



## ارتباط اختلال شخصیت مرزی با عزت نفس و تنظیم هیجان: نقش میانجی اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای

حسین محقق<sup>1</sup>: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران (\* نویسنده مسئول) h.mohagheghi@basu.ac.ir

مهران فرهادی: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

خسرو رشید: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه مازندران، بایلسر، ایران

احمد بیات: دکتری روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

اختلال شخصیت مرزی،  
اضطراب،  
تنظیم هیجان،  
راهبردهای مقابله‌ای

**زمینه و هدف:** همواره اختلالات روان‌پزشکی و زمینه‌های پدید آمدن آن مورد توجه روان‌شناختی و روان‌پزشکان بوده است. هدف این پژوهش بررسی ارتباط اختلال شخصیت مرزی با عزت نفس و تنظیم هیجان با توجه به نقش میانجی اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای بود.

**روش کار:** طرح این پژوهش همبستگی بود. ۳۳۱ دانش‌آموز مقطع متوسطه به روش طبقه‌ای انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های عزت نفس (روزنبرگ، ۱۹۶۵)، تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳)، راهبردهای مقابله‌ای (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰)، اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب (موریس، ۲۰۰۰)، و اختلال شخصیت مرزی (جکسون و کلاریج، ۱۹۹۱) را تکمیل کردند. داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS و Lisrel و به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که شخصیت مرزی نوجوانان با عزت نفس و تنظیم هیجان آن‌ها براساس نقش میانجی اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای ارتباط دارد ( $P < 0.001$ ). مدل برآورد شده به کمک شاخص‌های برازش در مدل معادلات ساختاری مطلوب به دست آمد ( $NFI = 0.97$ ,  $GFI = 0.88$ ,  $CFI = 0.92$ ,  $RMSEA = 0.021$ ).

**نتیجه‌گیری:** با وجود تأیید نقش برجسته‌ی عوامل زیستی در پدیدآیی اختلالات شخصیت، یافته‌های این پژوهش سهم مهمی از اختلال شخصیت مرزی را برای عوامل غیرزیستی نشان داد. شخصیت مرزی می‌تواند با متغیرهای زمینه‌ای روان‌شناختی همانند عزت نفس، تنظیم هیجان، اضطراب، و مقابله مرتبط باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای عزت نفس، تنظیم هیجان، اضطراب، و راهبردهای مقابله‌ای با اختلال شخصیت مرزی نوجوانان مرتبط هستند.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Mohagheghi H, Farhadi M, Rashid K, Bayat A. The Relationship of Borderline Personality Disorder with Self-esteem and Emotion Regulation: The Mediating Role of Anxiety and Coping Strategies. Razi J Med Sci. 2023(7 Oct);30.109.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 4.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.

## The Relationship of Borderline Personality Disorder with Self-esteem and Emotion Regulation: The Mediating Role of Anxiety and Coping Strategies

**Hossein Mohagheghi:** Associate Professor, Department of Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran (\*Corresponding Author) [h.mohagheghi@basu.ac.ir](mailto:h.mohagheghi@basu.ac.ir)  
**Mehran Farhadi:** Assistant Professor, Department of Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran  
**Khosro Rashid:** Associate Professor, Department of Psychology, Mazandaran University, Babolsar, Iran  
**Ahmad Bayat:** PhD in Psychology, Department of Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** Psychiatric disorders and its causes have always been taken into consideration by psychologists and psychiatrists. Adolescence can be the beginning period of many psychiatric disorders. Most versions of Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders (DSM) of American Psychiatric Association do not indicate that adolescents may develop borderline personality disorder. But the grounds for this disorder have their roots in childhood and adolescence. The DSM-5 defines this disorder as "a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships and self-image and a distinctly impulsive mood that begins in early adulthood and it appears in different environments and situations." Today, psychological stress has become an integral part of human life and is important to determining the health or illness of individuals. People seem to use different coping methods in stressful situations. People with borderline personality disorder have a special need for adaptive coping strategies. These strategies reduce vulnerability in stressful situations. A review of previous research shows that there is a relationship between anxiety and coping disorders, emotion regulation and borderline personality disorder. Clinical signs of borderline personality disorder include: "insane" actions to avoid real or imagined abandonment; An unstable and stressful pattern of personal relationships characterized by fluctuations between the two poles of idealization and devaluation; Identical and persistent self-reported identity disorder and instability; Impulsive behavior in at least two areas where there is a potential for personal harm (eg, extravagance, sex, substance abuse, reckless driving, overeating periods; threats, gestures or repeated suicidal behaviors, or self-injurious behavior); Emotional instability due to the reactive nature of the mood (eg, severe boredom, irritability, or anxiety) that usually lasts for hours and rarely days; Chronic feeling of emptiness; Severe and disproportionate anger or difficulty controlling anger (such as recurring mood swings, persistent anger, or recurring quarrels) and temporary paranoid thinking associated with stress or severe breakdown symptoms (2). The word anxiety comes from the Latin word *Anxius*, which means a feeling of tightness in the chest. Anxiety refers to fear without a definite origin; That is, one does not know why one is afraid or that one's fear of danger seems disproportionate. Anxious often expresses a feeling of shortness of breath in the chest: I just feel anxious. Our brain is affected by many movements at any given moment, some of which are conscious or voluntary and many of which are unconscious and involuntary. These movements come from three different areas: the external environment, the body and the brain. Anxiety, then, is a vague and undesirable emotional state accompanied by external manifestations, panic, and turmoil that occurs as a result of a threat and a lack of proper response to it. The purpose of this study was to study the relationship of borderline personality disorder with self-esteem and emotion regulation by mediating role of anxiety and coping strategies in adolescents.

**Methods:** The method of this research is a correlational survey. The statistical population was all first and second high school students in Tuysarkan in the academic year 1393-94. 331 students were selected by stratified random sampling. Before conducting the research, participants were given explanations on how to answer the questionnaires and the confidentiality of their information. Data were analyzed using SPSS and Lisrel software using descriptive methods (mean and standard deviation), heuristic factor analysis, confirmatory factor analysis and structural equation modeling. Rosenberg self-esteem (1965), Grass and John's emotion regulation (2003), Andler & Parker coping strategies (1990), emotional disorders related to anxiety (2000), and borderline personality disorder (1991) questionnaires were completed. The validity and reliability of all these tools have been

### Keywords

Borderline Personality Disorder,  
Anxiety,  
Emotion Regulation,  
Coping Strategies

Received: 03/07/2023

Published: 07/10/2023

confirmed in previous research. In this study, Cronbach's alpha coefficients were calculated for the desired and reliable questionnaires. Data were analyzed using descriptive, factor analysis and structural equation modeling using SPSS and Lisrel.

**Results:** The Descriptive findings of this study showed that the highest mean is related to coping strategies (128.66) and the lowest mean is related to self-esteem (7.36). The obtained correlation coefficient between each of the variables is statistically significant at the error level less than 0.01 ( $P < 0.01$ ). Shows the structural relationships between self-esteem, borderline personality, coping strategies, anxiety, and borderline personality. Among the estimated pathways, the highest coefficient is related to the relationship between coping strategies and borderline personality (0.78) and the lowest is related to emotion regulation with anxiety (0.57). Analysis of direct, indirect, and total effects between the studied variables showed that the highest effect was obtained between coping strategies with borderline personality and the lowest effect was obtained between emotion regulation and anxiety. The results showed that the borderline personality of adolescents is related to self-esteem and their emotional regulation with mediation of anxiety and coping strategies ( $P < 0.001$ ). Helping goodness of fit indexes, the estimated model was desirable in the structural equation model (NFI = 0.97, GFI 0.88, CFI 0.92, and RMSEA = 0.021).

