DOI: 10.22122/rbs.v17i1.2501

نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی در رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی

سکینه خرمی منش[۱]، احمد منصوری[۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اگرچه رابطه بین سابقه آسیب دوره کودکی (History of childhood trauma) و نشانه‌های شخصیت مرزی (Symptoms of borderline personality) به‌خوبی تأیید شده است، اما توجه اندکی به آسیب‌های طول عمر و عوامل میانجی این رابطه شده است. ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation strategies) و مقابله‌های معنوی (Spiritual coping) در رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. تعداد ۲۰۰ زن سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر نیشابور به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مقیاس شخصیت مرزی (Borderline Traits Scale یا BTS)، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire یا CERQ)، پرسشنامه سابقه آسیب (Trauma History Questionnaire یا THQ) و پرسشنامه مقابله معنوی (Spiritual Coping Questionnaire یا SCQ) را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و با استفاده از روش همبستگی پیرسون و روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که مدل ارائه‌شده در مورد نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی در رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی از برازش قابل قبولی برخوردار است. بعلاوه، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و مقابله‌های معنوی منفی میانجی رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی هستند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه بر اهمیت راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و مقابله‌های معنوی منفی در ایجاد نشانه‌های شخصیت مرزی پس از آسیب تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، سابقه آسیب، شخصیت مرزی، مقابله معنوی.

ارجاع: خرمی منش سکینه، منصوری احمد. **نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی در رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۱): ۱۱-۱.

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۲۶

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

نویسنده مسئول: احمد منصوری

Email: mansoury_am@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]

[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality Disorder یا BPD) یکی از اختلال‌های شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است (۱). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) BPD الگوی پایدار بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف و همچنین تکانش گری قابل‌ملاحظه تعریف شده است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد. بعلاوه، این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان است (۲). شیوع این اختلال در جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان سرپایی و بستری ۰/۲ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (۳). هزینه‌ها و پیامدهای فردی، اجتماعی و اقتصادی متعددی در پی دارد (۴، ۵، ۶). همچنین، عوامل زیستی، روانی و اجتماعی متعددی در ابتلای افراد به نشانه‌های شخصیت مرزی دخیل هستند (۳، ۷، ۸، ۹). افراد مبتلا به BPD به‌کرات آسیب‌های اولیه، چندگانه و مزمن را گزارش می‌کنند (۱۰). آسیب (Trauma) اصطلاح گسترده‌ای است که برای طیف وسیعی از تجارب ناخوشایند ازجمله غفلت و سوءاستفاده‌های جسمی، هیجانی و جنسی بکار برده می‌شود. همچنین به‌عنوان عامل خطری جهت ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی قلمداد می‌شود (۱۱).

پژوهش‌های زیادی رابطه بین انواع آسیب‌های دوره کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی را تأیید کرده‌اند (۳، ۴، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴). برخی از مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که بین افراد مبتلا به BPD با افراد بهنجار در تجربه آسیب‌های دوران کودکی تفاوت وجود دارد (۱۰، ۱۵). با توجه به آنچه ذکر شد بیشتر توجه‌ها معطوف به رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و نشانه‌های شخصیت مرزی بوده است. Wingenfeld و همکاران (۱۰) نشان دادند که افراد مبتلا به BPD تجارب آسیب‌زای بیشتری در دوره بزرگسالی نسبت به افراد بهنجار تجربه می‌کنند. بین سوءاستفاده جنسی و تجارب آسیب‌زای مرتبط با خشونت در بزرگسالان با نشانه‌های شخصیت مرزی رابطه وجود دارد. همچنین، Belford و همکاران نشان دادند که بین آسیب خیانت و BPD رابطه وجود دارد (۱۶). زنان سرپرست خانوار نیز در معرض انواع آسیب‌های دوره بزرگسالی قرار دارند. زن سرپرست خانوار به زنی گفته می‌شود که به علت مرگ همسر، طلاق، متارکه، زندانی شدن و ازکارافتادگی همسر در حال حاضر به‌تنهایی زندگی می‌کند (۱۷).

اگرچه رابطه بین آسیب‌ها با نشانه‌های شخصیت مرزی به‌خوبی نشان داده شده است، باوجوداین، توجه کمی به عوامل میانجی این رابطه شده است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation strategies) و مقابله معنوی (Spiritual coping) عواملی هستند که می‌توانند تبیین کنند چگونه آسیب‌ها منجر به نشانه‌های بعدی شخصیت مرزی می‌شوند. بد تنظیمی هیجان به فرایندهای درونی و بیرونی مسئول در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی اشاره دارد (۱۸). گمان می‌رود که بسیاری از افراد مبتلا به اختلال‌های روانی درگیر بد تنظیمی هیجان هستند (۱۹). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز به راهبردهای شناختی هشیار برای مقابله با اطلاعات برانگیزاننده هیجانی اشاره دارند. این راهبردها در توانایی افراد جهت مدیریت و تنظیم هیجان‌ها یا احساسات و حفظ کنترل بر هیجان‌ها و یا تحت تأثیر قرار نگرفتن به‌وسیله آن‌ها مهم هستند (۲۰، ۲۱). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بین سابقه آسیب و تنظیم هیجان (۴، ۲۲، ۲۳، ۲۴) و همچنین تنظیم هیجان و نشانه‌های شخصیت مرزی (۴، ۱۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷) رابطه وجود دارد. علاوه بر این، Fossati و همکاران (۴)، Kuo و همکاران (۱۲) و محمودعلیلو و همکاران (۱۳) دریافتند که بد تنظیمی هیجانی میانجی رابطه بین آسیب‌های دوره کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی است. باوجوداین، در پژوهش‌های فوق توجه عمدتاً معطوف به نقش میانجی تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و نشانه‌های این اختلال بوده است، درحالی‌که در پژوهش حاضر به آسیب‌های طول عمر توجه می‌شود.

