



مدل ساختاری نشانگان شخصیت مرزی براساس تجربه ترومای کودکی و بد تنظیمی هیجان با نقش میانجی ذهنی سازی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

شیوا صبور^{id}

محمد رضا زربخش^{id*}

علی خانه کشی^{id}

ایمیل نویسنده مسئول: mrzARBaksh@gmail.com

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۳

دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۶

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
http://Aftj.ir

دوره ۴ | شماره ۳ | پیاپی ۱۷ | ۳۳۷-۳۵۴
(مجموعه مقالات حوزه خانواده و فرزند)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(صبور و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

صبور، شیوا، زربخش، محمد رضا، و خانه کشی، علی. (۱۴۰۲). مدل ساختاری نشانگان شخصیت مرزی براساس تجربه ترومای کودکی و بد تنظیمی هیجان با نقش میانجی ذهنی سازی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴ (۳)، ۳۵۴-۳۳۷.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین برازش مدل ساختاری نشانگان شخصیت مرزی براساس تجربه ترومای کودکی و بد تنظیمی هیجان با نقش میانجی ذهنی سازی انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی بیمارستان امام حسین شهر کرج بود. نمونه گیری به صورت دردسترس انجام شد و حجم نمونه بر اساس نظر کلاین (۲۰۱۶)، ۳۳۰ نفر برآورد گردید که پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش اطلاعات ۳۱۹ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. ابزار جمع آوری داده‌ها مقیاس شخصیت مرزی لیچسنرینگ (۱۹۹۹)، پرسش‌نامه بد تنظیمی هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴)، پرسشنامه ترومای دوران کودکی برن استین و همکاران (۲۰۰۳) و پرسشنامه ذهنی سازی دیمتریجویس و همکاران (۲۰۱۸) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج این مطالعه نشان داد مدل ساختاری ارایه شده از برازش مناسبی برخوردار است. نتایج نشان داد تجربه ترومای کودکی بر نشانگان شخصیت مرزی اثر مستقیم دارد ($\beta=0/79$; $P<0/001$). همچنین بد تنظیمی هیجان بر نشانگان شخصیت مرزی اثر مستقیم دارد ($\beta=0/76$; $P<0/001$). تجربه ترومای کودکی ($\beta=0/81$; $P<0/001$) و بد تنظیمی هیجانی ($\beta=0/73$; $P<0/001$) از طریق میانجی‌گری ذهن سازی اثر غیرمستقیم بر نشانگان شخصیت مرزی دارند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت مدل ساختاری نشانگان شخصیت مرزی براساس تجربه ترومای کودکی و بد تنظیمی هیجان با نقش میانجی ذهنی سازی از برازش مناسب برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: شخصیت مرزی، تجربه ترومای کودکی، تنظیم هیجان، ذهنی سازی.

مقدمه

شخصیت مرزی^۱، اختلال شدید و ناتوان‌کننده‌ای است که در یک تا دو درصد از جمعیت وجود دارد و در زن‌ها دوبرابر مردها شایع است (مینالی و همکاران، ۲۰۲۲). تخمین زده شده است حدود ۸۴ درصد از بیمارانی که اختلال شخصیت مرزی دارند، رفتارهای خودکشی از خود نشان می‌دهند و ۸ درصد آن‌ها با خودکشی می‌میرند (پومیلی و همکاران، ۲۰۰۵). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مرز بین نوروز و سایکوز قرار دارند. الگوی بی‌ثبات و پرتنش روابط فردی که با نوسان بین دو قطب، آرمانی‌کردن و بی‌ارزش‌کردن مشخص می‌شود؛ بی‌ثباتی بارز و مستمر خودپنداره^۲، رفتار تکانشی، تهدید یا انجام رفتارهای خود آسیب‌رسان^۳ مکرر، بی‌ثباتی عاطفی، خشم شدید و نامتناسب یا اشکال در کنترل خشم از موضوعات مهم مورد بحث بین نظریه‌پردازان و محققان به شمار می‌آید (آلفلبام و همکاران، ۲۰۱۳).

در زمینه سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی و ویژگی‌های مرتبط با این اختلال، نظریات و مدل‌های متعددی وجود دارد که همگی بر ترکیب و تعامل عوامل بیولوژیکی و محیطی تأکید می‌کنند. یکی از مدل‌های مشهور، مدل زیستی-اجتماعی لینهان است (البردی پرامو و همکاران؛ ۲۰۱۹، کو و همکاران، ۲۰۱۵) که معتقد است این اختلال، در نتیجه تعامل و تبادل بین آمادگی زیستی فرد، مشکلاتی در زمینه تنظیم هیجانی و محیط تربیتی آشفته به وجود می‌آید. بنابراین این مدل بر نقش پیش بین بدتنظیمی هیجانی و تجارب دوران کودکی همچون تروماها در پیدایش نشانگان شخصیت مرزی صحنه می‌گذارد؛ مدل‌های دیگر تبیین‌کننده این اختلال نیز به طور مشابه به نقش تعیین‌کننده محیط تربیتی و پرورشی فرد در ایجاد اختلال شخصیت مرزی تأکید می‌کنند. برای مثال زانارینی و همکاران (۲۰۰۲) مدلی چندعاملی در زمینه سبب‌شناسی این اختلال پیشنهاد داده‌اند که اولین عامل آن، وجود فضای تروماتیک در خانه است. پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است و رابطه بین اختلال شخصیت مرزی و سابقه آزار و بدرفتاری در دوران کودکی مشخص شده است (قرلسفلو و رستمی، ۲۰۱۵). بیش از ۹۱ درصد از افرادی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی گرفته‌اند، گزارش داده‌اند در کودکی تجربه انواع بدرفتاری اطرافیان را داشته‌اند که شامل سطوح مختلف آزار جنسی، آزار جسمی و آزار هیجانی بوده است (رستمی و همکاران، ۲۰۱۴). لاپورت و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند زنانی که اختلال شخصیت مرزی دارند، در مقایسه با خواهران خود که این اختلال را ندارند، سطوح بالاتری از کودک‌آزاری را تجربه کرده‌اند. این پژوهش وجود رابطه بین کودک‌آزاری و اختلال شخصیت مرزی را نشان می‌دهد. از بین انواع آزار دوران کودکی، آزار هیجانی^۴ و سوء استفاده عاطفی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا در مقایسه با انواع دیگر کودک‌آزاری، به‌سختی شناسایی می‌شود (رستمی و همکاران، ۲۰۱۵؛ الافیا و منجولا، ۲۰۲۰). مینالی و همکاران (۲۰۲۰) در فرا تحلیلی نشان داد که در میان عوامل خطر متعدد شناسایی شده در بروز شخصیت مرزی، یکی از تأثیرگذارترین عناصر، قرار گرفتن در معرض تجربه نامطلوب دوران کودکی از نظر سوء استفاده عاطفی، فیزیکی یا جنسی است. اسکاگ و همکاران (۲۰۲۲) اظهار داشتند که ترومای کودکی موجب ایجاد

1. borderline personality
2. Self-concept
3. Self-injury
4. Emotional abuse

شخصیت مرزی می‌شود. خرامین و دهستانی (۱۴۰۰)، نقش بهره‌کشی عاطفی و غفلت در بروز اختلالات شخصیت را تایید کردند. انفعال و همکاران (۱۴۰۰) نیز بیان کردند که ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده قادر به پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی است.