**Conclusion:** The Psychiatric disorders, especially anxiety disorders and personality disorders, severely affect people's performance. These disorders affect family relationships; one falls short in education; His job and social performance are impaired and he generally feels inefficient and dissatisfied. On the one hand, lack of self-esteem and on the other hand, lack of effective coping skills in the individual and also difficulty in regulating emotions are issues and problems that cause both anxiety and borderline personality disorder and the range of difficulties of anxious patients. And expands boundaries and makes decision-making difficult to solve problems caused by the disorder and treatment. Various health models always pay attention to prevention. Like physical health, in the field of mental health, prevention requires knowledge of the contexts and causes of disorders and diseases. This study used structural equation modeling to investigate some areas of borderline personality development. Therefore, it can be concluded that the variables such as self-esteem, emotional regulation, anxiety and coping strategies affect the appearance of borderline personality in adolescent. Explaining the findings of this study, it can be said that borderline personality can be related with psychological contextual variables such as self-esteem, emotion regulation and coping. This means that the less self-esteem a person has, the more likely he or she is to develop such disorders; because people with low self-esteem usually have more limited relationships, their audacity is low, it causes instability in the behavior and feelings of the person and the person can not achieve unity. In this regard, the regulation of emotion as a variable that is necessary to maintain balance and psychological stability in the individual, has a decisive role (13). This means that people with high emotion regulation are less likely to develop personality disorders, especially borderline personality disorders. One of the most important symptoms of borderline personality disorder is emotional instability. When a person is not able to regulate their emotions well, they are more likely to have problems. Also, the way a person copes with problems and issues has an effect on the occurrence or non-occurrence of psychiatric disorders. Problem-oriented coping is often associated with mental health, but emotional coping is not; One who has an ineffective confrontation fails; Has trouble communicating with others; His academic and professional performance declines; He is emotionally disturbed and cognitively disturbed, and in general, someone who has little ability to deal effectively with problems is at greater risk of developing psychiatric disorders. One of the limitations of this study is the self-report of the collected data with the questionnaires used in it. Also, due to the limited statistical population (students), caution should be exercised in generalizing the findings of this study. Researchers interested in research in the field of psychiatric disorders are advised to examine the relationship of variables such as attachment, resilience, empathy, and efficiency with these disorders in addition to self-esteem, emotion regulation, and coping strategies. Also, the study of other statistical communities can be considered for similar studies in this study.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

### Cite this article as:

Mohagheghi H, Farhadi M, Rashid K, Bayat A. The Relationship of Borderline Personality Disorder with Self-esteem and Emotion Regulation: The Mediating Role of Anxiety and Coping Strategies. *Razi J Med Sci.* 2023(7 Oct);30:109.

\*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

## مقدمه

نوجوانی می‌تواند دوره‌ی آغازین و پیدایش بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی باشد. در بسیاری از مراجعان بالینی با سنین کمتر از ۱۸ سال، نشانه‌های این اختلال دیده می‌شود. اختلال شخصیت مرزی یکی از اختلالات شخصیتی است. اصطلاح مرزی اولین بار در سال ۱۹۳۸ توسط استرن برای توصیف گروهی از بیماران که در مرز گروه‌های روان‌گسسته و روان‌آزرده قرار داشتند، مورد استفاده قرار گرفت. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا این اختلال را به این صورت تعریف می‌کند: «یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی و خودانگاره و خلق و خوی تکانشگرانه‌ی مشخص که در اوایل بزرگسالی شروع شده و در محیط‌ها و موقعیت‌های مختلف ظهور می‌کند». با وجود نامتجانس بودن نشانه‌های این اختلال، امروزه یک اجماع نظر کلی وجود دارد که نارساکنش‌وری هیجانی مشخصه‌ی اصلی این اختلال است. پژوهشگران بر این باورند که اختلال شخصیت مرزی اختلالی است که به واسطه‌ی نارسایی‌های معنادار در توانایی درک و تنظیم هیجان‌ها و خلق مشخص می‌شود (۱).

در نسخه‌ی بازنگری شده‌ی پنجمین ویراست DSM ملاک‌های بالینی اختلال شخصیت مرزی (کد: F60.3) شامل این موارد است: یک الگوی فراگیر از بی‌ثباتی روابط بین‌فردی، تصور از خود، و عاطفه، و تکانشگری مشخص، که از اوایل بزرگسالی شروع شده و در زمینه‌های گوناگون وجود دارد، به گونه‌ای که با پنج مورد (یا بیشتر) از موارد زیر نشان داده می‌شود: (۱) تلاش‌های دیوانه‌وار برای پرهیز از رها شدن واقعی یا خیالی (توجه: رفتار خودکشی یا خودزنی را که در معیار ۵ پوشش داده شده است، درج نکنید)، (۲) الگویی از روابط بین‌فردی ناپایدار و شدید که با تناوب بین افراطی ایده‌آل‌سازی و کاهش ارزش مشخص می‌شود، (۳) اختلال هویت: خودانگاره یا احساس خود به طور مشخص و مداوم ناپایدار، (۴) تکانشگری دسته‌کم در دو زمینه که به طور بالقوه به خود آسیب می‌رسانند (مانند ولخرجی کردن، رابطه‌ی جنسی، سوء‌مصرف مواد، رانندگی بی‌احتیاط، و پرخوری) (توجه: رفتار خودکشی یا خودزنی را که در معیار ۵ پوشش داده شده است، درج نکنید)، (۵) رفتار مکرر خودکشی، اقدام، یا تهدید،

یا رفتار خودزنی، (۶) بی‌ثباتی عاطفی ناشی از واکنش‌پذیری مشخص خلق‌وخو (برای نمونه نارسایی شدید اپیزودیک، تحریک‌پذیری یا اضطراب که معمولاً چند ساعت طول می‌کشد و به‌ندرت بیش از چند روز طول می‌کشد)، (۷) احساس پوچی مزمن، (۸) عصبانیت نامناسب و شدید یا مشکل در کنترل خشم (مانند نمایش مکرر خلق‌وخو، عصبانیت مداوم، دعواهای فیزیکی مکرر) و (۹) افکار پارانوئیدی گذرا مرتبط با استرس یا علائم شدید تجزیه‌ای (۲).

واژه‌ی اضطراب از کلمه‌ی لاتین Anxius، به معنی احساس فشردگی در قفسه‌ی سینه منشأ می‌گیرد. اضطراب به ترس بدون منشأ مشخص اطلاق می‌شود؛ یعنی شخص نمی‌داند چرا می‌ترسد و یا ترس او نسبت به خطر نامتناسب به نظر می‌رسد. فرد مضطرب غالباً با احساس تنگی نفس که در قفسه‌ی سینه دارد، آن را اظهار می‌دارد: فقط احساس می‌کنم مضطربم. بنابراین اضطراب عبارت است از حالت هیجانی مبهم و نامطلوب همراه تظاهرات بیرونی، وحشت، و آشفتگی که در اثر یک تهدید و عدم مقابله‌ی صحیح با آن حادث می‌شود. در واقع اضطراب یک هیجان ناخوشایند است که با اصطلاحاتی مانند نگرانی، دلشوره، وحشت، و ترس بیان می‌شود. احساس اضطراب دو جز دارد. یکی آگاهی از احساسات فیزیولوژیک (مانند تپش قلب و تعریق) و دیگری آگاهی از وجود عصبانیت و ترس. علاوه بر آثار حرکتی و احساسی اضطراب، تأثیر آن بر تفکر، ادراک، و یادگیری نباید از نظر دور بماند. اضطراب با پایین آوردن سطح تمرکز کاهش فراخوانی خاطرات و ایجاد اختلال در توانایی ربط دادن یک عبارت به عبارت دیگر (تداعی)، در یادگیری ایجاد تداخل می‌کند. بیمار مضطرب مستعد انتخاب بعضی از اقلام در محیط خود و چشم‌پوشی از اقلام دیگر بوده و به این ترتیب سعی می‌کند ثابت کند که در ترسناک تلقی نمودن یک موقعیت و ابراز واکنش متناسب با آن حق دارد؛ اگر او اشتباهات و ترس خود را توجیه نماید، اضطراب‌های وی به وسیله‌ی واکنش انتخابی شدت خواهد یافت و به این ترتیب حلقه‌ی معیوبی از اضطراب و دگرگونی ادراک به وجود خواهد آمد. از طرف دیگر اگر او با فکر انتخابی اشتباهات به خود اطمینان ببخشد، اضطراب‌های متناسب ممکن است فروکش نموده و او را از اقدامات

احتیاطی لازم باز دارد (۳).

در طول یک قرن گذشته بسیاری از روان‌شناسان بیان کرده‌اند که انسان نیازمند به عزت نفس است. در ادبیات روان‌شناختی مطالب مفصلی درباره‌ی عزت نفس وجود دارد و تا امروز مطالعات زیادی در حوزه‌ی عزت نفس و ارتباط آن با متغیرهای متعدد دیگری انجام گرفته است که بیشتر پژوهش‌ها این مطلب مهم و اساسی را تأیید می‌کنند که عزت نفس بالا از عوامل مثبت و مؤثر در بهداشت روانی و عزت نفس پایین از عوامل مستعد کننده‌ی ناراحتی‌های روانی می‌باشد. عزت نفس عبارت است از احساس ارزشمند بودن، این حس از مجموع افکار، احساسات، عواطف، و تجربیات فرد در طول زندگی ناشی می‌شود. همه‌ی افراد، صرف‌نظر از سن، جنسیت، زمینه‌ی فرهنگی، جهت‌گیری، و نوع کاری که در زندگی دارند، نیازمند عزت نفس هستند. افرادی که احساس خوبی به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز به زندگی دارند و می‌توانند با اطمینان با مشکلات مواجه شوند (۴).