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند میانجی رابطه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی باشد، مقابله‌های معنوی است. مقابله معنوی به‌عنوان جست‌وجوی معنا به روش‌های مرتبط با امور مقدس در هنگام استرس تعریف شده است (۲۸). Charzyńska (۲۹) نیز مقابله معنوی را تلاشی برای غلبه بر عوامل استرس‌زا بر اساس منابع غیرمادی (آنچه متعالی است) تعریف می‌کند. همچنین معتقد است که مقابله معنوی مثبت شامل تلاش‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

شناختی و رفتاری است که باهدف حل موقعیت‌های دشوار یا آسیب‌زا انجام می‌گیرند. در مقابل، مقابله معنوی منفی دریافت نیرو از منابع معنوی موجود را غیرممکن می‌سازد، مانع جست‌وجوی حس و معنا در زندگی می‌شود، مانع رشد فرد، حرکت روبه‌جلو و فرا رفتن از مادیات می‌شود. ازاین‌رو مقابله‌های معنوی نقش مهمی در مقابله با آسیب‌ها یا عوامل استرس‌زا بازی می‌کنند. Miller و Werthingthon (۳۰) معتقدند افراد مبتلا به BPD ممکن است رابطه بی‌ثباتی با خداوند داشته باشند، معتقدند خداوند آن‌ها را به حال خود رها کرده است و همچنین ممکن است بین ایدئال‌سازی و ناارزنده سازی خداوند در نوسان باشند. باورها و اعمالی که نشان‌دهنده مقابله‌های دینی و معنوی منفی می‌باشند. اگرچه در بررسی ادبیات پژوهش، مطالعه‌ای در مورد رابطه بین مقابله‌های معنوی با نشانه‌های شخصیت مرزی مشاهده نگردید، اما نتایج مطالعات موجود بیانگر این است که بین مقابله‌های معنوی و صفات شخصیتی ازجمله روان‌پریشی گرایی و روان رنجور خویی رابطه وجود دارد (۳۱). سرانجام، منصوری و همکاران (۳۲) دریافتند که بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی مثبت و منفی رابطه وجود دارد. با توجه به آنچه ذکر شد، اگرچه رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی به‌خوبی تأیید شده است، اما توجه کمی به آسیب‌های طول عمر و نقش عوامل میانجی این رابطه به‌خصوص مقابله‌های معنوی شده است. ازاین‌رو، پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی در رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر ازنظر روش گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی و همچنین ازنظر هدف بنیادی بود. جامعه آماری آن شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر نیشابور بود. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۰ زن سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر نیشابور بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل سرپرست خانوار بودن زنان در زمان تکمیل پرسشنامه، تمایل به شرکت در پژوهش و نداشتن ناتوانی جسمی ازجمله نابینایی بود. معیار خروج نیز شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش و عدم پاسخ کامل به پرسشنامه‌ها بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب رساندن به شرکت‌کنندگان بود. داده‌های پژوهش حاضر به کمک نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و همچنین با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، روش همبستگی پیرسون و روش مدل یابی معادلات ساختاری (Structural Equation Modeling یا SEM) تحلیل شدند.

مقیاس شخصیت مرزی (Borderline Traits Scale یا BTS): ابزاری است که نخستین بار توسط Claridge و Broks در سال ۱۹۸۴ به‌منظور ارزیابی علائم شخصیت مرزی ساخته‌شده است، اما این مقیاس در سال ۲۰۰۱ توسط Rawlings و همکاران تجدیدنظر شده است. این مقیاس ابزاری ۱۸ ماده‌ای است که به‌صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود و به‌صورت صفر (خیر) و یک (بلی) نمره‌گذاری می‌شود (۳۳). Rawlings و همکاران (۳۳) اعتبار این مقیاس را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۰ گزارش کردند. بعلاوه، نشانه‌های ناامیدی، تکانش گری و علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به تنیدگی را می‌سنجد. محمدزاده و همکاران (۳۴) با افزایش شش ماده به ۱۸ ماده نسخه اولیه ابزاری ۲۴ ماده‌ای ساختند. آن‌ها، اعتبار این مقیاس و خرده مقیاس‌های ناامیدی، تکانش گری و علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به تنیدگی را به روش همسانی درونی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶۴، ۰/۵۸ و ۰/۵۷ گزارش کردند. همچنین، اعتبار آزمون- بازآزمون چهارهفته‌ای این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۵۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰ گزارش کردند. آن‌ها دریافتند که BTS دارای روایی هم‌زمان و افتراقی مطلوبی است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پژوهش حاضر نشان داد که الگوی سه عاملی این پرسشنامه برازش قابل قبولی (CFI=۰/۹۲، NFI=۰/۸۱، NNFI=۰/۹۰، IFI=۰/۹۲، GFI=۰/۹۰ و RMSEA=۰/۰۵۴) با داده‌ها دارد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire یا CERQ):

