

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:
18/11/2023

Accept Date:
07/02/2024



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 the Borderline Personality Features Scale for Children (Crick, 2005), the Bell Relationship Inventory for Adolescents (Morris Bell, 2003), the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003), and the Reflective Functioning Questionnaire for Youth (Sharp et al., 2009). To analyze the collected data, both SPSS 24 and SMART PLS 3.2.8 software were utilized.

Results: 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 research findings, it can be concluded that dysfunctional object relations and childhood trauma can independently predict borderline personality symptoms in adolescence. Moreover, object relations and childhood trauma can impede the development of mentalization. By disrupting the formation of this crucial ability, they lay the groundwork for the emergence of borderline personality traits in adolescence. Recognizing the importance of early object relations, childhood trauma, and mentalization capacity as influential factors in the development of borderline personality traits can deepen our comprehension of the underlying mechanisms. This comprehension, in turn, can facilitate the implementation of preventive measures during adolescence and even earlier stages.

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. tourjhashemi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: علائم بالینی اختلال شخصیت مرزی از اوایل بزرگسالی شروع می‌گردد و عملکرد فرد را در زمینه‌های مختلف به‌ویژه روابط بین‌فردی به شدت 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 بابل به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. جهت اندازه‌گیری متغیرها از پرسش‌نامه‌های مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی کودکان (کریک، ۲۰۰۵م)، روابط موضوعی بل برای کودکان و نوجوانان (موریس بل، ۲۰۰۳م)، تجارب ترومای دوران کودکی (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳م)، و عملکرد انعکاسی نوجوانان (شارپ و همکاران، ۲۰۰۹م) استفاده شد. در راستای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از نرم‌افزارهای SPSS²⁴ و SMART PLS^{3,2,8} استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد، روابط موضوعی معیوب و ترومای دوران کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق توانایی ذهنی‌سازی ضعیف بر ویژگی‌های شخصیت مرزی تأثیر دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت، روابط موضوعی معیوب و ترومای دوران کودکی می‌تواند علائم شخصیت مرزی را به تنهایی در نوجوانی پیش‌بینی کنند. همچنین روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی می‌تواند رشد ذهنی‌سازی 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 ذهنی‌سازی 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 سنین پایین‌تر و نوجوانی موجب گردد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۸/۲۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۱/۱۸



کلیدواژه‌ها

روابط موضوعی، ترومای دوران کودکی، ظرفیت ذهنی‌سازی، علائم شخصیت مرزی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

dr.khanjaani@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

شخصیت^۱، به معنای روش‌هایی است که یک فرد برای فکرکردن و رفتارکردن دارد و هر فرد را به طور خاص و منحصربه‌فردی از هم جدا می‌کند. باتوجه‌به تعریف شخصیت، روان‌شناسی شخصیت نیز به مطالعه علمی اشخاص اشاره دارد [۱] و روان‌شناسان را قادر می‌سازد نه تنها فرآیند شکل‌گیری شخصیت، بلکه فرآیندهایی 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 قابل‌توجهی از انتظارات فرهنگی فرد منحرف می‌شوند و در عملکردهای عاطفی، شناختی، رفتاری و بین‌فردی اختلال قابل‌توجهی 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 قابل‌توجهی را برای فرد و دیگران ایجاد می‌کند [۲]. اختلالات شخصیت می‌توانند به طرز قابل‌توجهی سلامت و رفاه عمومی را در سطح فردی کاهش دهند [۳]. در عین‌حال، 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 پرخطر، 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 جدال‌آمیز به حساب می‌آید [۸]. اما شواهد زیادی از تشخیص و درمان BPD در نوجوانی حمایت می‌کنند و معتقدند همانند تشخیص آن در بزرگسالی از پایایی 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، به دنبال کشف این 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 موردتوجه 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]. نظریه‌پردازان 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