اگرچه پژوهش‌های بسیاری رابطه بین آزار دوران کودکی و اختلال شخصیت مرزی را نشان می‌دهند، این موضوع به معنای آن نیست که تمام قربانیان بدرفتاری کودکی به این اختلال مبتلا می‌شوند (لیب و همکاران، ۲۰۱۴). در نتیجه، پژوهش‌های اخیر مکانیزم‌های خاص بین رویدادهای آزاردهنده دوران کودکی و اختلال شخصیت مرزی را بررسی کرده‌اند (کو و همکاران، ۲۰۱۵). مشکلات جدی در زمینه تنظیم هیجان، بی‌ثباتی شدید در روابط بین فردی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و اقدام به خودکشی از مشخصات افراد با رگه‌های شخصیت مرزی می‌باشد (محمودعلیلو و شریفی، ۱۳۹۹) که همگی نشانگر مشکلاتی در فرایند پردازش هیجان یا بدتنظیمی هیجانی هستند (قاسم زاده و محمودعلیلو، ۱۳۹۸). همچنین، نشانه‌هایی از جمله تکانشگری، ترس از رهاشدگی و نشانه‌های تجزیه‌ای بیانگر پاسخ‌های نابهنجار به هیجان‌ها می‌باشند. به علاوه، مشکلات افراد با رگه‌های شخصیت مرزی در روابط بین فردی و آشفتگی در هویت ممکن است با ناتوانی در ابراز، استفاده و مهار هیجان‌ها و اطلاعات هیجانی ارتباط داشته باشد (زیندر و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش‌های مختلف همبستگی دشواری در تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی مورد تایید قرار گرفت (قاسم زاده و محمودعلیلو، ۱۳۹۹، موسوی هندی و همکاران، ۱۳۹۷؛ همایی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۷؛ الافیا و منجولا، ۲۰۲۰).

از دیگر نظریات موجود در زمینه سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی، می‌توان به نظریه ذهنی سازی باتمن و فونگا (۲۰۱۰) اشاره کرد. ذهنی‌سازی به ظرفیت بنیادین انسان و توانایی او در درک و تفسیر رفتارهای خود و دیگران، با در نظر گرفتن حالات درون‌روانی زمینه‌ساز آن‌ها اشاره دارد (روبرت پارکر، ۲۰۱۹). باتمن و فونگا (۲۰۱۰) با ترکیب رویکردهای مختلف از زمینه‌های روان‌کاوی، روان‌شناسی رشد و علوم اعصاب شناختی، نظریه ذهنی سازی را مطرح و آن را به صورت فرایند ذهنی که طی آن فرد به‌طور ضمنی و صریح اعمال خود و دیگران را بر اساس حالات ذهنی عمده مانند خواسته‌ها، نیازها، احساسات، باورها و دلایل معنادار تفسیر می‌کند، تعریف کرده‌اند (دیمتری جیوس و همکاران، ۲۰۱۸). فرض اصلی اختلال شخصیت مرزی این است که کمبود ظرفیت ذهنی سازی منجر به بروز علائم اختلال شخصیت مرزی می‌شود (عینی و نیرمانی، ۱۳۹۸). پژوهش‌های متعددی حاکی از این امر است که ترومای کودکی در افراد دارای صفات شخصیت مرزی، به وفور وجود دارد (مینالی و همکاران، ۲۰۲۰؛ اسکاگ و همکاران، ۲۰۲۲). از سویی دیگر پیشینه نظری و پژوهشی نشان می‌دهند که تجارب آسیب‌زا با ذهنی‌سازی رابطه منفی دارند و هرچه فرد تجارب آسیب‌زای بیشتری در زندگی تجربه کند از ظرفیت ذهنی سازی کمتری برخوردار است (صفری موسوی و همکاران، ۱۴۰۰؛ بورا، ۲۰۲۱). علاوه بر ترومای کودکی، نظم جویی هیجان با ظرفیت ذهنی سازی مرتبط هستند. به اعتقاد فونگا (۲۰۱۸) دو مؤلفه نظم جویی هیجان با ظرفیت ذهنی سازی رابطه نیرومندی دارند. بنابراین خود و ظرفیت نظم جویی آن و به تبع آن نظم جویی هیجان، از طریق تعامل و در روابط بین فردی شکل می‌گیرد. ذهنی سازی برای فرد ظرفیتی ایجاد می‌کند تا واقعیت درونی و بیرونی را تشخیص دهد و فرایندهای ذهنی و هیجانی درون روانی را از

تعامل‌های بین فردی متمایز کند. بر اساس این نظریه، ظرفیت نظم جویی عواطف و توانایی تعدیل حالت‌های عاطفی با توانایی فرد در ذهنی‌سازی مرتبط است (دروگر و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین ذهنی‌سازی می‌تواند از طریق نقشی که در تنظیم هیجان دارد، در شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی موثر باشد. در پژوهش‌های مختلف از جمله افشانی و همکاران (۱۴۰۰) دشواری در تنظیم به عنوان عاملی در پیش‌بینی شخصیت مرزی در نظر گرفته شده است. به طور کلی وجه مشترک تمامی نظریه‌های سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی که به آن‌ها اشاره شد، در این است که تجربیات دوران کودکی و نوجوانی و انواع بدرفتاری‌ها با فرد در این دوران، از مشخصه‌های اساسی محیطی است که افراد با اختلال شخصیت مرزی در کودکی تجربه کرده‌اند. با این توضیح سؤال اصلی تحقیق این خواهد بود که آیا مدل ساختاری نشانگان شخصیت مرزی بر اساس تجربه ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجان با نقش میانجی ذهنی‌سازی در مراجعین کلینیک روان پزشکی بیمارستان امام حسین شهر کرج با داده‌های تجربی برازش دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. که با هدف تعیین نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین تجربه ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجان با نشانگان شخصیت مرزی اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی بیمارستان امام حسین شهر کرج بود. ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه عبارت بود از: شرایط ورود به مطالعه: دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، ساکن در استان البرز، تحصیلات حداقل دیپلم، تمایل به شرکت داوطلبانه در پژوهش و داشتن نشانگان شخصیت مرزی براساس نظر روان‌شناس بالینی یا روان پزشکی که در مصاحبه اولیه این افراد را غربالگری می‌کنند. شرایط خروج از مطالعه: پاسخ ندادن به پرسشنامه‌ها به طور کامل، وجود داده‌های پرت در پیش پردازش پرسشنامه‌های تکمیل شده. در این پژوهش روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. نمونه‌گیری از افراد مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی بیمارستان امام حسین شهر کرج بر اساس تشخیص اولیه روانپزشک صورت گرفت. حجم نمونه بر اساس نظر کلاپین (۲۰۱۶) تعیین گردید مبنی بر اینکه در روش مدل‌سازی معادلات ساختاری تعداد نمونه به ازای کلیه شاخص‌های پژوهش، ۱۰ تا ۲۰ نمونه و با حداقل حجم نمونه ۲۰۰ تعیین شود (۱۰ حداقل و ۲۰ حداکثر). با احتساب کلیه شاخص‌های مدل مطالعه ۳۱۵ نمونه محاسبه شد که با در نظر گرفتن پرسشنامه‌های معیوب، ۳۳۰ پرسشنامه توزیع شد. که پس از جمع‌آوری و بررسی پرسشنامه‌های مربوط به ۱۱ شرکت کننده به دلیل مخدوش بودن از پژوهش حذف گردید و در نهایت ۳۱۹ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شخصیت مرزی. این پرسشنامه توسط لیچسنرینگ (۱۹۹۹) و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده و به صورت بلی / خیر جواب داده می‌شود. این مقیاس در اصل دارای ۵۳ آیتم است که بر اساس مفهوم کرنبرگ از سازمان بندی شخصیت مرزی ساخته شده است. دو سؤال آخر این پرسشنامه در هیچ یک از طبقات عاملی یا سایر طبقات این مقیاس قرار نمی‌گیرند، به همین دلیل در نسخه ایرانی حذف شده است. این مقیاس دارای خرده مقیاس‌های