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

یک پرسشنامه ۱۸ سؤالی است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به رخدادهای تهدیدآمیز و استرس‌زای زندگی ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین شامل ۹ خرده مقیاس خود سرزنش گری، دیگر سرزنش گری، نشخوار فکری، فاجعه نمایی، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعات متعددی تأیید گردیده است (۲۰). در پژوهش منصوری و همکاران (۳۲) اعتبار نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش‌شده است. اعتبار راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار نیز به ترتیب برابر ۰/۸۲ و ۰/۷۴ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مربوط به ساختار دوعاملی (CFI=۰/۹۶، NFI=۰/۹۴، NNFI=۰/۹۵، IFI=۰/۹۶، RFI=۰/۹۳، GFI=۰/۹۴ و RMSEA=۰/۰۵) و ۹ عاملی (CFI=۰/۹۸، NFI=۰/۹۶، NNFI=۰/۹۷، IFI=۰/۹۸، RFI=۰/۹۴، GFI=۰/۹۶ و RMSEA=۰/۰۴) این پرسشنامه بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش آن بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پژوهش حاضر نیز نشان داد که الگوی نه عاملی این پرسشنامه برازش قابل قبولی (CFI=۰/۹۸، NFI=۰/۹۳، NNFI=۰/۹۷، IFI=۰/۹۸، GFI=۰/۹۳ و RMSEA=۰/۰۳۷) با داده‌ها دارد.

پرسشنامه سابقه آسیب (Trauma History Questionnaire یا THQ):

ابزاری ۲۴ است که توسط Green (۳۵) برای سنجش رویدادهای آسیب‌زا ازجمله جرم، بلاهای طبیعی و آسیب و همچنین تجربه‌های جسمی و جنسی طول عمر ساخته شده است. در این مقیاس شرکت‌کننده باید هر ماده را بخواند و پاسخ خود را در قالب دو گزینه بلی (نمره ۱) و خیر (نمره ۰) مشخص کند. نمره کل مقیاس در طیفی شامل ۰ تا ۲۴ قرار می‌گیرد. گزارش شده است که پرسشنامه سابقه آسیب دارای اعتبار بازآزمایی بالایی در دوره‌های دو و سه‌ماهه است. بعلاوه همبستگی بین ماده‌ها از ۰/۴۷ تا ۱ (با میانگین ۰/۷) گزارش شده است (۳۵). نتایج تحلیل عاملی تأییدی پژوهش حاضر نشان داد که الگوی سه عاملی این پرسشنامه برازش قابل قبولی (CFI=۰/۹۳، NFI=۰/۸۰، NNFI=۰/۹۲، IFI=۰/۹۳، GFI=۰/۹۱ و RMSEA=۰/۰۴۱) با داده‌ها دارد.

پرسشنامه مقابله معنوی (Spiritual Coping Questionnaire یا SCQ):

ابزاری ۳۲ ماده‌ای است که توسط Charzyńska (۲۹) ساخته شده است. این پرسشنامه بر روی یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین شامل دو عامل مقابله معنوی مثبت (شامل چهار خرده مقیاس شخصی، اجتماعی، محیطی و مذهبی) و مقابله منفی (شامل سه خرده مقیاس شخصی، اجتماعی و مذهبی) است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام شده با هفت عامل مرتبه اول و دو عامل مرتبه دوم (مقابله معنوی مثبت و منفی) بیانگر شاخص‌های خوب و مطلوب این پرسشنامه بوده است. اعتبار آن نیز به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) خوب یا رضایت‌بخش گزارش شده است (۰/۶۷ تا ۰/۹۵). ضریب آلفای کرونباخ برای مقابله معنوی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۲ بوده و همچنین اعتبار آزمون به روش بازآزمایی (به فاصله ۶ هفته) به ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۹). منصوری و همکاران (۳۲) اعتبار SCQ را با استفاده از یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای (۱=کاملاً نادرست، ۶=کاملاً درست) به روش همسانی درونی برای نمره کل، مقابله معنوی مثبت و منفی به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۹۰ و ۰/۸۴ گزارش کردند. ضرایب اعتبار مربوط به خرده مقیاس‌های مقابله معنوی مثبت و منفی نیز بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۰ بود. یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی آن‌ها بیانگر وجود دو عامل مقابله معنوی مثبت و منفی موجود نسخه اصلی در نمونه ایرانی بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی آن‌ها نیز نشان داد که الگوی هفت عاملی این پرسشنامه برازش قابل قبولی (CFI=۰/۹۵، NFI=۰/۹۲، NNFI=۰/۹۴، IFI=۰/۹۵، RFI=۰/۹۱، GFI=۰/۸۷ و RMSEA=۰/۰۶) با داده‌ها دارد. سرانجام، این پرسشنامه از روایی ملاکی، همگرا و واگرای مناسبی برخوردار بوده است. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که الگوی هفت عاملی این پرسشنامه برازش قابل قبولی (CFI=۰/۹۴، NFI=۰/۹۰، NNFI=۰/۹۴، IFI=۰/۹۴، GFI=۰/۸۰ و RMSEA=۰/۰۶) با داده‌ها دارد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

یافته‌ها

در این بخش ابتدا داده‌های جمعیت شناختی و سپس اطلاعات آمار استنباطی ارائه می‌شود. میانگین سن افراد ۳۶/۷۸ (۹/۰۹) بود. یافته‌های توصیفی مربوط به سایر داده‌های جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است. در جدول ۲ نیز یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود.