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

5. Psychodynamic Perspective.
6. Object Relation Theory.

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^۳ است. تروماهای دوران کودکی، جنبه‌های مختلف بد رفتاری در دوران کودکی، از جمله آزار جنسی^۴ (تماس جنسی یا نوازش اندام تناسلی کودک)، آزار آزار فیزیکی^۵ (کتک‌زدن، ضرب و شتم، هل‌دادن)، غفلت عاطفی^۶ (مراقبت و محبت کافی نکردن به کودک)، آزار عاطفی^۷ (تهدید، توهین، محصور کردن کودک) و غفلت جسمی^۸ (نبود مراقبت‌های پزشکی، آموزشی، سرپناه یا سایر 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 بد رفتاری‌های دوران کودکی را به تنهایی به‌عنوان یک محرک راه‌انداز برای ظهور و رشد علائم اختلال شخصیت مرزی بررسی نمود [۲۸]. به‌عنوان مثال: استادنوروزی 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^۹ [۲۸] نشان دادند که همه نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برخی از انواع تروماهای روانی دوران کودکی را تجربه کرده بودند. علی‌رغم وجود پژوهش‌های زیادی که در مورد ارتباط تروماهای دوران کودکی با موارد بالینی اختلال شخصیت مرزی انجام شده است [۲۸-۳۵] اما 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 است در حالیکه پژوهش‌ها حاکی از آن است که بسیاری از

نظریه روابط موضوعی، به موضوع واقعی بیرونی^۱ که نیازی را برآورده می‌سازد و به 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^۲ [۱۷] معتقد است، 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، تلفیق جنبه‌های واقعی (بین‌فردی) و خیالی ارتباطات گذشته فرد همراه با دفاع‌های مربوط به آن است و 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 ناکام‌کننده باشند. اما در کودکی 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، پیش بینی نمود. از طرفی بررسی این متغیر

3 . Childhood Trauma.

4 . Sexual Abuse.

5 . Physical Abuse.

6 . Emotional Neglecting.

7 . Emotional Abuse.

8 . Physical Neglecting.

9 . Zashchirinskaia & Isagulova.

1 . External Real Object.

2 . Krenberg.

انسانی بر اساس حالات ذهنی قصدمندانۀ زیربنایی کمک می‌کند. فوناگی 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 ارتباط دارد. 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 سابقۀ بدرفتاری‌های دوران کودکی توانایی ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند [۴۵، ۴۹، ۵۲-۵۴]. اسکلیاروف^۳ [۵۵] در پژوهش خود اظهار کرد کرد که سابقۀ رویدادهای آسیب‌زا در زندگی افراد شکل‌گیری مناسب ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند. فولر^۴ [۵۶] در مطالعه‌ای بیان کرد وجود سابقۀ بدرفتاری‌های دوران کودکی توانایی ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند. افرادی که سابقۀ تجربۀ بدرفتاری را در کودکی داشته‌اند حالات درون‌روانی بدخواهانه و خصمانۀ سواستفاده‌گران را درونی‌سازی کرده‌اند. این بازنمایی‌ها موجب شکل‌گیری ترس و ناامیدی در کودک می‌گردد به‌گونه‌ای که دیگر تمایلی برای کشف و درک حالات درون‌روانی دیگران ندارد و از درک حالات درون‌روانی خود نیز دست می‌کشد.

افراد در جمعیت غیربالینی نیز بدرفتاری و غفلت را در دوران کودکی تجربه کرده‌اند [۳۶]. پژوهش‌های صورت گرفته بر روی گروه بالینی (افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی) نشان می‌دهد، اکثرشان در کودکی تجربه 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 نیز با پیشگیری از مشکلات دوران کودکی، از ابتلاء 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 درارای اهمیت است، زیرا با شناسایی نوجوانان آسیب دیده می‌توان اقدامات پیشگیرانه را به‌کار بست [۲۹].

باوجود اینکه 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 مورد توجه 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].

فوناگی^۱ نظریه‌پرداز ذهنی‌سازی^۲ است. او از دل واکاوی واکاوی و بررسی شباهت‌ها، تفاوت‌ها و ارتباط نظریات دلبستگی و روان‌تحلیل‌گری، نظریۀ 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 - تخیلی است که به ما در درک و تفسیر رفتارهای

3 . Sklyarov.

4 . Fowler.

1 . Fonagy.

2 . Mentalization.

باتوجه به اینکه بخش بیشتری از پژوهش‌ها بر روی جمعیت بالینی انجام شده‌است و در مورد جمعیت غیر بالینی با کاستی پژوهشی روبه‌رو هستیم، انجام این پژوهش برای جبران این خلاء ضروری است. در ادامه نیز 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 خواهد داشت و با افزایش آگاهی آگاهی در زمینه عوامل مؤثر در پیدایش و تداوم نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی زمینه را برای پژوهش‌های بیشتر فراهم می‌کند. بنابراین، مسئله اصلی این پژوهش تدوین مدلی برای پاسخ به این پرسش است که آیا روابط موضوعی مختل و ترومای دوران کودکی می‌توانند منجر به نقص در توانایی ذهنی‌سازی درست گردند و به واسطه 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 متوسطه دوم (۱۶ تا ۱۸ سال) شهرستان بابلسر در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند.