آشفته‌گی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت‌آزمایی و ترس از صمیمیت است. همچنین تعداد ۲۰ سوال از این مقیاس، بعنوان عامل تشخیصی برای وجود علائم شخصیت‌مرزی مشخص شده‌اند که کسب نمره ۱۰ و بالاتر نشان دهنده احتمال بالای فرد به اختلال شخصیت‌مرزی است. لیشترینگ در پژوهش خود نشان داد همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این آزمون در حد رضایت‌بخشی قرار دارد؛ به شکلی که آلفای کرونباخ مؤلفه‌های این آزمون در دامنه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ بود. همچنین میزان همبستگی بازآزمایی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ بدست آمد. در پژوهش محمدزاده و رضایی (۱۳۹۰) روایی و پایایی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دونیمه‌سازی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه بدتنظیمی هیجان. این ابزار به منظور سنجش بدتنظیمی هیجان استفاده می‌شود. این پرسشنامه توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) ساخته شد و یک مقیاس ۳۶ گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه می‌سنجد. این پرسشنامه دارای نمره کل است و نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی است. حد پایین نمرات ۳۶، حد متوسط نمرات ۱۰۸ و حد بالای نمرات ۱۸۰ است. ابعاد ششگانه این مقیاس: عدم پذیرش پاسخ‌های، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی، عدم وضوح هیجانی. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه و پیش بین در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در پژوهش‌های خارجی تایید شده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴؛ گراتز و تول، ۲۰۱۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی ($n=187$) و غیربالینی ($n=763$)، مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتار هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در کنترل تکانه از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶ و برای عدم وضوح هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تایید می‌کنند.

۳. پرسشنامه تجربه ترومای کودکی. پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط برن استین و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۸ جمله و یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوء استفاده و غفلت در دوران کودکی بوده و همزمان برای بزرگسالان و نوجوانان قابل استفاده است. این پرسشنامه سابقه پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی. ۲۵ سوال این پرسشنامه برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ سوال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند تهیه شده است. نمره گذاری از طریق علامت گذاری روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز

(نمره ۱) تا همیشه (نمره ۵) انجام می‌شود و نمره گذاری برخی سوالات به صورت معکوس است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است؛ بنابراین این ابزار دارای نمره کل است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمره گذاری سوال‌های ۱۰، ۱۶ و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است و اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این سوالات بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. در پژوهش برن استین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برن استین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ مؤلفه‌های پنج‌گانه این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کردند.

۴. پرسشنامه ذهنی‌سازی. پرسشنامه ذهنی‌سازی توسط دیمتریجویس^۱ و همکاران (۲۰۱۸) در سال ۲۰۱۸ ساخته شد. این مقیاس خودگزارشی شامل ۲۸ گویه است و با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً نادرست (نمره ۱) تا کاملاً درست (نمره ۵) پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه شامل سه زیرمقیاس ذهن‌سازی مرتبط با خود^۲ (شامل ۸ سوال)، ذهن‌سازی مرتبط با دیگران^۳ (شامل ۱۰ سوال)، و انگیزه‌مندی برای ذهن‌سازی^۴ (شامل ۱۰ سوال) است. این نمره‌گذاری برای برخی سوالات به صورت معکوس انجام می‌شود. برای هر زیرمقیاس یک نمره محاسبه می‌شود. این پرسشنامه دارای نمره کل است که از مجموع نمره سه زیرمقیاس حاصل می‌شود. مشخصه‌های روانسنجی این مقیاس بر روی دو گروه غیربالینی و گروه با اختلال شخصیت مرزی انجام شد و آلفای کرونباخ در این دو گروه به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۵ به دست آمده است. اعتبار زیرمقیاس‌ها در گروه غیربالینی نیز بین ۰/۷۶ تا ۰/۷۷ به دست آمده است. در اعتبارسنجی این پرسشنامه با گروه اختلال شخصیت مرزی، آلفای کرونباخ زیرمقیاس ذهن‌سازی مرتبط با خود ۰/۷۹، ذهن‌سازی مرتبط با دیگران ۰/۷۵ و انگیزه‌مندی برای ذهن‌سازی ۰/۶۰ گزارش شد (دیمتریجویس و همکاران، ۲۰۱۸). این پرسشنامه، در ایران توسط قنبری و همکاران (۱۳۹۹) بر روی نمونه‌ای از دانشجویان بزرگسال ایرانی، هنجاریابی و اعتباریابی شده است. بر اساس گزارش آن‌ها، تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد که الگوی سه‌عاملی پرسشنامه از برازش قابل قبولی با داده‌ها برخوردار است. آلفای کرونباخ برای سه عامل به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (طاهری، ۱۳۹۹).

شیوه اجرا. این پژوهش از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به منظور محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین در این پژوهش روش آمار استنباطی استفاده شده است. از چولگی و کشیدگی برای تشخیص نرمال بودن داده‌ها، و از ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری استفاده شد. در راستای برازندگی الگوی پیشنهادی، از شاخص مجذور

1. Dimitrijevic
2. Self-Related Mentalization (MentS-S)
3. Other-Related Mentalization (MentS-O)
4. Motivation to Mentalize (MentS-M)

خی دو بر درجه آزادی، شاخص نکویی تطبیقی CFI، شاخص نکویی برازش GFI، شاخص نکویی برازش تطبیقی AGFI و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب RMSEA بررسی شد. جهت تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزارهای SPSS.26 و AMOS.26 استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به ۳۱۹ نفر مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی بیمارستان امام حسین شهر کرج از فروردین ۱۴۰۰ تا شهریور ۱۴۰۱ که تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده بودند. بیان‌گر سن شرکت‌کنندگان (از ۲۰ سال تا ۴۳ سال به بالا) که مراجعه‌کنندگان ۲۶-۳۱ سال (۷۹ نفر، ۲۴/۷۶ درصد) بیشترین حجم نمونه و مراجعه‌کنندگان ۴۳ سال به بالا با (۴۳ نفر، ۱۳/۴۸۰۵ درصد) کمترین اعضای نمونه، از لحاظ تحصیلات، مراجعه‌کنندگان با تحصیلات لیسانس با (۱۰۲ نفر، ۳۱/۹۷ درصد) بیشترین حجم نمونه، مراجعه‌کنندگان با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر با (۱۹ نفر، ۵/۹۷ درصد) کمترین حجم نمونه، از لحاظ شغل، مراجعه‌کنندگان با شغل کارمندی با (۱۳۵ نفر، ۴۲/۳۲ درصد) بیشترین حجم نمونه، مراجعه‌کنندگان با شغل دانشجوی نیز با (۸۳ نفر، ۲۶/۰۲ درصد) کمترین حجم نمونه، از لحاظ وضعیت تاهل مراجعه‌کنندگان مجرد، با (۲۱۲ نفر، ۶۶/۴۶ درصد) بیشترین حجم نمونه، مراجعه‌کنندگان با مطلقه نیز با (۲۰ نفر، ۶/۲۷ درصد) کمترین حجم نمونه بودند. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، حداکثر نمره، حداقل نمره، کجی و کشیدگی برای تمام متغیرهای

