

Research Article

Structural Modeling of Borderline Personality Traits in Adolescents Based on Object Relations and Childhood Trauma: The Mediating Role of Mentalization Capacity

Authors

Kowsar Hosseinian Langouri Sorkhi¹, Zeynab Khanjaani^{2*}, Touraj Hashemi³

1. M.A in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. hossiniankowsar1998@gmail.com
2. Professor of psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)
3. Professor of psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. tourajhashemi@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: The clinical symptoms of borderline personality disorder typically begin in early adulthood and severely disrupt an individual's functioning in various areas, especially interpersonal relationships. Therefore, it is essential to examine the factors that play a role in the development of the core of borderline personality disorder. The purpose of the current research is to model the structural relationships of borderline personality symptoms in adolescents based on object relations and childhood trauma, considering the mediating role of mentalization capacity.

Method: The current research employs a descriptive and correlational research design. A sample of 342 individuals was selected from secondary school students in Babolsar city using a multi-stage cluster random sampling method. The variables were measured using Borderline Personality Features Scale for Children (Crick, 2005), Bell Relationship Inventory For Adolescents (Morris Bell, 2003), Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003), and Reflective Functioning Questionnaire for Youth (Sharp et al., 2009). To analyze the collected data, both SPSS₂₄ and SMART PLS_{3,2,8} software were utilized.

Result: The results indicated that maladaptive object relations and childhood trauma have a direct and indirect impact on borderline personality traits through weakened mentalizing abilities.

Discussion and conclusion: Based on the findings of the research, it can be concluded that dysfunctional object relations and childhood trauma can independently predict borderline personality symptoms in adolescence. Additionally, object relations and childhood trauma can hinder the development of mentalization and, through disrupting the formation of this crucial ability, create a foundation for the emergence of borderline personality features in adolescence. Understanding the significance of early object relations, traumatic experiences in childhood, and mentalization capacity as influential factors in the onset of borderline personality features can lead to a deeper understanding of the mechanisms involved. This understanding, in turn, may pave the way for preventive measures during adolescence and earlier ages.

Keywords

Object relations- Childhood trauma- Mentalization capacity- Borderline personality traits.

Corresponding Author's E-mail

dr.khanjaani@gmail.com

مدل‌یابی روابط ساختاری علائم شخصیت مرزی بر اساس روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی در نوجوانان: نقش میانجی ظرفیت ذهنی سازی

نویسندگان

کوثر حسینیان لنگوری سرخی^۱، زینب خانجانی^{۲*}، تورج هاشمی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. hossiniankowsar1998@gmail.com
۲. استاد تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. tourajhashemi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی از اوایل بزرگسالی شروع می‌گردد و عملکرد فرد را در زمینه‌های مختلف به‌ویژه روابط بین‌فردی به‌شدت مختل می‌نماید. بنابراین بررسی عواملی که در شکل‌گیری بدنه این اختلال نقش دارند، ضرورت می‌یابد. به همین منظور هدف پژوهش حاضر مدل‌یابی روابط ساختاری علائم شخصیت مرزی بر اساس روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی در نوجوانان با توجه به نقش میانجی ظرفیت ذهنی سازی بود.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی است. بدین منظور نمونه‌ای به حجم ۳۴۲ نفر از میان دانش‌آموزان متوسطه دوم شهرستان بابلسر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. جهت اندازه‌گیری متغیرها از پرسش‌نامه‌های مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان (کریک، ۲۰۰۵)، روابط موضوعی بل برای کودکان و نوجوانان (موریس بل، ۲۰۰۳)، تجارب ترومای دوران کودکی (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳) و عملکرد انعکاسی نوجوانان (شارپ و همکاران، ۲۰۰۹) استفاده شد. در راستای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از نرم افزارهای SPSS²⁴ و SMART PLS^{3,2,8} استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که روابط موضوعی معیوب و ترومای دوران کودکی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق توانایی ذهنی سازی ضعیف بر ویژگی‌های شخصیت مرزی تأثیر دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که روابط موضوعی معیوب و ترومای دوران کودکی می‌توانند علائم شخصیت مرزی را به تنهایی در نوجوانی پیش‌بینی کنند. همچنین روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی می‌توانند رشد ذهنی سازی را با وقفه روبه‌رو سازند و به‌واسطه ایجاد نقص در شکل‌گیری این توانایی مهم زمینه را برای بروز نشانگان شخصیت مرزی در نوجوانی فراهم کنند. درک اهمیت روابط موضوعی اولیه، تجارب تروماتیک در دوران کودکی و توانایی ذهنی سازی به عنوان عوامل مؤثر در بروز نشانگان شخصیت مرزی می‌تواند به درک عمیق‌تری از مکانیزم‌هایی که در ظهور شخصیت مرزی نقش دارند منجر شود و امکان اقدامات پیشگیرانه را در نوجوانی و سنین پایین تر موجب گردد.

تاریخ دریافت:

۰۰۰/۰۰/۰۰

تاریخ پذیرش:

۰۰۰/۰۰/۰۰



کلیدواژه‌ها

روابط موضوعی، ترومای دوران کودکی، ظرفیت ذهنی سازی، علائم شخصیت مرزی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

dr.khanjaani@gmail.com

مقدمه

پرخاطر، بی‌ثباتی عاطفی، احساس مزمن پوچی، دشواری در کنترل خشم، افکار پارانوئید و نشانه‌های تجزیه‌ای مشخص می‌شود [۲].

اگرچه توافق دیرینه‌ای در مورد این موضوع وجود دارد که اختلالات شخصیت ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارند؛ اما تشخیص قطعی اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی صورت می‌گیرد و تشخیص آن در دوران نوجوانی و قبل از ۱۸ سالگی موضوعی پیچیده و جدال آمیز به حساب می‌آید [۸]. اما شواهد زیادی از تشخیص و درمان BPD در نوجوانی حمایت می‌کنند و معتقدند همانند تشخیص آن در بزرگسالی از پایداری و روایی برخوردار است [۹ و ۱۰]. پژوهشگران میزان شیوع اختلال شخصیت مرزی را در نوجوانان مشابه جمعیت بزرگسال ۱ تا ۳ درصد، در نمونه‌های بالینی ۳۳ تا ۴۹ درصد و در نمونه‌های سرپایی ۱۱ درصد برآورد کرده‌اند [۱۱]. بنابراین با بررسی و شناسایی عوامل مستعد کننده و نگهدارنده این اختلال می‌توان نوجوانان در معرض خطر را شناسایی نمود و اقدامات درمانی لازم را جهت جلوگیری از تشدید علائم به کار بست.

در بین رویکردهای مختلف که به آسیب‌شناسی روانی BPD پرداخته‌اند، رویکرد روان تحلیل‌گری^۵ عمیق‌ترین آن بوده است. این رویکرد همواره به دنبال کشف این بوده است که گذشته افراد به چه صورت بر روی رفتار و روابط کنونی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. یکی از نظریه‌های برگرفته از رویکرد روان تحلیل‌گری که در سبب‌شناسی BPD بسیار مورد توجه قرار گرفته است رویکرد روابط موضوعی^۶ است [۱۲].

رویکرد روابط موضوعی از جمله رویکردهایی است که حاصل تغییر رویکرد روان تحلیل‌گری کلاسیک است [۱۳]. نظریه پردازان روابط موضوعی ضمن اینکه بسیاری از مفاهیم رویکرد کلاسیک را می‌پذیرند تمرکزشان بیشتر بر روی روابط بین‌فردی، نیاز به ایجاد روابط و نه لذت جنسی (به‌ویژه روابط مختل اوایل کودکی با والدین) می‌باشد که می‌تواند به شکل‌گیری ساختارهای درون روانی معیوب از خود و دیگران و در نتیجه استعداد ابتلاء به طیف وسیعی از اختلال‌های روانی منجر شود [۱۴]. اصطلاح موضوع در نظریه روابط موضوعی به موضوع واقعی بیرونی^۷ که نیازی را

شخصیت^۱ به معنای روش‌هایی است که یک فرد برای فکرکردن و رفتارکردن دارد و هر فرد را به طور خاص و منحصر به فردی از هم جدا می‌کند. با توجه به تعریف شخصیت، روان‌شناسی شخصیت نیز به مطالعه علمی اشخاص اشاره دارد [۱] و روان‌شناسان را قادر می‌سازد نه تنها فرآیند شکل‌گیری شخصیت، بلکه فرآیندهایی را که باعث تبدیل شخصیت سالم به اختلالات شخصیتی^۲ می‌شوند را نیز مورد بررسی قرار دهند.

از منظر بالینی، اختلالات شخصیت الگویی از تجربیات و رفتار درونی را توصیف می‌کنند که به طرز قابل توجهی از انتظارات فرهنگی فرد منحرف می‌شوند و در عملکردهای عاطفی، شناختی، رفتاری و بین‌فردی اختلال قابل توجهی را ایجاد می‌کنند. علائم اغلب در دوران نوجوانی آغاز می‌شوند و الگوی پایداری از عملکرد ناسازگار در طول زمان حفظ می‌شود. این الگوی تفکر و رفتار فرد افراطی، انعطاف‌ناپذیر و ناسازگار است و موجب به چالش کشیدن روابط بین‌فردی می‌شود و در نتیجه ناراحتی قابل توجهی را برای فرد و دیگران ایجاد می‌کند [۲]. اختلالات شخصیت می‌توانند به طرز قابل توجهی سلامت و رفاه عمومی را در سطح فردی کاهش دهند [۳]. در عین حال، این اختلالات ممکن است بار اقتصادی را در سطح جامعه افزایش دهند [۴] و آن را به یک حوزه مهمی برای پژوهش تبدیل کنند [۵].

اختلال شخصیت اختلالی شایع و مزمن است. نتایج برخی از پژوهش‌ها از جمله اتون و گرین^۳ [۶] حاکی از آن است که تقریباً یک نفر از هفت نفر در جمعیت غیربالینی حداقل یک اختلال شخصیت را تجربه می‌کند. در میان افرادی که از اختلال‌های شخصیتی رنج می‌برند، حدود ۳۰ تا ۶۰ درصد از آن‌ها تشخیص اختلال شخصیت مرزی^۴ را دریافت کرده‌اند. بنابراین این اختلال نسبت به سایر اختلالات شخصیتی از نظر شیوع جایگاه بالاتری را دارد و تقریباً یک‌سوم تا یک‌چهارم از موارد اختلال‌های شخصیتی را تشکیل می‌دهد [۷]. اختلال شخصیت مرزی به موقعیت روان‌پزشکی اطلاق می‌شود که با روابط بین‌فردی بی‌ثبات، ترس از طردشدن، اختلال هویت، تکانشگری، رفتارهای

5. Psychodynamic perspective
6. Object relation theory
7. External real object

1. Personality
2. Personality Disorders
3. Eaton & Greene
4. Borderline Personality Disorder

طرفی بررسی این متغیر اهمیت مراقبت‌های اولیه را نیز متذکر می‌شود.