ب. نمونه پژوهش: نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین مدارس شهرستان بابلسر انتخاب شد. به این صورت که از بین مدارس مقطع متوسطه دوم شهرستان بابلسر تعداد ۷ مدرسه دخترانه و ۵ مدرسه پسرانه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس در مرحله بعدی از میان پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم موجود در هر مدرسه یک پایه به‌طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعدی از بین کلاس‌های موجود در هر پایه تحصیلی (به‌عنوان مثال سه کلاس مقطع دهم) یک کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شد. در نهایت، پس از ارائه توضیحاتی در مورد موضوع، اهمیت پژوهش و کسب رضایت

به‌علاوه این بازنمایی‌ها موجب می‌شوند که کودک نیت و قصد دیگران را سوءبرداشت 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، توسعه و کاربست درمان‌های مؤثرتر لازم است تا این اختلال از نظر عوامل زمینه‌ساز به‌خوبی مورد بررسی قرار گیرد. باوجوداینکه پژوهش‌های زیادی در مورد ارتباط ترومای کودکی با اختلال شخصیت مرزی صورت‌گرفته است؛ البته 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]. در مورد اینکه چه عواملی منجر به نقص ذهنی‌سازی (که از روی‌آورد‌های 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، باتوجه به پیامدهایی که رگه‌های اختلال شخصیت مرزی می‌تواند برای افراد و به‌ویژه نسل جوان و تحصیل‌کرده که سرمایه‌های جامعه محسوب می‌شوند، داشته باشد.

همه پاسخ‌ها در هر خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شوند و نمره 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].

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 خودجراحی 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 به‌عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل‌قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. بنابراین، مقادیر به‌دست‌آمده حاکی از پایایی ترکیبی و روایی همگرایی مناسبی بود. جهت بررسی روایی واگرا نیز از معیار فورنل لارکر استفاده شد که نتایج حاکی از روایی واگرا قابل‌قبولی بود.

پرسش‌نامه روابط موضوعی بل برای نوجوانان و

کودکان^۴ (BRIA): این پرسش‌نامه توسط بل در سال ۲۰۰۳ م. به‌منظور سنجش کیفیت روابط موضوعی در کودکان و نوجوانان بر اساس نسخه بزرگسال آن تدوین شده است که پنج خرده‌مقیاس‌های دلبستگی مثبت^۵، بیگانگی^۶، بیگانگی^۷، دلبستگی ناایمن^۸، خودمحوری^۹ و بی‌کفایتی اجتماعی^۹ را به‌صورت درست - نادرست (یک و صفر) می‌سنجد [۶۸]. خرده‌مقیاس دلبستگی مثبت

آگاهانه از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش پرسش‌نامه‌ها در اختیارشان قرار گرفت. باتوجه‌به 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، باتوجه‌به 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 م. ساخته شد. در این مقیاس ۴ عاملی پرسش‌های 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». پرسش‌های 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». پرسش‌های 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 پرسش‌هایی ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹ و ۲۳ خودجراحی 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. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت ۱. هرگز، ۲. به‌ندرت، ۳. گاهی اوقات، ۴. اغلب و ۵. همیشه می‌باشد و پرسش‌های ۱، ۵، ۲۳ و ۲۴ باید به صورت معکوس نمره‌گذاری شوند.

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.

است. باتوجه‌به مقادیر به‌دست‌آمده این مقیاس در این پژوهش 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^۱ (CTQ):

این پرسش‌نامه ۲۸ ماده‌ای، به‌منظور سنجش آسیب‌ها و تروماهای دوران کودکی توسط برنشتاین^۲ و همکاران (۲۰۰۳م.) 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 (پرسش‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵) با عباراتی نظیر «برخی از اعضای خانواده‌ام به من القایی 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 (پرسش‌های 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. خرده مقیاس سوءاستفاده جنسی نیز (پرسش‌های 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 (پرسش‌های 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 (پرسش‌های 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. پرسش‌های (۱۰،