مستقل و میانجی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل	کجی	کشیدگی
۱-آشنفگی هویت	۸/۸۳	۲/۴۷	۱۰	۰	۰-/۶۱۹	۰/۰۸۳
۲-مکانیزم‌های دفاعی اولیه	۵/۴۷	۱/۷۲	۸	۰	۰-/۴۳	۰/۲۷۲
۳-واقعیت آزمایی	۳/۷۶	۱/۶۱	۵	۰	۰-/۳۸۶	۰/۳۱۲
۴-ترس از صمیمت	۴/۸۹	۰/۸۴	۸	۰	۰-/۳۹۱	۰/۳۰۴
۵-شخصیت مرزی	۲۹/۷۹	۲/۰۶	۳۱	۰	۰-/۵۱۲	۰/۱۴۴
۶-ذهن مرتبط با خود	۳۱/۲۰	۳/۷۱	۴۲	۸	۰-/۷۱۰	۰/۶۱۱
۷-ذهن سازی مرتبط با دیگران	۳۸/۳۳	۵/۳۴	۵۰	۲۴	۰-/۳۱۸	۰/۴۰۶
۸-انگیزه‌مندی برای ذهن سازی	۳۹/۷۲	۵/۲۶	۵۰	۲۵	۰-/۵۸	۰/۳۶۳
۹-ذهن سازی	۱۰۹/۴۹	۴/۲۷	۶۸	۱۴۰	۰-/۴۴۷	۰/۳۲۸
۱۰-عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۳۰/۴	۳/۹۸	۳۰	۹	۰-/۳۸۵	۰/۰۷۰
۱۱-دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۱۹/۹۴	۳/۱۸	۲۵	۹	۰-/۷۸۵	۰/۴۷۵
۱۲-دشواری در کنترل تکانه	۲۳/۴۸	۳/۸۸	۳۰	۱۳	۰-/۴۴۷	۰/۵۲۶
۱۳-دسترسی محدود به	۳۱/۸۳	۴/۸۱	۴۰	۱۷	۰-/۴۸۶	۰/۰۷۲

راہبردهای تنظیم هیجان						
۰/۳۶۹	-۰/۵۷۴	۱۲	۳۰	۳/۳۶	۲۴/۱۶	۱۴-فقدان آگاهی هیجانی
۰/۰۲۴	-۰/۵۲۵	۷	۲۵	۳/۳۶	۱۹/۷۵	۱۵-عدم وضوح هیجانی
۰/۱۷۹	۰/۵۳۴	۷۲	۱۷۵	۴/۵۸	۱۳۷/۹۵	۱۶-بدتنظیمی هیجان
۱/۰۱۰	-۰/۷۷۲	۸	۲۵	۲/۹۴	۱۹/۸۷	۱۷-جنسی
۰/۰۴۸	-۰/۵۶۸	۷	۲۵	۳/۲۷	۱۹/۷۵	۱۸-سوء استفاده جنسی
۰/۱۵۲	-۰/۳۹۸	۱۱	۲۵	۲/۸۹	۱۹/۷۷	۱۹-سوء استفاده عاطفی
۰/۰۰۴	-۰/۲۹۲	۹	۲۵	۳/۰۱۱	۱۹/۴۸	۲۰-غفلت عاطفی
۰/۶۶۱	-۰/۷۱۰	۱۰	۲۵	۳/۱۴۳	۱۹/۸۵	۲۱-غفلت جسمی
۰/۹۹۴	-۰/۶۲۹	۵۷	۱۴۰	۴/۲۴	۱۱۰/۶۲	۲۲-تجربه ترومای کودکی

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در متغیر نشانگان شخصیت مرزی بالاترین میانگین مربوط به آشفتگی هویتی (۷/۸۳) و کمترین میانگین مربوط به واقعیت‌آزمایی (۳/۷۶)؛ در متغیر ذهن‌سازی بالاترین میانگین مربوط به متغیر انگیزه‌مندی برای ذهن‌سازی (۳۹/۷۲) و کمترین میانگین مربوط به ذهن مرتبط با خود (۳۱/۲۰) و در متغیر بد تنظیمی هیجان بالاترین میانگین مربوط به دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (۳۱/۸۳) و کمترین میانگین مربوط به عدم وضوح هیجانی (۱۹/۷۵)، و در متغیر تجربه ترومای کودکی بالاترین میانگین مربوط به سوء استفاده جنسی (۱۹/۷۵) و کمترین میانگین مربوط به غفلت عاطفی (۱۹/۴۸) می‌باشد. در ادامه ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سوء استفاده جنسی (تجربه ترومای کودکی) ($r=0/66$)، سوء استفاده عاطفی ($r=0/38$ ؛ $p<0/01$)، غفلت عاطفی ($r=0/51$ ؛ $p<0/01$)، غفلت جسمی ($r=0/47$ ؛ $p<0/01$) با نشانگان شخصیت مرزی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

قبل از تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل مسیر ابتدا فرض‌های بهنجاری چندمتغیری، خطی بودن، هم خطی چندگانه و استقلال خطاهای آزمون تایید شدند. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کجی و کشیدگی استفاده شد. با توجه به اینکه آماره‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش همه بین ۲- و ۲+ بودند فرض نرمال بودن داده‌ها تایید می‌شود. جهت بررسی هم خطی چندگانه، از آماره تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد و برای همه متغیرها عامل تورم واریانس، کمتر از ۱۰ و آماره تحمل بیشتر از ۰/۱ بود؛ بنابراین، مفروضه عدم هم خطی چندگانه رعایت شد. همچنین برای آزمون مفروضه استقلال خطاها از آزمون دوربین و اتسون استفاده شد. مقدار به دست آمده در این پژوهش برابر با ۲/۲۱ و چون در طیف ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، بیانگر رعایت مفروضه استقلال خطاها است. با توجه به رعایت مفروضه‌ها می‌توان برزندگی الگوی پیشنهادی را بر اساس معیارهای برازندگی ارزیابی کرد. برای ارزیابی مدل پیشنهادی این پژوهش از روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار اسپاس ویراست ۲۶ و ایموس ویراست ۲۴ استفاده شده است. مدل پیشنهادی جهت تدوین مدل ساختاری نشانگان شخصیت مرزی براساس تجربه ترومای کودکی و بد تنظیمی هیجان با نقش میانجی ذهنی سازی در مراجعین

کلینیک روان پزشکی بیمارستان امام حسین شهرکرج به دست آمده است که در نمودار ۱ قابل مشاهده است. جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل به همراه مقادیر مطلوب را نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده

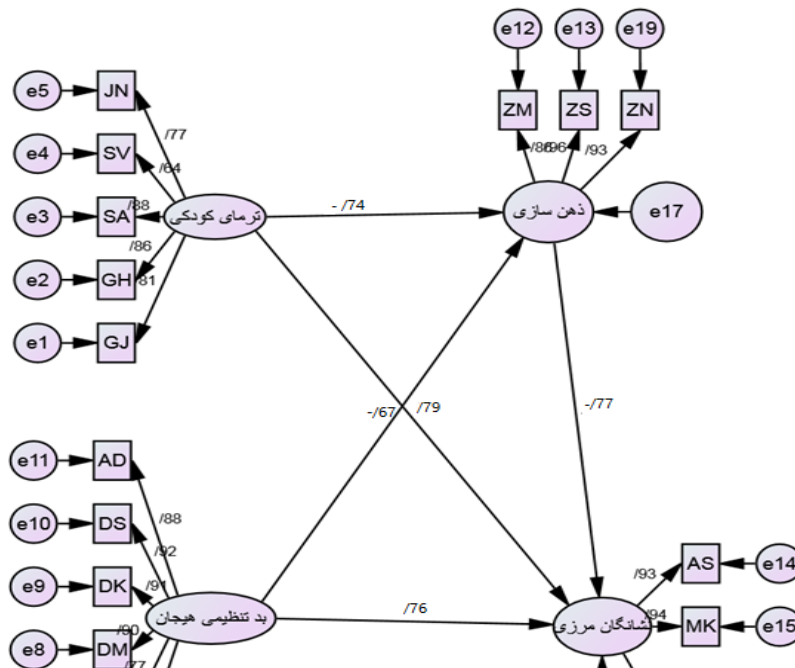
شاخص‌های برازش	میزان	ملاک	تفسیر
کای اسکوئر (χ^2)	۳۱۸/۱۶	-	-
درجه آزادی (df)	۱۱۴	-	-
سطح معناداری	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵	
نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی (χ^2/df)	۳۱۸/۱۶	بخش بر کمتر از ۳	برازش مطلوب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳۳	بیشتر از ۰/۹۰	برازش مطلوب
شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)	۰/۸۶۲	بیشتر از ۰/۸۵	برازش مطلوب
شاخص برازش نسبی (RFI)	۰/۹۶۸	بیشتر از ۰/۹۰	برازش مطلوب
شاخص برازش افزایشی (IFI)	۰/۹۳۴	بیشتر از ۰/۹۰	برازش مطلوب
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۱۷	بیشتر از ۰/۹۰	برازش مطلوب
شاخص توکلر-لویس (TLI)	۰/۹۸۲	بیشتر از ۰/۹۰	برازش مطلوب
شاخص برازش تصبیقی (NFI)	۰/۹۰۶	بیشتر از ۰/۹۰	برازش مطلوب
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۲۷	کمتر از ۰/۱	برازش مطلوب
شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI)	۰/۹۰۵	بیشتر از ۰/۵۰	برازش مطلوب
شاخص نیکویی برازش مقتصد (PGFI)	۰/۹۱۵	بیشتر از ۰/۵۰	برازش مطلوب