از متغیرهای دیگر که ارتباط آن با اختلال شخصیت مرزی در پژوهش‌ها بسیار مورد بررسی قرار گرفته است، ترومای دوران کودکی^۲ است. تروماهای دوران کودکی، جنبه‌های مختلف بدرفتاری در دوران کودکی، از جمله آزار جنسی^۳ (تماس جنسی یا نوازش اندام تناسلی کودک)، آزار فیزیکی^۴ (کتک‌زدن، ضرب و شتم، هل دادن)، غفلت عاطفی^۵ عاطفی^۶ (عدم ارائه مراقبت و محبت کافی به کودک)، آزار جسمی^۷ (عدم ارائه مراقبت‌های پزشکی، آموزشی، سرپناه یا سایر مراقبت‌های ضروری برای رشد سالم کودک علی‌رغم داشتن امکانات) را شامل می‌شود [۲۵، ۲۶]. در تاریخچه دوران کودکی بخش بزرگی از افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تروماهایی اعم از سوءاستفاده و غفلت به چشم می‌خورد. به همین دلیل گفته می‌شود ترومای دوران کودکی مهم‌ترین عامل خطر محیطی برای BPD است اگرچه پیش‌شرط لازم برای ایجاد آن نیست [۲۷]. به همین دلیل می‌توان بدرفتاری‌های دوران کودکی را به تنهایی به‌عنوان یک محرک راه‌انداز برای ظهور و رشد علائم اختلال شخصیت مرزی بررسی نمود [۲۸]. به‌عنوان مثال استاندارد روزی و زمستانی [۲۹] در پژوهشی دریافتند که تروماهای دوران کودکی قادر است با درصد تبیین ۲۳ الی ۴۸ درصد گروه دارای اختلال شخصیت مرزی را از گروه غیربالینی تفکیک کند. همچنین زاشچیرینسکایا و ایساگولوا^۸ [۲۸] نشان دادند که همه نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برخی از انواع تروماهای روانی دوران کودکی را تجربه کرده بودند. اما علی‌رغم وجود پژوهش‌های زیادی که در مورد ارتباط تروماهای دوران کودکی با موارد بالینی اختلال شخصیت مرزی انجام شده است [۲۸-۳۵] و نتایج حاکی از آن بود که بین نشانگان شخصیت مرزی و ابعاد تروما رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد، مطالعات کمی در همین حوزه در جمعیت غیربالینی صورت گرفته

برآورده می‌سازد و باز نمود ذهنی آن در فرد اشاره دارد [۱۵]. این واژه در ترکیب با روابط، به فرآیند رشد روان در ارتباط با دیگران در محیطی که کودک در آن در حال رشد است، اشاره می‌کند. در نظریه روابط موضوعی، فرض بر این است که تصویر فرد از خود در تعامل با شخص دیگر که به آن موضوع می‌گویند به همراه عاطفه حاکم بر آن رابطه درونی می‌شود و این تصاویر درونی شده از این ارتباط به‌عنوان سازمان دهنده اصلی کنش‌وری‌های روانی عمل می‌کنند [۱۶]. کرنبرگ^۱ [۱۷] معتقد است که تعامل‌های عاطفی با افراد مهم زندگی فرد که در طی تحول درونی می‌شوند و در ساختارهای حافظه ماندگار می‌مانند، روابط موضوعی را شکل می‌دهند. این روابط موضوعی درونی در واقع تلفیق جنبه‌های واقعی (بین‌فردی) و خیالی ارتباطات گذشته فرد همراه با دفاع‌های مربوط به آن می‌باشد که نسبتاً در طول زمان پایدار می‌مانند؛ اما ظرفیت اصلاح هم دارند. در فرآیند رشد کودک، بازنمایی‌های خوب و بد که کودک از خود و دیگران و در تعامل با موضوع، درونی می‌سازد به تدریج یکپارچه می‌گردد و به بازنمایی‌های پیچیده‌تر و واقعی‌تر منجر می‌گردند و کودک می‌فهمد که موضوع و دیگران ترکیبی از اسناد خوب و بد هستند و می‌توانند در یک زمان رضایت‌بخش و در زمان دیگر ناکام کننده باشند. اما در کودکانی که به سمت BPD می‌روند به دلیل اینکه موضوع ناکام‌کننده بوده است این فرآیند یکپارچگی صورت نمی‌گیرد و کودک یک جدایی دائمی بین بخش‌های ایده‌آل و آزاردهنده موضوع به وجود می‌آورد. این آشفتگی عمیق در روابط موضوعی می‌تواند نشانگان بی‌ثباتی، کناره‌جویی، آرمانی‌سازی ناگهانی و نارزنده‌سازی فاجعه‌آمیز را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تبیین کند. نتایج مطالعاتی که همخوان با این نظریه صورت گرفته است، نشان می‌دهد که بین روابط موضوعی با BPD رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۱۸-۲۴] و افراد با نشانگان شخصیت مرزی دارای روابط موضوعی آسیب دیده هستند. شاید بر اساس روابط موضوعی مختل بتوان نشانه ترس از طرد و رها شدن را در افراد مستعد این اختلال که سابقه روابط موضوعی آشفته دارند، پیش‌بینی نمود. از

2. Childhood trauma
3. Sexual abuse
4. Physical abuse
5. Emotional neglecting
6. Emotional abuse
7. Physical neglecting
8. Zashchirinskaia & Isagulova

1. Krenberg

تخیلی است که به ما در درک و تفسیر رفتارهای انسانی بر اساس حالات ذهنی قصدمندانه زیربنایی کمک می‌کند. فونگی معتقد است ذهنی‌سازی یک دستاورد تحولی و نه یک توانایی ذاتی است و اکتساب آن به کیفیت روابط دلبستگی، به‌ویژه روابط دلبستگی اولیه با والدین وابسته است. اگر در روابط اولیه کودک، والد یا مراقب پاسخگو و یا قابل‌پیش‌بینی باشد کودک این روابط را درونی می‌کند و دلبستگی ایمن و سالم شکل می‌گیرد که باعث می‌شود فرد نسبت به فرایندهای درون روانی خودآگاهی پیدا کند و از آن به‌عنوان راهنمایی برای درک افکار، احساسات و نیاتی که در ذهن مراقبین و دیگران است، استفاده کند؛ بنابراین ذهنی‌سازی رشد خواهد کرد. اما اگر در روابط اولیه کودک، والد یا مراقب پاسخگو و قابل‌پیش‌بینی نباشد موجب شکل‌گیری دلبستگی ناایمن می‌گردد. در دلبستگی ناایمن کودک روابط اولیه آشفته با والد یا مراقب را درونی می‌کند که منجر به سوءبرداشت از دیگران به‌عنوان افرادی غیرقابل‌اعتماد می‌گردد و در نتیجه ارزیابی درست افکار و احساسات دیگران را از دست می‌دهد (به عبارتی بازنمایی‌های ذهنی درستی از خود و دیگران شکل نمی‌گیرد) و به این صورت رشد ذهنی‌سازی را با وقفه روبه‌رو می‌کند. مطالعاتی هم که در سال‌های اخیر در مورد عوامل مؤثر بر توانایی ذهنی‌سازی صورت گرفته است نشان می‌دهد بین ظرفیت ذهنی‌سازی و روابط دلبستگی اولیه کودک با والد یا مراقب ارتباط وجود دارد [۳۸، ۳۹، ۴۹-۵۱].

همچنین به نظر می‌رسد وجود سابقه بدرفتاری‌های دوران کودکی توانایی ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند [۴۵، ۴۹، ۵۲-۵۴]. اسکلیاروف^۳ [۵۵] در پژوهش خود اظهار کرد که سابقه رویدادهای آسیب‌زا در زندگی افراد شکل‌گیری مناسب ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند. فولر^۴ [۵۶] در مطالعه‌ای بیان کرد وجود سابقه بدرفتاری‌های دوران کودکی توانایی ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند. افرادی که سابقه تجربه بدرفتاری را در کودکی داشته‌اند حالات درون‌روانی بدخواهانه و خصمانه سواستفاده‌گران را درونی‌سازی کرده‌اند. این بازنمایی‌ها موجب شکل‌گیری ترس و ناامیدی در کودک می‌گردد به‌گونه‌ای که دیگر

است در حالیکه پژوهش‌ها حاکی از آن است که بسیاری از افراد در جمعیت غیربالینی نیز بدرفتاری و غفلت را در دوران کودکی تجربه کرده‌اند [۳۶]. از آنجایی که پژوهش‌های صورت گرفته بر روی گروه بالینی (افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی) نشان می‌دهد که اکثرشان در کودکی تجارب سوءاستفاده و غفلت را داشته‌اند [۲۸، ۲۹] پس می‌توان از طریق آسیب‌ها و مشکلاتی که افراد در دوران کودکی خود تجربه می‌کنند به شناخت بهتری از رفتارها و مشکلات آن‌ها در هنگام بزرگسالی دست یافت و حتی از طریق پیشگیری از مشکلات در دوران کودکی، از ابتلاء آن‌ها به اختلال شخصیت مرزی جلوگیری نمود. به همین دلیل بررسی این متغیر و نقش آن در پیش‌بینی علائم اختلال شخصیت مرزی در نمونه غیربالینی و در نوجوانان نیز اهمیت می‌یابد زیرا با شناسایی نوجوانان آسیب دیده می‌توان اقدامات پیشگیرانه را به‌کار بست. [۲۹].

باوجوداینکه شواهد زیادی رابطه بین روابط موضوعی مختل [۱۸-۲۴] و بدرفتاری‌های دوران کودکی [۲۸-۳۵] با اختلال شخصیت مرزی را تأیید می‌کنند؛ اما به نظر می‌رسد این روابط از طریق عوامل دیگری نیز میانجی‌گری می‌شوند. به همین دلیل بسیاری از مطالعات به دنبال تبیین این متغیرهای میانجی و مکانیسم اثرگذاری آن‌ها هستند [۳۵]. ظرفیت ذهنی‌سازی از جمله این متغیرها است که در سال‌های اخیر موردتوجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است [۳۷]. به نظر می‌رسد روابط موضوعی مختل (که دلبستگی ناایمن را ایجاد می‌کند) و تجارب تلخ دوران کودکی موجب نقص در توانایی ذهنی‌سازی می‌شوند و وجود نقص و ناتوانی در ذهنی‌سازی درست زمینه را برای بروز واکنش‌های اختصاصی شخصیت مرزی مهیا می‌کند [۳۸-۴۵].