پرسش‌های ۱۳ تا ۱۶) با عباراتی نظیر «از میزان محبتی که در زندگی‌ام وجود دارد خوشحالم». و یا «والدینم از اینکه من به خودم افتخار می‌کنم، خوشحال هستند». رضایت از روابط فعلی با همسالان و والدین را می‌سنجد. خرده مقیاس بیگانگی (پرسش‌های ۱۷ تا ۲۰) با عباراتی نظیر «من تنها هستم». و یا «دوست دارم به تنهایی و به دور از مردم زندگی کنم». نبود اعتماد، مشکل در صمیمیت و احساس بیگانگی را می‌سنجد. خرده مقیاس بعدی که دل‌بستگی نایمن (پرسش‌های 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 اذیتم 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 خرده مقیاس خودمحوری (پرسش‌های 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 خرده مقیاس آخر که بی‌کفایتی اجتماعی (پرسش‌های 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، 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 خرده مقیاس دل‌بستگی نایمن، 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

1. Childhood Trauma Questionnaire.

2. Bernstein.

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. پرسش‌های ۱۹، ۱۸، ۱۱، ۶، ۴، ۳، ۳۸، ۳۲، ۲۶، ۲۳، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۷، 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 مخالف 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 نشان دهنده 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 به دست آمده 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} به دقت 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 به عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. باتوجه به مقادیر به دست آمده، 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.

۱۶، و ۲۲) به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. به عنوان نمونه: «هیچ چیزی در مورد خانواده ام وجود نداشت که من بخواهم آن را تغییر دهم». و یا «من دوران کودکی بسیار خوبی داشتم». اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این پرسش‌ها بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت ۱. هرگز، ۲. خیلی کم، ۳. گاهی اوقات، ۴. اغلب اوقات و ۵. همیشه می‌باشد که پرسش‌های 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 به عنوان مقادیر رضایت‌بخش محسوب می‌شوند و حداقل مقدار قابل قبول برای روایی همگرا ۰/۵۰ است. باتوجه به مقادیر به دست آمده 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 و نتایج حاکی از روایی واگرا قابل قبولی بود.

پرسش‌نامه عملکرد انعکاسی نوجوانان^۱ (RFQ-Y):

این پرسش‌نامه ۴۶ گویه‌ای توسط شارپ و همکاران (۲۰۰۹م.) به منظور سنجش ذهنی‌سازی در نوجوانان طراحی شده است [۷۰]. پرسش‌های 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