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مقدار آماره X^2 برابر با ۳۱۸/۱۶ با درجه آزادی ۱۱۴ است، که حاصل تقسیم کای اسکوئر تقسیم بر درجه آزادی (۲/۷۹) کمتر از ۳ هست که حاکی از برازش عالی مدل می‌باشد. شاخص نیکویی برازش (GFI) ۰/۹۳۳ است که نشان دهنده برازش مطلوب مدل است. شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) برابر ۰/۸۶۲ می‌باشد که بزرگتر از ۰/۸۵ بنابراین مدل از برازش مطلوب برخوردار است. مقدار ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) نیز ۰/۰۲۷ می‌باشد که با توجه به اینکه کمتر از ۰/۱ است، مطلوب بوده و نشان دهنده تأیید مدل پژوهش می‌باشد. شاخص

بنتلر-بونت (NFI) ۰/۹۰۶، شاخص توکلر-لوپس (TLI) ۰/۹۸۲، شاخص برازش تطبیقی (CFI) ۰/۹۱۷ و شاخص برازش نسبی (RFI) ۰/۹۶۸ است که همگی نشان دهنده‌ی برازش مطلوب و تأیید مدل پژوهش می‌باشد. با توجه به مطالب بالا و شاخص‌های کمی برازش می‌توان نتیجه گرفت که مدل نظری مربوط به مدل نظری تحقیق مدلی قابل قبول است. پس حال می‌توان به روابط درون مدل و مقادیر ضریب رگرسیونی بین متغیرهای پنهان پرداخت. برای آزمون فرضیه از شاخص جزئی استفاده شده است و شرط معنی‌دار بودن یک رابطه این است که مقدار این شاخص برای رابطه مورد نظر کم‌تر از ۰/۰۵ باشد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه مدل مبتنی بر رابطه بین نشانگان شخصیت مرزی براساس تجربه ترومای کودکی و بد تنظیمی هیجان با نقش میانجی ذهنی‌سازی از برازش کافی برخوردار است، تأیید می‌شود. جدول ۴، نتایج حاصل از روش بوت استراپ در برنامه ماکرو، آزمون پریچر و هیز (۲۰۰۸) را برای روابط واسطه‌ای نشان می‌دهد.

جدول ۳. برآورد مسیرهای غیرمستقیم موجود در مدل با استفاده از بوت استروپ

مسیر	متغیر برون‌زا	متغیر درون‌زا	مقدار برآورد	حد بالا	حد پایین	سطح معناداری	فاصله اطمینان
تجربه ترومای کودکی	متغیر واسطه	نشانگان شخصیت مرزی	-۰/۸۱۰	۰/۱۲۱	-۰/۲۱۵	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵
بد تنظیمی هیجان	متغیر واسطه	نشانگان شخصیت مرزی	-۰/۷۸۳	۰/۳۱۳	-۰/۰۱۹	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵



نمودار ۱. مدل نهایی در حالت استاندارد

بر اساس نمودار (۱)، جدول (۳) برای بررسی اثر متغیر تجربه ترومای کودکی بر نشانگان شخصیت مرزی از طریق میانجی‌گری ذهن‌سازی ضریب اثر غیرمستقیم ۰/۸۱۰- برآورد شده است که این ضریب مسیر در سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی‌دار می‌باشد؛ زیرا نتایج آزمون بوت استروپ برای اثر غیرمستقیم نشان داد که حد پایین و حد بالای این ضریب مسیر، صفر را در بر نمی‌گیرد (۰/۱۲۱~۰/۲۱۵) (۰/۸۱۰-). بنابراین نقش متغیر میانجی ذهن‌سازی در فرضیه حاضر مورد تایید واقع می‌شود. بر اساس نمودارهای (۱)، جدول (۴) برای اثر متغیر بد تنظیمی هیجان بر نشانگان شخصیت مرزی از طریق میانجی‌گری ذهن‌سازی ضریب اثر غیرمستقیم ۰/۷۸۳- برآورد شده است که این ضریب مسیر در سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی‌دار می‌باشد؛ زیرا نتایج آزمون بوت استروپ برای اثر غیرمستقیم نشان داد که حد پایین و حد بالای این ضریب مسیر، صفر را در بر نمی‌گیرد (۰/۱۰۹~۰/۳۱۳) (۰/۷۸۳-). در جدول ۴، (CI) بنابراین نقش متغیر میانجی ذهن‌سازی در فرضیه حاضر مورد تایید واقع می‌شود. در جدول ۴، ضرایب اثر مستقیم و سطح معنی‌داری بین متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۴. برآوردهای مربوط به تأثیرات مستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معنی داری
تجربه ترومای کودکی ----> با نشانگان شخصیت مرزی	۰/۷۹	۰/۲۵۴	۸/۳۲	۰/۰۰۰۵
بد تنظیمی هیجان ----> با نشانگان شخصیت مرزی	۰/۷۶	۰/۳۷۸	۸/۳۳	۰/۰۰۰۵
تجربه ترومای کودکی ----> با ذهنی سازی	-۰/۷۴	۰/۳۹۲	۷/۴۵	۰/۰۰۰۵
بد تنظیمی هیجان ----> با ذهنی سازی	-۰/۶۷	۰/۲۲۵	۸/۷۹	۰/۰۰۰۵
ذهن سازی ----> با نشانگان شخصیت مرزی	-۰/۷۷	۰/۲۳۲	۷/۶۹	۰/۰۰۰۵