امروزه تنیدگی روانی جزء جدانشدنی زندگی بشر شده و در تعیین سلامت و یا بیماری افراد اهمیت دارد. به نظر می‌رسد که افراد در موقعیت‌های تنیدگی‌زا از شیوه‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند. از نظر لازاروس و فولکمن شیوه‌های مقابله با تنیدگی، فرآیند مشخص کننده‌ی خواسته‌ها و الزامات درونی و بیرونی، و فرآیندی فعال و هدفمند برای پاسخدهی به محرکی است که تهدید کننده یا مستلزم استفاده از منابع ادراک شده است. در راهبرد مقابله‌ی حل مسئله، افراد با تعریف و ارزیابی دقیق مشکل و بررسی امکان تغییر یا تسلط بر آن، تلاش می‌کنند اثرات نامطلوب تنیدگی را کاهش دهند. از سوی دیگر در راهبرد مقابله‌ی هیجانی، افراد با فراموش کردن مشکل و یا جلب حمایت‌های عاطفی، اضطراب و نگرانی خود را کاهش می‌دهند. در واقع شیوه‌ی مقابله‌ای، فعالیت‌های شناختی و رفتاری‌ای هستند که به منظور کاهش منابع یا آثار تنیدگی به کار گرفته می‌شوند (۵). یکی از موضوعاتی که در طی دو دهه‌ی گذشته تلاش و توجهات تجربی و نظری فراوانی را به خود جلب کرده است، بحث هیجانات است. این

علاقه و توجه تا حدی می‌تواند به دلیل نقشی باشد که هیجان و تنظیم هیجان در رفتارهای بیرونی (فردی) ایفا می‌نماید. نظریه پردازان و دانشمندان مختلف تعاریف متعددی از هیجان ارائه داده‌اند، اما در مجموع می‌توان گفت که هیجان رویدادی پیچیده و چندبعدی است که منجر به آمادگی برای عمل می‌شود. از آنجا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتنگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود. تأثیر متقابل پردازش سازگارانه‌ی اطلاعات هیجانی (مانند تفسیر نادرست از رفتار معنادار یک همسال)، طرحواره‌های هیجانی و تنظیم هیجان عوامل کلیدی در تحول آسیب‌شناسی روانی هستند. همان‌طور که ظرفیت شناختی نوزادان و کودکان رشد می‌کند، آن‌ها طرحواره‌هایی را شکل می‌دهند که با دیگران مهم و مراقبان آنان تداومی می‌شوند (۶). تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجان پدید می‌آید و چگونه باید ابراز شود. هیجانات کیفیت بالایی دارند؛ به این صورت که می‌توانند باعث واکنش مثبت یا منفی در افراد شوند. اگر متناسب با موقعیت و شرایط باشند، باعث واکنش مثبت می‌شوند و در غیر این صورت واکنش منفی را در پی دارند. پس هنگامی که هیجانات شدید یا طولانی می‌شوند و یا با شرایط سازگار نیستند، آن زمان نیاز به تنظیم کردن آن‌ها احساس می‌گردد (۷).

از دیدگاه پژوهش‌گران گوناگون، اختلال شخصیت مرزی با ناهمگونی قابل توجه در نشانگان (۸)، نشخوار و ابراز خشم (۹)، و اختلال در تجربه و تنظیم هیجان‌ها (۱۰) شناخته شده است. بوهاس و همکاران (۱۱) بر این باورند که اختلال شخصیت مرزی یک اختلال روانی شدید است که با یک الگوی فراگیر از بی‌نظمی هیجانی، هویت ناسازگار، و اختلال در عملکرد بین فردی مشخص می‌شود. در راستای شناخت بهتر همین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی، پرداختن به پیشینه‌ی پژوهش اهمیت می‌یابد. بررسی پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که بین اختلالات اضطرابی و مقابله، تنظیم

عنوان راهبردهای دفاعی برای کنترل، اجتناب یا کند کردن تجربه‌ی هیجانی، انجام دهند. یافته‌های پژوهش غضنفری و قدم‌پور (۱۸) نشان داد که بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه‌ی معناداری وجود دارد. هر چه که افراد از مقابله‌ی مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، علائم اختلالات روانی کمتری در آنان دیده می‌شود و برعکس هر اندازه که افراد سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، علائم جسمانی، اضطراب، و افسردگی بیشتری در آنان دیده می‌شود. آلدانو و نولن هوکسما (۱۹) دریافتند که راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه (نشخوار ذهنی و سرکوب) در مقایسه با راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه (ارزیابی مجدد و حل مسئله)، ارتباط قوی‌تری با آسیب‌شناسی روانی دارد و عاملی است که نقش مهمی در تنظیم شناختی هیجان دارد. تنظیم شناختی هیجان با اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلالات اضطرابی و افسردگی ارتباط دارد. بنابراین راهبردهای ناسازگارانه نقش محوری‌تری در پدید آمدن اختلالات روان‌پزشکی دارند تا عدم استفاده از راهبردهای سازگارانه. مشکل در تنظیم هیجان با نگرانی مزمن و اختلال اضطراب فراگیر ارتباط دارد. همچنین نقایص خاص در تنظیم هیجان همچون نقص در شفافیت هیجانی، پذیرش هیجانات، توانایی پرداختن به رفتارهای معطوف به هدف هنگام آشفتگی، کنترل تکانه و دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر با نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر ارتباط دارند. یافته‌های پژوهش مشهدی و همکاران (۲۰) نشان داد که ارزیابی مجدد به عنوان یکی از مؤلفه‌های تنظیم هیجان به صورت منفی و معنادار و حساسیت اضطرابی به صورت مثبت و معنادار قادر به پیش‌بینی اضطراب اجتماعی در دانشجویان می‌باشد. نتایج پژوهش تول و همکاران (۲۱) نشان داد که مشکلات تنظیم هیجان به طور معناداری اختلال اضطراب فراگیر را در افراد دچار حملات پانیک بالینی و غیربالینی پیش‌بینی می‌کند. بنابراین مشکلات تنظیم هیجان هم در اختلال پانیک و هم در اختلال اضطراب فراگیر نقش دارد و می‌تواند تا حدی ارتباط این اختلالات را تبیین کند. وارنر و همکاران (۲۲) با سنجش تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی

هیجان، و اختلال شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد و شواهد عصب‌روان‌شناختی (نقایص و کژکاری‌ها در سیستم لیمبیک و آمیگدال، لوب پیشانی) نیز این ارتباط را تأیید می‌کنند (۱۰ و ۱۲). همچنان که محمود علیلو و همکاران (۱۳) دریافتند بین راهبردهای تنظیم هیجان با صفات شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد و راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده‌ی صفات شخصیت مرزی هستند. همچنین سلطانی‌نژاد و همکاران (۱۴) دریافتند که اختلال شخصیت مرزی نه تنها به طور مستقیم بر روی افکار خودکشی اثر می‌گذارد، بلکه این اختلال از طریق اثر غیرمستقیم بر روی متغیرهای دیگری نیز می‌تواند در پیش‌بینی افکار خودکشی نقش داشته باشد. سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و تکانشگری میانجی بین اختلال شخصیت مرزی و افکار خودکشی هستند. یافته‌های هاشمی و همکاران (۱۵) نشان داد که راهبرد سرزنش دیگران به طور مثبت و راهبردهای دیدگاه‌گیری، بر نامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، سرزنش خود، و تمرکز مجدد مثبت به طور منفی، تغییرات نشانه‌های شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کنند. بشرپور و همکاران (۱۶) دریافتند که علائم شخصیت مرزی با مزاحمت، فقدان، تجزیه، ناموزونی، سرکوبی، عدم کنترل، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تمرکز بر تجارب بیرونی و ناگویی خلقی ارتباط مثبت دارد. همچنین بیش از ۳۰ درصد از تغییرات در علائم اختلال شخصیت مرزی به وسیله‌ی سبک‌های پردازش هیجان و ۱۵ درصد آن توسط ناگویی خلقی تبیین می‌شود.

با توجه به آنچه که بیان شد، می‌توان گفت که راهبردهای مقابله‌ای سازش‌یافته، سبب کاهش آسیب‌پذیری در موقعیت‌های تنیدگی‌زا می‌شوند. منین و همکاران (۱۷) بیان داشتند که افرادی که مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته هستند، ممکن است در فهم تجربه‌ی هیجانی خود دچار مشکل شوند و ممکن است مهارت‌های اندکی را برای تعدیل کردن هیجانات خود داشته باشند. آن‌ها ممکن است هیجاناتی را تجربه کنند که از نظر ذهنی آزارنده باشد و نگران شوند و رفتارهای بین‌فردی ناسازگارانه (مقابله‌ی ناکارآمد) را به

می‌دهد (۲۷). بنابراین توجه به راهبردهای مقابله‌ای مذکور بسیار مهم است. یافته‌های اقدسی و عیدی (۲۸) نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار توسط جانبازان قطع نخاع شهر تبریز را نمی‌توان از طریق متغیرهای سلامت روانی، اختلال جسمانی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی آن‌ها پیش‌بینی کرد و باید به دنبال عوامل دیگری به غیر از عوامل یاد شده بود. اما استفاده از این دو سبک (هیجان‌مدار و مسئله‌مدار) از طریق متغیر افسردگی قابل پیش‌بینی است.

کرون و هاک (۲۹) در یافتند که بین اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای ارتباط وجود دارد. راهبردهایی که فرد برای مقابله برمی‌گزیند بخشی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی به شمار می‌رود. کاربرد راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل فشارزا می‌تواند موجب افزایش مشکلات گردد، درحالی‌که کاربرد راهبردهای درست مقابله‌ای می‌تواند پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد. جیردال و دال (۳۰) با بررسی رابطه‌ی بین راهبردهای مقابله‌ای و اضطراب زنان سرطانی و سالم و مقایسه‌ی این دو گروه دریافتند که بین راهبردهای مقابله‌ای با اضطراب هر دو گروه رابطه وجود دارد. راهبردهای هیجان‌مدار به طور معناداری با نشانگان اختلال اضطراب رابطه داشت. طبق یافته‌های پژوهش ماداروکا-چاپاس و همکاران (۳۱) آشفتگی روان‌شناختی، اختلالات خلقی و سبک مقابله‌ای پیش‌بینی‌کننده‌های ابتلا افراد به اختلال گوارشی و سوء هاضمه هستند. همچنین بین اختلالات خلقی (استرس روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی) و سبک مقابله‌ای ارتباط وجود دارد. آن و همکاران (۳۲) با بررسی افسردگی، اضطراب، ادراک استرس و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به پروستات دریافتند که بین گروه کنترل و آزمایش از نظر متغیرهای مذکور تفاوت وجود دارد. همچنین بین افسردگی، اضطراب، ادراک استرس و راهبردهای مقابله‌ای ارتباط معنادار وجود دارد. راهبردهای عقلانی‌سازی، تعریف مجدد و انعطاف‌پذیری فراوانی بیشتری در ترتیب نزولی و اعتقاد به سرنوشت، برونی کردن و سرزنش خود فراوانی کمی

در یافتند که انتخاب موقعیت در اختلال اضطراب اجتماعی نقش مهمی دارد. در شرایط اضطراب‌آور افراد با اختلال اضطراب اجتماعی از راهبردهای مقابله‌ای اجتناب استفاده می‌کنند. اجتناب ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی است که به عنوان یکی از ملاک‌های این اختلال نیز شناخته می‌شود. ترو سپر و همکاران (۲۳) در پژوهش خود مدلی را از تنظیم هیجان و ارتباط آن با اختلالات هیجانی ارائه کردند که نشان می‌دهد تنظیم هیجان نقش مهمی در اختلالات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی دارد. مدل ارائه شده قابل استفاده در جمعیت نوجوان و جوان می‌باشد. این مدل با کاهش راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان موجب کاهش نشانه‌های اختلالات هیجانی در بیماران می‌گردد. یافته‌های گارنفسکی و همکاران (۲۴) نشان داد که تمام راهبردهای مقابله‌ای شناختی که نوجوانان از خود گزارش کردند، نمره‌ی کمتری از بزرگسالان دریافت می‌کند. با این وجود، راهبردهای مقابله‌ای شناختی هم در بزرگسالان و هم در نوجوانان با آسیب‌شناسی و نشانه‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی ارتباط دارد. راهبردهای مقابله‌ای شناختی همچون سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌سازی و ارزیابی مجدد نقش مهمی را در علائم آسیب‌شناسی روانی افراد بازی می‌کنند. نتایج پژوهش ساوج و زیمن (۲۵) نشان داد که کودکان و نوجوانانی که ملاک‌های اختلالات اضطرابی را داشتند، در مدیریت کردن تجارب نگرانی، غم و خشم دچار مشکل بودند؛ این موضوع می‌تواند به خاطر تجارب هیجانی با شدت بالا و اعتماد اندک آنان به توانایی خود برای تنظیم این برانگیختگی هیجانی باشد. بنابراین تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان هسته‌ی اصلی پژوهش در زمینه‌ی جمعیت‌های مضطرب در نظر گرفته شود.

سیمپسون و همکاران (۲۶) با مرور ادبیات پژوهشی در حیطه‌ی درمان اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان دریافتند که عوامل خاصی در این زمینه از اهمیت بالایی برخوردارند. مشکلات مقابله‌ای در نوجوانان و رفتارهای والدین آن‌ها از جمله این عوامل مهم هستند. خودارزیابی منفی ممکن است هم وضعیت روان‌شناختی و هم سلامت روانی را تحت تأثیر قرار

داشتند.

برود و سیسیوچ (۸) با بررسی یک گروه بالینی و یک گروه غیربالینی دریافتند که ویژگی‌های شخصیتی بیمارگون در اختلال شخصیت مرزی دو جنبه دارند: جنبه‌ی درونی و جنبه‌ی بیرونی مرزی که زیربنای شخصیتی متمایز دارند. مرز عمومی با تأثیرپذیری منفی، عدم اجتماعی، عدم بازداری و جداسدگی توضیح داده شد. در سطح جنبه، وجه درونی‌سازی مرزی عمدتاً با تأثیرپذیری منفی و جداسدگی توضیح داده می‌شود، در حالی که وجه بیرونی‌سازی مرزی با بازداری و گسستگی توضیح داده می‌شود. بررسی نقش راهبردهای مقابله‌ای در میانجی‌گری اثرات سیستم‌های بازداری و فعال‌سازی رفتاری بر نشخوار و ابراز خشم در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی حاکی از تأثیر غیرمستقیم و قابل توجه سیستم فعال‌سازی رفتاری از راه مهارت‌های مقابله‌ی مبتنی بر مشکل بر ابراز خشم است. همچنین، اثر غیرمستقیم سیستم بازداری رفتاری از راه مهارت‌های مقابله‌ی اجتنابی بر نشخوار خشم شناسایی شد. با این وجود، نقش میانجی مهمی برای مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر هیجان دیده نشد (۸).

یافته‌های پژوهش مروری بوهاس و همکاران (۱۱) حاکی از آن است که اختلال شخصیت مرزی یک اختلال روانی است که بار زیادی بر بیماران، اعضای خانواده، و سیستم‌های مراقبت بهداشتی دارد. در گذشته این بیماری غیر قابل درمان در نظر گرفته می‌شد؛ اما پیشرفت در درک و مدیریت آن منجر به تشخیص زودهنگام و نتایج درمانی بهتر شده است. این اختلال معمولاً در دوران نوجوانی (پس از ۱۲ سالگی) آغاز می‌شود و اغلب با نشانه‌های اختلالات درونی‌سازی (افسردگی و اضطراب)، اختلالات بیرونی‌سازی (مشکلات سلوک، بیش‌فعالی، و سوء‌مصرف مواد)، یا هر دو همراه است و ممکن است همراه با آن‌ها ایجاد شود. اختلال شخصیت مرزی با پیامدهای ضعیف گوناگونی همچون موفقیت شغلی و تحصیلی پایین، فقدان روابط طولانی‌مدت، افزایش تعارض با شریک زندگی، خطرپذیری جنسی، سطوح پایین حمایت اجتماعی، رضایت کم از زندگی، و افزایش استفاده از خدمات