3. Self-Focused.

1. Reflective Functioning Questionnaire for Youth.
2. Other-Focused.

شیوه انجام پژوهش

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

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

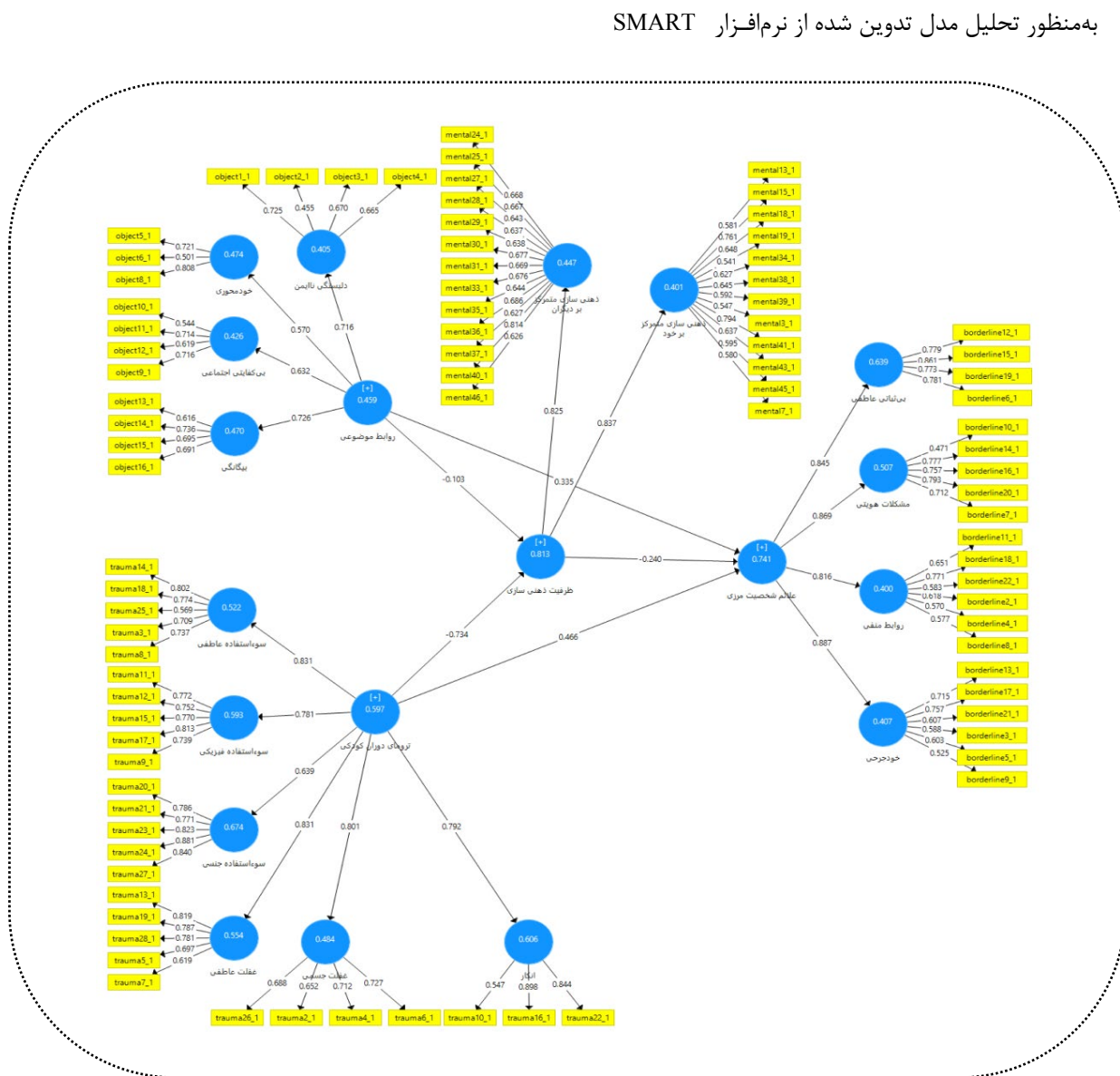
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار Z چولگی	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار Z چولگی		
خصوصیات شخصیت مرزی	بی‌ثباتی عاطفی	۱۱/۷	۴/۸۶	۴/۱۷	روابط موضوعی	دلبستگی ناایمن	۲/۰۴	۱/۲۴	-۱/۴۲
	مشکلات هویتی	۱۰/۷۸	۴/۶۴	۵/۴۹		خودمحوری	۱/۵۲	۱/۱۸	۲/۸۸
	روابط منفی	۱۲/۳۰	۴/۲۵	۴/۸۲		بی‌کفایتی اجتماعی	۱/۵۴	۱/۲۷	۳/۵۴
	خودجرحی	۱۱/۱۷	۴/۲۱	۷/۳۴		بیگانگی	۱/۳۰	۱/۳۴	۵/۱۲
	نمره کل	۴۴/۷۵	۴۵/۸۶	۴/۵۲		نمره کل	۶/۴۱	۳/۴۸	۱/۱۷
ترومای دوران کودکی	سوءاستفاده عاطفی	۹	۴/۲۱	۸/۸۳	ظرفیت ذهنی‌سازی	ذهنی‌سازی متمرکز بر خود	۳/۷۹	۰/۶۳	-۷/۳۲
	سوءاستفاده فیزیکی	۷/۰۳	۳/۵۷	۱۴/۴۸		ذهنی‌سازی متمرکز بر دیگری	۴/۰۵	۰/۵۶	-۴/۷۳
	سوءاستفاده جنسی	۶/۷۸	۳/۵۵	۱۸/۳۴		نمره کل	۷/۸۴	۱/۰۸	-۵/۲۷
	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
روابط موضوعی	۱				۱۴/۹۲	۵/۷۲
ترومای دوران کودکی	۰/۴۸۳***	۱			۴۶/۸۴	۱۷/۲۷
خصوصیات شخصیت مرزی	۰/۵۷۳***	۰/۵۸۴***	۱		۴۴/۷۵	۱۵/۸۶
ظرفیت ذهنی‌سازی	-۰/۴۳۵***	-۰/۷۵۷***	-۰/۵۸۰***	۱	۶/۴۱	۳/۴۸

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 $0/584^{***}$) وجود دارد. اما بین متغیرهای روابط موضوعی و ترومای دوران کودکی با ظرفیت ذهنی‌سازی همبستگی منفی (به ترتیب $-0/435^{***}$ و $-0/757^{***}$) وجود دارد. همچنین بین ظرفیت ذهنی‌سازی با خصایص شخصیت مرزی نیز همبستگی منفی ($-0/580^{***}$) وجود دارد. ($P < 0/01$)