بر اساس نمودار (۱)، جدول (۴) قدرت اثر مستقیم تجربه ترومای کودکی بر با نشانگان شخصیت مرزی برابر ۰/۷۹ محاسبه شده است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. آماره t آزمون نیز ۸/۳۲ بدست آمده است که بزرگتر از مقدار بحرانی t در سطح خطای ۰/۰۵ یعنی ۱/۹۶ بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است. بنابراین می‌توان گفت تجربه ترومای کودکی بر با نشانگان شخصیت مرزی اثر مستقیم دارد، از لحاظ آماری معنادار است. بر اساس نمودارهای (۱) و جدول (۴) قدرت اثر مستقیم بد تنظیمی هیجان با نشانگان شخصیت مرزی برابر ۰/۷۶ محاسبه شده است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. آماره t آزمون نیز ۸/۳۳ بدست آمده است که بزرگتر از مقدار بحرانی t در سطح خطای ۰/۰۵ یعنی ۱/۹۶ بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است. بنابراین می‌توان گفت بد تنظیمی هیجان با نشانگان شخصیت مرزی اثر مستقیم دارد، از لحاظ آماری معنادار است. بر اساس نمودار (۱) و جدول (۴) قدرت اثر مستقیم تجربه ترومای کودکی با ذهن‌سازی برابر ۰/۷۴- محاسبه شده است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. آماره t آزمون نیز ۷/۴۵ بدست آمده است که بزرگتر از مقدار بحرانی t در سطح خطای ۰/۰۵ یعنی ۱/۹۶ بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است. بنابراین می‌توان گفت تجربه ترومای کودکی با ذهن‌سازی اثر مستقیم دارد، از لحاظ آماری معنادار است. بر

اساس نمودار (۱) و جدول (۴) قدرت اثر مستقیم بد تنظیمی هیجان با ذهن سازی برابر $0/67$ - محاسبه شده است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. آماره t آزمون نیز $8/79$ بدست آمده است که بزرگتر از مقدار بحرانی t در سطح خطای $0/05$ یعنی $1/96$ بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است. بنابراین می‌توان گفت بد تنظیمی هیجان با ذهن سازی اثر مستقیم دارد، از لحاظ آماری معنادار است. بر اساس نمودار (۱) و جدول (۴) قدرت اثر مستقیم ذهن سازی با نشانگان شخصیت مرزی برابر $0/77$ - محاسبه شده است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. آماره t آزمون نیز $7/69$ بدست آمده است که بزرگتر از مقدار بحرانی t در سطح خطای $0/05$ یعنی $1/96$ بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است. بنابراین می‌توان گفت ذهن سازی با نشانگان شخصیت مرزی اثر مستقیم دارد، از لحاظ آماری معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین برازش مدل ساختاری نشانگان شخصیت مرزی براساس تجربه ترومای کودکی و بد تنظیمی هیجان با نقش میانجی ذهنی سازی انجام شد. نتایج نشان داد که تجربه ترومای کودکی، بد تنظیمی هیجان و ذهنی سازی بر نشانگان شخصیت مرزی اثر مستقیم دارند. همچنین بد تنظیمی هیجان و تروما کودکی با ذهن سازی اثر مستقیم دارند و از این طریق هم می‌تواند بر نشانگان شخصیت مرزی تاثیر داشته باشد. به عبارتی اختلال شخصیت مرزی به وسیله تجربه ترومای کودکی و بد تنظیمی هیجان با میانجی گری ذهنی سازی قابل پیش بینی است. در تبیین نتایج می‌توان اشاره کرد که اثرات مخرب سوء استفاده‌های دوران کودکی بر سلامت روان می‌تواند در طول عمر با تعدیل و تأثیر بر فرآیندهای رشدی ادامه یابد و فرد را مستعد اختلالات روانی و شخصیت نماید (اسکاگ و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال شخصیت مرزی از یک محیط زندگی ناپایدار و غیر قابل اطمینان دوران کودکی ایجاد می‌شود و به طور خاص توسط سوء رفتار عاطفی و عواطف منفی مشخص می‌گردد (البردی پرامو و همکاران؛ ۲۰۱۹). در پژوهشهای مهماندوست و برادران (۱۳۹۹)، استاد نوروزی و زمستانی (۱۳۹۹)، الافیا و منجولا (۲۰۲۰) و لاپورت و همکاران (۲۰۱۲) به بررسی مقایسه‌ای افراد با اختلال شخصیت مرزی و افراد بدون اختلال شخصیت مرزی پرداختند و نتایج همه این پژوهشهای حاکی از تجربه آسیبهای جسمی، عاطفی، بد رفتاری و سوء استفاده‌های دوران کودکی در این افراد بود. سو رفتار والدین، تجربه عاطفی هیجانی منفی، تنش‌های خانوادگی در کودکان تروما دیده بسیار زیاد است و این می‌تواند زمینه ناپایداری هیجانی را برای فرد به همراه داشته باشد و تداوم این سبک زندگی فرد را به سمت اختلال شخصیت مرزی می‌برد. پیشینه‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بد رفتاری و تجربیات آزار دهنده دوران کودکی یکی از مهمترین عوامل در شکل گیری اختلال شخصیت مرزی است، که در فرا تحلیل مینالی و همکاران (۲۰۲۰) این موضوع تایید شد. اسکاگ و همکاران (۲۰۲۲)، نیز ترومای کودکی را به عنوان یک عامل برای ایجاد شخصیت مرزی معرفی کرد. پژوهش خرامین و دهستانی (۱۴۰۰)، بر نقش بهره‌کشی عاطفی و غفلت را در بروز اختلالات شخصیت تاکید داشت. انفعال و همکاران (۱۴۰۰)، نیز بیان کردند که ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده قادر به پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی است.

باینحال طبق مطالعات فوساتی و همکاران (۱۹۹۹) ۲۰ تا ۵۰ درصد از کودکانی که قربانی بدرفتاریهای دوران کودکی بوده‌اند در آن‌ها نشانگان اختلال شخصیت مرزی وجود نداشت و همچنین طبق مطالعات گودمن و بهودا (۲۰۰۲)، ۳۰ تا ۶۰ از افراد دارا اختلال شخصیت مرزی، ترومای کودکی گزارش نکرده‌اند لذا متغیرهای روانشناختی دیگری می‌تواند در این زمینه وجود داشته باشد. در پژوهش حاضر متغیر تنظیم هیجان به عنوان یکی از این متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد بد تنظیمی هیجان بر نشانگان شخصیت مرزی اثر مستقیم دارد. امروزه مطرح شده است که مشخصه‌های اختلال شخصیت مرزی از جمله بیثباتی عاطفی، احساسات مزمن پوچی و پرخاشگری نامناسب و شدید، همگی نشانگر مشکلاتی در فرآیند پردازش هیجان است، همچنین نشانه‌هایی از قبیل تکانش‌گری، خود آسیب‌رسانی، نگرانی بابت طرد و نشانه‌های تجزیه‌ای، نشان دهنده پاسخهای نابهنجار به هیجانها می‌باشد (موسوی هندی و همکاران، ۱۳۹۷). وقتی فردی استرس شدیدی در طی دوران کودکی تحمل میکند فرد به جای استفاده از راهبردهای مؤثر برای تنظیم هیجانات خود، دست به فعالیتهای تکانشی میزند تا رنج روانی خود را کاهش دهد و ادامه چنین الگویی می‌تواند ناپایداری و تکانشی عمل کردن را برای فرد به همراه داشته و زمینه ساز اختلال شخصیت مرزی گردد. افرادی که دشواری در تنظیم هیجان دارند واکنش‌پذیری هیجانی دارند و در برخورد با مشکلات و در روابط صمیمانه به صورت کاملاً هیجانی و غیرمنطقی عمل می‌کنند که باعث می‌شود اضطراب مزمنی را تجربه نموده و در موقعیتهای اضطراب‌زا و نامناسب واکنشهای شدیدی را از خود بروز دهند و از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگار که بر هیجانهای منفی تأکید می‌کنند و تجربه‌های هیجانی را سرکوب می‌نمایند، استفاده کرده که کاربرد این راهبردهای تنظیم هیجانی منفی ویژگیهای اختلال شخصیتی مرزی را تشدید می‌کند (قاسم زاده و محمودعلیلو، ۱۳۹۹). در پژوهشهای مختلف همبستگی دشواری در تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی مورد تایید قرار گرفت (قاسم زاده و محمودعلیلو، ۱۳۹۹، موسوی هندی و همکاران، ۱۳۹۷، همایی-نژاد و همکاران، ۱۳۹۷، ال‌افیا و منجولا، ۲۰۲۰).