فونگی^۱ نظریه‌پرداز ذهنی‌سازی^۲ است. او از دل واکاوی و بررسی شباهت‌ها، تفاوت‌ها و ارتباط نظریات دلبستگی و روان تحلیل‌گری، نظریه ذهنی‌سازی را پایه‌گذاری کرد [۴۶]. ذهنی‌سازی توانایی درک حالت‌های ذهنی خود و دیگران است [۴۷]. منظور از حالت‌های ذهنی، فرآیندهایی هستند که بر رفتار، هیجان‌ها، نیازها، اهداف و افکار تأثیر می‌گذارند [۴۸]. در واقع این توانایی، یک فعالیت ذهنی-

3. Sklyarov
4. Fowler

1. Fonagy
2. Mentalization

می‌تواند برای افراد و به‌ویژه نسل جوان و تحصیل‌کرده که سرمایه‌های جامعه محسوب می‌شوند، داشته باشد و نیز باتوجه‌به اینکه بخش اعظمی از پژوهش‌ها بر روی جمعیت بالینی انجام شده‌است و در مورد جمعیت غیربالینی با خلاء پژوهشی روبه‌رو هستیم انجام این پژوهش ضرورت می‌یابد تا هم این خلاء جبران گردد و هم یافته‌های این پژوهش در صورتی که مشخص گردد مدل نظری تدوین شده با داده‌های تحقیق برازش دارد و روابط متغیرهای مذکور معنی‌دار می‌باشد اطلاعات مناسبی را در اختیار درمانگران و پژوهشگران علاقه‌مند به این حیطه بگذارد و زمینه را برای پژوهش‌های بیشتر فراهم کند و موجب افزایش آگاهی در زمینه عوامل مؤثر در پیدایش و تداوم نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی گردد. لذا مسئله‌ی اصلی این پژوهش تدوین مدلی برای تعیین این است که آیا روابط موضوعی مختل و ترومای دوران کودکی می‌توانند منجر به نقص در توانایی ذهنی‌سازی درست گردند و به‌واسطهٔ نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی می‌توانند علائم شخصیت مرزی را در نوجوانی پیش‌بینی کنند یا خیر؟

روش

پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. در این پژوهش روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی متغیر پیش‌بین، ظرفیت ذهنی‌سازی متغیر میانجی و خصایص شخصیت مرزی متغیر ملاک است.

آزمودنی:

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم (۱۶ تا ۱۸ سال) شهرستان بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند.

ب) نمونه پژوهش: نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین مدارس شهرستان بابل انتخاب شد. به این صورت که از بین مدارس مقطع متوسطهٔ دوم شهرستان بابل تعداد ۷ مدرسه دخترانه و ۵ مدرسه پسرانه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس در مرحلهٔ بعدی از میان پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم موجود در هر مدرسه یک پایه به‌طور تصادفی انتخاب شد. در مرحلهٔ بعدی از بین کلاس‌های موجود در هر پایهٔ تحصیلی (به‌عنوان مثال سه کلاس مقطع دهم) یک کلاس

تمایلی برای کشف و درک حالات درون‌روانی دیگران ندارد و از درک حالات درون‌روانی خود نیز دست می‌کشد. به‌علاوه این بازنمایی‌ها موجب می‌شوند که کودک نیت و قصد دیگران را سوء برداشت کند؛ دیگران را افرادی غیرقابل اعتماد بداند و در درک حالات ذهنی دیگران دچار نقص شود. بنابراین نقص در این توانایی باعث سوءتفسیر و برداشت نادرست از حالات ذهنی خود و دیگران می‌شود و ممکن است به آسیب‌های شدیدی در تعاملات اجتماعی منجر گردد. آسیب در تعاملات اجتماعی نقش محوری در رشد اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی ایفا می‌کند [۵۷-۶۲].

اختلال شخصیت مرزی اختلالی دیرپا و کم‌تر قابل‌تغییر است و افراد مبتلا به این اختلال، ویژگی‌هایی دارند که باعث تنش و تعارض در روابط و اختلال در زندگی آن‌ها می‌شود. به‌منظور کمک به این افراد برای داشتن زندگی بهتر و توسعه و کاربست درمان‌های مؤثرتر لازم است این اختلال از نظر عوامل زمینه‌ساز به‌خوبی مورد بررسی قرار گیرد. باوجوداینکه پژوهش‌های زیادی در مورد ارتباط ترومای کودکی با اختلال شخصیت مرزی صورت گرفته است؛ اما پژوهش‌هایی که ارتباط روابط موضوعی را که نزدیک به مفهوم دلبستگی است با نشانگان شخصیت مرزی سنجیده باشد، بسیار کم است. از طرفی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در ذهنی‌سازی مشکل دارند و کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به رشد BPD می‌شود و این فرض موجب شکل‌گیری درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بیماران BPD شده است [۵۹] اما در مورد اینکه چه عواملی منجر به نقص ذهنی‌سازی (که از روی آورده‌های دلبستگی دوران کودکی است) در این بیماران می‌شوند و نقص در ذهنی‌سازی چگونه ممکن است منجر به نشانگان شخصیت مرزی شود با خلاء پژوهشی روبه‌رو هستیم. علاوه بر موارد ذکر شده اختلال شخصیت مرزی صرفاً در جمعیت بالینی وجود ندارد، بلکه ویژگی‌ها و رگه‌های آن در جمعیت عادی نیز مشاهده می‌شود. نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عادی با پیامدهای منفی مانند: مشکلات تحصیلی، وجود نشانه‌های اختلال خلقی، اختلال در روابط و مشکلاتی نظیر مصرف الکل و مواد همراه است [۶۳]. بنابراین باتوجه‌به پیامدهایی که رگه‌های اختلال شخصیت مرزی

به صورت معکوس نمره گذاری شوند. همه پاسخ‌ها در هر خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شوند و نمره و ویژگی‌های مرزی بدست می‌آید. نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالای علائم مرزی و نمرات پایین منعکس‌کننده علائم حداقل است. همسانی درونی ۰/۷۶ برای این مقیاس گزارش شده است [۶۵]. همچنین در پژوهش شارپ^۳ و همکاران [۶۶] پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. در ایران نیز همبستگی مناسب با مقیاس شخصیت مرزی ($r=0/51$) را برای این مقیاس گزارش کردند [۶۷]. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس‌های بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات هویتی، روابط منفی و خودجرحی به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۷ و ۰/۷۶ است. بنابراین نتایج پژوهش بیانگر آن است که این مقیاس در ایران از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ترکیبی و روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا برای مقیاس شخصیت مرزی کودکان با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} بررسی شد. مقادیر ۰/۹۲ و ۰/۷۴ به ترتیب برای پایایی ترکیبی و روایی همگرا به دست آمد. پایایی ترکیبی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. بنابراین مقادیر به دست آمده حاکی از پایایی ترکیبی و روایی همگرای مناسبی بود. جهت بررسی روایی واگرا نیز از معیار فورنل لارکر استفاده شد که نتایج حاکی از روایی واگرا قابل قبولی بود.

پرسش‌نامه روابط موضوعی بل برای نوجوانان و

کودکان^۴ (BRIA): این پرسش‌نامه توسط بل در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش کیفیت روابط موضوعی در کودکان و نوجوانان بر اساس نسخه بزرگسال آن تدوین شده است که پنج خرده‌مقیاس‌های دل‌بستگی مثبت^۵، بیگانگی^۶، دل‌بستگی نالایم^۷، خودمحوری^۸ و بی‌کفایتی اجتماعی^۹ را به صورت درست - نادرست (یک و صفر) می‌سنجد [۶۸]. خرده‌مقیاس دل‌بستگی مثبت (سؤالات ۱۳ تا ۱۶) با عباراتی نظیر "از میزان محبتی که در زندگی‌ام وجود دارد

به‌طور تصادفی انتخاب شد. در آخر بعد از ارائه توضیحاتی در مورد موضوع و اهمیت پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش پرسش‌نامه‌ها در اختیارشان قرار گرفت. باتوجه به اینکه کلاین [۶۴] حداقل حجم نمونه برای استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری را ۲۰۰ نفر می‌داند، توصیه می‌کند به ازای هر پارامتری که باید تخمین زده شود ۲۰ شرکت‌کننده در نظر گرفته شود. لذا باتوجه به این توصیه و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی شرکت‌کنندگان و افزایش دقت، نمونه‌ای متشکل از ۳۸۷ آزمودنی انتخاب شد که با حذف پرسشنامه‌های ناقص داده‌های حاصل از ۳۴۲ نفر وارد تحلیل شد.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر

بود:

مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان ۱

(BPFS-C): این مقیاس یک پرسش‌نامه ۲۴ ماده‌ای است که برای سنجش ویژگی‌های شخصیت مرزی در کودکان ۹ سال و بالاتر توسط کریک^۲ [۶۵] در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. در این مقیاس ۴ عاملی سؤالات ۱۴، ۸، ۱، ۲۱ و ۱۷ بی‌ثباتی عاطفی را با عباراتی نظیر "من بین احساسات گوناگون در نوسان هستم، مثل عصبانی شدن، ناراحت شدن یا خوشحال شدن." و یا "وقتی عصبانی می‌شوم، نمی‌توانم خودم را کنترل کنم."، سؤالات ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۲۲ مشکلات هویتی را با عباراتی نظیر "احساس می‌کنم چیز مهمی در من گم شده است، اما نمی‌دانم چیست؟" و یا "احساس من درباره خودم زیاد تغییر می‌کند."، سؤالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۳، ۲۰ و ۲۴ روابط منفی را با عباراتی نظیر "خیلی احساس تنهایی می‌کنم." و یا "می‌خواهم بعضی افراد بدانند که چقدر مرا رنجانده‌اند." و سؤالات ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹ و ۲۳ خودجرحی را با عباراتی نظیر "من کارها را بدون فکر کردن انجام می‌دهم." و یا "من در مورد چیزهایی که برایم مهم هستند بی‌احتیاط هستم." مورد سنجش قرار می‌دهند. نمره گذاری این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت ۱=هرگز، ۲=به ندرت، ۳=گاهی اوقات، ۴=اغلب و ۵=همیشه می‌باشد که سؤالات ۱، ۵، ۲۳ و ۲۴ باید

3. Sharp
4. Bell Relationship Inventory For Adolescents
5. Positive Attachment (PA)
6. Alienation (AL)
7. Insecure Attachment (IA)
8. Egocentricity (EGC)
9. Social Incompetence (SI)

1. Borderline Personality Features Scale for Children
2. Crick

دارای پایایی ترکیبی و روایی همگرای مناسبی بود. جهت بررسی روایی واگرا نیز از معیار فورنل لارکر استفاده شد که نتایج حاکی از روایی واگرا قابل‌قبولی بود.

پرسش‌نامه تجارب ترومای دوران کودکی (CTQ):

این پرسش‌نامه ۲۸ ماده‌ای به‌منظور سنجش آسیب‌ها و تروماهای دوران کودکی توسط برنشتاین^۲ و همکاران (۲۰۰۳) هم برای نوجوانان و هم برای بزرگسالان طراحی و تدوین شده است [۶۹]. سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی، غفلت جسمی و انکار مشکلات دوران کودکی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه را تشکیل می‌دهند. مؤلفه سوءاستفاده عاطفی (سؤالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵) با عباراتی نظیر "برخی از اعضای خانواده‌ام به من القابی نظیر "تنبل"، "کودن"، یا "زشت" و... می‌دادند." و یا "من فکر می‌کردم که والدینم آرزو داشتند که من هرگز به دنیا نمی‌آمدم." به سنجش ترومای دوران کودکی می‌پردازد. مؤلفه سوءاستفاده فیزیکی (سؤالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷) با عباراتی نظیر "من با کمربند، چوب، تسمه و یا یک چیز سخت دیگری تنبیه شده‌ام." و یا "من اعتقاد دارم که از نظر جسمی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌ام." ترومای دوران کودکی را می‌سنجد. خرده‌مقیاس سوءاستفاده جنسی نیز (سؤالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷) با عباراتی مانند "کسی تلاش کرد تا با من تماس جنسی داشته باشد، یا تلاش کرده که من آن‌ها را لمس کنم." و یا "کسی من را مورد آزار جنسی قرار داده است." به سنجش ترومای دوران کودکی می‌پردازد. مؤلفه غفلت عاطفی (سؤالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸) با جملاتی مانند "کسی در خانواده‌ام بود که کمک کرد تا من احساس مهم بودن داشته باشم." و یا "من احساس می‌کردم که کسی به من عشق می‌ورزد." این بعد از تجارب تروماتیک دوران کودکی را می‌سنجد. مؤلفه غفلت جسمی (سؤالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۲) با عباراتی نظیر "در دوران کودکی غذای کافی به من نمی‌رسید." و یا "من در بچگی می‌دانستم که همواره کسی هست که از من مراقبت و محافظت کند." تجربه ترومای دوران کودکی را می‌سنجد. سؤال‌های ۱۰، ۱۶ و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است (به عنوان نمونه: "هیچ چیزی در مورد خانواده‌ام وجود

خوشحالم." و یا "والدینم از اینکه من به خودم افتخار می‌کنم، خوشحال هستند." رضایت از روابط فعلی با همسالان و والدین را می‌سنجد. خرده‌مقیاس بیگانگی (سؤالات ۱۷ تا ۲۰) با عباراتی نظیر "من تنها هستم." و یا "دوست دارم به تنهایی و به دور از مردم زندگی کنم." عدم اعتماد، مشکل در صمیمیت و احساس بیگانگی را می‌سنجد. خرده‌مقیاس بعدی که دلبستگی ناایمن (سؤالات ۱ تا ۴) نام دارد با جملاتی مانند "اگر یک دوست خوب به من آسیب بزند ممکن است از خودم متنفر شوم که چرا اجازه این اتفاق را دادم." و یا "اگر کسی را که دوست دارم دیگر من را دوست نداشته باشد این موضوع به شدت اذیت می‌کند." حساسیت به طرد شدن، ترس از جدایی و رها شدن را می‌سنجد. فقدان همدلی، محافظت از خود، تمایل به کنترل و استثمار نیز در خرده‌مقیاس خودمحوری (سؤالات ۵ تا ۸) با عباراتی نظیر "بهترین راه برای اینکه دیگران را وادار کنم به انجام دادن کاری که من می‌خواهم این است که آن‌ها را فریب دهم." و یا "زمانی که یکی از نزدیکانم کاری را که من می‌خواهم انجام نمی‌دهد احساس عصبانیت می‌کنم." مورد سنجش قرار می‌گیرد. و خرده‌مقیاس آخر که بی‌کفایتی اجتماعی (سؤالات ۹ تا ۱۲) نام دارد با عبارتی نظیر "وقتی با پسر یا دختری که نمی‌شناسم صحبت می‌کنم احساس خجالت می‌کنم." و یا "احساس می‌کنم که باید همه را راضی نگه دارم وگرنه ممکن است آن‌ها مرا طرد کنند." به سنجش ناراحتی اجتماعی، کمرویی و مشکل در دوست‌یابی اختصاص دارد. نمرات بالاتر نشان می‌دهد که فرد روابط اولیه آشفته‌تری را درون‌فکنی کرده است. نتایج ارزیابی پایایی و روایی پرسش‌نامه مذکور، مناسب گزارش شده است [۶۸]. در این پژوهش از ۱۶ گویه که دارای بیشترین بار عاملی بودند و چهار خرده‌مقیاس دلبستگی ناایمن، خودمحوری، بی‌کفایتی اجتماعی و بیگانگی استفاده شد که پایایی ترکیبی و روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا برای آن با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} و در مدل اندازه‌گیری به‌دقت بررسی شد. مقادیر ۰/۷۸ و ۰/۵۷ به ترتیب برای پایایی ترکیبی و روایی همگرا به دست آمد. پایایی ترکیبی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به‌عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل‌قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. باتوجه‌به مقادیر به‌دست‌آمده این مقیاس در این پژوهش

نداشت که من بخواهم آن را تغییر دهم." و یا "من دوران کودکی بسیار خوبی داشتم." اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این سوالات بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت ۱=هرگز، ۲=خیلی کم، ۳=گاهی اوقات، ۴=اغلب اوقات و ۵=همیشه می‌باشد که سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ باید به صورت معکوس نمره‌گذاری شوند. نمرات بالاتر بیانگر تروما یا آسیب بیشتر هستند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه و روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی مناسب گزارش شده است [۶۹]. در پژوهش انفعال و همکاران [۳۰] روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش انفعال و همکاران [۳۰] برای این پرسش‌نامه بالای ۰/۷۰ برآورد شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ترکیبی، روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا برای پرسش‌نامه تجارب ترومای دوران کودکی با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} بررسی شد. مقادیر ۰/۸۹ و ۰/۵۹ به ترتیب برای پایایی ترکیبی و روایی همگرا به دست آمد. پایایی ترکیبی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به‌عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. باتوجه به مقادیر به‌دست‌آمده این مقیاس در این ترکیبی و روایی همگرای مناسبی بود. جهت بررسی روایی واگرا نیز از معیار فورنل لارکر استفاده شد که نتایج حاکی از روایی واگرا قابل قبولی بود.

۱۵، ۲۳، ۲۶، ۳۲، ۳۸، ۳، ۴، ۶، ۱۱، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۳۴، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴ و ۴۵ عامل B و یا ذهنی‌سازی متمرکز بر خود^۳ را تشکیل می‌دهند که با عباراتی مانند "من اغلب مردم را وادار می‌کنم تا به گفته من عمل کنند." و یا "من به احساساتم توجه می‌کنم." توانایی فرد را برای درک حالات ذهنی خود می‌سنجد. گویه‌ها دارای یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم هستند. میانگین هر عامل نمره کلی آن عامل را نشان می‌دهد. در عامل B نوجوانان با عملکرد انعکاسی مطلوب باید حداکثر امتیاز ۶ را در این خرده مقیاس به دست آورند؛ نمرات بالا نشان دهنده عملکرد انعکاسی بالاتر است. اما در عامل A نمره‌های متوسط نشان‌دهنده عملکرد انعکاسی بهتر است و نمره‌های بالا و پایین نشان دهنده عملکرد انعکاسی ضعیف می‌باشند. در نهایت، از مجموع امتیازهای این دو عامل، نمره کلی عملکرد انعکاسی به دست می‌آید. نوجوانان با توانایی ذهنی‌سازی مطلوب باید حداکثر امتیاز ۹ را در مقیاس کلی بدست آورند. پژوهش‌هایی که بر روی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه صورت گرفته است از اعتبار آن حمایت می‌کند و همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز ۰/۷۸ گزارش شده است [۷۱]. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کلی ۰/۷۷، مقیاس A: ۰/۸۶ و مقیاس B: ۰/۷۲ به‌دست‌آمده است [۷۲]. در این پژوهش نیز پایایی ترکیبی و روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا برای پرسش‌نامه عملکرد انعکاسی نوجوانان با استفاده از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} به‌دقت بررسی شد. مقادیر ۰/۸۹ و ۰/۸۱ به ترتیب برای پایایی ترکیبی و روایی همگرا به دست آمد. پایایی ترکیبی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به‌عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. باتوجه به مقادیر به‌دست‌آمده این مقیاس در این پژوهش نیز دارای پایایی ترکیبی و روایی همگرای مناسبی بود. جهت بررسی روایی واگرا نیز از معیار فورنل لارکر استفاده شد که نتایج حاکی از روایی واگرا قابل قبولی بود.

پرسش‌نامه عملکرد انعکاسی نوجوانان (RFQ-Y):

این پرسش‌نامه ۴۶ گویه‌ای توسط شارپ و همکاران (۲۰۰۹) به‌منظور سنجش ذهنی‌سازی در نوجوانان طراحی شده است [۷۰]. سوالات ۱، ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۴۰ و ۴۶ عامل A و یا ذهنی‌سازی متمرکز بر دیگران^۲ را تشکیل می‌دهند که با عباراتی نظیر "افکار مردم برایم شبیه معماست." و یا "من خیلی نگرانم که مردم چه فکری می‌کنند و چه احساسی دارند." به سنجش توانایی فرد برای درک حالات ذهنی دیگران می‌پردازد. سوالات ۷، ۱۳، ۱۴،

شیوه انجام پژوهش

روش اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم از آموزش و پرورش نسبت به انتخاب نمونه‌ها اقدام شد. سپس نمونه‌های انتخاب شده در خصوص

1. Reflective Functioning Questionnaire for Youth

2. other-focused

3. self-focused

که از این تعداد ۱۱۸ نفر (۳۴/۵ درصد) از پایه دهم، ۱۴۱ نفر (۴۱/۲ درصد) از پایه یازدهم و ۸۳ نفر (۲۴/۳ درصد) از پایه دوازدهم بودند. قبل از بررسی فرضیات و محاسبه همبستگی از ضرایب چولگی و کشیدگی برای بررسی نرمال بودن متغیرها استفاده شد. اگر مقدار آماره Z برای چولگی و کشیدگی بین -۱/۹۶ و +۱/۹۶ باشد، نرمال بودن متغیرها تأیید می‌گردد. اما برای تقریباً همه متغیرها این مورد برقرار نبود. از این رو فرض نرمال بودن برای همه متغیرهای تحقیق پذیرفته نشد. بنابراین برای بررسی همبستگی بین این متغیرها از ضریب همبستگی اسپیرمن و برای بررسی مدل تحقیق از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} استفاده گردید. جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و جدول ۲ ماتریس همبستگی را نشان می‌دهد.

اهداف پژوهش توجیه شدند و پس از جلب نظر مساعد آن‌ها جهت شرکت در این پژوهش، پرسش‌نامه‌ها به صورت فردی بر روی نمونه‌ها اجرا شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار شد و تحلیل‌های موردنظر بر روی آن‌ها صورت گرفت. لازم به ذکر است که در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی از قبیل اصل رضایت آگاهانه، اصل محرمانه ماندن اطلاعات و اصل رازداری رعایت شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ماتریس همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری بر روی نرم‌افزارهای SPSS₂₄ و SMART PLS_{3,2,8} استفاده شد.

نتایج

در پژوهش حاضر از مجموع ۳۴۲ شرکت کننده ۲۶۵ نفر (۷۷/۵ درصد) دختر و ۷۷ نفر (۲۲/۵ درصد) پسر بودند.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار z چولگی	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار z چولگی
خصایص شخصیت مرزی	بی‌ثباتی عاطفی	۱۱/۷	۴/۸۶	۴/۱۷	دلبستگی نایمن	۲/۰۴	۱/۲۴
	مشکلات هویتی	۱۰/۷۸	۴/۶۴	۵/۴۹	خودمحوری	۱/۵۲	۱/۱۸
	روابط منفی	۱۲/۳۰	۴/۲۵	۴/۸۲	بی‌کفایتی اجتماعی	۱/۵۴	۱/۲۷
	خودجرحی	۱۱/۱۷	۴/۲۱	۷/۳۴	بیگانگی	۱/۳۰	۱/۳۴
	نمره کل	۴۴/۷۵	۴۵/۸۶	۴/۵۲	نمره کل	۶/۴۱	۳/۴۸
ترومای دوران کودکی	سوءاستفاده عاطفی	۹	۴/۲۱	۸/۸۳	ذهنی‌سازی متمرکز بر خود	۳/۷۹	۰/۶۳
	سوءاستفاده فیزیکی	۷/۰۳	۳/۵۷	۱۴/۴۸	ذهنی‌سازی متمرکز بر دیگری	۴/۰۵	۰/۵۶
	سوءاستفاده جنسی	۶/۷۸	۳/۵۵	۱۸/۳۴	نمره کل	۷/۸۴	۱/۰۸
	غفلت عاطفی	۱۰/۰۱	۴/۶۰	۶/۶۱			
	غفلت جسمی	۷/۷۸	۳/۴۳	۹/۷۳			
نمره کل	۴۶/۸۴	۱۷/۲۸	۸/۹۰				

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

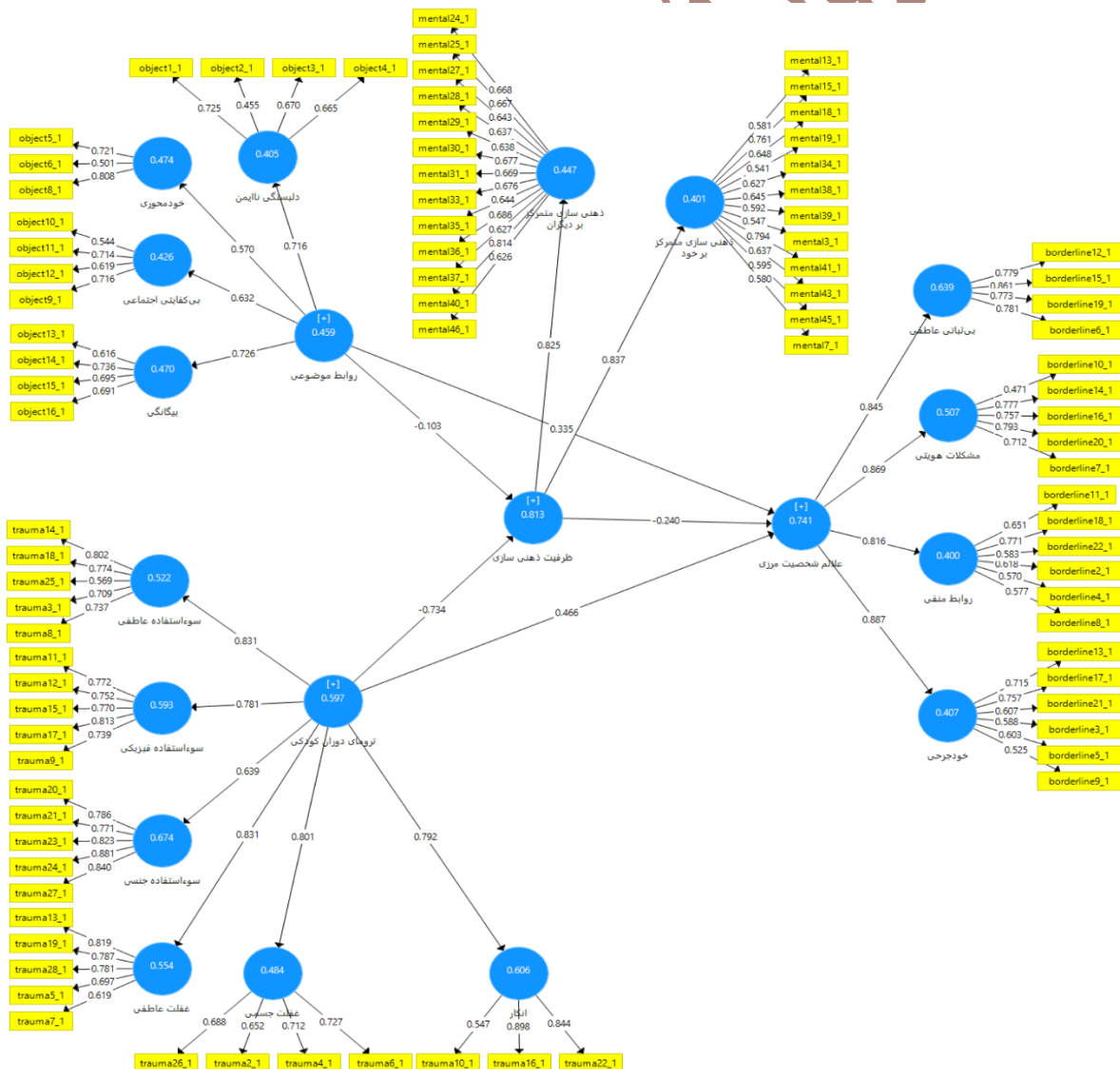
متغیر	۱	۲	۳	۴	میانگین	انحراف استاندارد
۱. روابط موضوعی	۱				۱۴/۹۲	۵/۷۲
۲. ترومای دوران کودکی	۰/۴۸۳**	۱			۴۶/۸۴	۱۷/۲۷
۳. خصایص شخصیت مرزی	۰/۵۷۳**	۰/۵۸۴**	۱		۴۴/۷۵	۱۵/۸۶

۳/۴۸	۶/۴۱	۱	-۰/۵۸۰**	-۰/۷۵۷**	-۰/۴۳۵**	۴. ظرفیت ذهنی‌سازی
------	------	---	----------	----------	----------	--------------------

بیرونی (مدل اندازه‌گیری)، ۲. مدل درونی (مدل ساختاری) و ۳. برازش مدل کلی انجام گرفت. در مرحله اول برای بررسی مدل اندازه‌گیری، تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول مورد بررسی قرار گرفت و بارهای عاملی گویه‌هایی که کمتر از ۰/۴ بودند شناسایی و آن گویه‌ها برای بهبود مدل حذف شدند. سپس تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم صورت گرفت و بارهای عاملی همه مؤلفه‌ها بالای ۰/۴ به دست آمد، بنابراین هیچ مؤلفه‌ای از مدل حذف نگردید. بعد از حذف گویه‌هایی که بار عاملی آن‌ها کمتر از ۰/۴ بود مدل دوباره برازش یافت که مدل نهایی در شکل ۱ نشان داده شده است.

باتوجه به نتایج جدول ۲، مشاهده می‌شود که بین متغیرهای تحقیق با ۹۹ درصد اطمینان همبستگی معناداری وجود دارد. بین متغیرهای روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی با خصایص شخصیت مرزی همبستگی مثبت (به ترتیب 0.573^{**} و 0.584^{**} ، $P < 0.01$) وجود دارد. اما بین متغیرهای روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی با ظرفیت ذهنی‌سازی همبستگی منفی (به ترتیب -0.435^{**} و -0.757^{**} ، $P < 0.01$) وجود دارد. همچنین بین ظرفیت ذهنی‌سازی با خصایص شخصیت مرزی نیز همبستگی منفی (-0.580^{**} ، $P < 0.01$) وجود دارد.

به منظور تحلیل مدل تدوین شده از نرم‌افزار SMART PLS_{3,2,8} استفاده شد. تحلیل مدل در سه مرحله: ۱. مدل



(زودآیند ویرایش نشده) مدل‌یابی روابط ساختاری علائم شخصیت مرزی بر اساس ... / کوثر حسینیان لنگوری سرخی

شکل ۱. نمودار مسیر به همراه ضرایب استاندارد در مدل نهایی

زودآیند ویرایش نشده

دومین معیار ارزیابی مدل درونی، ضرایب مسیر هستند که به منظور بررسی معناداری آن‌ها از رویه خودگردان سازی استفاده شد. این ضرایب به همراه مقادیر T، سطح معنی‌داری و همچنین فاصله اطمینان برای اثرات مستقیم و غیرمستقیم در جدول ۳ ارائه شده است.

در بخش مدل درونی، ارتباط بین متغیرهای مکنون تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرد. اولین معیار برای بررسی مدل درونی، بررسی هم‌خطی بودن متغیرها است که به این منظور از شاخص تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد. سطح تحمل کمتر از ۰/۲ (VIF بالاتر از ۵)، نشان‌دهنده هم‌خطی بین متغیرها است. همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد شرط عدم هم‌خطی بودن رعایت شده است.

جدول ۳. شاخص‌های هم‌خطی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم مدل درونی پژوهش

اثر مستقیم		هم‌خطی (VIF)			مسیر
فاصله اطمینان	مقادیر				
% ۹۷/۵	% ۲/۵	sig	T	B	
۰/۳۹۸	۰/۲۳۳	۰/۰۰۱	۶/۹۵	۰/۳۳	۱/۴۵۷ روابط موضوعی -> خصایص شخصیت مرزی
۰/۴۷۱	۰/۱۸۱	۰/۰۰۱	۴/۱۳	۰/۴۶	۱/۴۹۰ ترومای دوران کودکی -> خصایص شخصیت مرزی
-۰/۰۳۳	-۰/۱۶۵	۰/۰۰۴	۲/۸۲	-۰/۱۰	۱/۴۵۷ روابط موضوعی -> ظرفیت ذهنی‌سازی
۰/۶۸۳	۰/۸۰۱	۰/۰۰۱	۲۴/۱۱	-۰/۷۳	۲/۹۱۵ ترومای دوران کودکی -> ظرفیت ذهنی‌سازی
-۰/۱۰۱	-۰/۳۴۶	۰/۰۰۱	۳/۶۱	-۰/۲۴	۲/۷۷۳ ظرفیت ذهنی‌سازی -> خصایص شخصیت مرزی
اثرات غیرمستقیم					
۰/۰۴۵	۰/۰۰۶	۰/۰۳۰	۲/۱۷	۰/۰۲۳	روابط موضوعی -> ظرفیت ذهنی‌سازی -> خصایص شخصیت مرزی
۰/۲۵۹	۰/۰۷۲	۰/۰۰۱	۳/۵۱	-۰/۱۷۷	ترومای دوران کودکی -> ظرفیت ذهنی‌سازی -> خصایص شخصیت مرزی

معیار بعدی که رایج‌ترین معیار ارزیابی مدل درونی است، ضریب تعیین (R^2) می‌باشد که نشان‌دهنده دقت پیش‌بینی مدل است. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به‌عنوان مقدار ملاک به ترتیب برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته می‌شود [۷۳]. همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، ضریب تعیین ظرفیت ذهنی‌سازی و خصایص شخصیت مرزی دارای مقدار متوسط و تقریباً قوی است. آخرین معیار ارزیابی مدل درونی Q^2 استون - گیسر [۷۴] است که نشان‌دهنده تناسب پیش بین مدل است. مقدار Q^2 بیشتر از صفر برای یک متغیر مکنون درون‌زای معین، نشان‌دهنده تناسب پیش بین مدل است [۷۵]. نتایج این معیار در جدول ۴ ارائه شده است و مطلوب است.