هم‌منظور تحلیل مدل تدوین شده از نرم‌افزار SMART



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

جدول ۳ نشان می‌دهد؛ شرط هم خطی نبودن رعایت شده است. دومین معیار ارزیابی مدل درونی، ضرایب مسیر هستند و به‌منظور بررسی معناداری آن‌ها، از رویه خودگردان‌سازی 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. نخستین 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. شاخص‌های هم‌خطی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم مدل درونی پژوهش

اثر مستقیم		هم‌خطی (VIF)			مسیر
فاصله اطمینان	مقادیر	B	T	sig	
٪ ۹۷/۵	٪ ۲/۵				
۰/۳۹۸	۰/۲۳۳	۰/۰۰۱	۶/۹۵	۰/۳۳	۱/۴۵۷
۰/۴۷۱	۰/۱۸۱	۰/۰۰۱	۴/۱۳	۰/۴۶	۱/۴۹۰
-۰/۰۳۳	-۰/۱۶۵	۰/۰۰۴	۲/۸۲	-۰/۱۰	۱/۴۵۷
۰/۶۸۳	۰/۸۰۱	۰/۰۰۱	۲۴/۱۱	-۰/۷۳	۲/۹۱۵
-۰/۱۰۱	-۰/۳۴۶	۰/۰۰۱	۳/۶۱	-۰/۲۴	۲/۷۷۳
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

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

معیار بعدی که رایج‌ترین معیار ارزیابی مدل درونی است، ضریب تعیین (R^2) می‌باشد و 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

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 ($\beta=0/023 P < 0/05$) و ترومای دوران کودکی ($\beta=0/177 P < 0/01$) بر خصایص شخصیت مرزی از طریق ظرفیت ذهنی‌سازی اثر غیرمستقیم و مثبت معنادار دارند.

یک دیگری محروم کننده 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. بنابراین، یکپارچگی و انسجام میان تصاویر خوب و بد اتفاق نیفتاده است. این 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؛ 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: 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 سوءاستفاده 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 درمان نکردن با خود به بزرگسالی آورده‌اند و مشکلاتی را در دستیابی به نقاط عطف تحولی تجربه کرده‌اند.

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 به این صورت که او لایق

است. آخرین معیار ارزیابی مدل درونی Q^2 استون - گیسر^۱ [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 تننهاوس^۲ و همکاران [۷۶] شاخص GOF^3 را معرفی نموده‌اند. هر چه این شاخص به یک نزدیک‌تر شود نشان از قدرت و کیفیت بالای مدل است.

جدول ۵. نتایج برازش کلی مدل با معیار GOF

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

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار معیار GOF معادل ۰/۵۰۹ است و 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، 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 تغذیه‌دهنده و همچنین تصویر ایده‌آلی از خود به‌عنوان یک خود کامروا را درونی می‌کند. اما از سوی دیگر، در تجربه‌های منفی، نوزاد

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

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 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 به‌جای 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، ضعف در توانایی ذهنی‌سازی با رشد علائم شخصیت مرزی همراه

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 میان‌فردی‌شان شود [۳۴]. علی‌رغم اینکه شواهد همسوی بسیاری با این یافته پژوهش وجود دارد و به تعدادی از آن‌ها نیز اشاره شد، اما مطالعاتی نیز هستند که معتقدند؛ ارتباط معنی‌داری بین ترومای دوران کودکی و شخصیت مرزی وجود ندارد. به‌عنوان مثال بورنووالووا^۱ و همکارانش [۳۵] در پژوهش خود دریافتند که باوجود اینکه بین ابعاد بدررفتاری‌های دوران کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد؛ اما این ارتباط به معنای رابطه علت و معلولی نیست و همیشه بدررفتاری‌های 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، دربردارنده این نتیجه است 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 به‌طور 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

1. Bornovalova.

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 بی‌تمایلی 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؛ در 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، 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، 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 قابل توجهی مشکلات بین‌فردی را بهبود می‌بخشد [۴۷]. بنابراین، می‌توان گفت؛ 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، خصایص شخصیت مرزی می‌تواند از جمله آسیب‌های ترومای دوران کودکی و روابط موضوعی معیوب باشد. باین حال همه نوجوانانی که تجربه ترومای دوران کودکی و یا روابط موضوعی معیوب را داشتند به چنین آسیبی دچار نمی‌شوند. از این‌رو بررسی عوامل مؤثر در مکانیزم اثر این تجارب بر خصایص شخصیت مرزی اصلی‌ترین چالش پژوهش حاضر بود. نتایج نشان داد، نقص

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؛ نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند در تحلیل و تعبیر درست رفتارها و واکنش‌های اجتماعی دیگران تأثیر بگذارد و از این طریق موجب 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، 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 نیافته، 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 و باعث می‌شود فرد نسبت به فرایندهای درون روانی خود آگاهی 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 ناایمن می‌گردد. در دلبستگی ناایمن 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].