از سویی دیگر برخی از نظریه پردازان اعتقاد دارند که تجربه‌های آزار دوران کودکی ممکن است با ایجاد تداخل در رشد تواناییهای خود-تنظیمی مثل کنترل واکنشهای هیجانی و بازداری رفتارهای تکانشی، باعث بروز اختلال شخصیت مرزی می‌گردد. در واقع، این تجربیات آزار دهنده دوران کودکی تشدید آشفته‌گی را به همراه دارد و زمانی که به سطحی برسد که قابل کنترل نباشد، مانع شکلگیری راهبردهای خودتنظیمی هیجانی می‌شود. این تعامل ترومای کودکی با بدتنظیمی هیجانی می‌تواند موجب شکل‌گیری نشانگان اختلال مرزی شود. علاوه بر این ذهنی سازی هم بر نشانگان اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد. ذهنی سازی جنبه خاصی از تفکر انسانی را توصیف می‌کند: آگاهی فرد از حالت‌هایی که در ذهن خودش و دیگری رخ می‌دهد، به‌خصوص زمانی که می‌خواهد علت زیربنایی یک رفتار را درک کند. این توانایی نیاز به پردازش و تفسیر هیجانات، افکار، نیازها، اهداف و نیاتی دارد که افراد در روابطشان بروز می‌دهند و نیازمند آن است که ما از شرایط یک فرد، الگوهای قبلی او و همچنین تجاربی که در معرض آن قرار گرفته‌است، آگاهی پیدا کنیم (پترسون و همکاران، ۲۰۱۶). پترسون و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی ذهنی افراد اختلال شخصیت مرزی و افراد سالم پرداختند و کارکردهای مختلف نظریه ذهن را

در دو حوزه عاطفی و شناختی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد افراد دارای اختلال شخصیت مرزی به طور قابل توجهی در شناسایی حالات ذهنی مثبت دقت کمتری داشتند و خطاهای ذهنی بیشتری را در درک عاطفی و شناختی نشان دادند. در مجموع کودکان تروما دیده، محیط زندگی ناپایدار، پر تنش و غیر قابل اطمینانی را در دوران کودکی تجربه کرده اند و در معرض رفتارهای هیجانی ضد و نقیض قرار گرفته اند که موجب شکل گیری الگوهای ناپایدار و در نوسانی از عاطفه و هیجان در آن‌ها شده و زمینه بروز نشانگان اختلال شخصیت را در آن‌ها به وجود می‌آورد. محدود بودن جامعه مورد مطالعه به افراد مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی بیمارستان امام حسین شهر کرج از محدودیت‌های مهم تحقیق حاضر بود که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت نمود. با این حال مطالعات آتی می‌توانند بر اساس رویکرد کیفی به درک عمیق‌تری از علل بروز ترومای کودکی در افراد بپردازند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن ایران می‌باشد و دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1401.077 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

منابع

- افشانی، عبدالملک، اسماعیلیان، نسرین، دهقانی، محسن، مظاهری تهرانی، محمدعلی. (۱۴۰۰). پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی بر اساس سبک‌های دلبستگی و تمایزیافتگی خود با میانجی‌گری تنظیم هیجان. خانواده پژوهی. ۱۷(۶۸): ۶۳۱-۶۱۳.
- انفعال، نوید، امیدوار، بنفشه، و زارع‌نژاد، محمد (۱۴۰۰). پیش‌بینی صفات سازمان شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر. مجله علمی پژوهان. ۱۹(۳): ۱-۱۱.
- بشارت، محمدعلی، و بزازیان، سعیده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی. ۲۴(۸۴): ۶۱-۷۰.

خرامین، مریم، و دهستانی، مهدی. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اختلالات شخصیت بر اساس غفلت و بهره‌کشی عاطفی در کودکی با میانجیگری خشم در افراد مبتلا به فشار خون. مطالعات روان‌شناسی بالینی. ۱۱(۴۴): ۱۴۲-۱۷۷.

دروگر، الهه، فتحی‌آشتیانی، علی، و اشرفی، عماد. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای ذهنی سازی در رابطه بین دلبستگی و نارسا نظم‌جویی هیجانی با اضطراب اجتماعی. فصلنامه روانشناسی تحولی، روانشناسان ایرانی. ۱۷(۶۶): ۹۸-۱۰۷.

شایق، المیرا، قنبری، سعید، شهیدی، شهریار. (۱۴۰۰). بررسی نقش واسطه‌ای ذهنی سازی در رابطه با ترومای دوران کودکی و امنیت دلبستگی در بزرگسالی. نهمین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده و پنجمین جشنواره ملی خانواده پژوهی، تهران.

صفری موسوی، سید سینا، صادقی، مسعود، سپهوندی، محمدعلی. (۱۴۰۰). مدل علی سبک دلبستگی ناایمن و تجارب آسیب‌زا با میانجیگری ذهن آگاهی بر ذهنی‌سازی. روشها و مدل‌های روانشناختی. ۱۲(۴۶): ۹۸-۸۵.

طاهری، آلاله. (۱۳۹۹). تبیین آسیب‌شناختی توده‌بدنی بالا بر حسب دو مدل نظری ذهنی‌سازی و سبک‌های پردازش حسی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

علیلو، مجیدمحمود، شریفی، محمدمامین. (۱۳۹۱). اختلال شخصیت مرزی. تهران: انتشارات ارجمند. عینی، ساناز و نریمانی، محمد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. علوم اعصاب شفای خاتم. ۷(۳): ۱۲-۱.

قاسم‌زاده، زامین، محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۹). پیش‌بینی بدتنظیمی هیجانی در افراد دارای نشانه‌های مرزی براساس عامل‌های پنجگانه شخصیت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز. روانشناسی تحلیلی شناختی. ۱۰(۳۶): ۵۴-۴۵.

قاسم‌زاده، زامین، و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۸). پیش‌بینی بدتنظیمی هیجانی در افراد دارای نشانه‌های مرزی براساس عامل‌های پنجگانه شخصیت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی. ۱۰(۳۶): ۵۴-۴۵.

محمدزاده، علی، رضایی، اکبر. (۱۳۹۰). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در جامعه ایرانی. علوم رفتاری. ۵(۳): ۶۹-۲۷۸.

موسوی هندری، طلیمه، محمودعلیلو، مجید، مدنی، یاسر. (۱۳۹۷). روابط ساختاری کودک‌آزاری و بدتنظیمی هیجانی با نشانه‌های شخصیت مرزی. مجله روانشناسی. ۲۲(۸۶): ۲۰۱-۱۸۸.

مهماندوست، سارا، و برادران، مجید. (۱۳۹۹). مطالعه تطبیقی تجربه آزار هیجانی کودک و سبک دلبستگی در افراد با و بدون اختلال شخصیت مرزی، چهارمین همایش ملی روانشناسی دانشگاه پیام نور، رشت. همایی نژاد، هانیه، کربلایی، محمد، میگونی، احمد، تقی‌لو، صادق، آفتاب، رویا. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین آسیب‌کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی. مجله پژوهش سلامت. ۳(۴): ۲۴۴-۲۳۳.