جدول ۱: داده‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیرهای جمعیت شناختی		فراوانی (درصد)	متغیرهای جمعیت شناختی		فراوانی (درصد)
	مجرد	۲۳ (۱۱/۵)	وضعیت اشتغال	شاغل	۵۹ (۲۹/۵)
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۲ (۵۱)		بیکار	۱۴۱ (۷۰/۵)
	متارکه	۷۵ (۳۷/۵)	طبقه اجتماعی	پایین	۹۸ (۴۹)
	بی‌سواد	۲۶ (۱۳)		متوسط به پایین	۵۸ (۲۹)
تحصیلات	ابتدایی	۷۰ (۳۵)		متوسط	۴۰ (۲۰)
	راهنمایی	۴۲ (۲۱)		متوسط به بالا	۴ (۲)
	دیپلم	۴۷ (۲۳/۵)		بالا	۰
	فوق‌دیپلم	۶ (۳)	وضعیت مسکن	شخصی	۷۲ (۳۶)
	کارشناسی	۸ (۴)		استیجاری	۱۲۸ (۶۴)
	کارشناسی ارشد	۱ (۰/۵)			

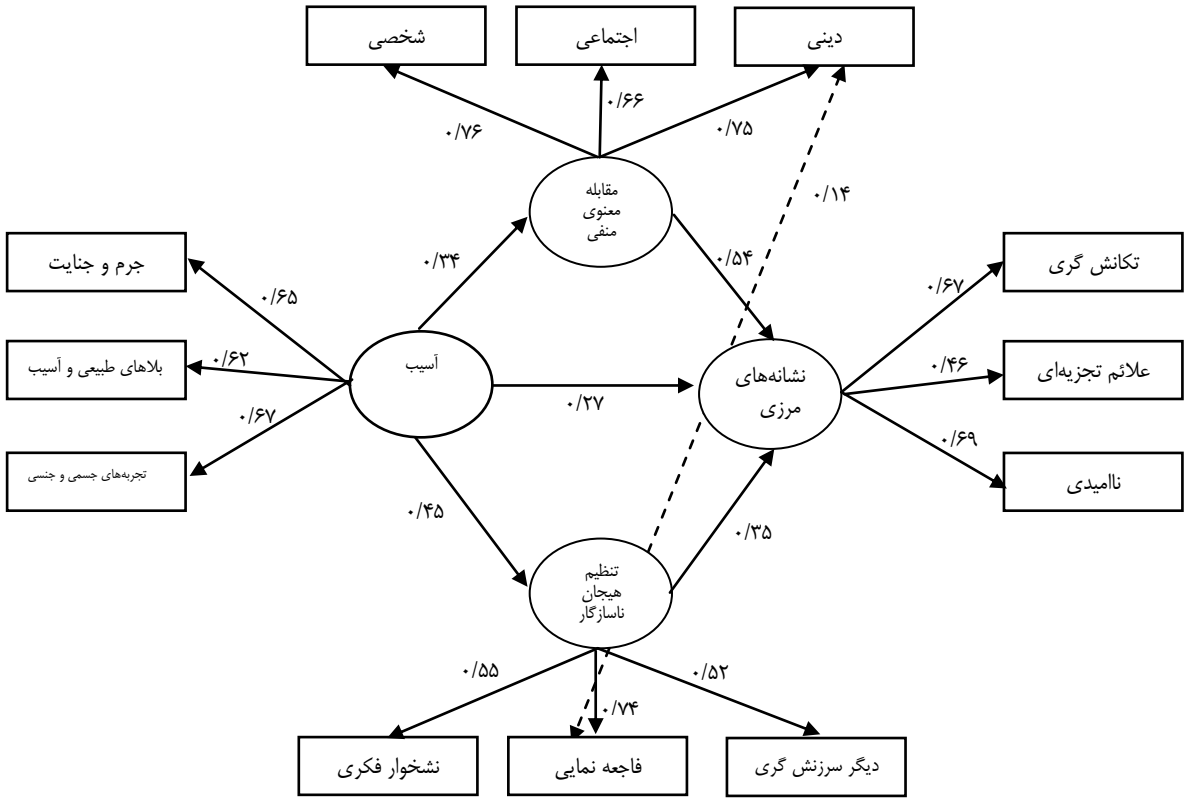
جدول ۲: شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
رویدادهای مرتبط با جنایت	۰/۷۰	۱/۰۲	کم‌اهمیت شماری	۶/۸۳	۲/۳۰
بلاهای طبیعی و آسیب	۲/۲۹	۱/۸۳	فاجعه نمایی	۶/۴۱	۲/۶۲
تجربه‌های جسمی و جنسی	۰/۷۹	۱/۱۳	دیگر سرزنش گری	۴/۸۹	۲/۷۸
نمره کل سابقه آسیب	۳/۷۹	۳/۱۹	راهبردهای سازگار	۳۶/۱۵	۷/۷۶
تکانش گری	۲/۵۱	۱/۷۵	راهبردهای ناسازگار	۲۳/۹۱	۶/۶۴
علائم تجزیه‌ای	۱/۰۸	۱/۰۴	مقابله شخصی مثبت	۲۰/۳۹	۳/۵۸
ناامیدی	۳	۱/۸۵	مقابله اجتماعی مثبت	۲۹/۴۱	۶
نمره کل نشانه‌های شخصیت مرزی	۶/۳۷	۳/۶۶	مقابله محیطی مثبت	۲۱/۸۵	۶/۴۸
خود سرزنش گری	۴/۸۸	۲/۶۰	مقابله دینی مثبت	۳۲/۵۱	۵/۱۰
پذیرش	۷/۱۲	۲/۲۵	مقابله معنوی مثبت	۱۰۴/۱۷	۱۷/۷۴
نشخوار فکری	۷/۷۴	۲/۱۹	مقابله شخصی منفی	۱۲/۷۵	۵/۶۴
تمرکز مجدد مثبت	۶/۷۸	۱/۹۷	مقابله اجتماعی منفی	۱۰/۵۹	۵/۵۶
برنامه‌ریزی	۷/۷۹	۲/۱۷	مقابله دینی منفی	۸/۶۲	۳/۹۶
ارزیابی مجدد مثبت	۷/۶۲	۲/۱۹	مقابله معنوی منفی	۳۱/۹۷	۱۲/۱۹