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

- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.002>

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.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2021.13899.1048>

- 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.
[10.4088/jcp.v69n0212](https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0212)

- 6- Eaton NR, Greene AL. Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Current opinion in psychology*. 2018 Jun 1; 21: 32-28.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.001>

- 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.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>

- 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.
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01330.x>

- 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.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>

- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>

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 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 آموزش‌وپرورش، 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 تمامی دانش‌آموزان عزیز 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. URL:
<https://books.google.com/books?id=KnNWD9EYCGgC&newbks=0&hl=en>
- 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.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- ۱۹- نیک فلاح، راضیه؛ گلشنی، فاطمه. مقایسه روابط ابژه‌ای، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و آسیب دوران کودکی در افراد دارای نشانگان اختلال‌های شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی - جبری. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰ (۲): ۱۲۵-۱۳۸.
<https://www.magiran.com/paper/citation?ids=2270451>
- 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.
<https://www.magiran.com/paper/citation?ids=2244198>
- 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.
https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_178
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.007>
- 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 (۱): ۵۴-۶۱.
<https://www.magiran.com/paper/citation?ids=1857154>
- 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.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18019.1690>
- 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.
<https://doi.org/10.1037/pas0000002>
- 11-Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JE, Sobczak S, Van Alphen SP. A life span perspective on borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*. 2019 Jul; 21: 1-8.
<https://doi.org/10.1007%2Fs11920-019-1040->
- 12-Steenbarger BN. Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. *The Counseling Psychologist*. 1992 Jul; 20(3): 403-50. <https://doi.org/10.1177/0011000092203001>
- 13-Westen D. Social cognition and object relations. *Psychological bulletin*. 1991 May; 109(3): 429-455.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.3.429>
- 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.
[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkozej\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2340207](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkozej))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2340207)
- 15-Clair MS. *Object relations and self psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. 1996.
https://www.google.com/books/edition/Object_Relations_and_Self_Psychology/sjEQAQAAIAAJ?hl=en
- 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.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- 17-Kernberg OF. Object relations theory and clinical psychoanalysis. Jason Aronson; 1995 Jun 1.
https://www.google.com/books/edition/Object_Relations_Theory_and_Clinical_Psy/X-USB93ZGy4C?hl=en&gbpv=0
- 18-Huprich SK, Nelson SM, Pagueot 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.
<https://doi.org/10.1037/per0000188>

- ۳۳-حنایی، نازیلا؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی‌پور رودسری، عباس؛ اکبری، ابراهیم. ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، تجربهٔ کودک‌آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۴؛ ۱۳(۱): ۱۰۱-۱۲۰.
<https://doi.org/10.22070/2.12.101>
- 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.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712000542>
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.11.005>
- ۳۴-محمودعلیلو، مجید؛ هاشمی، تورج؛ بیرامی، منصور؛ بخشی‌پور، عباس؛ شریفی، محمدامین. نقش بدرفتاری دوران کودکی و آلکسی تایمی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی (BPD): مطالعه‌ای در جمعیت غیربالینی. *نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی*. ۱۳۹۸؛ ۲۱(۲): ۷۳-۹۶.
<https://www.magiran.com/paper/1999499>
- 37-Ballespí 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.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01501>
- 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.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2020.1736030>
- ۳۹-اسدی، سمیه؛ بخشی‌پور رودسری، عباس؛ محمودعلیلو، مجید؛ سید موسوی، پریسا سادات. رابطه امنیت دلبستگی با بد تنظیمی هیجانی نوجوانان: نقش میانجی توانایی ذهنی‌سازی. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۱۲): ۸۵-۹۶.
<https://doi.org/20.1001.1.2383353.1400.10.12.15.7>
- 26-World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. World Health Organization; 2019 May 16.
<http://apps.who.int/iris>
- 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.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- 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.
<https://doi.org/10.18502/ijps.v18i1.11414>
- 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.
<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-99>
 URL:982-fa.html
- ۳۰-انفعال، نوید؛ امیدوار، بنفشه؛ زارع‌نژاد، محمد. پیش‌بینی 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.
<http://psj.umsha.ac.ir/article-1-731-fa.html>
- ۳۱-کیایی، شیرین؛ گلشنی، فاطمه؛ امامی‌پور، 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.
<https://doi.org/20.1001.1.23223065.1400.11.1.8.1>
- 32-Bertele N, Talmon A, Gross JJ, Schmahl C, Schmitz M, Niedtfeld 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.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.3.264>