مرتبط است. روان‌درمانی درمان اصلی برای این اختلال است. درمان دارویی تنها برای شرایط همبود که نیاز به دارو دارند، یا در زمان بحران در صورتی که مداخلات روانی-اجتماعی ناکافی باشد، کاربرد دارد. آگاهی از اختلال شخصیت مرزی توسط افراد غیرمتخصص و همچنین متخصصان، کلید مداخله‌ی اولیه‌ی مناسب است. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که خواب و کیفیت آن می‌تواند در تنظیم یا بدتنظیمی هیجان افراد دچار اختلال شخصیت مرزی و افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر (در مقایسه با گروه کنترل) اثرگذار باشد (۳۳). ساکارو و همکاران (۳۴) التهاب، استرس، و اضطراب را از ویژگی‌های مشترک بین اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی می‌دانند. در همین راستا یافته‌های گراتز و همکاران (۳۵) نشان داد که ارتباط غیرمستقیم معناداری بین نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و خطر خودکشی بیشتر در طول زمان از راه مشکلات بیشتر تنظیم هیجان وجود دارد. همچنین شواهدی برای روابط دوسویه بین نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و مشکلات تنظیم هیجان و خطر خودکشی ارائه گردید. بین نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و همه‌ی پیامدهای عزت‌نفس در میان افراد با جهت‌گیری مقایسه‌ی اجتماعی بالا و متوسط رابطه‌ی معناداری وجود دارد. همچنین، ارتباط جهت‌گیری مقایسه‌ی اجتماعی با رابطه‌ی بین نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و عزت‌نفس برجسته می‌باشد؛ به این صورت که نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی با صفت و حالت عزت‌نفس پایین‌تر و تهدید بیشتر برای عزت‌نفس در میان شرکت‌کنندگان با تمایل متوسط یا بیشتر به مقایسه‌ی اجتماعی مرتبط است (۳۶). یافته‌های پژوهش کوئوویل و همکاران (۳۷) نشان داد که بین بدرفتاری در دوران کودکی و اختلالات اضطرابی با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در افراد ارتباط وجود دارد.

بررسی پیشینه‌ی پژوهشی نشان داد که با وجود انجام پژوهش‌هایی در زمینه‌ی اختلالات اضطرابی و شخصیت، اما در زمینه‌ی پیش‌بینی این اختلالات براساس مدل‌یابی علی و چندعاملی دربرگیرنده‌ی تنظیم هیجان،





نمودار ۱- مدل مفهومی ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی

تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی، و مدل معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل گردید.

### ابزارها

**پرسشنامه‌ی عزت نفس روزنبرگ:** روزنبرگ این ابزار را در سال ۱۹۶۵ ساخت که دربردارنده‌ی ۱۰ گویه است و با مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ = کاملاً مخالف تا ۴ = کاملاً موافق به آن‌ها پاسخ داده می‌شود. هنجاریابی این مقیاس برای ۵۰۲۴ دانش‌آموز در ایالت نیویورک انجام شد و ضرایب اعتبار و روایی آن به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۲ به دست آمد. حیدری (نقل از ۳) با اجرای این مقیاس در مورد ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی و با انجام تحلیل عاملی اکتشافی، دو عامل خودکفایتی و خودکم‌بینی را برای این مقیاس به دست آورد که آلفای کرونباخ بعد خودکفایتی ۰/۸۲، بعد خودکم‌بینی ۰/۷۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۳ بود. او روایی توافقی این مقیاس را نیز با محاسبه‌ی ضریب همبستگی آن با مقیاس خود ناتوان‌سازی بررسی و آن را مطلوب گزارش کرد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

**مقیاس تنظیم هیجان:** این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط گراس و جان تهیه شده و شامل ۱۰ گویه است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) می‌باشد. پاسخ‌ها براساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ی ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای

عزت نفس، و راهبردهای مقابله‌ای خلأ پژوهشی وجود دارد. پس با توجه به تعاریف و نظریات مطرح شده و نیز پیشینه‌ی پژوهشی، این پژوهش به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا شخصیت مرزی براساس عزت نفس و تنظیم هیجان با میانجی‌گری اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای قابل پیش‌بینی می‌باشد یا خیر؟ با توجه به فرضیه‌ی اصلی این پژوهش، مدل مفهومی مورد نظر به صورت زیر می‌باشد (نمودار ۱).

### روش کار

**جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری:** روش این پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه‌ی آماری کلیه‌ی دانش‌آموزان متوسطه‌ی اول و دوم شهر تویسرکان سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود. ۳۳۱ دانش‌آموز با میانگین سنی ۱۵ سال به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.AMSU.REC.1399.1149 می‌باشد. برای انجام پژوهش ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه اخذ شد و با همکاری اداره‌ی آموزش و پرورش شهرستان تویسرکان، مدارس هدف تعیین شدند. سپس با مراجعه به مدارس تعیین شده، شرکت‌کنندگان انتخاب شده و پرسش‌نامه‌ها به آن‌ها داده شد. پیش از اجرای پژوهش به شرکت‌کنندگان توضیحاتی در مورد نحوه‌ی پاسخ به پرسش‌نامه‌ها و محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها داده شد. اجرا به این صورت بود که فرد می‌توانست در صورت عدم تمایل، همکاری نکند. ملاک‌های ورود به پژوهش دانش‌آموز دوره‌ی اول یا دوم متوسطه بودن فرد، عدم ابتلا به بیماری روانی، و تمایل به شرکت در پژوهش بود. داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS و Lisrel و به روش‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)،

(نسخه‌ی کودک و نوجوان): این ابزار ۴۱ گویه‌ای برای غربال اختلالات اضطرابی ۹ تا ۱۹ ساله‌ها ساخته شده است. آزمودنی جملات را طبق مقیاس لیکرت از ۰ تا ۲ پاسخ می‌دهد. این ابزار ۵ خرده‌مقیاس دارد که شامل: الف. وحشت‌زدگی بدنی، ب. اضطراب تعمیم‌یافته، ج. اضطراب جدایی، د. هراس اجتماعی و ه. مدرسه‌هراسی است. پژوهش‌ها نشان داده که این پرسش‌نامه روایی و پایایی خوبی دارد؛ اعتبار افتراقی آن هم مطلوب است و می‌تواند کودک‌کانی را که اختلالات اضطرابی دارند از کودکانی که اختلالات اضطرابی ندارند، جدا کند. شواهد نشان می‌دهد که این مقیاس ابزار مقدماتی خوبی برای کودک‌کانی است که ضربه خورده‌اند و احتمال دارد دچار اختلال استرس پس از حادثه شوند. جهانگیری و برزگر (۴۰) با بررسی نمونه ۳۹۸۸ نفری از دانش‌آموزان شهر شیراز آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۹۳ را برای این ابزار به دست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسش‌نامه‌ی شخصیت مرزی:** این ابزار برای سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده و به صورت بله/خیر پاسخ داده می‌شود و شامل ۲۲ گویه است. پاسخ بله نمره‌ی ۱ و پاسخ خیر ۰ می‌گیرد. این ابزار دارای سه مؤلفه‌ی ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی و بسته به تنیدگی است. در سال ۱۹۹۱ جکسون و کلاریج ضریب اعتبار بازآزمایی پرسش‌نامه‌ی شخصیت مرزی را ۰/۶۱ و در سال ۲۰۰۱ راولینگز و همکاران ضریب آلفا را ۰/۸۰ گزارش کردند. پژوهش‌گران در ایران ضریب اعتبار بازآزمایی این ابزار را ۰/۸۴ و ضریب آلفا را ۰/۷۷ به دست آوردند (۴۱). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

### یافته‌ها

آمار توصیفی مربوط به هر یک از مؤلفه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش دیده می‌شود. بیشترین میانگین مربوط به راهبرد های مقابله‌ای (۱۲۸/۶۶) و

فروزشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است. نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی تنظیم هیجان گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم‌پور و همکاران (۳۸) هنجاریابی شده است. پایایی این مقیاس براساس روش همسانی درونی (با دامنه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی آن از طریق تحلیل مؤلفه‌ی اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده‌مقیاس ( $r = 0.13$ ) و نیز روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد.

**پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر:** این پرسش‌نامه‌ی ۴۸ گویه‌ای در سال ۱۹۹۰ توسط اندلر و پارکر ساخته شد و پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده که سه زمینه‌ی اصلی رفتارهای مقابله‌ای را دربر می‌گیرد: ۱- مقابله‌ی مسئله‌مدار یا برخورد فعال با مسئله در جهت مدیریت و حل آن، ۲- مقابله‌ی هیجان‌مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله و ۳- مقابله‌ی اجتنابی یا فرار از مسئله. دامنه‌ی تغییرات سه نوع رفتار رویارویی به این شکل است که نمره‌ی هر یک از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است. برای به دست آوردن پایایی این ابزار در گروه دانشجویان از آلفای کرونباخ استفاده شده که در مقابله‌ی مسئله‌مدار پسران ۰/۹۲ و دختران ۰/۸۵، در مقابله‌ی هیجان‌مدار پسران ۰/۸۲ و دختران ۰/۸۵ و در مقابله‌ی اجتنابی پسران ۰/۸۵ و دختران ۰/۸۲ به دست آمده است. اعتبار پرسش‌نامه با موقعیت‌های استرس‌زا از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش قریشی‌راد (۳۹) در سطح بالایی (۰/۸۳) به دست آمده است. روایی پرسش‌نامه‌ی مذکور نیز طی پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده، تأیید شده است (۳۹). برای محاسبه‌ی همبستگی عوامل پرسش‌نامه مقابله با استرس از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج ذیل به دست آمده است: مسئله‌مدار ۰/۵۸، هیجان‌مدار ۰/۵۵ و اجتنابی ۰/۹۳. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

**پرسش‌نامه‌ی اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب**

نمودار ۱ روابط ساختاری بین عزت نفس، شخصیت مرزی، راهبردهای مقابله‌ای، اضطراب و شخصیت مرزی را نشان می‌دهد. از بین مسیرهای برآورد شده بیشترین ضریب مربوط به رابطه‌ی راهبردهای مقابله‌ای با شخصیت مرزی (۰/۷۸) و کمترین آن مربوط به تنظیم هیجان با اضطراب (۰/۵۷) است. همچنین ضرایب اثر

کمترین میانگین مربوط به عزت نفس (۷/۳۶) است. جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی به دست آمده بین تک تک متغیرها با هم از نظر آماری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ معنادار می‌باشد ( $P < ۰/۰۱$ ).

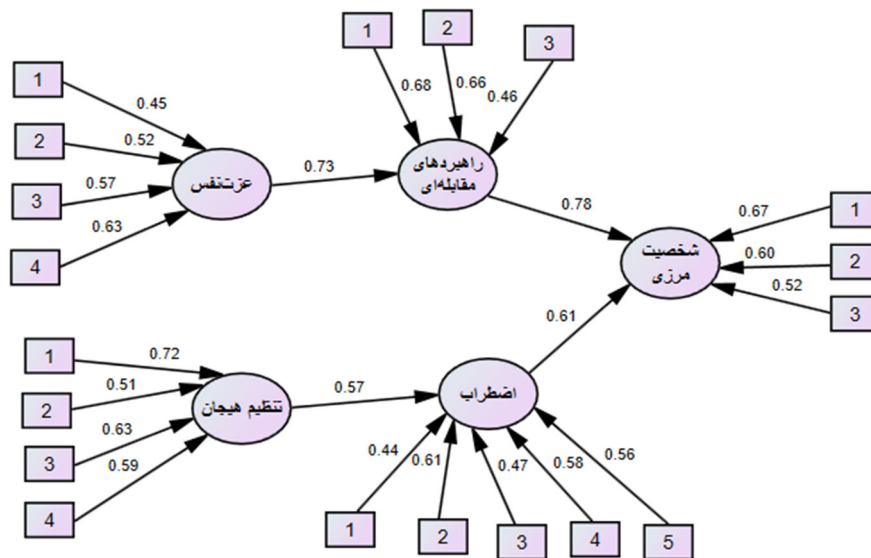
جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای مورد بررسی

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
عزت نفس	۷/۳۶	۲/۱۶۶	۳۳۱
تنظیم هیجان	۲۶/۹۳	۶/۴۲۷	۳۳۱
راهبردهای مقابله‌ای	۱۲۸/۶۶	۱۸/۶۱۴	۳۳۱
اضطراب	۲۵/۰۵	۱۰/۷۹۵	۳۳۱
شخصیت مرزی	۹/۲۲	۳/۸۵۷	۳۳۱

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	عزت نفس	تنظیم هیجان	راهبردهای مقابله‌ای	اضطراب	شخصیت مرزی
عزت نفس	۱				
تنظیم هیجان	-۰/۳۲۴	۱			
راهبردهای مقابله‌ای	-۰/۳۴۱*	-۰/۳۱۶*	۱		
اضطراب	-۰/۲۶۵*	-۰/۲۶۸*	-۰/۳۵۷*	۱	
شخصیت مرزی	-۰/۴۶۳*	-۰/۲۰۹*	-۰/۲۲۶*	-۰/۴۴۴*	۱

\* در سطح ۰/۰۱ معنادار است



Chi-Square=184.72, df=76, Pvalue=0.00000, RMSEA=0.021

نمودار ۲- الگوی برآورد شده به کمک مدل معادلات ساختاری

جدول ۳- شاخص‌های برازش مدل

مدل	X <sup>2</sup>	df	X <sup>2</sup> / df	CFI	GFI	NFI	RMSEA
یک عاملی	۱۸۴/۷۲	۷۶	۲/۴۳۰	۰/۹۲	۰/۸۸	۰/۹۷	۰/۰۲۱

جدول ۴- اثرات آزمون شده در مدل معادلات ساختاری

متغیرها	تأثیرات مستقیم	تأثیرات غیرمستقیم	تأثیرات کل
عزت‌نفس با راهبردهای مقابله‌ای	۰/۷۳	-	۰/۷۳
تنظیم هیجان با اضطراب	۰/۵۷	-	۰/۵۷
راهبردهای مقابله‌ای با شخصیت مرزی	۰/۷۸	-	۰/۷۸
اضطراب با شخصیت مرزی	۰/۶۱	-	۰/۶۱

مؤلفه‌های هر متغیر در مدل به دست آمده، ذکر شده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نسبت خردی دو بر درجه‌ی آزادی (۲/۴۳۰) حاکی از یک وضعیت قابل قبول برای مدل است. شاخص برازش افزایش (Comparative Fit Index) و شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index) در جدول فوق به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۸۸ به دست آمد که قابل قبول می‌نماید. همچنین شاخص‌های برازش هنجار بنتر-بونت (Benter-Bonnet Norm Fit Index) و ریشه‌ی دوم مربعات باقیمانده (Root Mean Square Error of Approximation) به عنوان از جمله عمومی‌ترین شاخص‌های برازش به ترتیب برابر با ۰/۹۷ و ۰/۰۲۱ هستند که نشان می‌دهد که مدل به خوبی برازش شده است. جدول ۴ نشانگر اثرات مستقیم، غیرمستقیم، و کل بین متغیرهای مورد بررسی است. بر این اساس بیشترین اثر بین راهبردهای مقابله‌ای با شخصیت مرزی و کمترین آن بین تنظیم هیجان با اضطراب به دست آمد (P < ۰/۰۱).

اختلالات شخصیت بیانگر شکل‌های ناسازگارانه‌ی صفات شخصیت هستند که به طور نامحسوس در زمینه‌ی بهنجاری و در یکدیگر ترکیب می‌شوند. افراد دچار اختلال شخصیت مرزی برای اجتناب از رها شدن واقعی یا خیالی، تلاش‌های شتاب‌زده‌ای می‌کنند. آن‌ها نسبت به شرایط محیطی بسیار حساس هستند و دستخوش ترس شدید از رها شدن و خشم نامناسب می‌شوند. این ترس‌های رهاشدگی با عدم تحمل تنها بودن و نیاز به این که دیگران با آن‌ها باشند، ارتباط دارد. (۲). اختلالات روان‌پزشکی به ویژه اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت، عملکرد افراد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند. این اختلالات، روابط خانوادگی را دچار مشکل می‌کند؛ فرد در زمینه‌ی تحصیلی دچار افت می‌شود؛ عملکرد شغلی و اجتماعی‌اش تضعیف می‌گردد و در مجموع احساس ناکارآمدی و نارضایتی به او دست می‌دهد. از یک طرف، نداشتن عزت‌نفس و از طرف دیگر فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد در فرد و نیز مشکل در تنظیم هیجانات، مسائل و مشکلاتی هستند که هم زمینه‌ساز اضطراب و اختلال شخصیت مرزی هستند و هم دامنه‌ی دشواری‌های بیماران مضطرب و مرزی را گسترش داده و تصمیم‌گیری برای حل مشکلات ناشی از اختلال و درمان را دشوار می‌کند (۳). مدل‌های گوناگون بهداشتی همواره به امر پیشگیری توجه دارند. همانند سلامت جسمی، در حوزه‌ی سلامت روانی نیز پیشگیری نیازمند آگاهی از زمینه‌ها و علل پیدایش اختلالات و بیماری‌ها است. این پژوهش با استفاده از مدل معادلات ساختاری برخی از زمینه‌های اختلال

مؤلفه‌های هر متغیر در مدل به دست آمده، ذکر شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نسبت خردی دو بر درجه‌ی آزادی (۲/۴۳۰) حاکی از یک وضعیت قابل قبول برای مدل است. شاخص برازش افزایش (Comparative Fit Index) و شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index) در جدول فوق به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۸۸ به دست آمد که قابل قبول می‌نماید. همچنین شاخص‌های برازش هنجار بنتر-بونت (Benter-Bonnet Norm Fit Index) و ریشه‌ی دوم مربعات باقیمانده (Root Mean Square Error of Approximation) به عنوان از جمله عمومی‌ترین شاخص‌های برازش به ترتیب برابر با ۰/۹۷ و ۰/۰۲۱ هستند که نشان می‌دهد که مدل به خوبی برازش شده است.