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین سابقه آسیب و مؤلفه‌های آن (رویدادهای مرتبط با جنایت، بلاهای طبیعی و آسیب و تجربه‌های جسمی و جنسی) با نشانه‌های شخصیت مرزی و مؤلفه‌های آن (تکانش گری، ناامیدی و علائم تجزیه‌ای)، مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان رابطه معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۵$). بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی با نشانه‌های شخصیت مرزی و مؤلفه‌های آن رابطه معنادار وجود دارد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

(p<۰/۰۵). در شکل ۱ نتایج حاصل از SEM و همچنین مدل نهایی مربوط به نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی در رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی ارائه شده است.



شکل ۱: مدل اصلاح‌شده مربوط به نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی منفی در رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی

نتایج نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی میانجی رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی هستند. شاخص‌های خی دو (χ^2)، برازش تطبیقی (CFI)، برازش هنجاری (NFI)، برازش نرم نشده (NNFI)، برازش افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) و قریب ریشه میانگین مجذورات (RMSEA) برای مدل برازش شده مربوط به رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی به ترتیب برابر (p=۰/۰۰۱) ۱۱۲/۵۰، ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۹۴، ۰/۹۱ و ۰/۰۸ بود. بر اساس منابع موجود (۳۶) بهتر است شاخص‌های برازش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند و RMSEA کمتر از ۰/۰۸ باشد. ازاین‌رو، با توجه به شاخص‌های برازش به‌جز دو شاخص مربوط به χ^2 می‌توان استنباط کرد که مدل برازش شده از برازش مطلوبی برخوردار است. سابقه آسیب به‌طور مثبت و معنی‌داری پیش‌بینی کننده نشانه‌های شخصیت مرزی (p<۰/۰۵، β=۰/۲۹، t=۲/۴۸)، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار (p<۰/۰۵، β=۰/۴۶، t=۳/۵۹) و مقابله معنوی منفی (p<۰/۰۵، β=۰/۳۴، t=۳/۲۸) بود. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار پیش‌بینی کننده نشانه‌های شخصیت مرزی بودند (p<۰/۰۵، β=۰/۳۱، t=۲/۶۳). همچنین، مقابله معنوی منفی پیش‌بینی کننده نشانه‌های شخصیت مرزی هستند (p<۰/۰۵، **β**=۵/۰۲، t=۴/۱۵). اثر مستقیم سابقه آسیب بر نشانه‌های شخصیت مرزی ۰/۲۹، سابقه آسیب بر راهبردهای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

تنظیم شناختی هیجان ناسازگار ۰/۴۶ و همچنین سابقه آسیب بر مقابله معنوی منفی ۰/۳۴ بود. اثر مستقیم راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار بر نشانه‌های شخصیت مرزی ۰/۳۱ و درنهایت اثر مستقیم مقابله معنوی منفی بر نشانه‌های شخصیت مرزی ۰/۵۲ بود. اثر غیرمستقیم سابقه آسیب بر نشانه‌های شخصیت مرزی برابر ۰/۳۲ بود. در شکل ۱ نتایج مربوط به شاخص‌های مدل اصلاح‌شده مربوط به نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی در رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی ارائه شده است.

