



نقش تحمل پریشانی و ترومای دوران کودکی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای

رعنا شمولی سلح‌چینی: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
علی ناصری: استادیار؛ گروه روانشناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران. (*نویسنده مسئول) dr.alinaseri@iau.ac.ir

چکیده

کلیدواژه‌ها

تحمل پریشانی،
ترومای دوران کودکی،
اختلال شخصیت مرزی،
اجتناب تجربه‌ای.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۴/۲۹

زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالا و تأثیرات منفی اختلالات شخصیت مرزی شناخت هر چه بیشتر این اختلال و شناسایی عوامل و متغیرهای پیش‌بینی‌کننده این اختلال مهم است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تحمل پریشانی و ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای صورت پذیرفت.

روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی بیماران مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بستری در بیمارستان‌های اعصاب روان شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از بین بیماران ۶۰ نفر انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران (۲۰۱۱)، مقیاس کوتاه شده‌ی علایم اختلال شخصیت مرزی بوهاوس و همکاران (۲۰۰۹) بود.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین تحمل پریشانی و ترومای دوران کودکی ($R^2 = -0/330$) و نیز بین تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای ($R^2 = -0/298$) ارتباط معنادار و معکوس وجود دارد. بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه‌ای ارتباط معنادار و مثبتی ($R^2 = 0/711$) وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد که تحمل پریشانی و ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی نقش معناداری دارد. به علاوه یافته‌ها نشان داد که اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین تحمل پریشانی با اختلال شخصیت مرزی نقش میانجی دارد. در مرحله اول و مدل ابتدایی که فقط تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی مد نظر بود، این اثرگذاری معنادار بود (ضریب مسیر $0/546$) در مرحله بعدی متغیر میانجی (اجتناب تجربه‌ای) وارد مدل شد، و بین دو متغیر تحمل پریشانی و اختلال شخصیت مرزی قرار گرفت. ضریب مسیر بین دو متغیر مذکور از $0/546$ به $0/304$ کاهش یافت که از نظر آماری معنادار است.

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتیجه‌گیری شد که اجتناب تجربه‌ای نقش میانجی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس تحمل پریشانی و ترومای دوران کودکی دارد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Shmouli SalhCheeni R, Naseri A. The Role of Distress Tolerance and Childhood Trauma in Predicting Borderline Personality Disorder with the Mediating Role of Experiential Avoidance. Razi J Med Sci. 2023;30(4): 326-338.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.

Original Article

The Role of Distress Tolerance and Childhood Trauma in Predicting Borderline Personality Disorder with the Mediating Role of Experiential Avoidance

Rana Shmouli SalhCheeni: MA Student in clinical psychology, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Ali Naseri: Assistant Professor; Department of Psychology, Firozabad Branch, Islamic Azad University, Firozabad, Iran. (*Corresponding author) dr.alinaseri@iau.ac.ir

Abstract

Background & Aims: Borderline personality disorder (BPD) is a severe and complex mental health condition characterized by pervasive instability in emotional regulation, interpersonal relationships, self-image, and marked impulsivity. It is associated with significant functional impairment, high rates of psychiatric comorbidity, self-harming behaviors, and increased risk of suicide. Due to its chronic course and profound impact on individual and social functioning, BPD has been recognized as one of the most challenging personality disorders in clinical psychology and psychiatry. Over the past decades, researchers have increasingly focused on identifying psychological and developmental factors that contribute to the onset and maintenance of BPD symptoms. Among these factors, childhood trauma has consistently been highlighted as a critical environmental risk factor. Adverse childhood experiences, including emotional, physical, and sexual abuse, as well as emotional and physical neglect, have been shown to disrupt normal emotional development and increase vulnerability to maladaptive personality traits in adulthood. Individuals with a history of childhood trauma often exhibit heightened emotional sensitivity, impaired emotion regulation, and difficulties in coping with stress. In addition to early traumatic experiences, psychological constructs such as distress tolerance have gained attention in explaining vulnerability to psychopathology. Distress tolerance refers to an individual's perceived or actual ability to withstand negative emotional states. Low distress tolerance is associated with maladaptive coping strategies, emotional dysregulation, and increased risk for various mental disorders, including personality disorders. Individuals with low distress tolerance tend to engage in avoidance-based coping mechanisms when faced with psychological distress. Experiential avoidance, defined as the tendency to avoid or escape from unwanted internal experiences such as thoughts, emotions, and bodily sensations, has been proposed as a key transdiagnostic mechanism underlying many psychological disorders. According to contemporary theoretical models, individuals exposed to early trauma and possessing low distress tolerance may develop experiential avoidance strategies as a maladaptive coping response. Over time, these patterns can become rigid and contribute to the development and maintenance of BPD symptoms. Despite growing evidence supporting the individual roles of childhood trauma and distress tolerance in personality pathology, less attention has been given to the mechanisms through which these factors interact to influence BPD. In particular, the mediating role of experiential avoidance in this relationship remains insufficiently explored. Therefore, the present study aimed to investigate the role of distress tolerance and childhood trauma in predicting borderline personality disorder, with a specific focus on the mediating role of experiential avoidance in male patients diagnosed with BPD.

Methods: The present study was a descriptive correlational research design. The statistical population included all male patients diagnosed with borderline personality disorder who were hospitalized in psychiatric hospitals in Shiraz in 2022. Using purposive sampling, a total of 60 patients were selected for the study. The research instruments included the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003), the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005), the Acceptance and Action Questionnaire-II measuring experiential avoidance (Bond et al., 2011), and the short version of the Borderline Personality Symptom Scale (Bohus et al., 2009).

Keywords

Distress Tolerance,
Childhood Trauma,
Borderline Personality
Disorder, Experiential
Avoidance

Received: 02/11/2022

Published: 20/07/2023

Results: The findings indicated a significant negative relationship between distress tolerance and childhood trauma ($R^2 = 0.330$), as well as between distress tolerance and experiential avoidance ($R^2 = 0.298$). In contrast, a significant positive relationship was observed between childhood trauma and experiential avoidance ($R^2 = 0.711$). Furthermore, the results demonstrated that both distress tolerance and childhood trauma significantly predicted borderline personality disorder. In addition, experiential avoidance played a mediating role in the relationship between distress tolerance and borderline personality disorder. In the initial model, where only the effect of childhood trauma on borderline personality disorder was examined, this relationship was significant (path coefficient = 0.546). However, after introducing the mediating variable (experiential avoidance) into the model and placing it between distress tolerance and borderline personality disorder, the path coefficient decreased from 0.546 to 0.304, and this reduction was statistically significant.