References

Afshani, A., Ismailian, N., Dehghani, M., & Mazaheri Tehrani, M. A. (2021). Predicting features of borderline personality disorder based on attachment styles and self-

- differentiation with the mediation of emotion regulation. *Family research*, 17(68): 613-631. (In Persian)
- Aini, S., & Narimani, M. (2019). The effectiveness of mentalization-based therapy on ego strength and defense mechanisms in people with borderline personality disorder. *Khatam healing neuroscience*, 7(3), 12-1. (In Persian)
- Alafia, J., & Manjula, M. (2020). Emotion dysregulation and early trauma in borderline personality disorder: An exploratory study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(3), 290-298.
- Alberdi-Paramo, I., Saiz-Gonzalez, M. D., Diaz-Marsa, M., & Carrasco-Perera, J. L. (2020). Bullying and childhood trauma events as predictive factors of suicidal behavior in borderline personality disorder: Preliminary findings. *Psychiatry research*, 285, 112730.
- Alilou, M. M., & Sharifi, M. A. (2012). *Borderline personality disorder*. Tehran: Arjmand Publications. (In Persian)
- Basharat, M. A., & Bezazian, S. (2014). Investigating the psychometric properties of the emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian society. *Scientific research journal of the Faculty of Nursing and Midwifery*, 24(84), 61-70. (In Persian)
- Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9(1): 11–15.
- Bora E.(2021). A meta-analysis of theory of mind and ‘mentalization’ in borderline personality disorder: a true neuro-social-cognitive or meta-social-cognitive impairment?. *51(15):2541-2551*.
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of personality assessment*, 100(3), 268-280.
- Droger, E., Fathi Ashtiani, A., & Ashrafi, E. (2020). The mediating role of mentalization in the relationship between attachment and emotional dysregulation with social anxiety. *Quarterly Journal of Transformational Psychology, Iranian Psychologists*, 17(66): 98-107. (In Persian)
- Enfeal, N., Omidvar, B., & Zarenejad, M. (2021). Prediction of borderline personality organization traits based on childhood trauma and family emotional climate in drug addicts. *Scientific journal of researchers*, 19(3), 1-11. (In Persian)
- Fonagy, P. (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Routledge.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS One*, 11(7), e0158678.
- Ghasemzadeh, R., & Mahmoud Alilou, M. (2019). Prediction of emotional dysregulation in people with borderline symptoms based on five personality factors in students of Islamic Azad University of Tabriz. *Cognitive Analytical Psychology Quarterly*, 10(36), 54-45. (In Persian)
- Ghasemzadeh, Z., & Mahmoud Alilou, M. (2020). Prediction of emotional dysregulation in people with borderline symptoms based on five personality factors in students of Islamic Azad University of Tabriz. *Cognitive analytical psychology*, 10(36): 54-45. (In Persian)
- Ghezelseflo, M., & Rostami, M. (2015). Relationship of child abuse with personality features and high risk behaviors in adolescents. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 19(2).
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the

- difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 107-133.
- Homainejad, H., Karbalaeei, M., Meygouni, A., Taghilou, S., & Aftab, R. (2018). The mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between childhood trauma and borderline personality symptoms. *Journal of health research*. 3 (4): 244-233. (In Persian)
- Khoramin, M., & Dehestani, M. (2021). Prediction of personality disorders based on neglect and emotional exploitation in childhood with the mediation of anger in people with hypertension. *Clinical psychology studies*. 11(44): 142-177. (In Persian)
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect*, 39, 147-155.
- Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., Russell, J., & Correa, J. A. (2012). Using a sibling design to compare childhood adversities in female patients with BPD and their sisters. *Child maltreatment*, 17(4), 318-329.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Mainali P, Rai T, Rutkofsky I H (July 30, 2020) From Child Abuse to Developing Borderline Personality Disorder Into Adulthood: Exploring the Neuromorphological and Epigenetic Pathway. *Cureus* 12(7): e9474.
- Mehmandoost, S., & Baradaran, M. (2020). A comparative study of child emotional abuse experience and attachment style in people with and without borderline personality disorder, Fourth National Psychology Conference of Payam Noor University, Rasht. (In Persian)
- Mohammadzadeh, A., & Rezaei, A. (1390). Validation of borderline personality questionnaire in Iranian society. *Behavioral sciences*. 5(3): 278-69. (In Persian)
- Mousavi, T., Mahmoud Alilou, M., & Madani, Y. (2018). Structural relationships of child abuse and emotional dysregulation with borderline personality symptoms. *Journal of psychology*. 22(86): 201-188. (In Persian)
- Petersen R, Brakoulias V, Langdon R. (2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*;16:12 -21
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Roberts-Parker, E. (2019). *Evaluating a Mentalization Based Program for Addressing Eating Disorder Risk Among Young Adolescents* (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- Rostami, M., Abdi, M., & Heidari, H. (2014). Study of various types of abuse during childhood and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 671-676.

- Rostami, M., Saadati, N., & Ghezselflo, M. (2015). The relationship between childhood abuse experience and primary stress confronting methods and maladaptive schemas. *Journal of Fundamentals of Mental Health, 17*(6).
- Safari Mousavi, S. S., Sadeghi, M., Sepahvandi, M. A. (2021). Causal model of Nyman's attachment style and traumatic experiences with the mediation of mindfulness on mentalization. *Psychological methods and models, 12*(46):98-85. (In Persian)
- Shayegh, E., Ghanbari, S., & Shahidi, S. (2021). Examining the mediating role of mentalization in relation to childhood trauma and attachment security in adulthood. 9th National Congress of Family Pathology and 5th National Family Research Festival, Tehran. (In Persian)
- Skaug, E., Czajkowski, N. O., Waaktaar, T., & Torgersen, S. (2022). Childhood trauma and borderline personality disorder traits: A discordant twin study. *Journal of Psychopathology and Clinical Science, 131*(4), 365–374.
- Taheri, A(2020). Pathological explanation of high body mass according to two theoretical models of mentalization and sensory processing styles. Master's Thesis, Department of Child and Adolescent Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University. (In Persian)
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease, 190*(6), 381-387.
- Zeinder, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2009). What we know about emotional intelligence: how it acts learning, work, relationships, and mental health.

Structural model of borderline personality syndrome based on the experience of childhood trauma and emotional dysregulation with the mediating role of mentalization

Shiva. Sabour¹, Mohammadreza. Zarbaksh^{2*} & Ali. Khanesh Keshi³

Abstract

Aim: The present study was conducted with the purpose of determining the fit of the structural model of borderline personality syndrome based on the experience of childhood trauma and emotional dysregulation with the mediating role of mentalization. **Method:** The current research method was descriptive-correlation of structural equations type. The statistical population of the present study was all the people referred to the psychiatric clinic of Imam Hossein Hospital in Karaj. Sampling was done through convenience method and the sample size was estimated to be 330 people according to Kline (2016), and after removing the distorted information questionnaires, 319 people were analyzed. Data collection tools were Lichsenring's borderline personality scale (1999), Gratz and Romer's emotion dysregulation questionnaire (2004), Bernstein et al.'s childhood trauma questionnaire (2003), and Dimitrijoys et al.'s mentalization questionnaire (2018). Data analysis was done using structural equation modeling. **Results:** The results of this study showed that the presented structural model has a good fit. The results showed that childhood trauma experience has a direct effect on borderline personality syndrome ($\beta=0.79$; $P<0.001$). Also, emotion dysregulation has a direct effect on borderline personality syndrome ($\beta=0.76$; $P<0.001$). Childhood trauma experience ($\beta=0.81$; $P<0.001$) and emotional dysregulation ($\beta=0.73$; $P<0.001$) have an indirect effect on borderline personality syndromes through the mediation of mentalization. **Conclusion:** It can be concluded that the structural model of borderline personality syndrome based on the experience of childhood trauma and emotional dysregulation with the mediating role of mentalization has a suitable fit.

Keywords: *borderline personality, childhood trauma experience, emotion regulation, mentalization.*

1. PhD student General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

2. ***Corresponding author:** Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Email: mrzarbaksh@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran