمییز داده و گزارش کند. این توانایی شناسایی هیجان‌ها و درک احساس‌های درونی برای تنظیم هیجانی مناسب و لازم هستند (گیگر و کریک، ۲۰۱۰؛ ترجمه زرگر و همکاران، ۱۳۹۱).

همچنین، نتایج حاصل از تحقیق، حاکی از پاسخ مثبت به سؤال تحقیق حاضر (آیا تجربه‌ی فقدان یا جدایی دوران کودکی می‌تواند اختلال شخصیت مرزی را با میانجی‌گری بدتنظیمی هیجانی پیش‌بینی کند؟) است. ون‌درکولک، پری و هرمان (۱۹۹۱) که از شناخته‌شده‌ترین محققان در زمینه‌ی فقدان‌ها و آسیب‌های دوران کودکی هستند، مطالعه‌ای طولی بر روی ۷۴ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت (۳۲٪ مبتلا به BPD) و اختلال دوقطبی تیپ ۲ انجام دادند و آنها را به مدت ۴ سال از لحاظ رفتارهای خودتخریب‌گرانه (جرح خویشتن، اقدام به خودکشی و مشکلات خوردن) مورد بررسی و پیگیری قرار دادند. در این مدت داده‌های مربوط به تاریخچه فقدان و جدایی و بدرفتاری جمع‌آوری شد. نتایج این تحقیق نشان داد کسانی که سابقه شدیدترین و طولانی‌ترین جدایی‌ها را در دوران کودکی داشتند، بیشترین رفتارهای خودتخریبی را بروز می‌دادند. همچنین، بیمارانی که طولانی‌ترین جدایی‌ها را از مراقبان اولیه‌شان تجربه کرده بودند، از کمترین توانایی در زمینه به کارگیری منابع بین فردی جهت تنظیم هیجان و کنترل رفتارهای خودتخریبی، برخوردار بودند. نتایج این تحقیق و تحقیقات مشابه، همگی نشان داده‌اند که گسیختگی در مراقبت اولیه و تجربه جدایی از مراقب، تأثیرات و پیامدهای بلندمدتی روی سیستم خودتنظیمی بیولوژیک بر جای می‌گذارد و ظرفیت فرد را برای استفاده از روابط بین‌فردی جهت تنظیم عواطف بشدت کاهش می‌دهد (برای مثال، ون‌درکولک، ۱۹۸۷؛ فیلد، ۱۹۸۵؛ ریت و همکاران، ۱۹۷۸؛ به نقل از ون‌درکولک، پری و

هرمان، ۱۹۹۱).

به نظر می‌رسد که تجربه تروماها و فقدان‌های اولیه به قدری ضربه‌زننده است که بعدها در بزرگسالی نسبت به درمان مقاوم خواهد بود. برای مثال، در یک تحقیق وسیع، لوی^۱ و همکارانش (۲۰۰۶) به مقایسه سه دستگاه روان‌درمانی در بیماران دچار BPD پرداختند. آنها ۹۰ بیمار مرزی را به طور تصادفی در سه گروه درمانی قرار دادند: روان‌درمانی مبتنی بر انتقال (TFP)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) و روان‌درمانی سایکودینامیک حمایتی اصلاح شده. نتایج نشان داد که بعد از ۱۲ ماه درمان، هر یک از رویکردهای درمانی در برخی حوزه‌ها نسبت به دیگری ضعف‌ها یا برتری‌هایی نشان می‌داد، اما نتیجه شگفت این که بیماران BPD در تمام رویکردهای درمانی فوق، نسبت به حل و فصل فقدان و تروما، حتی در برابر فشرده‌ترین مداخلات باز هم مقاومت نشان دادند و هیچ تغییر درمانی‌ای در این زمینه اتفاق نیفتاد. بنابراین، از آنجا که مطالعات زیادی پیوند بین جدایی‌های اولیه و خطر ابتلا به اختلال‌های شخصیت را به طور کلی (مثل، گیبون^۲ و همکاران، ۲۰۰۹؛ بیرن^۳ و همکاران، ۱۹۹۰) و اختلال شخصیت مرزی را به طور اختصاصی (مثل لهتی، ۲۰۱۲) نشان داده‌اند، بنابراین تأیید شدن سؤال تحقیق حاضر، خیلی دور از انتظار نبود. زیرا، جدایی‌های اولیه از والدین با دو مشکل ویژه، یعنی، دلبستگی نایمن و مشکلات بین‌فردی در زندگی آینده ارتباط دارد (گائو^۴ و همکاران، ۲۰۱۰؛ وودوارد^۵ و همکاران، ۲۰۰۰) و این دو مشکل، جزء خصیصه‌های بسیار متداول بیماران دچار BPD هستند و مسیر را برای بدتنظیمی هیجانی در این افراد هموار می‌کنند (هیل^۶ و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از لهتی، ۲۰۱۲). تحقیقات همواره نشان داده‌اند کودکانی که دوره‌های جدایی از والدین خود را تجربه کرده‌اند، در دوران بزرگسالی آسیب‌پذیری بیشتری در برابر استرس دارند و نشانه‌های این آسیب‌پذیری را می‌توان از روی عملکرد ضعیف محور HPA (پسونن و همکاران، ۲۰۱۰)، فشار خون سیستمی بالاتر (آلاستالو و همکاران، ۲۰۱۲) و سطوح بالاتر نشانه‌های افسردگی ساب‌کلینیکال (پسونن و