Conclusion: The findings of the present study provide important insights into the psychological mechanisms underlying borderline personality disorder. Overall, the results confirmed that both childhood trauma and distress tolerance are significant predictors of BPD symptoms, and that experiential avoidance plays a crucial mediating role in this relationship. Specifically, individuals who reported higher levels of childhood trauma and lower levels of distress tolerance were more likely to exhibit increased experiential avoidance, which in turn was associated with greater severity of borderline personality disorder symptoms. These findings are consistent with theoretical models that emphasize the role of early adverse experiences in shaping emotional and cognitive vulnerabilities. Childhood trauma may disrupt the development of adaptive emotion regulation systems, leading individuals to adopt maladaptive coping strategies in response to psychological distress. One of these strategies is experiential avoidance, which temporarily reduces discomfort but ultimately maintains and exacerbates psychological difficulties. The present study supports the view that experiential avoidance serves as a key mechanism linking early trauma and emotional vulnerability to the manifestation of borderline personality features. Furthermore, the significant role of distress tolerance highlights the importance of emotional resilience in psychological functioning. Individuals with low distress tolerance are less capable of enduring negative emotional states and are therefore more likely to engage in avoidance behaviors when confronted with distressing internal experiences. Over time, this pattern may reinforce emotional instability and impulsive behaviors, which are core features of BPD. The reduction in the direct effect of childhood trauma on BPD after introducing experiential avoidance into the model further suggests that part of the impact of early adverse experiences operates through this mediating mechanism. From a clinical perspective, the results of this study have several important implications. Interventions targeting experiential avoidance, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and dialectical behavior therapy (DBT), may be particularly effective in reducing borderline symptoms. Additionally, enhancing distress tolerance skills could help individuals better manage emotional distress and reduce reliance on maladaptive coping strategies. Addressing unresolved childhood trauma through trauma-focused therapies may also contribute to long-term improvement in emotional regulation and interpersonal functioning. In conclusion, the present study highlights experiential avoidance as a key psychological mechanism through which childhood trauma and distress tolerance influence borderline personality disorder. These findings contribute to a more comprehensive understanding of BPD etiology and emphasize the importance of integrated therapeutic approaches that address both developmental experiences and current emotion regulation processes.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Shmouli SalhCheeni R, Naseri A. The Role of Distress Tolerance and Childhood Trauma in Predicting Borderline Personality Disorder with the Mediating Role of Experiential Avoidance. *Razi J Med Sci.* 2023;30(4): 326-338.

*This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

مقدمه

در بین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) دارای فراوانی بالایی بوده و در ۳۰-۶۰ درصد موارد به چشم می‌خورد (۱). اختلال شخصیت مرزی که حدود ۱-۲ درصد از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اختلال شدید روانی است که از مشخصه‌های بارز آن می‌توان به: بی‌ثباتی عاطفی، تکانشگری، تحریک پذیری، رفتارهای خود جرحی، روابط بین فردی ناپایدار و نارسایی‌های معنی دار در توانایی تنظیم هیجان اشاره کرد (۲). این رفتارها به دلیل مشکلات در رابطه‌ی والد-فرزندی و سبک تربیت والدین در اوایل کودکی رخ می‌دهد. این افراد معمولاً دچار غفلت، بی‌توجهی و یا سوء استفاده کلامی بوده‌اند و یا به صورت نامناسب آموزش دیده‌اند. گاهی سابقه طلاق، مرگ زودرس والدین و ترومایی در تاریخچه‌ی دوران کودکی مبتلایان به این اختلال نیز دیده می‌شود (۳).

یکی از عوامل زمینه‌ساز که در گرایش افراد به اختلال شخصیت مرزی نقش دارد، تحمل پریشانی است. تحمل پریشانی به چگونگی پاسخدهی افراد به عواطف منفی و توانایی آنها در تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند تعریف شده است (۴). تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی دارد و ابعاد توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد را شامل می‌شود (۵).

در این راستا، مفهوم تحمل پریشانی به عنوان یک سازه روانشناختی، نقش برجسته‌ای در شکل‌گیری و تداوم بدکارکردی روانشناختی دارد و به ظرفیت افراد برای مقاومت در برابر شرایط روانی منفی اشاره دارد و به طور معکوس با نشانگان اختلال شخصیت مرزی مرتبط است (۶). از سویی دیگر مولفه آسیب‌های (تروما) دوران کودکی در بررسی گرایش افراد به اختلال شخصیت مرزی دارای اهمیت می‌باشد. مدلی که تا حد بسیار زیادی توانسته است به تبیین علل اختلال شخصیت مرزی بپردازد، مدل زانارینی (۱۹۹۳) است (۷).

طبق این مدل شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی، از ترکیب پیچیده سه مؤلفه‌ی: مزاج فرد، تروماها و

چالش‌های دوران کودکی و کژکاری نسبتاً ظریف نورولوژیک و بیوشیمیایی ناشی می‌شود. در راستای این نظریات پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است که در نتیجه آنها اختلال شخصیت مرزی از یک محیط زندگی ناپایدار و غیرقابل اطمینان دوران کودکی ایجاد می‌شود و به طور خاص توسط سوءرفتار عاطفی و عواطف منفی مشخص می‌گردد (۸).

تعریف ترومای کودکی، شامل غفلت جسمی و عاطفی، سوءاستفاده جسمی و جنسی افراد زیر ۱۸ سال، توسط فردی در یک نقش محافظت‌کننده است. تجربه تروما در دوران کودکی می‌تواند یک اثر شدید و طولانی مدت داشته باشد. کودکانی که دچار آسیب‌های روانی شدید شده‌اند جهان را به عنوان یک مکان ترسناک و خطرناک می‌بینند. هنگامی که ضربه دوران کودکی حل و فصل نشود، این مفهوم اساسی از ترس و درماندگی وارد بزرگسالی شده و زمینه را برای ضربه‌های بعدی بیشتر می‌کند. یافته‌های پژوهش‌های زیادی نشان دادند که تروماهای دوران کودکی نقش مهمی در بروز اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی دارد (۹). همچنین اجتناب تجربه‌ای به عنوان یکی از متغیرهای میانجی و مرتبط با تحمل پریشانی و تروماهای دوران کودکی مطرح گردیده است که نقش واسطه‌ای آن در تعیین اختلال شخصیت مرزی افراد دور از انتظار نبوده و مطالعه حاضر در صدد بررسی بیشتر آن می‌باشد. اجتناب تجربی عبارت است از: عدم تمایل برای تجربه رویدادهای خصوصی دردناک و آزاردهنده همراه با تلاش‌هایی برای کنترل، سرکوب و بازداری شکل و فراوانی این رویدادهای خصوصی و زمینه‌هایی که این موقعیت‌ها را ایجاد می‌کنند. اجتناب تجربی تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روانشناختی، سرکوب یا مهار تجربه‌های هیجانی یا روانشناختی تعریف شده است (۱۰). اجتناب تجربی شامل دو جزء است که عبارتند از: عدم تمایل نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و زمینه‌های رفتاری و تلاش کردن برای اجتناب از تجربه‌های دردناک و یا وقایعی که موجب فراخواندن این تجارب می‌شوند (۱۱). عملکرد اجتناب تجربی، موجب کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزاردهنده می‌شود و آرامش کوتاه مدت ایجاد می‌کند که در نتیجه این عمل، به شکل منفی