پس از ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری، مدل کلی (مجموع مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری) مورد بررسی قرار گرفت. برای این منظور تنهاوس^۲ و همکاران [۷۶] شاخص GOF^3 را معرفی نموده‌اند. هر چه این شاخص

نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۳ حاکی از آن است که روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی بر خصایص شخصیت مرزی با ضریب تأثیر ۰/۳۳ و ۰/۴۶+ و با ۹۹ درصد اطمینان تأثیر مثبت و معنادار دارند. همچنین روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی بر ظرفیت ذهنی‌سازی با ضریب تأثیر ۰/۱۰- و ۰/۷۳- و با ۹۹ درصد اطمینان تأثیر منفی و معنادار دارند. اثر مستقیم ظرفیت ذهنی‌سازی بر خصایص شخصیت مرزی نیز با ضریب تأثیر ۰/۲۴- در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است. بعلاوه نتایج جدول نشان می‌دهد روابط موضوعی ($\beta=۰/۰۲۳ P < ۰/۰۵$) و ترومای دوران کودکی ($\beta=۰/۱۷۷ P < ۰/۰۱$) بر خصایص شخصیت مرزی از طریق ظرفیت ذهنی‌سازی اثر غیرمستقیم و مثبت معنادار دارند.

جدول ۴. شاخص‌های R^2 و Q^2 مدل درونی پژوهش

متغیر	R^2	Q^2
ظرفیت ذهنی‌سازی	۰/۶۳۳	۰/۴۹۲
خصایص شخصیت مرزی	۰/۵۲۹	۰/۳۶۷

1. Stone -Geisser
2. Tenenhaus
3. Goodness of Fit

جدایی دائمی بین بخش‌های ایده‌آل و آزاردهنده ناشی از تجارب عاطفی با ویژگی‌هایی همچون بی‌ثباتی، کناره‌جویی، آرمانی سازی ناگهانی و نارزنده‌سازی فاجعه آمیز همراه است [۱۶].

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان داد که ترومای دوران کودکی می‌تواند علائم شخصیت مرزی را پیش‌بینی کند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو است [۲۸-۳۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بسیاری از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در گذشته با تهدیدها و تنبیه‌های جسمانی و هیجانی گسترده‌ای مواجه شده‌اند و یا شاهد تنبیه سایر اعضای خانواده توسط یک فرد پرخاشگر بوده‌اند. همچنین ممکن است در یک بافت خانوادگی آشفته‌ای قرار گرفته باشند که والدین آن‌ها خود مورد سؤاستفاده قرار گرفتند و از مشکلات روانی رنج می‌برند. به عبارتی از تأمین محیطی عاری از تروما ناتوان هستند و خود عامل آن محسوب می‌شوند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ممکن است احساس ترس و درماندگی حاصل از این تجربیات ناگوار را از کودکی در صورت عدم حل و فصل با خود به بزرگسالی آورده باشند و مشکلاتی را در دست‌یابی به نقاط عطف تحولی تجربه کرده باشند. این تجارب ناگوار دوران کودکی موجب می‌گردد تا فرد دنیا را به صورت یک مکان ترسناک و خطرناک ببیند، حس اعتماد در آن‌ها تضعیف شود، به فاکتورهای منفی گوش به زنگ شده و حساسیت بیشتری نسبت به انتقادهای و احساسات منفی دیگران پیدا کند و باورهای ناسازگار بنیادینی را در فرد به وجود آورد که این صورت که او لایق عشق و محبت نیست و همیشه در خطر طرد و رها شدن از سمت کسی که دوستش دارد قرار دارد. در واقع این تجارب موجب می‌شود که هر زمان فرد در شرایط استرس‌زا و نامطلوب مشابه همان شرایط قرار گیرد به دلیل تجربه کردن هیجانات شدید منفی و ناتوانی در کنترل آن‌ها واکنش‌های شدیدی را از جمله خشم و عصبانیت آشکار و پنهان و همچنین رفتارهای تکانشی از خود بروز دهد و این موجب مشکلاتی در ارتباط میان‌فردی شان شود [۳۴]. علی‌رغم اینکه شواهد همسوی بسیاری با این یافته‌ی پژوهش وجود دارد که به تعدادی از آن‌ها نیز اشاره شد، اما مطالعاتی نیز هستند که معتقدند ارتباط معنی‌داری بین ترومای دوران کودکی و

به یک نزدیک‌تر شود نشان از قدرت و کیفیت بالای مدل است.

جدول ۵. نتایج برازش کلی مدل با معیار GOF

GOF	Communality	R ²	مؤلفه
۰/۵۰۹	۰/۳۶۸	۰/۶۳۳	ظرفیت ذهنی‌سازی
	۰/۵۳۰	۰/۵۲۹	خصایص شخصیت مرزی
	۰/۴۴۹	۰/۵۸۱	میانگین

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار معیار GOF معادل ۰/۵۰۹ است که نشان می‌دهد مدل کلی از برازش مطلوب برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مدل‌یابی روابط ساختاری علائم شخصیت مرزی بر اساس روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی در نوجوانان با توجه به نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که روابط موضوعی آشفته منجر به افزایش علائم شخصیت مرزی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات قبلی همسو است [۱۸-۲۴]. در تبیین این یافته می‌توان گفت در فرآیند رشد، کودک در تعامل با مراقبش تجربیات مثبت و منفی را کسب می‌کند. در تجربه‌های مثبت، نوزاد تصاویر ایده‌آلی از دیگری به‌عنوان موجودی کامل و تغذیه دهنده و همچنین تصویر ایده‌آلی از خود به‌عنوان یک خود کامروا را درونی می‌کند. اما از سوی دیگر، در تجربه‌های منفی، نوزاد یک دیگری محروم‌کننده و یا حتی سوءاستفاده‌گر و یک خود بی‌پناه و نیازمند را درونی می‌کند [۱۷]. به تدریج که کودک رشد می‌کند این تصاویر و بازنمایی‌های درونی خوب و بد را یکپارچه می‌کند و این منجر به بازنمایی‌های واقعی‌تر و پیچیده‌تر می‌شود و موجب می‌گردد کودک بفهمد دیگران می‌توانند در یک زمان خوب باشند و موجب رضایت کودک شوند و در زمان دیگر بد باشند و کودک را ناکام کنند. اما در بیماران مبتلا به BPD درست در زمانی که این یکپارچگی ویژگی‌های مثبت و منفی در حال شکل گرفتن بوده است شدت خشم و نفرت نسبت به یک تصویر بد، شاید تصویر خوب را نابود کرده است و بنابراین، یکپارچگی و انسجام میان تصاویر خوب و بد اتفاق نیفتاده است. این

یکی نباشد کودک هرگز قادر به ادراک احساسات، افکار، علایق و نیازهای خود نخواهد بود و علاوه بر حالت‌های درونی خود در درک و تفسیر حالت‌های درونی دیگران نیز به درستی عمل نمی‌کند. بنابراین این امر شرایط را برای پیدایش ذهنی‌سازی ناقص کودک فراهم می‌آورد [۳۸].

همچنین نتیجه پژوهش حاضر مؤید آن بود که تجربه تروما در دوران کودکی نیز می‌تواند رشد توانایی ذهنی‌سازی را با وقفه روبه‌رو سازد. این یافته با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته همسو است [۴۵، ۴۹، ۵۲-۵۴]. در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکی که در معرض رویدادهای آسیب‌زا از جمله سوءاستفاده قرار گرفته است، حالت‌های خصمانه و بد فرد آزارگر را درونی می‌کند. این حالت موجب می‌گردد تا کودک در مواجهه با وضعیت‌هایی که مشابه تجربه آسیب و تروما هستند به دلیل روبه‌رو شدن دوباره با نیت بدخواهانه فرد آسیب‌رسان دچار ترس شده و به جای مقابله و تصویرسازی مناسب از وقایع تمایل به اجتناب و فرار داشته باشد. به این ترتیب سیستم ذهنی‌سازی خود را خاموش کرده و در درک دیدگاه‌ها و احساسات خود و دیگران دچار نقص می‌شود. همچنین به دلیل تجربه‌های نامطلوب در کودکی ممکن است به طرز غیرمعمولی به حالات هیجانی دیگران که ممکن است حالات کاملاً طبیعی باشند توجه کند و تمایل داشته باشد که قصد و نیت دیگران را به‌عنوان نیت منفی پیش‌بینی کند و در نتیجه قابلیت درک درست دیگران را از دست می‌دهد و دائماً در روابط خود دچار سوءبرداشت خواهد شد [۴۹].

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نیز نشان داد که ضعف در توانایی ذهنی‌سازی با رشد علائم شخصیت مرزی همراه خواهد بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده همسو است [۵۷-۶۲]. امروزه نقص در توانایی ذهنی‌سازی، به‌عنوان توانایی درک رفتارهای خود و دیگران، به‌عنوان یک حوزه اساسی و مهم دیگر در سبب‌شناسی BPD پیشنهاد شده است و بر همین اساس درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌منظور تقویت و رشد ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی احساسات و افکاری که تجربه می‌کند، طراحی شده است [۶۰ و ۶۱]. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند در تحلیل و تعبیر درست رفتارها و واکنش‌های اجتماعی دیگران تأثیر بگذارد و از این طریق موجب