1- Levy

2- Gibbon

3- Byrne

4- Gao

5- Woodward

6- Hill

همکاران، ۲۰۰۷) تشخیص داد. این کودکان، در زندگی بزرگسالی، عملکرد شناختی ضعیف‌تری دارند و احتمال تحرک و انتقال آنها به طبقه‌های اقتصادی اجتماعی بالاتر کمتر است (پسونن و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از لهتی، ۲۰۱۲).

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

با توجه به این که آزمودنی‌های این پژوهش را دانشجویان دانشگاه تهران تشکیل داده‌اند، نتایج آن را نمی‌توان به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها و سایر اقشار و سنین تعمیم داد. همچنین، نتایج پژوهش حاضر بر اساس گزارش‌های جمعیت دانشجویی عادی و بهنجار به دست آمده و قابل تعمیم به افراد نابهنجار و جمعیت بالینی نیست. در این مطالعه، آزمودنی‌ها مورد مصاحبه و ارزیابی بالینی قرار نگرفتند و برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای خودگزارشی استفاده شده است. بنابراین، نتایج پژوهش حاضر همچون بسیاری از پژوهش‌های دیگر به دلیل استفاده از پرسشنامه و ابزارهای خودگزارشی، ممکن است بجای رفتار واقعی، شرکت‌کنندگان را به استفاده از شیوه‌های مبتنی بر کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی مربوط به عدم کفایت فردی ترغیب کرده باشد. در نتیجه، باید در استفاده از تفسیر یافته‌های پژوهشی احتیاط کرد.

در مورد پیشنهادهای پژوهشی باید عنوان کرد که از آنجا که نمونه مورد مطالعه، جمعیت دانشجویی بود، امکان ارزیابی آسیب‌های روانی والدین آزمودنی‌ها وجود نداشت، و از آنجا که BPD مؤلفه‌ی وراثتی بسیار قوی دارد (تورگرسن، ۲۰۰۰)، لذا برای نتیجه‌گیری‌های دقیق‌تر و کامل‌تر درباره اتیولوژی BPD، نیازمند اجرای تحقیقاتی هستیم که به بررسی برخی از اختلالات روانی محور یک و دو، در والدین آزمودنی‌ها پرداخته باشد. به طور دقیق‌تر، بررسی ویژگی‌های BPD در والدین، بویژه مادران آزمودنی‌ها اهمیت دارد، چرا که مطالعاتی بوده‌اند که نشان داده‌اند مادران بیماران مرزی، خود به همین اختلال دچار بوده‌اند (برای مثال، پریپلتچیکووا^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). اجرای چنین تحقیقی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی (ترجیحاً دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان) امکان دسترسی به والدین دانش‌آموزان را ساده‌تر

1- Pereplechikova

می‌کند و از آنجا که مطالعات سال‌های اخیر نشان داده‌اند که می‌توان برخی از نشانه‌های BPD را در نوجوانی و حتی کودکی تشخیص داد (برای مثال، استپ^۱ و همکاران، ۲۰۱۰) اجرای این تحقیق در بین نوجوانان، نقص متدولوژیک محسوب نخواهد شد. همچنین، به دلیل این که تجربه‌های جدایی‌های کوتاه مدت و بلند مدت از والدین و یا فقدان آنها، در سنین مختلف تأثیرات گوناگونی بجا می‌گذارد و احتمالاً آسیب‌زا بودن‌شان هم به یک اندازه نیست، پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی این موضوع از طریق یک پرسشنامه محقق ساخته، به طور وسیع‌تر و جامع‌تر و بر حسب دوره‌های سنی مختلف مورد بررسی قرار بگیرد.

منابع

فارسی

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، دوره ۱۳، شماره ۱. علوی، خدیجه (۱۳۸۸). *اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان مشهد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

گیگر، تاشا سی. کریک، نیکی. مسیره‌های تحولی اختلال‌های شخصیت. فصل چهارم از کتاب: *انگرام، ریک. پرایس، جوزف (۲۰۱۰). زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی: عوامل خطر ساز در گستره‌ی زندگی*. ترجمه زرگر و همکاران (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.