نتایج مربوط به شکل ۱ نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و مقابله معنوی منفی میانجی رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی هستند. شاخص‌های χ^2، CFI، NFI، NNFI، IFI، GFI و RMSEA برای مدل اصلاح‌شده برابر (p=۰/۰۰۱) ۱۰۲/۷۷، ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۲ و ۰/۰۷۶ بود. اگرچه خی دو از ۱۱۲/۵۰ به ۱۰۲/۷۷ کاهش یافت، اما کماکان معنادار بود. باوجوداین، شاخص‌های برازش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و RMSEA کمتر از ۰/۰۸ است. سابقه آسیب به‌طور مثبت و معنی‌داری پیش‌بینی کننده نشانه‌های شخصیت مرزی (p<۰/۰۵، β=۰/۲۷، t=۲/۲۶)، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار (p<۰/۰۵، β=۰/۴۵، t=۳/۲۸) و مقابله معنوی منفی (p<۰/۰۵، β=۰/۳۴، t=۳/۵۵) است. راهبردهای ناسازگار نیز پیش‌بینی کننده نشانه‌های شخصیت مرزی هستند (p<۰/۰۵، β=۰/۳۵، t=۲/۹۵). همچنین، مقابله معنوی منفی پیش‌بینی کننده نشانه‌های شخصیت مرزی هستند (p<۰/۰۵، β=۰/۵۴، t=۵/۰۷). ازاین‌رو می‌توان گفت که اثر مستقیم سابقه آسیب بر نشانه‌های شخصیت مرزی ۰/۲۷، سابقه آسیب بر راهبردهای ناسازگار ۰/۴۵ و همچنین سابقه آسیب بر مقابله معنوی منفی ۰/۳۴ است. بعلاوه اثر مستقیم راهبردهای ناسازگار بر نشانه‌های شخصیت مرزی ۰/۳۵ و درنهایت اثر مستقیم مقابله معنوی بر نشانه‌های شخصیت مرزی ۰/۵۴ است. از سوی دیگر اثر غیرمستقیم سابقه آسیب بر نشانه‌های شخصیت مرزی برابر ۰/۳۴ بود. ازاین‌رو، با توجه به شاخص‌های برازش به‌جز دو شاخص مربوط به χ^2 می‌توان استنباط کرد که مدل اصلاح‌شده از برازش مطلوبی برخوردار است. بعلاوه، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و مقابله معنوی منفی میانجی رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی زنان هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی در رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی بود. باوجوداین و در درجه اول، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های قبلی (۴، ۳، ۱۰، ۱۶-۱۲) نشان داد که بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی رابطه وجود دارد. بین سابقه آسیب با تنظیم هیجان (۴، ۲۴-۲۲) و همچنین تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی (۴، ۱۳، ۲۷-۲۵) رابطه وجود دارد. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های Fossati و همکاران (۴)، Kuo و همکاران (۱۲) و محمودعلیلو و همکاران (۱۳) نشان داد تنظیم هیجان میانجی رابطه بین سابقه آسیب‌ها و ویژگی‌های شخصیت مرزی است، اما در پژوهش حاضر برخلاف پژوهش‌های ذکرشده آسیب‌های طول عمر مورد بررسی قرار گرفته است. بین عوامل استرس‌زا یا آسیب‌ها با مقابله معنوی (۲۹) و مقابله معنوی با صفات شخصیتی (۳۰، ۳۱) رابطه وجود دارد. سرانجام، یافته‌های این پژوهش مشابه یافته‌های منصوری و همکاران (۳۲) نشان داد که بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی مثبت و منفی رابطه وجود دارد.

علیرغم آنچه ذکر شد، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و مقابله معنوی منفی میانجی رابطه بین سابقه آسیب و نشانه‌های شخصیت مرزی هستند. به‌عبارت‌دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار ازجمله نشخوار فکری، فاجعه نمایی و دیگر سرزنشگری و همچنین مقابله معنوی منفی ازجمله مقابله‌های منفی شخصی، اجتماعی و دینی مکانیسم‌هایی هستند که می‌توانند تبیین کنند چگونه تجربه‌های آسیب‌زا می‌توانند منجر به نشانه‌های بعدی شخصیت مرزی شوند. اگرچه نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های Fossati و همکاران (۴)، Kuo و همکاران (۱۲) و محمودعلیلو و همکاران (۱۳) نشان داد تنظیم هیجان میانجی رابطه بین آسیب‌های دوره کودکی و ویژگی‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

شخصیت مرزی است. باوجوداین، پژوهشی همسو یا ناهم‌سو با یافته‌های پژوهش حاضر مشاهده نشد.