مجوز کتبی، تاییدیه های لازم از سوی داذ شگاه و علوم پزشکی استان فارس و اخذ کد اخلاق، بامراجعه به بیمارستان های اعصاب و روان شهر شیراز و با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، از بین افراد جامعه مذکور ۶۰ بیمار مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. به این صورت که از بین جامعه مذکور که توسط روانپزشک (برگه تشخیصی)، براساس ملاک های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه های تشخیصی ساختار یافته از جمله SCID-1 واجد ملاک های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده با شند، انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: مرد بودن، محدوده سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، تشخیص اختلال بر اساس معیار های DSM-5 و SCID-1. معیار های خروج از پژوهش نیز شامل: داشتن علایم سایکوتیک و دو قطبی، داشتن ایده پردازی خودکشی و وجود بیماری های جسمی بود. ابزار در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ: Childhood Trauma Questionnaire): توسط

برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) جهت سنجش ترومای دوران کودکی تنظیم شده است. پنج نوع بد رفتاری شامل سوء استفاده های جنسی، جسمی، عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی را مورد ارزیابی قرار می دهد. ۲۸ سوال دارد که ۲۵ سوال آن برای سنجش مولفه های اصلی پرسشنامه به کار می رود و ۳ سوال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات کودکی خود را انکار می کنند. گویه ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه ای از هرگز تا همیشه نمره دهی می شود. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد سوء استفاده جنسی و جسمی، غفلت عاطفی و جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است

پرسشنامه تحمل پریشانی: توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده و یک ابزار خود گزارشی ۱۵ آیتمی است. پاسخها در مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای از

رفتار تقویت می شود. این اجتناب، زمانی مشکل ساز می شود که موجب تداخل در عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص شود (۱۲). تمایل همیشگی و مداوم فرد به تجربه افکار و احساس های ناراحت کننده و اجتناب و ممانعت از تجربه های مرتبط، با طیف گسترده ای از مشکلات مرتبط است (۱۳). به طور کلی افراد با اختلال شخصیت مرزی در پذیرش هیجانات منفی خود مشکل دارند و این کاستی در کاربرد راهبرد تنظیم هیجانی کارآمد، به بروز و تشدید نشانه های مرضی بیشتر در این افراد منجر می شود. در این پژوهش کاستی در تنظیم هیجان را می توان با تحمل پریشانی و ناگویی خلقی در این افراد مرتبط دانست. پژوهش های انجام شده در این زمینه تاکنون بیشتر بر روی جمعیت عادی و یا اختلالات دیگر و به طور کمتر بر روی بیماران اختلال شخصیت مرزی انجام شده است. همچنین مطالعات قبلی در رابطه با نقش میانجی اجتناب تجربه ای بر این ارتباط را مد نظر قرار نداده اند. لذا در پژوهش حاضر در راستای جبران خلاء پژوهش های قبلی به ارتباط این مولفه ها با هم، با در نظر گرفتن نقش میانجی اجتناب تجربه ای در بیماران با اختلال شخصیت مرزی پرداخته شد. بنابراین، با توجه به شیوع بالا و تاثیرات منفی اختلالات شخصیت مرزی بر فرد مبتلا و جامعه، اهمیت شناخت هرچه بیشتر این اختلال و شناسایی عوامل و متغیرهای پیش بینی کننده این اختلال احساس می شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف پاسخ به این سوال مطرح خواهد شد که آیا تحمل پریشانی و ترومای دوران کودکی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی با نقش میانجی اجتناب تجربه ای نقش دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر با رویکرد فراترکیب کیفی و براساس پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و طرح اصلی آن توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بستری در بیمارستان های اعصاب روان شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بود. بعد از دریافت

کاملاً موافق هستم (۱) تا کاملاً مخالف هستم (۵) درجه بندی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بالای تحمل پریشانی در فرد است. چهار شکل تحمل پریشانی به وسیله این مقیاس ارزیابی می‌شود: تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم. تحمل پریشانی با ابزارهای آشفتگی عاطفی ($r = -0.59$) و با بد تنظیمی ($r = -0.51$) رابطه منفی و با ابزارهای هیجان‌پذیری مثبت رابطه مثبت معنی‌دار ($r = 0.26$) نشان داده است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم به ترتیب 0.73 ، 0.84 ، 0.77 ، 0.74 به دست آمده است.

پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای: این ابزار توسط بوند و همکاران (۲۰۱۱) برای سنجش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساسات ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ ماده است. بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه (از هرگز = ۱ تا همیشه = ۷) درجه‌بندی می‌شود. نمره بیشتر نشان‌دهنده اجتناب تجربه‌ای بیشتر و همین‌طور انعطاف‌ناپذیری است.

مقیاس کوتاه شده‌ی علایم اختلال شخصیت

مرزی: این مقیاس یک فرم خودگزارشی ۲۳ آیتمی است که توسط بوهوس و همکاران (۲۰۰۹) جهت تشخیص افراد علایم اختلال شخصیت مرزی تدوین شد. این مقیاس نسبت به تغییرات طول درمان حساس است. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز بین 0.49 تا 0.77 گزارش شده است. در پژوهش استاد نوروزی (۱۳۹۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0.87 به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با آزمون تحلیل مسیر و معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار PLS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

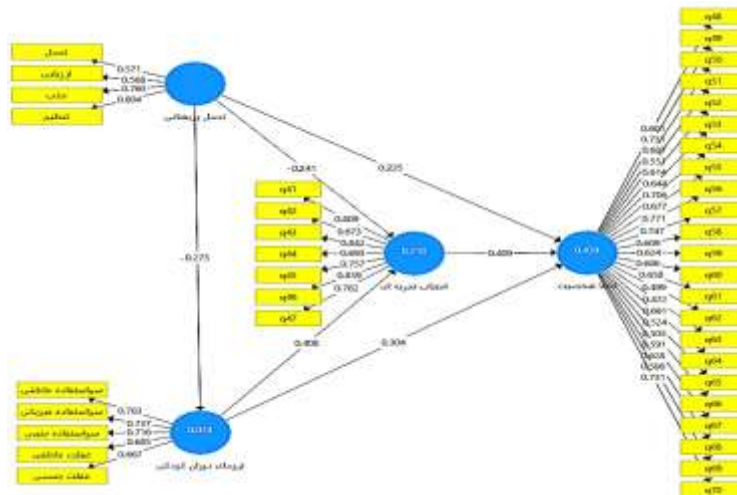
یافته‌ها

یافته‌های حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که حجم نمونه کلی شامل ۶۰ بیمار دارای اختلال شخصیت مرزی بود که وضعیت سن افراد بیشترین فراوانی مربوط به بازه سنی ۲۰ الی ۳۰ سال (۳۰ نفر) و کمترین بازه سنی مربوط به بازه سنی زیر ۲۰ سال (۵