جدول ۴ نشانگر اثرات مستقیم، غیرمستقیم، و کل بین متغیرهای مورد بررسی است. بر این اساس بیشترین اثر بین راهبردهای مقابله‌ای با شخصیت مرزی و کمترین آن بین تنظیم هیجان با اضطراب به دست آمد (P < ۰/۰۱).

## بحث

رویکرد انجمن روان‌پزشکی آمریکا در تازه‌ترین نسخه‌ها از دسته‌بندی اختلالات روانی برپایه‌ی دیدگاه مقوله‌ای استوار است. به موجب این رویکرد، اختلالات شخصیت به صورت کیفی و مجموعه‌ای از نشانگان مجزا شناخته شده‌اند. در همین راستا، گفته شده است که

شاخص برازش هنجار بنتر- بونت ( $NFI = 0/97$ ) و ریشه‌ی دوم مربعات باقیمانده ( $RMSEA = 0/21$ ) به عنوان از جمله عمومی‌ترین شاخص‌های برازش مدل نشان‌دهنده‌ی مطلوبیت مدل به دست آمده بودند. با توجه به این یافته، مسیرهای برآورد شده در این مدل همگی در سطح  $P < 0/001$  معنادار به دست آمد. پس می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه‌ی اصلی این پژوهش تأیید شده است.

در تبیین یافته‌های به دست آمده از این پژوهش می‌توان گفت که شخصیت مرزی با متغیرهای زمینه‌ای روان‌شناختی همانند عزت‌نفس، تنظیم هیجان، اضطراب، و مقابله ارتباط دارد. این بدان معناست که هر اندازه که فرد عزت‌نفس کمتری داشته باشد، احتمال چنین اختلالاتی در او بیشتر است؛ چرا که معمولاً افراد با عزت‌نفس پایین، روابط محدودتری دارند، میزان جرأت‌ورزی آن‌ها کم است، باعث بی‌ثباتی در رفتار و احساس فرد شود و فرد نتواند به یکپارچگی برسد. در همین راستا تنظیم هیجان به عنوان متغیری که لازمه‌ی برقراری تعادل و ثبات روانی در فرد می‌باشد، نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (۱۸). به این معنا که افراد با قدرت تنظیم هیجان بالا احتمال کمتری دارد که دچار اختلالات شخصیت به ویژه شخصیت مرزی شوند. یکی از مهم‌ترین نشانه‌های شخصیت مرزی ثبات نداشتن از نظر هیجان است. وقتی فرد نتواند هیجان خود را به خوبی تنظیم کند، به احتمال زیاد، دچار مشکل خواهد شد. همچنین نحوه‌ی مقابله‌ای که فرد با مشکلات و مسائل دارد، در اختلالات روان‌پزشکی که ممکن است فرد دچار شود، اثر دارد. به این صورت که مقابله‌ی مسئله‌مدار اغلب با سلامت روان همراه است، اما مقابله‌ی هیجان‌مدار چنین نیست؛ کسی که مقابله‌ی ناکارآمد داشته باشد، ناکام می‌شود؛ در ارتباط با دیگران مشکل پیدا می‌کند؛ عملکرد تحصیلی و شغلی‌اش افت می‌کند؛ از نظر هیجانی برآشفته و از نظر شناختی سردرگم می‌گردد و در مجموع کسی که توانایی کمی در مقابله‌ی کارآمد با مسائل داشته باشد، خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، بیشتر او را تهدید می‌کند. یکی از محدودیت‌های این پژوهش خودگزارشی بودن

شخصیت مرزی را بررسی کرد. ماهیت دوران نوجوانی آشوب و استرس و بی‌ثباتی در هیجان است. حال اگر رگه‌های بالینی شخصیت مرزی نیز در فرد دیده شود، شرایط به مراتب دشوارتر خواهد بود. از سویی اضطراب این دوران و از سوی دیگر آشفتگی‌های مربوط به اختلال شخصیت مرزی می‌تواند مرتبط با مشکلات در تنظیم هیجانی و مقابله‌ی ناکارآمد با این شرایط باشد. همچنین، تعاملاتی که نوجوان با محیط اجتماعی خود دارد، ممکن است این شرایط را از راه تضعیف عزت‌نفس نوجوان تشدید کند. چرا که بزرگسالان از یک نوجوان انتظاراتی فراتر از یک کودک دارند. حال اگر این انتظارات برآورده نشود، نوجوان سرخورده می‌گردد و عزت‌نفس شکننده‌ای که دارد تضعیف می‌شود (۴).

با توجه به یافته‌های به دست آمده از این پژوهش، بیشترین میانگین مربوط به راهبردهای مقابله‌ای و کمترین آن مربوط به عزت‌نفس بود. این نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان در مورد راهبردهای مقابله‌ای توانایی بهتری دارند تا دیگر متغیرهای مورد بررسی. همچنین، بین همه‌ی متغیرهای مورد بررسی (عزت‌نفس، تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای، اضطراب و شخصیت مرزی) ارتباط معنادار به دست آمد. بدین معنا که با تغییر در یکی از این متغیرها، متغیرهای دیگر نیز دچار تغییر می‌شود. بدین معنا که بین عزت‌نفس و تنظیم هیجان با راهبردهای مقابله‌ای و اضطراب و بین راهبردهای مقابله‌ای و اضطراب با شخصیت مرزی به عنوان متغیرهای مکنون ارتباط معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ). یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۲، ۲۶ و ۲۷) همسو می‌باشد. از نظر ارتباط بین اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت مرزی این همسویی در بررسی پیشینه‌ی پژوهش ملاحظه گردید (۳۳، ۳۴ و ۳۷). همچنین، ارتباط معنادار بین تنظیم هیجان و اختلال شخصیت مرزی در بررسی پژوهش‌های پیشین نیز دیده شد (۱۱، ۱۲ و ۳۵) و با یافته‌های آن‌ها همسو است. شاخص‌های برازش مدل نشان داد که خدوی نسبی ( $2/430$ ) برای مدل مقدار قابل قبولی است. همچنین شاخص برازش افزایش ( $CFI = 0/92$ )، شاخص نیکویی برازش ( $GFI = 0/88$ )،

## تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همه‌ی شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد.

## References

1. Mashhadi A, Soltani E, Razmjooi R. The relationship between emotional intelligence and signs of borderline personality disorder. *J Fund Ment Health*. 2010; 12(1): 390-99. [Persian]
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). American Psychiatric Association. 2022; American Psychiatric Publishing.
3. Bayat A. Comparison of attachment styles, coping strategies and emotion regulation of adolescents with signs of anxiety related emotional disorders with normal group. 2015; Master's Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz University. [Persian]
4. Bayat A, Yaghoubi, A. The relationship between self-esteem of students of Bu-Ali Sina University with their happiness and creativity. *Inno and Crea in Huma*. 2014; 3(12): 147-64. [Persian]
5. Sedaghati Jahromi N. The relationship between personality characteristics of Bu-Ali Sina university students with coping strategies and their defense mechanisms. 2013; Graduate Thesis, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan. [Persian]
6. Izard C, Stark K, Trentacosta Ch, Schultz D. Beyond emotion regulation: Emotion utilization and adaptive functioning. *Child Dev Perspect*. 2008; 2(3): 156-63.
7. Heydari A, Iqbal F. The difficult relationship between emotional regulation, attachment styles and intimacy with marital satisfaction in the couples of Ahwaz. *Find in Psyc*. 2010; 7(2): 113-32. [Persian]
8. Brud PP, Ciecuch J. Borderline personality disorder and its facets in the context of personality metatraits and pathological traits. *Pers Individ Differ*. 2023; 1(202): 111958.
9. Li Y. Role of coping strategies in mediating the effects of behavioral inhibition and activation systems on anger rumination and expression in patients with borderline personality disorder: A 12-month longitudinal study. *Pers Individ Differ*. 2023; 1(206): 112091.
10. Sicorello M, Schmahl C. Emotion dysregulation in borderline personality disorder: A fronto-limbic imbalance? *Curr Opin Psychol*. 2021; 1(37): 114-20.
11. Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2021; 398(10310): 1528-