همان‌طور که پیش‌ازاین گفته شد مقابله معنوی به تلاش افراد برای غلبه بر عوامل استرس‌زا و آسیب‌زا بر اساس منابع غیرمادی یا امور مقدس اشاره دارد (۲۸، ۲۹). مقابله معنوی منفی در هنگام مواجهه با عوامل آسیب‌زا مانع دریافت نیرو از منابع معنوی موجود، جست‌وجوی حس و معنا در زندگی، رشد فرد، حرکت روبه‌جلو و فرا رفتن از مادیات می‌شود. افرادی که از مقابله معنوی منفی استفاده می‌کنند هدف و معنای زندگی خود را نفی می‌کنند. بر ضعف‌ها و محدودیت‌های خود تأکید دارند. بر خطاها یا تخلفات خود تمرکز می‌کنند. نسبت به خدا/قدرت برتر کینه دارند و او را سرزنش و نفی می‌کنند. مردم را به‌عنوان موجوداتی ذاتاً خودخواه و مراقب منافع خود درک می‌کنند (۲۹). از سوی دیگر، افرادی که پس از مواجهه با آسیب‌ها یا رویدادهای منفی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار ازجمله نشخوار فکری، فاجعه نمایی و دیگر سرزنشگری استفاده می‌کنند، به‌طور مکرر به افکار و هیجان‌های منفی مرتبط با آسیب فکر یا تمرکزمی کنند، به فاجعه نمایی یا فکر کردن درباره جنبه‌های وحشتناک آن آسیب می‌پردازند و همچنین به سرزنش محیط یا دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده می‌پردازند (۱۹، ۲۰، ۳۸). ازاین‌رو، افراد یا زنانی که پس از تجربه آسیب‌های طول عمر بر منابع معنوی تأکید ندارند، به نفی هدف و معنای زندگی خود می‌پردازند، بر ضعف‌ها و محدودیت‌های خود تأکید دارند، بر خطاها یا تخلفات خود تمرکز دارند، دیگران را به‌عنوان موجوداتی ذاتاً خودخواه و مراقب منافع خود می‌دانند، نسبت به خداوند کینه دارند، به سرزنش و نفی خداوند می‌پردازند و همچنین پس از تجربه آسیب به‌طور مکرر به افکار و هیجان‌های منفی مرتبط با آسیب فکر می‌کنند یا تمرکز دارند، به فاجعه نمایی یا فکر کردن درباره جنبه‌های وحشتناک آن آسیب می‌پردازند و همچنین به سرزنش محیط یا دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده می‌پردازند، نشانه‌های بیشتری از شخصیت مرزی را به‌واسطه مقابله معنوی منفی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار تجربه می‌کنند و همچنین در معرض خطر بیشتری جهت ابتلا به این اختلال قرار دارند. Miller و Worthington (۳۰) نیز معتقدند افراد مبتلا به BPD ممکن است رابطه بی‌ثباتی با خداوند داشته باشند، معتقدند خداوند آن‌ها را به حال خود رها کرده است و همچنین ممکن است بین ایدئال‌سازی و ناارزنده سازی خداوند در نوسان باشند. باورها و اعمالی که نشان‌دهنده مقابله‌های دینی و معنوی منفی در این افراد می‌باشند.

درمجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و مقابله معنوی منفی میانجی رابطه بین سابقه آسیب با نشانه‌های شخصیت مرزی هستند. این پژوهش به‌صورت مقطعی در مورد گروهی از زنان سرپرست خانوار شهر نیشابور انجام شد. ازاین‌رو، مطالعات طولی و همچنین انجام مطالعاتی در مورد سایر گروه‌ها به‌خصوص گروه‌های بالینی از اهمیت خاصی برخوردار است.

تقدیر و تشکر

تحقیق حاضر برگرفته از پایان‌نامه خانم سکینه خرمی منش است. بدین‌وسیله از تمام کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش همکاری نمودند ازجمله بهزیستی شهر نیشابور و کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدرانی می‌گردد.

References

1. Johnson AB, Gentile JP, Correll TL. Accurately diagnosing and treating borderline personality disorder: A psychotherapeutic case. Psychiatry (Edgmont). 2010; 7(4):21-30.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5thed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the affected biological systems and mechanisms. BMC Psychiatry. 2017; 17(1):221.
4. Fossati A, Gratz KL, Somma A, Maffei C, Borroni S. The mediating role of emotion dysregulation in the relations between childhood trauma history and adult attachment and borderline personality disorder features: A study of Italian nonclinical participants. Journal of Personality Disorders.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

2016; 30(5):653-76.
5. van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. European Psychiatry. 2007; 22(6):354-61.
6. Whisman MA, Schonbrun YC. Social consequences of borderline personality disorder symptoms in a population-based survey: Marital distress, marital violence, and marital disruption. Journal of Personality Disorders. 2009; 23(4):410–15.
7. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychological: An integrative approach. NewYork: Cengage learning; 2014.
8. Ruocco AC, Carcone D. (2016). A neurobiological model of borderline personality disorder: Systematic and integrative review. Harvard Review of Psychiatry, 24(5), 311-29.
9. Reichborn-Kjennerud T, Ystrom E, Neale MC, Aggen SH, Mazzeo SE, Knudsen G. P, Tambs K, Czajkowski NO, Kendler KS. Structure of genetic and environmental risk factors for symptoms of DSM-IV borderline personality disorder. JAMA Psychiatry. 2013; 70(11):1206-14.
10. Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T, Driessen M, Meyer B. Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. Child Abuse & Neglect. 2011; 35(8):647-54.
11. Cotter J, Kaess M, Yung AR. Childhood trauma and functional disability in psychosis, bipolar disorder and borderline personality disorder: A review of the literature. Irish Journal of Psychological Medicine. 2015; 32(1):21–30.
12. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. Child Abuse & Neglect. 2014; 39: 147-55.
13. Mahmoud Alilou M, Hashemi T, Bairami M, Bakhshipour A, Sharifi MA. Investigation the relationship between childhood maltreatment, early losses and separations and emotion dysregulation with borderline personality disorder. 2014; 21(2):65-88. [In Persian].
14. van Dijke A, Hopman J, Ford JD. Affect dysregulation, adult attachment problems, and dissociation mediate the relationship between childhood trauma and borderline personality disorder symptoms in adulthood. European Journal of Trauma & Dissociation. 2018; 2(2):91-9.
15. Flasbeck V, Enzi B, Brüne M. Childhood trauma affects processing of social interactions in borderline personality disorder: An event-related potential study investigating empathy for pain. The World Journal of Biological Psychiatry. 2017; 15:1-11.
16. Belford B, Kaehler LA, Birrell P. Relational health as a mediator between betrayal trauma and borderline personality disorder. Journal of Trauma & Dissociation. 2012; 13(2):244-57.
17. Mousavi Chelak H. Social work (1): Case work. Tehran: SAMT. [In Persian].
18. Thompson RA. Emotional regulation and emotional development. Educational Psychology Review. 1991; 3(4):269–307.
19. Gross JJ. Emotion regulation: Taking stock and moving forward. American Psychological Association. 2013; 13(3):359-65.
20. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and Individual Differences. 2006; 41(6):1045-53.
21. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cognition and Emotion. 2016; 20:1-8.
22. Choi JY, Oh KJ. Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: Mediating effects of emotion regulation. Child Abuse & Neglect. 2014; 38(2):296–303.
23. Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Löwe B, Wolf OT, Spitzer C,