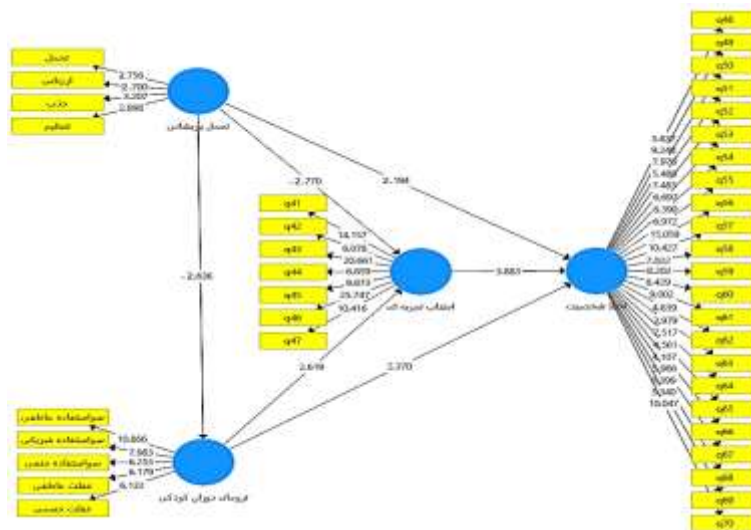
نفر) می‌باشد. ۲۵ نفر نیز در دامنه سنی ۴۰-۳۱ قرار داشتند. وضعیت تحصیلی افراد نمونه نیز شامل ۳۰ نفر دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم، ۲۲ نفر زیر دیپلم، ۵ نفر کارشناسی و ۳ نفر نیز دارای مدرک ارشد و بالاتر بودند. ۳۷ نفر از افراد گروه نمونه مجرد، ۲۰ نفر متأهل و ۳ نفر نیز متارکه داشته‌اند. توزیع فراوانی اشتغال پاسخگویان شامل ۴۱ نفر بیکار-بازنشسته، ۱۱ نفر آزاد و ۸ نفر کارمند-فرهنگی می‌باشند. همچنین ۳۵ نفر سابقه سومصرف مواد و ۲۹ نفر نیز فاقد هرگونه سوء مصرف می‌باشند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد. در ابتدا جهت بررسی نرمال بودن از ضریب چولگی و ضریب کشیدگی استفاده شد. نتایج نشان داد ضریب چولگی و کشیدگی تمامی متغیرهای مورد مطالعه در بازه $(+2)$ و (-2) قرار دارد و همچنین مقدار خطای استاندارد ضریب چولگی و کشیدگی در بازه $(+2)$ و (-2) قرار گرفته است و نشان از نرمال بودن داده‌ها بود. برای بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری معیارهای آزمون پایایی (آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی)، روایی همگرا (معناداری بارهای عاملی، همگن بودن، میانگین وار یانس استخراجی (AVE) و مقایسه CR با AVE) و روایی واگرا آزمون فورنل و لارکر (۱۹۸۷) استفاده شد که در ادامه گزارش گردیده است. همانطور که از مدل‌های شکل شماره ۱ و ۲ مشخص است، مقادیر بارهای عاملی و ضرایب معناداری کلیه گویه‌ها به ترتیب از 0.4 و 0.96 بیشتر محاسبه شده است. لذا این‌گونه استنباط می‌شود که روایی همگرا متغیرهای مدل مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، نتایج ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی برای تمامی سازه‌های پژوهش مورد قبول می‌باشند. همچنین با توجه به اینکه مقدار مناسب برای AVE (0.5) بود و در جدول ۳ تمامی متغیرها دارای میانگین واریانس استخراجی بالای 0.5 بود که درستی نتایج روایی همگرا با استفاده از این شاخص تأیید می‌شود. همچنین در تمامی متغیرهای مکنون $CR > AVE$ بوده است. با توجه به چهار تست انجام شده مدل از روایی همگرای مناسبی برخوردار است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	تعداد گویه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
تحمل پریشانی	۱۵	۳/۳۸۰	۰/۷۵۵	۱/۲۰	۴/۷۳
ترومای دوران کودکی	۲۵	۳/۴۳۶	۰/۵۶۸	۱/۵۰	۴/۶۴
اجتناب تجربه ای	۷	۳/۴۸۱	۱/۱۶۹	۱/۱۴	۶/۴۳
اختلال شخصیت مرزی	۲۳	۳/۳۳۰	۰/۶۶۸	۱/۵۷	۴/۶۵



شکل ۱- مدل پژوهش با ضرایب استاندارد شده بار عاملی (ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری)



شکل ۲- مدل پژوهش با ضرایب t-Values (ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری)

جدول ۲- نتایج ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی

سازه‌های پژوهش	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب پایایی ترکیبی
تحمل پریشانی	۰/۷۷۴	۰/۸۰۱
ترومای دوران کودکی	۰/۷۶۵	۰/۸۴۲
اجتناب تجربه ای	۰/۸۸۹	۰/۹۱۳
اختلال شخصیت مرزی	۰/۹۳۲	۰/۹۳۹

میزان $0/330-$ وجود دارد. به عبارتی، با افزایش تحمل پریشانی، ترومای دوران کودکی کاهش می‌یابد و بالعکس. همچنین نتایج همبستگی نشان داد که بین تحمل پریشانی و اجتناب تجربه همبستگی معنادار و معکوسی به میزان $0/298-$ وجود دارد. به نحوی که با افزایش تحمل پریشانی، اجتناب تجربه‌ای کاهش می‌یابد و بالعکس.

جدول ۶- ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تحقیق

اجتناب تجربه ای	ترومای دوران کودکی	متغیرهای پژوهش
$-0/289$	$-0/330$	مقدار همبستگی تحمل
$0/028$	$0/021$	سطح معناداری پریشانی

همچنین جهت بررسی رابطه تحمل پریشانی با ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه‌ای از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۷). با توجه به سطح معناداری کمتر از $0/05$ و ضرایب همبستگی می‌توان گفت بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه‌ای همبستگی مثبت معنادار به میزان $0/71$ وجود دارد. به عبارتی با افزایش ترومای دوران کودکی، اجتناب تجربه ای نیز افزایش خواهد یافت و بالعکس.