شخصیت مرزی وجود ندارد. به‌عنوان مثال بورنوالووا^۱ و همکارانش [۳۵] در پژوهش خود دریافتند که باوجود اینکه بین ابعاد بدرفتاری‌های دوران کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد؛ اما این ارتباط به معنای رابطه علت و معلولی نیست و همیشه بدرفتاری‌های دوران کودکی نمی‌تواند منجر به ویژگی‌های شخصیت مرزی شود؛ بلکه مکانیزم‌های دیگری ممکن است این رابطه را تسهیل کنند. از جمله آمادگی زیستی و ژنتیکی فرد که منجر به آسیب‌پذیری در مقابل اختلال شخصیت مرزی در صورت وقوع ترومای دوران کودکی می‌گردد.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نیز آشکار ساخت که روابط موضوعی معیوب می‌تواند رشد توانایی ذهنی‌سازی را مختل سازد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های گذشته همسو است [۳۸، ۳۹، ۴۹-۵۱]. در تبیین اینکه چگونه روابط موضوعی می‌تواند در شکل‌گیری ذهنی‌سازی دخالت داشته باشد به دلیل اینکه پژوهشی به طور مستقیم این رابطه را مورد بررسی قرار نداده است از تحقیقاتی که رابطه دل‌بستگی و ذهنی‌سازی را مورد بررسی قرار داده‌اند به دلیل پایه نظری مشترک استفاده شد. می‌توان گفت وقتی نوزاد با تغییرات فیزیولوژیک و روانی پیچیده و گیج‌کننده‌ای مواجه می‌شود، نقش مادر به‌عنوان مرجع ارتباطی برای تفسیر این تغییرات بسیار مهم است. مادر با استفاده از اظهارات کلامی و چهره‌ای خود به کودک بازخورد می‌دهد. در این لحظات کودک به کمک آن بازخورد یک بازنمایی درونی از خود در ذهن ایجاد می‌کند. این بازنمایی درونی به او کمک می‌کند تا به آن حالت گیج‌کننده درونی پایان دهد و به فهم بیشتر حالت‌های درونی مانند احساسات، باورها، خواسته‌ها و... منجر شود [۵۰]. به تدریج کودک می‌فهمد که دیگران هم می‌توانند حالت درونی و ذهنی مربوط به خودشان را داشته باشند و به این فرض زیربنایی ذهنی‌سازی که هر ذهن از ذهن دیگر جداست دست می‌یابد. این فهم ظرفیتی را برای کودک ایجاد می‌کند که فرایندهای ذهنی و هیجانی درون روانی خود و دیگران را در تعاملات بین‌فردی در نظر بگیرد [۵۱]. حال اگر پاسخ‌های مادر غیر قابل‌پیش‌بینی و تکانشگرانه باشد و یا بازتابی که کودک از مادر دریافت می‌کند با آن تغییرات و هیجانات درونی که تجربه می‌کند

1. Bornovalova

واقع برای اجتناب از فکرکردن در مورد مقاصد بدنهاد دیگران سیستم ذهنی‌سازی خود را خاموش می‌کنند. از طرف دیگر بعضی از افراد تجربیات و مشکلاتشان در دوره کودکی موجب شده است که آن‌ها به طرز غیرمعمولی و بیش از حد به حالات هیجانی دیگران (ذهنی‌سازی مفرط) توجه کنند. این ویژگی ممکن است باعث شود که آن‌ها در شناسایی و تفسیر حالات هیجانی دیگران به طور نامناسبی عمل کنند و دیگران را افرادی غیرقابل اعتماد بدانند و در درک حالات ذهنی دیگران دچار نقص شوند [۴۹، ۵۷]. در این راستا، شواهد تجربی نیز نشان می‌دهند که ظرفیت کم ذهنی‌سازی با مشکلات بین‌فردی مرتبط است [۶۲]. علاوه بر این، تمرکز ذهنی‌کردن در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نشان داده است که به طور قابل‌توجهی مشکلات بین‌فردی را بهبود می‌بخشد [۴۷]. بنابراین می‌توان گفت که تجربه تروماتیک در دوران کودکی به‌عنوان یکی از ریشه‌های اختلال شخصیت مرزی، از طریق ایجاد نقص در ذهنی‌سازی موجب مشکلات بین‌فردی در این بیماران می‌شود؛ زیرا نقص در ذهنی‌کردن موجب می‌شود که این افراد سؤتفاهم‌های ارتباطی را از طریق بازگشت به حالت‌های ذهنی درک نکنند، در نتیجه به تداوم و تشدید هر چه بیشتر مشکلات بین‌فردی در این بیماران منجر شود [۵۳]. مطالعه حاضر نشان داد که خصایص شخصیت مرزی می‌تواند از جمله آسیب‌های ترومای دوران کودکی و روابط موضوعی معیوب باشد. با این حال همه نوجوانانی که تجربه ترومای دوران کودکی و یا روابط موضوعی معیوب را داشتند به چنین آسیبی دچار نمی‌شوند. از این رو بررسی عوامل مؤثر در مکانیزم اثر این تجارب بر خصایص شخصیت مرزی اصلی‌ترین چالش پژوهش حاضر بود. نتایج نشان داد که نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند اثر ترومای دوران کودکی و روابط موضوعی معیوب را بر خصایص شخصیت مرزی در نوجوانان میانجی‌گری کند. به این صورت که ترومای دوران کودکی و روابط موضوعی معیوب منجر به اختلال در توانایی ذهنی‌سازی در نوجوان می‌شود و نقص در این توانایی به‌مرورزمان نوجوان را به سمت بروز خصایص شخصیت مرزی سوق می‌دهد. بنابراین مدل ساختاری پژوهش حاضر به فهم عوامل زمینه‌ساز نشانگان شخصیت مرزی در نوجوانان کمک می‌کند و می‌تواند اقدامات پیشگیرانه را بهبود بخشد. این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بود

مشکلاتی در ارتباطات اجتماعی فرد گردد که در اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یکی از علائم اصلی به شمار می‌آید [۶۰].

دیگر نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که روابط موضوعی (معیوب) می‌تواند در رابطه با رشد توانایی ذهنی‌سازی نقش ایفا کند و از این طریق رشد ذهنی‌سازی را مختل سازد و پیامد توانایی ذهنی‌سازی رشد نایافته نیز افزایش علائم شخصیت مرزی از جمله روابط بین‌فردی بی‌ثبات خواهد بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته با توجه به نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی همسو است [۳۸-۴۱]. اگر در روابط اولیه کودک، مراقب پاسخگو و قابل‌پیش‌بینی باشد کودک این روابط را درونی می‌کند و دلبستگی ایمن و سالم شکل می‌گیرد که باعث می‌شود فرد نسبت به فرایندهای درون روانی خودآگاهی پیدا کند و از آن به‌عنوان راهنمایی برای درک افکار، احساسات و نیاتی که در ذهن مراقبین و دیگران است، استفاده کند. بنابراین ذهنی‌سازی رشد خواهد کرد. اما اگر در روابط اولیه کودک، مراقب پاسخگو و قابل‌پیش‌بینی نباشد موجب شکل‌گیری دلبستگی نایمن می‌گردد. در دلبستگی نایمن کودک روابط اولیه آشفته با مراقب را درونی می‌کند که منجر به سوءبرداشت از دیگران به‌عنوان افرادی غیرقابل‌اعتماد می‌گردد و در نتیجه ارزیابی درست افکار و احساسات دیگران را از دست می‌دهد و به این صورت رشد ذهنی‌سازی را با وقفه روبه‌رو می‌کند و نقص در ذهنی‌سازی زمینه را برای بروز علائم مرزی فراهم می‌سازد [۴۱].

و آخرین نتیجه پژوهش حاضر حاکی از آن بود که ترومای دوران کودکی می‌تواند از طریق ایجاد اختلال در رشد توانایی ذهنی‌سازی و فهم حالات ذهنی و درون‌روانی خود و دیگران منجر به بروز علائم شخصیت مرزی گردد. این یافته با نتایج پژوهش‌های گذشته همسو است [۴۲-۴۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت وقوع مشکلات و تجربه‌های منفی در دوران کودکی می‌تواند منجر به کاهش انگیزه و عدم تمایل مرضی در خصوص سازمان‌دهی و مدیریت درست بازنمایی‌های روابط و تمرکز بر حالات روانی شود. به عبارت دیگر این افراد ممکن است در مواجهه با وضعیت‌های نامطلوب یا استرس‌زا تمایل به اجتناب و فرار داشته باشند به جای اینکه آن شرایط و موقعیت را در ذهن خود بازنمایی کرده و به طور مؤثری با آن مقابله کنند و در

- 7- Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological assessment*. 2001 Dec;13(4):591-577.
- 8- Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia*. 2007 Oct;187(S7):S18-21.
- 9- Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*. 2004 Dec 1;18(6):526-41.
- 10- Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*. 2008 Jul 1;28(6):969-81.
- 11- Videler AC, Hutsebaut J, Schulken JE, Sobczak S, Van Alphen SP. A life span perspective on borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*. 2019 Jul;21:1-8.
- 12- Steenbarger BN. Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. *The Counseling Psychologist*. 1992 Jul;20(3):403-50.
- 13- Westen D. Social cognition and object relations. *Psychological bulletin*. 1991 May;109(3):429-455.
- 14- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2006). Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychopathology. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. 1: Theory and Method (pp. 701-749). New York, NY: Wiley & Sons.
- 15- Clair MS. *Object relations and self psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. 1996.
- 16- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American journal of psychiatry*. 2007 Jun;164(6):922-8.
- 17- Kernberg OF. *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson; 1995 Jun 1.
- 18- Huprich SK, Nelson SM, Paggeot A, Lengu K, Albright J. Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017 Jan;8(1):46-53.
- ۱۹- نیک فلاح، راضیه گلشنی، فاطمه. مقایسه روابط ابژه‌ای، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و آسیب دوران کودکی در افراد دارای نشانگان اختلال‌های شخصیت مرزی و شخصیت

که از آن جمله می‌توان به محدودیت در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی و نمونه‌های بالینی اشاره کرد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه بر روی جمعیت‌های بالینی و دیگر گروه‌های سنی جهت بررسی تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست‌آمده صورت گیرد و نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. باتوجه‌به اهمیت ترومای دوران کودکی در بروز علائم اختلال شخصیت مرزی، پیشنهاد می‌شود در محیط‌های درمانی زیر نظر آموزش و پرورش، با ایجاد محیطی امن و قابل‌اعتماد تاریخچه آسیب‌های دوران کودکی بررسی شود. همچنین باتوجه‌به نقشی که ذهنی‌سازی در شکل‌گیری علائم شخصیت مرزی ایفا می‌کند، با تقویت این توانایی در نوجوانان آسیب‌دیده، می‌توان از شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی در آنها جلوگیری کرد.

تقدیر و تشکر

از کلیه دانش‌آموزان عزیزی که با پرکردن پرسش‌نامه‌ها و همکاری‌شان مسیر پژوهش را هموار نمودند، بسیار قدردانی می‌کنم.

منابع

- 1- Cervone D, Pervin LA. *Personality: Theory and research*. John Wiley & Sons; 2022 Nov 22.
- 2- American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association; 2013 May 22.
- 3- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*. 2006 May 1;47(3):178-84.
- ۴- صبری، وحید؛ یعقوبی، حمید؛ حسنی، جعفر؛ علیلو، مجید محمود. تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی در تکانشگری، بد تنظیمی هیجانی و طرح‌واره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲): ۱-۱۶.
- 5- Soeteman DI, Roijen LH, Verheul R, Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008 Feb 15;69(2):265-259.
- 6- Eaton NR, Greene AL. Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Current opinion in psychology*. 2018 Jun 1;21:32-28.