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

Driessen M, Wingenfeld K. The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. Journal of Trauma & Dissociation. 2014; 15(4):384-401.
24. Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. Journal of Affective Disorders. 2017; 1(225):306-12.
25. Salsman NL, Linehan MM. An investigation of the relationships among negative affect, difficulties in emotion regulation, and features of borderline personality disorder. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2012; 34(2):260–67.
26. Fitzpatrick S, Khoury JE, Kuo GR. Examining the relationship between emotion regulation deficits and borderline personality disorder features: A daily diary study. Counselling Psychology Quarterly. 2016; 31(1):42-58.
27. Herr NR, Rosenthal MZ, Geiger PJ, Erikson K. Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. Personality and Mental Health. 2013; 7(3):191-202.
28. Grossoehme DH, Szczesniak RD, Mrug S, Dimitriou SM, Marshall A4, McPhail GL. Adolescents' spirituality and cystic fibrosis airway clearance treatment adherence: Examining mediators. J Pediatr Psychol. 2016; 41(9):1022-32.
29. Charzyńska E. Multidimensional approach toward spiritual coping: Construction and validation of the Spiritual Coping Questionnaire (SCQ). Journal of Religion and Health. 2015; 54(5):1629-46.
30. Miller AJ, Worthington Jr. EL. Connection between personality and religion and spirituality. In: JD Aten, KA O'Grady, Worthington Jr. EL. (Eds.). The psychology of religion and spirituality for clinicians: Using research in your practice. New York, NY: Taylor & Francis Group; 2012.
31. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012; 16:278730.
32. Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. Moderating and mediating role of spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies in the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of generalized anxiety disorder: Developing a conceptual model. Journal of Research in Behavioral Sciences 2018; 16(2):130-42.
33. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). Personality and Individual Differences. 2001; 31(3):409-19.
34. Mohammadzadeh A, Goodarzi A, Taghavi R, Mollazadeh J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz University Students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2006; 7(28):75-89. [In Persian].
35. Green BL. Trauma History Questionnaire. In: BH Stamm, EM Varra (Eds.), Measurement of stress, trauma and adaptation. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996.
36. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. London: Sage; 2006.
37. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences. 2001; 30(8):1311–27.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]

The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation and Spiritual Coping in the Relationship between the History of Trauma and Symptoms of Borderline Personality

Khoramimanesh Sakine[1], **Mansouri Ahmad**[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Although the relationship between history of childhood trauma and symptoms of borderline personality is widely studied, there has been little attention to lifetime traumas and investigate the role of cognitive emotion regulation strategies and spiritual coping as mediators of this relationship. Therefore, the aim of this study was to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation strategies and spiritual coping in the relationship between the history of trauma and symptoms of borderline personality.

Methods and Materials: In a descriptive-correlational study, 200 female-headed households of Neyshabur city were selected by available sampling method. The participants completed Borderline Traits Scale (BTS), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Trauma History Questionnaire (THQ) and Spiritual Coping Questionnaire (SCQ). Data were analyzed by LISREL and SPSS software, using Pearson correlation and structural equation modeling.

Findings: The results of this study showed that proposed model about mediating role of cognitive emotion regulation strategies and spiritual coping in the relationship between the history of trauma and symptoms of borderline personality has an acceptable fit with the data. In addition, maladaptive cognitive emotion regulation strategies and negative spiritual coping mediated the relationship between history of trauma and symptoms of borderline personality.

Conclusions: The results of present study emphasize the importance of maladaptive cognitive emotion regulation strategies and negative spiritual coping in developing the symptoms of borderline personality after the trauma.

Keywords: Borderline personality, Emotion regulation, History of trauma, Spiritual coping.

Citation: Khoramimanesh S, Mansouri A. **The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation and Spiritual Coping in the Relationship between the History of Trauma and Symptoms of Borderline Personality.** J Res Behav Sci 2019; 17(1): 1-11.

Received: 2019/04/26 Accepted: 2019/06/16

1- M.A Student, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad Uniuersity, Neyshabur, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad Uniuersity, Neyshabur, Iran.
Corresponding Author: Ahmad Mansouri, Email: mansoury_am@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.1.4]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.1]