جدول ۷- ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تحقیق

اجتناب تجربه‌ای	متغیرهای پژوهش
$0/711$	مقدار همبستگی ترومای دوران کودکی
$0/001$	سطح معناداری

همچنین جهت بررسی نقش تحمل پریشانی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی نتایج جدول ۸ با توجه به اینکه مقدار آماره t محاسبه شده برابر با $2/145$ و بیشتر از $1/96$ می‌باشد، اثر تحمل پریشانی بر اختلال شخصیت مرزی با ضریب مسیر $0/235$ و با احتمال 95 درصد معنادار است. ضریب مسیر (بتا) مثبت بین متغیرها ($0/235$) بدین مفهوم است که با افزایش تحمل پریشانی، اختلال شخصیت مرزی افزایش می‌یابد. همچنین نتایج بررسی نقش ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی بیانگر آن است که با توجه به اینکه مقدار آماره t محاسبه شده برابر با $2/339$ و بیشتر از $1/96$ می‌باشد، اثر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی با ضریب مسیر $0/235$ و با

جدول ۳- نتایج بررسی روایی همگرا با معیار AVE

متغیرها	AVE	CR	CR>AVE
تحمل پریشانی	$0/568$	$0/801$	OK
ترومای دوران کودکی	$0/517$	$0/842$	OK
اجتناب تجربه ای	$0/602$	$0/913$	OK
اختلال شخصیت مرزی	$0/505$	$0/939$	OK

در نهایت جدول ۴ نتایج بررسی روایی واگرا را به روش فورنل و لارکر (1981) نشان داد. یافته‌ها نشان داد مقدار جذر AVE متغیرهای مکنون از مقدار همبستگی میان آنها که در خانه‌های زیرین و چپ قطر اصلی بیشتر است. لذا متغیرهای مکنون تعامل بیشتری با سوالات خود دارند تا با سازه‌های دیگر. به عبارتی روایی واگرایی متغیرهای مدل در حد قابل قبولی می‌باشد.

پس از تحلیل و بررسی مدل اندازه‌گیری، مدل‌های ساختاری مورد ارزیابی قرار گرفت. در ابتدا جهت بررسی برازش مدل ساختاری، از ضرایب معناداری t استفاده شد. با توجه به نتایج جدول ۵، قدر مطلق مقادیر t محاسبه شده بین تمامی متغیرهای مستقل و وابسته موجود در مدل بزرگتر از $1/96$ بوده و در سطح 95 درصد معنادار هستند. به عبارتی مناسب بودن مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

برای بررسی برازش مدل کلی معیار GOF استفاده و طبق فرمول، سه مقدار $0/01$ ، $0/25$ و $0/36$ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است و نتایج نشان داد مقدار میانگین مقادیر اشتراکی ($Communalities$) $0/294$ و میانگین مقادیر R^2 برابر $0/243$ بدست آمده است و با توجه به فرمول مقدار معیار GOF معادل $0/267$ به دست آمد که با توجه به دسته‌بندی مذکور نشان از برازش نسبتاً قوی مدل کلی تحقیق است.

در ادامه و جدول شماره ۶ در راستای بررسی رابطه تحمل پریشانی با ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه‌ای از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. با توجه سطح معناداری کمتر از $0/05$ و ضرایب همبستگی، نتایج نشان داد که بین تحمل پریشانی و ترومای دوران کودکی همبستگی معنادار و معکوسی به

دوران کودکی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای پرداخته شد. یافته‌ها و نتایج پژوهش حاضر نشان دادند؛ که بین تحمل پریشانی و ترومای دوران کودکی همبستگی و ارتباط معنادار و معکوس وجود دارد.

نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های زگال (Zegel) و پاکدهی (۲۰۲۱) (۱۴)، فیشر (Fisher) و همکاران (۲۰۲۲) (۱۱) بود. در تبیین نتایج می‌توان اینچنین مطرح ساخت که نتایج پژوهش‌ها بیانگر آن است که بخشی از واریانس رشد پس آسیمی به وسیله تحمل آشفتگی تبیین می‌شود. لذا تحمل آشفتگی عاملی مهم در شروع و تداوم آسیب‌های روانی بویژه تروماهای دوران کودکی در انواع و ابعاد مختلف است (۱۲). از بین مؤلفه‌های تحمل آشفتگی، تحمل قادر است تا اختلال استرس پس از سانحه را در افراد آزار دیده و ترومایی پیشبینی کند و همچنین مؤلفه جذب قادر به پیشبینی رشد پس آسیب بود. در تبیین با این منظر می‌توان بیان کرد که هر چه میزان تحمل فرد در مقابل مصائب و سختی‌های زندگی از جمله آزارهای دوران کودکی بیشتر باشد، میزان بروز اختلال‌های روانی مانند اختلال استرس پس از سانحه کمتر و به تبع آن آشفتگی‌های روانشناختی مرتبط با این تروماها همچون افسردگی و اضطراب ضعیف می‌شود. از سویی دیگر جذب، به عنوان یک سازه مهم در تحمل پریشانی که به میزان توانایی فرد برای دور کردن احساس آشفتگی از خود مربوط می‌گردد، برای متمرکز کردن توجه به کار گرفته می‌شود (۱۴). اگر فرد بتواند توجه خود را متمرکز کند و به دور از احساس پریشانی به راه‌های مثبت حل مشکل بیایندیشد و تمرکز خود را بر برنامه‌ریزی مؤثر برای نحوه کنار آمدن و اداره کردن تروما صرف کند، این روش به عنوان یک راهبرد سازگار می‌تواند رشد پس از سانحه را افزایش دهد و از این طریق قدرت تخریبی ناشی از آسیب‌های دوران کودکی و ترومای ناشی از آن را به عنوان یک عامل زمینه ساز اختلال استرس پس از آسیب کنترل و مدیریت نماید (۱۵).

از سویی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای ارتباط معنادار و

احتمال ۹۵ درصد معنادار بود. ضریب مسیر (بتا) مثبت بین متغیرها (۰/۳۰۴) بدین مفهوم است که، با افزایش ترومای دوران کودکی، اختلال شخصیت مرزی نیز افزایش خواهد یافت. بنابراین نقش ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی تأیید گردید.