- 48-ALLEN, JON G. PhD. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, Second Edition. *Journal of Psychiatric Practice*. 26(2): 160-161, March 2020.
<https://doi.org/10.1097/pr.0000000000000454>
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.003>
- 50-Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Current opinion in psychology*. 2019 Feb 1; 25: 152-6.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.06.008>
- 51-Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, editors. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge; 2018 Apr 24.
https://www.google.com/books/edition/Affect_Regulation_Mentalization_and_the/GpNXDwAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.010>
- 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.
<https://doi.org/10.2174/2210676608666180208161619>
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104253>
- 55-Sklyarov O. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Attachment and Mentalization in Sex Offenders (Doctoral dissertation, George Fox University).
URL:<https://www.proquest.com/openview/516107e39eac0ab1470f81d3eef1f4e3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=51922&diss=y>
- 40-Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macias 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.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12717>
- 41-Agostini A, Scaiole E, Belluzzi A, Campieri M. Attachment and Mentalizing Abilities in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology research and practice*. 2019 Dec 5; 2019: 7847123.
<https://doi.org/10.1155/2019/7847123>
- 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.
<https://search.proquest.com/openview/facc5ca30fb5d02b19c830b6358a3802/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- 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. <https://doi.org/10.1002/pmh.1245>
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.008>
- ۴۵-بن‌راضی غابشی، مینا؛ دهشیری، غلامرضا؛ فرح بیجاری، اعظم؛ مهری‌نژاد، 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
https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_8360.html
- 46-Køster A. Mentalization, embodiment, and narrative: critical comments on the social ontology of mentalization theory. *Theory & Psychology*. 2017 Aug; 27(4): 458-76.
<https://doi.org/10.1177/0959354317711031>
- 47-Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*. 2004 Feb 1; 18(1): 36-51.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>

- 64-Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2023 May 24.
URL:https://www.google.com/books/edition/Principles_and_Practice_of_Structural_Eq/t2CvEAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- 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. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S0954579405050492>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
- ۶۷-زرگر، یدالله؛ سجادی، سیده فاطمه؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ ارشدی، نسرين. اعتباریابی مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر شیراز. *مطالعات علوم پزشکی*. ۱۳۹۳؛ ۲۵(۴): ۳۳۸-۳۵۲. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2279-fa.html>
- 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. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_09
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- 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. <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.4.311>
- 71-Ha C. The Psychometric Properties of a Newly Adapted Social Cognitive Measure for Adolescents: The Reflective Function Questionnaire for Youth (Doctoral dissertation). <https://uh-ir.tdl.org/handle/10657/3628>
- 56-Fowler S. The relationship between traumatic events and psychological symptomatology and the moderating role of mentalization (2016). <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/1440/>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.10.004>
- ۵۸-باباپور، سما؛ شفیع‌آبادی، عبدالله، سعادت، ابوطالب؛ فتاحی اندبیل، 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): ۲۶۱-۲۴۶. <http://islamiclifej.com/article-1-1471-fa.html>
- ۵۹-عینی، ساناز؛ نریمانی، محمد؛ عطادخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد؛ صادقی موحد، 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. <https://www.magiran.com/paper/citation?ids=184052>
- 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. <https://doi.org/10.1521/pedi201933427>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.020>
- 62-Berenson KR, Dochat C, Martin CG, Yang X, Rafaeli E, Downey G. Identification of mental states and interpersonal functioning in borderline personality disorder. *Personality disorders*. 2018 Mar; 9(2): 172-81. <https://doi.org/10.1037/per0000228>
- 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. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2814-en.html>

- 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. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)
- 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: 739-742. https://www.researchgate.net/publication/284462849_A_global_goodness-of-fit_index_for_PLS_structural_equation_modelling
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.008>
- 73-Chin WW. The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*. 1998 Jan 1; 295(2): 295-336. <https://psycnet.apa.org/record/1998-07269-010>
- 74-Geisser S. The predictive sample reuse method with applications. *Journal of the American statistical Association*. 1975 Jun 1; 70(350): 320-8. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1975.10479865>