داده‌های گردآوری شده با پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در آن است. همچنین با توجه به محدود بودن جامعه‌ی آماری مورد بررسی (دانش‌آموزان) در تعمیم یافته‌های این پژوهش باید احتیاط نمود. به پژوهش‌گران علاقه‌مند پژوهش در حوزه‌ی اختلالات روان‌پزشکی پیشنهاد می‌گردد که علاوه بر عزت‌نفس، تنظیم هیجان و راهبرد های مقابله‌ای، رابطه‌ی متغیرهایی همانند دلبستگی، تاب‌آوری، همدلی و کارآمدی را با این دسته از اختلالات بررسی کنند. همچنین بررسی جوامع آماری دیگر می‌تواند برای پژوهش‌های مشابه این پژوهش مورد توجه قرار گیرد. با توجه به این‌که شخصیت مرزی از راه عزت‌نفس و تنظیم هیجان، و با میانجی‌گری اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای پیش‌بینی‌پذیر است، به بالین‌گران، پدران و مادران، و پرورش‌کاران پیشنهاد می‌شود که در ارتباط با نوجوانان توجه داشته باشند که به تقویت عزت‌نفس و راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها پرداخته شود. همچنین، در راستای کاهش برانگیختگی، استرس، و اضطراب نوجوانان و نیز بهبود تنظیم هیجان در این افراد لازم است که اقداماتی صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که این اقدامات در قالب برگزاری کارگاه‌های آموزشی ویژه، ارائه‌ی خدمات مشاوره و روان‌شناسی، و نیز آگاه‌سازی اجتماعی صورت گیرد. در پایان به درمان‌گران نیز پیشنهاد می‌گردد که در ارتباط با بیماران و مراجعان درگیر با اختلالات شخصیت (به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی) همواره به نقش متغیرهای بررسی شده در این پژوهش شامل عزت‌نفس، تنظیم هیجان، اضطراب، و راهبردهای مقابله‌ای توجه نمایند.

## نتیجه‌گیری

شخصیت مرزی می‌تواند با متغیرهای زمینه‌ای روان‌شناختی همانند عزت‌نفس، تنظیم هیجان، اضطراب، و مقابله مرتبط باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای عزت‌نفس، تنظیم هیجان، اضطراب، و راهبردهای مقابله‌ای با اختلال شخصیت مرزی نوجوانان مرتبط هستند.

- 40.
12. Kellner S, Haaf M, Polomac N, Starcevic A, Fuger U, Steinmann S, Rauh J, Nolte G, Mulert C, Leicht G. P-98 Reduced frontal theta oscillatory activity during emotion regulation in patients with borderline personality disorder. *Clin Neurophysiol*. 2023; 148; e52-3.
13. Mahmoud Alilou M, Ghasempour A, Azimi Z, Akbari E, Fahimi S. The role of emotional regulation strategies in predicting borderline personality. *Thou Behav*. 2012; 6(24): 9-18. [Persian]
14. Soltaninejad A, Fathi Ashtiani A, Ahmadi Kh, Yahaghi E, Nikmorad A, Karimi R, AbdolManifi A. Structural pattern of relationship between borderline personality disorder, emotional coping style, impulsivity and suicidal ideation in soldiers. *Poli Medi*. 2012; 1, 176-82. [Persian]
15. Hashemi T, Abdollahi Harris N, Mahmoud Alilou M, Mashinchi N. The role of cognitive strategies in thinking at the signs of the borderline personality. *Psyc Rese*. 2014; 9(36): 209-26. [Persian]
16. Basharpour S, Toluei A, Narimani M, Atadokht A. The relationship between emotional processing styles and mood nougat with symptoms of borderline personality disorder. *J of Bab Univ of Med Sci*. 2014; 16(7): 55-62. [Persian]
17. Mennin D.S, Heimberg R.G, Turk C.L, Fresco D.M. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *APA, Clin Psychol Sci Pract*. 2002; 9(1): 85-90.
18. Ghazanfari F, Ghadampour E. The study of the relationship between coping strategies and mental health in residents of Khorramabad. *J Fund Ment Health*. 2008; 10(37): 47-54. [Persian]
19. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A trans-diagnostic examination. *Behav Res Ther*. 2010; 48, 974-83.
20. Mashhadi A, Ghasempour A, Akbari E, Ilbeighi R, Hasanzadeh Sh. The role of anxiety sensitivity and emotional regulation in predicting social anxiety of students. *Know Rese Appl Psych*. 2013; 14(2): 90-100. [Persian]
21. Tull MT, Stipelman BA, Salters-Pedneault K, Gratz KL. An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *J Anxiety Disord*. 2009; 23, 275-82.
22. Warner KH, Goldin PR, Ball TM, Heimberg RG, Gross JJ. Assessing emotion regulation in social anxiety disorder. *Psych and Beha Asses*. 2011; 3, 346-54.
23. Trosper S.E, Buzzella B.A, Bennett S.M, Ehrenreich J.T. Emotion Regulation in Youth with Emotional Disorders: Implications for a Unified Treatment Approach. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2009; 12, 234-54.
24. Garnefski N, Legerstee J, Kraaih V, van der Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *J Adolesc*. 2002; 25, 603-11.
25. Suveg C, Zeman J. Emotion Regulation in Children with Anxiety Disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2004; 33(4): 50-59.
26. Simpson D, Suarez L, Connolly S. Treatment and outcomes for anxiety disorders among children and adolescents: Review of coping strategies and parental behaviors. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14, 87-95.
27. Wang X.Q, Lambert C.E, Lambert V.A. Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge. *Int Nurs Rev*. 2007; 54(3): 271-79.
28. Aqdasi A, Eidi R. Investigating the relationship between mental health and coping strategies among injured veterans of spinal cord in Tabriz city. *Educ Sci*. 2011; 14(16): 51-67. [Persian]
29. Krohne H, Hock M. Anxiety, coping strategies, and the processing of threatening information: Investigations with cognitive-experimental paradigms. *Pers Individ Differ*. 2011; 50, 916-25.
30. Geirdal A.Q, Dahl A.A. The relationship between coping strategies and anxiety in women from families with familial breast-ovarian cancer in the absence of demonstrated mutations. *Psychooncology*. 2008; 17, 49-57.
31. Ma De la Roca-Chiapas J, Solís-Ortiz S, Fajardo-Araujo M, Sosa M, Córdova-Fraga T, Rosa-Zarate A. Stress profile, coping style, anxiety, depression, and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: A case-control study. *J Psychosom Res*. 2010; 68, 73-81.
32. Ahn S.G, Kim S.H, Chung K.I, Park K.S, Cho S.Y, Kim H.W. Depression, anxiety, stress perception, and coping strategies in Korean military patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Korean J Urol*. 2012; 53, 643-48.
33. Fitzpatrick S, Crenshaw A, Earle EA, Radosavljevic D, Kuo JR. The influence of sleep on emotion dysregulation in borderline personality disorder, generalized anxiety disorder, and healthy controls. *Psychiatry Rese*. 2023; 326, 115273.
34. Saccaro LF, Schilliger Z, Dayer A, Perroud N, Piguet C. Inflammation, anxiety, and stress in bipolar disorder and borderline personality disorder: A narrative review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021; 127, 184-92.
35. Gratz KL, Kiel EJ, Mann AJ, Tull MT. The prospective relation between borderline personality disorder symptoms and suicide risk: The mediating roles of emotion regulation difficulties and perceived burdensomeness. *J Affect Disord*. 2022; 313, 186-95.
36. Richmond JR, Edmonds KA, Rose JP, Gratz KL. The interactive influence of borderline personality

disorder symptoms and social comparison orientation on self-esteem. *Pers Indiv Differ*. 2021; 173, 110532.

37. Quenneville AF, Kalogeropoulou E, Küng AL, Hasler R, Nicastro R, Prada P, Perroud N. Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psyc Rese*. 2020; 284, 112688.

38. Ghasempour A, Ilbeighi R, Hassanzadeh Sh. Psychometric properties of Grass & John's expression setting questionnaire. The 6<sup>th</sup> Students' Mental Health Conference 2012; University of Gilan, 722. [Persian]

39. Qoreishirad F. Validation of stress situations Andler & Parker scale. *J Beha Scie*. 2010; 4(1): 1-7. [Persian]

40. Jahangiri B, Barzegar M. The adequacy of the Persian version of the scary student's scale (SCARED) and the prevalence of these disorders in the guidance schools of Shiraz. The First National Congress of Education and Psychology 2014; Fars province, Marvdasht city. [Persian]

41. Mohammadzadeh A, Rezaei A. Validation of borderline personality questionnaire in Iranian society. *J Beha Sci*. 2011; 5(3): 269-77. [Persian]