در راستای بررسی نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای در رابطه تحمل پریشانی و ترومای دوران کودکی با اختلال شخصیت مرزی و با توجه به مدل مفهومی پژوهش می‌توان علاوه بر تاثیر مستقیم تحمل پریشانی بر اختلال شخصیت مرزی، تاثیر غیر مستقیم آن به وسیله متغیر میانجی، اجتناب تجربه‌ای را نیز به دست آورد. به همین منظور، از روش بارون و کنی استفاده شده است. همانطور که در جدول ۹ نمایان است، در مدل ابتدایی و تاثیر تحمل پریشانی به تنهایی، این اثرگذاری با ضریب مسیر ۰/۳۴۵ گردید. در مرحله بعدی که متغیر میانجی (اجتناب تجربه‌ای) وارد مدل شده و در بین دو متغیر تحمل پریشانی بر اختلال شخصیت مرزی قرار گرفت، ضریب مسیر بین این دو متغیر از ۰/۳۴۵ به ۰/۲۳۵ کاهش داشته و به لحاظ آماری معنادار هم می‌باشد. لذا میانجی‌گری اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین تحمل پریشانی بر اختلال شخصیت مرزی، با احتمال ۹۵ درصد تأیید می‌شود.

در ادامه نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای در رابطه ترومای دوران کودکی با اختلال شخصیت مرزی در جدول شماره ۱۰ نشان داد، در مرحله اول و مدل ابتدایی تاثیر ترومای دوران کودکی به تنهایی و با ضریب مسیر ۰/۵۴۶ معنادار برآورد شده است. در مرحله بعدی که متغیر میانجی (اجتناب تجربه‌ای) وارد مدل شده و در بین دو متغیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی قرار گرفته است. ضریب مسیر بین این دو متغیر از ۰/۵۴۶ به ۰/۳۰۴ کاهش داشته و معنادار هم می‌باشد. لذا می‌توان گفت که میانجی‌گری اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی با احتمال ۹۵ درصد تأیید می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر به بررسی تحمل پریشانی و ترومای

جدول ۸- نتایج تحلیل مسیر

فرضیه چهارم	ضریب مسیر	تعدد معناداری (آماره)	جهت رابطه	نتیجه
تحمل پریشانی ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۲۳۵	۲/۱۴۵	مثبت و مستقیم	تأیید
ترومای دوران کودکی ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۳۰۴	۲/۳۳۹	مثبت و مستقیم	تأیید

جدول ۹- تأثیر تحمل پریشانی بر اختلال شخصیت مرزی با توجه به نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای

گام‌های آزمون بارون کنی	مسیر	ضریب مسیر	عدد معناداری	سطح معناداری
بدون دخالت متغیر میانجی و مدل سازی بصورت جداگانه	تحمل پریشانی ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۳۴۵	۲/۴۱۷	۰/۰۱۰
ورود متغیر میانجی و مدلسازی با تمامی متغیرها بصورت یکجا	تحمل پریشانی ← اجتناب تجربه‌ای	-۰/۲۴۱	-۲/۶۹۲	۰/۰۲۵
	اجتناب تجربه‌ای ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۴۰۹	۳/۷۰۹	۰/۰۰۱
	تحمل پریشانی ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۲۲۵	۲/۱۴۵	۰/۰۳۹

جدول ۱۰- نتایج حاصل از بررسی تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی با توجه به نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای

گام‌های آزمون بارون کنی	مسیر	ضریب مسیر	عدد معناداری	سطح معناداری
بدون دخالت متغیر میانجی و مدل سازی بصورت جداگانه	ترومای دوران کودکی ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۵۴۶	۷/۰۶۰	۰/۰۰۱
ورود متغیر میانجی و مدلسازی با تمامی متغیرها بصورت یکجا	ترومای دوران کودکی ← اجتناب تجربه‌ای	۰/۴۰۸	۲/۶۷۸	۰/۰۰۸
	اجتناب تجربه‌ای ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۴۰۹	۳/۷۰۹	۰/۰۰۱
	ترومای دوران کودکی ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۳۰۴	۲/۳۳۹	۰/۰۲۰

رفتارهایی اشاره دارد که کارکردشان اجتناب از تجربه پریشانی به خصوص است (۱۷).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه‌ای همبستگی و ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد. در تبیین نتایج می‌توان مطرح کرد که طبق نظریه دلبستگی بالبی، شکل‌گیری یک دلبستگی ایمن به مثال یک لنگرگاه امن در مقابل آسیب‌شناسی روانی عمل کرده، موجبات رشد هیجانی موفقیت‌آمیز را فراهم می‌کند. به همین دلیل است که تجربه رویدادهای سخت و آسیب‌زا، به‌ویژه تجاربی که توسط مراقب شکل داده شده‌اند، اثر تعیین‌کننده‌ای بر سیستم فکری، هیجانی و رفتاری فرد نسبت به خود و دیگران دارد و بدین ترتیب می‌توان گفت منجر به شکل‌گیری عقاید فرآشناختی مثبت و منفی می‌شود. کودکی که مورد سوءاستفاده یا بدرفتاری قرار گرفته‌است، برای جلوگیری از سوءاستفاده و بدرفتاری‌های احتمالی بعدی، باورهای مثبتی در مورد نگرانی و بازبینی مجدد موارد تهدیدزا را پرورش می‌دهد (۱۶). تجارب مکرر نگرانی و پیامدهای آن منجر به شکل

معکوس وجود دارد. در تبیین نتایج می‌توان مطرح کرد که تحمل پریشانی معمولاً با ساختارهای اجتناب تجربی، سرکوب هیجانی، اجتناب، مقابله با جدایی، بی‌نظمی هیجانی، حساسیت به اضطراب و درجاماندگی ارتباط دارد. تحمل پریشانی اساساً بر توانایی رفتاری ادراک‌شده یا واقعی متمرکز است تا بتواند در برابر مواجهه با محرک‌های تهدیدآمیز مقاومت کند (۱۶). تحمل پریشانی ممکن است کارکرد رفتارهای خودکار (ناهیجانی) یا همراه با تلاش (داوطلبانه) باشد. در مقابل اجتناب تجربی از نظر تئوریک یک مجموعه بزرگتری از پاسخ‌ها را در برمی‌گیرد که هدف آن تغییر شکل یا فراوانی تجارب درونی آزاردهنده (مانند افکار منفی، احساسات بدنی) و بافت‌هایی است که آنها را به وجود می‌آورد. امکان دارد که تحمل پریشانی نوع خاصی از اجتناب تجربی باشد، اگرچه پژوهش‌های تجربی که به‌صورت مستقیم به این مسئله پرداختند، موجود نیستند. اجتناب تجربی می‌تواند شامل اجتناب از تجربیاتی باشد که لزوماً آزاردهنده نیستند و یا حتی مثبت هستند. در مقابل عدم تحمل پریشانی به