- وسواسی - جبری. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰ (۲): ۱۲۵-۱۳۸.
- ۲۰- غلامی، فریده؛ بقولی، حسین؛ برزگر، مجید؛ کوروش نیا، مریم. ارائه یک الگوی علی جهت تبیین اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روانشناختی*. ۱۳۹۹؛ ۱۱ (۴۱): ۱۱۳-۱۳۹.
- 21- Lewis KC, Meehan KB, Cain NM, Wong PS, Clemence AJ, Stevens J, Tillman JG. Impairments in object relations and chronicity of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2016 Feb;30(1):19-34.
- 22- Stern BL, Caligor E, Hörz-Sagstetter S, Clarkin JF. An object-relations based model for the assessment of borderline psychopathology. *Psychiatric Clinics*. 2018 Dec 1;41(4):595-611.
- ۲۳- چمنی، فاطمه؛ نجفی، محمود. ارتباط روابط موضوعی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانگان شخصیت مرزی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۳۹۷؛ ۱۱ (۱۱۶): ۵۴-۶۱.
- ۲۴- ابراهیم‌زاده، نرگس؛ نجفی، محمود؛ صباحی، پرویز. تحلیل تمیزی افراد با نشانگان شخصیت مرزی از افراد بدون نشانگان شخصیت مرزی بر اساس سبک دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی و روابط شیء. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۹۹؛ ۱۱ (۱): ۸۹-۹۸.
- 25- Spinhoven P, Penninx BW, Hickendorff M, van Hemert AM, Bernstein DP, Elzinga BM. Childhood Trauma Questionnaire: factor structure, measurement invariance, and validity across emotional disorders. *Psychological assessment*. 2014 Sep;26(3):717-729.
- 26- World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. *World Health Organization*; 2019 May 16.
- 27- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018 May 24;4(1):1-20.
- 28- Zashchirinskaia O, Isagulova E. Childhood Trauma as a Risk Factor for High Risk Behaviors in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2023 Jan;18(1):65-71.
- ۲۹- استادنوروزی، منا؛ زمستانی، مهدی. بررسی مقایسه‌ای ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرضی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیر بیمار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۱۳۹۹؛ ۷ (۶): ۸۵-۹۹.
- ۳۰- انفعال، نوید؛ امیدوار، بنفشه؛ زارع‌نژاد، محمد. پیش بینی صفات سازمان شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر (محل انجام تحقیق: مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز). *مجله علمی پژوهان*. ۱۴۰۰؛ ۱۹ (۳): ۱-۱۱.
- ۳۱- کیایی، شیرین؛ گلشنی، فاطمه؛ امامی پور، سوزان؛ باغدادساریانس، آنیثا؛ بدیعی، محمد مهدی. مدل ساختاری اختلال شخصیت مرزی بر اساس تجربه‌های کودک‌آزاری، ذهنیت طرحواره‌ای و فرزندپروری ادراک شده مادر با میانجیگری دشواری تنظیم هیجان. *خانواده و بهداشت*. ۱۴۰۰؛ ۱۱ (۱): ۱۰۵-۱۲۲.
- 32- Bertele N, Talmon A, Gross JJ, Schmahl C, Schmitz M, Niedtfield I. Childhood maltreatment and borderline personality disorder: the mediating role of difficulties with emotion regulation. *Journal of personality disorders*. 2022 Jun;36(3):264-76.
- ۳۳- حنایی، نازیلا؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ اکبری، ابراهیم. ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، تجربه‌ی کودک‌آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۴؛ ۱۱ (۱): ۱۰۱-۱۲۰.
- 34- Winsper C, Zanarini M, Wolke D. Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychological medicine*. 2012 Nov;42(11):2405-20.
- 35- Bornovalova MA, Matusiewicz A, Rojas E. Distress tolerance moderates the relationship between negative affect intensity with borderline personality disorder levels. *Comprehensive psychiatry*. 2011 Nov 1;52(6):744-53.
- ۳۶- محمودعلیلو، مجید؛ هاشمی، تورج؛ بیرامی، منصور؛ بخشی پور، عباس؛ شریفی، محمدامین. نقش بدررفتاری دوران کودکی و آلکسی تایمی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی (BPD): مطالعه‌ای در جمعیت غیربالینی. *نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی*. ۱۳۹۸؛ ۲۱ (۲): ۷۳-۹۶.
- 37- Ballesepí S, Vives J, Sharp C, Tobar A, Barrantes-Vidal N. Hypermentalizing in social anxiety: Evidence for a context-dependent relationship. *Frontiers in psychology*. 2019 Jul 9;10:1501.
- 38- Gambin M, Woźniak-Prus M, Konecka A, Sharp C. Relations between attachment to mother and father, mentalizing abilities and emotion regulation in adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*. 2021 Jan 2;18(1):18-37.
- ۳۹- اسدی، سمیه؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ محمودعلیلو، مجید؛ سید موسوی، پریسا سادات. رابطه امنیت دلبستگی با

- 51- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, editors. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge; 2018 Apr 24.
- 52- Weijers J, Fonagy P, Eurelings-Bontekoe E, Termorshuizen F, Viechtbauer W, Selten JP. Mentalizing impairment as a mediator between reported childhood abuse and outcome in nonaffective psychotic disorder. *Psychiatry research*. 2018 Jan 1;259:463-9.
- 53- Duval J, Ensink K, Normandin L, Sharp C, Fonagy P. Measuring reflective functioning in adolescents: Relations to personality disorders and psychological difficulties. *Adolescent Psychiatry*. 2018 Apr 1;8(1):5-20.
- 54- Li ET, Carracher E, Bird T. Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child abuse & neglect*. 2020 Jan 1;99:104-253.
- 55- Sklyarov O. *The Impact of Adverse Childhood Experiences on Attachment and Mentalization in Sex Offenders* (Doctoral dissertation, George Fox University).
- 56- Fowler S. The relationship between traumatic events and psychological symptomatology and the moderating role of mentalization (2016).
- 57- Petersen R, Brakoulias V, Langdon R. An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2016 Jan 1;64:12-21.
- ۵۸- بایاپور، سما؛ شفیع آبادی؛ عبدالله، سعادت، ابوطالب؛ فتاحی اندیل، اعظم. مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت. ۱۴۰۱؛ ۶(۴): ۲۴۶-۲۶۱.
- ۵۹- عینی، ساناز؛ نریمان، محمد؛ عطا‌دخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد؛ صادقی موحده فریبا. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی - تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. پایش. ۱۳۹۷؛ ۱۷(۳): ۲۵۷-۲۸۷.
- 60- Euler S, Nolte T, Constantinou M, Griem J, Montague PR, Fonagy P, Personality and Mood Disorders Research Network. Interpersonal problems in borderline personality disorder: associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*. 2021 Apr;35(2):177-93.
- 61- De Oliveira C, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Thérapie basée sur la mentalisation et le trouble de personnalité limite. *L'Encéphale*. 2017 Aug 1;43(4):340-5.
- 62- Berenson KR, Dochat C, Martin CG, Yang X, Rafaeli E, Downey G. Identification of mental states and interpersonal functioning in borderline
- بد تنظیمی هیجانی نوجوانان: نقش میانجی توانایی ذهنی‌سازی. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۱۲): ۸۵-۹۶.
- 40- Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macías M, Rohwer H. Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment styles and emotion dysregulation. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2021 Jun;62(3):312-20.
- 41- Agostini A, Scaiola E, Belluzzi A, Campieri M. Attachment and Mentalizing Abilities in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology research and practice*. 2019 Dec 5;2019:7847123.
- 42- Kay SJ. *The Relationship Among Reflective Functioning, History of Childhood Trauma, and Symptoms of Depersonalization and Derealization in Patients with Panic Disorder*. City University of New York; 2018.
- 43- Chiesa M, Fonagy P. Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and mental health*. 2014 Feb;8(1):52-66.
- 44- Quek J, Newman LK, Bennett C, Gordon MS, Saeedi N, Melvin GA. Reflective function mediates the relationship between emotional maltreatment and borderline pathology in adolescents: A preliminary investigation. *Child abuse & neglect*. 2017 Oct 1;72:215-26.
- ۴۵- بن راضی غابشی، مینا؛ دهشیری، غلامرضا؛ فرح بیجاری، اعظم؛ مه‌ری نژاد، سیدابوالقاسم. ارائه مدل رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده در زنان و دختران آسیب‌دیده، با نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی و پردازش هیجانی. *شناخت اجتماعی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۲۰): ۲۵-۳۸.
- 46- Køster A. Mentalization, embodiment, and narrative: critical comments on the social ontology of mentalization theory. *Theory & Psychology*. 2017 Aug;27(4):458-76.
- 47- Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*. 2004 Feb 1;18(1):36-51.
- 48- ALLEN, JON G. PhD. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, Second Edition. *Journal of Psychiatric Practice* 26(2):p 160-161, March 2020.
- 49- Brüne M, Walden S, Edell MA, Dimaggio G. Mentalization of complex emotions in borderline personality disorder: The impact of parenting and exposure to trauma on the performance in a novel cartoon-based task. *Comprehensive psychiatry*. 2016 Jan 1;64:29-37.
- 50- Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Current opinion in psychology*. 2019 Feb 1;25:152-6.

- statistical Association. 1975 Jun 1;70(350):320-8.
- 75- Henseler J, Ringle CM, Sinkovics RR. The use of partial least squares path modeling in international marketing. In *New challenges to international marketing 2009 Mar 6* (Vol. 20, pp. 277-319). Emerald Group Publishing Limited.
- 76- Tenenhaus M, Amato S, Esposito Vinzi V. A global goodness-of-fit index for PLS structural equation modelling. In *Proceedings of the XLII SIS scientific meeting 2004 Jun 9* (Vol. 1, No. 2, pp. 739-742).
- personality disorder. *Personality disorders*. 2018 Mar;9(2):172-81.
- ۶۳- پورشه‌ریار، حسین؛ علیزاده، حسین؛ رجایی‌نیا؛ کاظم. تجربه آزار هیجانی کودکی و ویژگیهای اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۷؛ ۲۴(۲): ۱۴۸-۱۶۳.
- 64- Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications; 2023 May 24.
- 65- Crick NR, Murray-Close DI, Woods K. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology*. 2005 Dec;17(4):1051-70.
- 66- Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel AB, Sturek J, Fonagy P. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011 Jun 1;50(6):563-73.
- ۶۷- زرگر، یدالله؛ سجادی، سیده فاطمه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ ارشدی، نسرين. اعتباریابی مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر شیراز. *مطالعات علوم پزشکی*. ۱۳۹۳؛ ۲۵(۴): ۳۳۸-۳۵۲.
- 68- Bell M. Bell Object Relations Inventory for adolescents and children: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of personality assessment*. 2003 Feb 1;80(1):19-25.
- 69- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1;27(2):169-90.
- 70- Sharp C, Williams LL, Ha C, Baumgardner J, Michonski J, Seals R, Patel AB, Bleiberg E, Fonagy P. The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2009 Dec;73(4):311-38.
- 71- Ha C. *The Psychometric Properties of a Newly Adapted Social Cognitive Measure for Adolescents: The Reflective Function Questionnaire for Youth* (Doctoral dissertation).
- 72- Ha C, Sharp C, Ensink K, Fonagy P, Cirino P. The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of adolescence*. 2013 Dec 1;36(6):1215-23.
- 73- Chin WW. The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*. 1998 Jan 1;295(2):295-336.
- 74- Geisser S. The predictive sample reuse method with applications. *Journal of the American*

زودآیند ویرایش نشده