مک‌لم، گایل (۲۰۰۷). *تنظیم هیجان کودکان: راهنمای گام به گام برای والدین، معلمان، مشاوران و روانشناسان*. ترجمه احمد رضا کیانی و فاطمه بهرامی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.

محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، محمدرضا و ملازاده، جواد (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۲۷ و ۲۸.

لاتین

- Andersson, J., & Berggren, R. (2012). Does mentalization and impulsivity affect suicidal behavior in patients with borderline personality disorder A structural equation modeling approach. *Institutionen för Klinisk Neurovetenskap*, 6, 1-5.
- Bornovalova, M. A., & et al. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 180-194.
- Byrne, C. P., Velamoor, V. R., Cernovsky, Z. Z., Cortese, L., & Losztyn, S. (1990). A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 590-595.
- Elzy, M. B. (2009). Exploring the relationship between childhood sexual abuse and borderline personality features using social support as a moderating factor. A thesis submitted for the degree of Master of Arts, University of South Florida.
- Gao, Y., Raine, A., Chan, F., Venables, P. H., & Mednick, S. A. (2010). Early maternal and paternal bonding, childhood physical abuse and adult psychopathic personality. *Psychological Medicine*, 40, 1007-1016.
- Gibbon, S. A., Ferriter, M., & Duggan, C. (2009). A comparison of the family and childhood backgrounds of hospitalised offenders with schizophrenia or personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 207-218.
- Goldsmith, R. E., Chesney, S. A., Heath, N. M., & Barlow, M. (2013). Emotion regulation difficulties mediate associations between betrayal trauma and symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety. *J Trauma Stress*, 3, 376-84.
- Golier, J., Yehuda, R., Bierer, L., Mitropoulou, V., New, A., Schmeidler, J., Silverman, J., & Siever, J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2018-2024.

- Golomb, A., Ludolph, P., Westen, D., & et al. (1994). Maternal empathy, family chaos, and the etiology of borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc*, 42, 525–548.
- Goodman, M., & Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 32, 337-345.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). 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*, 26, 41–54.
- Gratz, K. L., Trull, M. T., Baruch, D. E., & et al. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 603–615.
- Hart, N., McGowan, J., Minati, L., & et al. (2013). Emotional regulation and bodily sensation: interoceptive awareness is intact in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 506-518.
- Judd, P. H., & McGlashan, T. H. (2003). A developmental model of borderline personality disorder: understanding variations in course and outcome. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lahti, M. (2012). Early Life Origins of Severe Personality Disorders: The Helsinki Birth Cohort Study. Dissertation for phd degree in psychology: Institute of Behavioural Sciences, University of Helsinki, Finland.
- Lang, S., Kotchoubey, B., Frick, C., & et al. (2012). Cognitive reappraisal in trauma-exposed women with borderline personality disorder. *NeuroImage*, 59, 1727–1734.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., & et al. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (.). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry*, 35, 301–305.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Padilla, R. (2011). Personality disorders in child sexual abuse victims. *Actas Esp Psiquiatr*, 39, 131-9.

- Perepletchikova, F., Ansell, E., & Axelrod, S. (2012). Borderline Personality Disorder Features and History of Childhood Maltreatment in Mothers Involved With Child Protective Services. *Child Maltreatment, 17*, 182-190.
- Smith, A., & Hobson, P. (2013). Autism, Borderline Personality Disorder, and Empathy Reply from R. P. Hobson: Autism and Borderline Personality Disorders. *Emotion Review, 5*, 223-224.
- Soloff, P. H., & Millward, J. W. (1983). Developmental histories of borderline patients. *Compr Psychiatry, 24*, 574-588.
- Stepp, S. D., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & et al. (2010). Stability of Borderline Personality Disorder Features in Girls. *J Pers Disord, 24*, 460-472.
- Trull, T. J., Solhan, M. B., Watson, D., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., & Piasecki, T. M. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 647-661.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American journal of Psychiatry, 148*, 1665-1671.
- van Dijke, A., van der Hart, O., van Son, M., & et al. (2013). Cognitive and Affective Dimensions of Difficulties in Emotional Functioning in Somatoform Disorders and Borderline Personality Disorder. *Psychopathology, 46*, 153-162.
- Walsh, F. (1977). The family of the borderline patient. In Grinker RR, Werble B (eds): *The Borderline Patient*. New York, Jason Aronson, 158-177.
- Woodward, L., Fergusson, D. M., & Belsky, J. (2000). Timing of Parental Separation and Attachment to Parents in Adolescence: Results of a Prospective Study from Birth to Age 16. *Journal of Marriage and Family, 62*, 162-174.
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., & et al. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1296-1298.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. NY: Guilford Press.
- Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole and the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 3*, 25-36.

- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Personality Disorder, 11*, 93-104.
- Zittel Conklin, C., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 69-77.