گیری فرانگرانی یا باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی مانند غیر قابل کنترل بودن افکار و خطر می شود. طبق دیدگاه فراشناخت، فرد برای مقابله با فرانگرانی به راهبرد های منفی تنظیم هیجان (مانند نشخوار فکری، پایش تهدید، کنترل افکار، سرکوب افکار و اجتناب) متوسل می شود که این راهبردها منجر به پردازش شخصی متمرکز بر تهدید شده، به گونه ای که اضطراب و احساس خطر تداوم یافته، به شناخت اجازة بازگشت به محیط عادی و عاری از تهدید را نمی دهد. در این مطالعه به طور اختصاصی روی اجتناب تجربی به عنوان یک راهبرد مقابله ای تمرکز شد. وقتی اجتناب تجربی به عنوان یک راهبرد بلندمدت استفاده می شود منجر به محدود ساختن تجربه های سالم پدیده های روانشناسی می شود و مانع دستیابی فرد به اطلاعات درونی و مهم می شود. افرادی که سابقه تجربه آسیب یا تروما را دارند، به دنبال رویداد آسیب زا به احتمال بیشتری به شخصیت مرزی گرایش پیدا می کنند (۱۷). از سویی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تحمل پریشانی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی نقش معناداری دارد.

در تبیین نتایج می توان مطرح کرد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی توانایی تحمل پایینی در برابر تجربه آشفتگی داشته و به راحتی نمی توانند احساس آشفتگی و درماندگی خود را ارزیابی و جذب نمایند. به احتمال بیشتری به هنگام تجربه هیجان منفی مثل تنش، اضطراب، سرزنش کردن خود و یا حل کردن مشکلات بین فردی به رفتار های خود جرحی می پردازند. توانایی پایین برای تحمل عاطفه منفی باعث می شود این افراد برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش های ناسالمی چون رفتار های خود جرحی روی بیاروند که خود این امر می تواند حالت خوشایند و لذت بخش ایجاد کند، موجب توجه و کمک از جانب فردی مهم یا ابراز خشم می شود که بر اساس نظریه یادگیری برای فرد تقویت مثبت محسوب می شود. نتایج این مطالعه مزایای بالینی نیز در بر دارد و به طور خاص یافته های این پژوهش از پرداختن به مشکلات مربوط به تحمل آشفتگی در رفتار درمانی

دیالکتیک حمایت می کند (۱۸). از آنجا که رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان در مان استاندارد طلایی برای اختلال شخصیت مرزی شناخته شده است، نظریه آسیب شناختی زیربنایی آن، یکی از مهمترین دیدگاه ها در رابطه با آسیب شناسی اختلال شخصیت مرزی به شمار می رود. بر اساس رفتار درمانی دیالکتیکی، یکی از مهارت هایی که فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در آنها ضعف دارد، تحمل پریشانی است. در این رویکرد، رفتارهای تکانشی و گرایش به خودکشی از ناتوانی فرد برای تحمل پریشانی سرچشمه می گیرند. از این رو یکی از اهداف این رویکرد آموزش مهارت های تحمل پریشانی است. مهارت های تحمل پریشانی در رفتار درمانی دیالکتیکی به توانایی پذیرش خود و موقعیت فعلی به شیوه ای غیر ارزیابانه و غیر قضاوتی می پردازند. تحمل پریشانی شامل توانایی ادراک محیط خود بدون متفاوت بودن از آن، تجربه هیجان ها بدون تلاش برای تغییر آنها و نیز مشاهده افکار و الگوهای عمل بدون تلاش برای متوقف سازی یا کنترل آنها است (۱۹). بر این اساس، مطالعه حاضر این بخش از نظریه آسیب شناسی رفتار درمانی دیالکتیکی در رابطه با اختلال شخصیت مرزی را تایید و بر تحمل پریشانی به عنوان یکی از حوزه های مهم مداخله در این اختلال تاکید می کند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان دادند ترومای دوران کودکی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی نقش معناداری دارد. در تبیین نتایج می توان مطرح کرد که مدلی که تا حد بسیار زیادی توانسته است به تبیین علل اختلال شخصیت مرزی بپردازد، مدل زانارینی (۱۹۹۳) است. طبق این مدل شکل گیری اختلال شخصیت مرزی، از ترکیب پیچیده سه مؤلفه: مزاج فرد، تروماها و چالش های دوران کودکی و کژکاری نسبتاً ظریف نورولوژیک و بیوشیمیایی ناشی می شود. در راستای این نظریات اختلال شخصیت مرزی از یک محیط زندگی ناپایدار و غیرقابل اطمینان دوران کودکی ایجاد می شود و به طور خاص توسط سوء رفتار عاطفی و عواطف منفی مشخص می گردد. گرچه همه کودکان زندگی خود را با وابستگی مطلق به مراقبان آغاز می کنند، ولی کودکان سرانجام باید به شخص مستقل و

محدودیت‌هایی بود که از جمله می‌توان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی، ابزارهای خودگزارش‌دهی، تعداد زیاد گویه‌ها و دشواری در جمع‌آوری ابزارها، حجم نمونه پایین و محدودیت در تعمیم نتایج، محدودیت‌های کرونایی، اثرخستگی و افت عملکرد آزمودنی‌ها، همچنین یکسان نبودن فرهنگ و تعاریف متفاوتی از بی‌توجهی و سواستفاده عاطفی نیز اشاره نمود. از اینرو پیشنهاد گردید که پژوهشگران در پژوهش‌های آینده مولفه‌های پژوهش حاضر را بر روی سایر گروه‌های سنی و غیربالینی مورد استفاده قرار دهند. استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و استفاده از نسخه‌های کوتاه‌تر برخی از پرسشنامه‌ها به دلیل کمتر شدن زمان پاسخگویی و اثرخستگی. همچنین پیشنهاد می‌گردد مولفه‌های مطرح در پژوهش حاضر در یک مطالعه علی-مقایسه در مقایسه با افراد عادی مورد بررسی و مقایسه قرار گیرند. به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود که در کار با افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، به مولفه ترومای دوران کودکی در کنار توجه به تحمل پریشانی به عنوان الگویی جهت کاهش شدت عوارض روانشناختی توجه شود.

References

- Demircioglu ZI, Goncu KA. Effects of attachment styles, dark triad, rejection sensitivity, and relationship satisfaction on social media addiction: A mediated model. *Curr Psychol*. 2021;40(1): 414-428.
- Omidpour A, Kabini Moghadam S, Miyandehi H. Prevalence of Smoking, Alcohol, and Drug Use Among Adolescent Students in Guilan Province. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2021;7(1):46-59. (In Persian)
- Bean CG, Pingel R, Hallqvist J, Berg N, Hammarström A. Poor peer relations in adolescence, social support in early adulthood, and depressive symptoms in later adulthood-evaluating mediation and interaction using four-way decomposition analysis. *Ann Epidemiol*. 2019;(29):52-59.
- Shults RA, Shaw KM, Yellman MA, Jones SE. Does geographic location matter for transportation risk behaviors among US public high school students? *J Transport Health*. 2021;22(10):11-34.
- Chuang CW I, Sussman S, Stone MD, Pang RD, Chou CP, Leventhal AM, et al. Impulsivity and a history of behavioral addictions are associated with

مجزایی تبدیل گردند. بر این مبنا، مستر سون (۱۹۷۶) اعتقاد دارد در خانواده بیماران مرزی، گرایش مادر به حفظ پایدار رابطه نزدیک با کودک در موازات رشد تدریجی خود مختاری در فرزند دارای چالش است. طبق اعتقاد مستر سون مسئول نهایی ایجاد اختلال شخصیت مرزی، مسائل بیولوژیکی و سرشتی مادر است نه بیمار (۲۰).

در نهایت نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین تحمل‌پریشانی و ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی نقش معناداری دارد. در تبیین نتایج می‌توان مطرح کرد که اجتناب تجربی با افکار خودکشی، ارتکاب رفتار خودکشی، رفتار آسیب به خود غیرعمدی و بدون هدف خودکشی، آسیب عمدی به خود و عواملی که می‌توانند زمینه رفتارهای آسیب به خود را فراهم کنند از جمله اختلالات هیجانی و استرس ادراک شده مرتبط است (۱۹). در نتیجه می‌توان گفت که اعتبار یابی منجر به تغییراتی در باورهای هیجانی می‌شود و از این طریق حتی باعث تغییر خود هیجان نیز می‌شود. راهبرد متداول برای اجتناب از ناراحتی، پنهان کردن پاسخ‌های هیجانی است. این وضعیت می‌تواند روی برانگیختگی فیزیولوژیکی هم اثر بگذارد و احتمالاً آن را افزایش دهد. با پنهان کردن ناراحتی این امکان از دیگران سلب می‌شود که با هیجان‌ات ما همدلی کنند یا از تجارب و کشمکش‌های مشابه خود، برای ما سخن بگویند. تأیید کردن بیرونی یکی از روش‌های تقویت و افزایش دلسوزی نسبت به خویشان است. در نهایت، اجتناب تجربی اغلب منجر به اجتناب رفتاری یا درگیری در رفتارهایی می‌شود که با عملکرد فرد تداخل پیدا می‌کنند، علاوه بر آثار واضح‌تر (مانند مصرف مواد، پرخوری، یا آسیب به خود)، اجتناب تجربی می‌تواند پیامدهای ظریف اما مهمی بر روابط فرد در زندگی روزمره داشته باشد. بدین طریق که از درگیری کامل افراد با روابط شان، پیگیری مسیر شغلی، اهداف، ارزشها و معیارهایی که برای آنها مهم است، یا مقابله مؤثر با شرایط استرس‌زای زندگی شان جلوگیری کند (۱۷). پژوهش حاضر همچون سایر مطالعات دارای

adults in residential treatment for substance use disorders. *J Addict Dis.* 2017;36(3):151-157.

17. Faravani R, Amini N, Deyreh E, Shafiabadi A. Structural Equation Modeling Prediction Addiction Potential Based on Independence/Incompetence Schema and Distress Tolerance with Mediation of Brain-Behavior Systems in Students. *Culture of Counseling Quarterly and Psychotherapy.* 2019;10(38):31-58. (In Persian)

18. Kamkar S, Farkhi N, Salimi Bajstani H, Mardani Rad M. Compilation and testing of the causal model of students' addiction tendency based on the variables of distress tolerance and differentiation, with the mediation of Alexithymia. *Quarterly Journal of Research on Addiction.* 2020;14(55):30-46. (In Persian)

19. Kechter A, Barrington-Trimis JL, Cho J, Davis JP, Huh J, Black DS, et al. Distress tolerance and subsequent substance use throughout high school. *Addict Behav.* 2021;120:106-983.

20. Tull MT, Edmonds KA, Forbes CN, Richmond JR, Rose JP, Anestis MD, et al. Examining relationships between gender, opioid dependence, and distress tolerance among patients in substance use disorder treatment. *Substance Use Misuse.* 2020;55(8):1327-1334.

drug use in adolescents. *Addict Behav.* 2017;74(1):41-47

6. Shekarchi R, Akbari M, Ahmadian H, Yarahmadi Y. The effectiveness of the self-control training program on reducing addiction readiness in students. *Iranian Journal of Pediatric Nursing.* 2022;8(2):71-80.

7. Shahabadi AZ, Firoozi SM. Social factors affecting drug addiction among the youth of Kabul city. *Journal of Social Sciences, Faculty of Literature and Human Sciences, Ferdowsi University of Mashhad.* 2022;19(1):109-134. (In Persian)

8. Costanza A, Rothen S, Achab S, Thorens G, Baertschi M, Weber K, et al. Impulsivity and impulsivity-related endophenotypes in suicidal patients with substance use disorders: an exploratory study. *Int J Mental Health Addict.* 2021;19:1729-1744.

9. Dezhkam N, Bahri MZ, Keshi A. Structural model of students' addiction tendency based on components of stress tolerance, differentiation, and difficulty of emotion regulation mediated by impulsivity. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences.* 2022;65(2):754-771. (In Persian)

10. Naeim M, Rezaeisharif A, Kamran A. The role of impulsivity and cognitive emotion regulation in the tendency toward addiction in male students. *Addict Disord Their Treat.* 2021;20(4):278-287.

11. Fisher S, Hsu WW, Adams Z, Arsenault C, Milich R. The effect of impulsivity and drinking motives on alcohol outcomes in college students: a 3-year longitudinal analysis. *J Am Coll Health.* 2022;70(6):1624-1633.

12. Rømer Thomsen K, Callesen MB, Hesse M, Kvamme TL, Pedersen MM, Pedersen MU, et al. Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *J Behav Addict.* 2018;7(2):317-330.

13. Martínez-Loredo V, Fernández-Hermida JR, de La Torre-Luque A, Fernández-Artamendi, S. Polydrug use trajectories and differences in impulsivity among adolescents. *Int J Clin Health Psychol.* 2018;18, (3):235-244

14. Zegel M, Rogers AH, Vujanovic AA, Zvolensky MJ. Alcohol use problems and opioid misuse and dependence among adults with chronic pain: The role of distress tolerance. *Psychol Addict Behav.* 2021;35(1):42.

15. Meshkinfam F. The relationship between emotion-seeking and distress tolerance with addiction tendency in male students of Bojnord Azad University. The third International Conference of Interdisciplinary Studies. Bojnord Azad University. 2019, (In Persian)

16. Shorey RC, Gawrysiak MJ, Elmquist J, Brem M, Anderson S, Stuart GL. Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among