



Studying the Role of Anxiety and Depression in Predicting the Characteristics of Borderline Personality Disorder with Psychological Pain Modulator

Mahsa Saleki ^{1*}, Mohsen Dehghani ², Mohammad Ali Mazaheri Tehrani ³,
Mahmood Heidari ⁴

1. Corresponding Author, Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: m_saleki@sbu.ac.ir
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 30 Sep 2021

Revised: 21 Nov 2021

Accepted: 4 Dec 2021

Published Online: 6 Jun 2023

Keywords:

Anxiety,
Borderline Personality,
Depression,
Mental Pain.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the moderating effect of mental pain on the association between depression, anxiety, and borderline personality disorder. This study was descriptive and correlational in nature. The statistical population of this research consisted of all students at Shahid Beheshti University in Tehran in 2021, and the random sample consisted of 310 men and women. Participants completed the Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Mental Pain Scale (OMMP), and Personality Assessment Index-Characteristics of Borderline Personality Disorder (PAI-BOR). Hierarchically examined data were subjected to multiple regression analysis using SPSS-26 software. The results showed that the variables of anxiety, depression, and mental anguish accurately predict the characteristics of borderline personality disorder. In addition, the interaction between the variables of depression and psychological distress is predictive of borderline personality disorder characteristics. There was no significant interaction between psychological discomfort and anxiety. Therefore, psychological distress has a moderating effect on the relationship between depression and borderline personality disorder characteristics. According to the results, it is explained that the higher experience of mental pain is a result of not satisfying inner and interpersonal needs, and that less satisfaction causes the individual to have a more negative self-image and more negative emotions, or, in other words, more psychological pain. In addition, high levels of psychological distress are associated with elevated levels of borderline personality disorder characteristics, such as emotional instability, identity disorder, and self-harm.

Cite this article: Saleki, M., Dehghani, M., Mazaheri Tehrani, M. A., & Heidari, M. (2023). Studying the Role of Anxiety and Depression in Predicting the Characteristics of Borderline Personality Disorder with Psychological Pain Modulator. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(1), 227-242. doi: 10.22059/JAPR.2023.331374.644023



Publisher: University of Tehran Press

© The Author(s).

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.331374.644023>



بررسی نقش اضطراب و افسردگی در پیش بینی ویژگی های اختلال شخصیت مرزی با تعدیل کنندگی درد روانی

مهسا سالکی^{۱*}، محسن دهقانی^۲، محمدعلی مظاهری^۳، محمود حیدری^۴

۱. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. رایانامه: m_saleki@sbu.ac.ir
۲. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استاد، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۸/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶

کلیدواژه ها:

اضطراب،

افسردگی،

درد روانی،

شخصیت مرزی.

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل کنندگی درد روانی در ارتباط بین افسردگی، اضطراب و ویژگی های اختلال شخصیت مرزی بود. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری مطالعه شامل همه دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی تهران در سال ۱۴۰۰ و نمونه آماری شامل ۳۱۰ نفر مرد و زن بود که به صورت طبقه ای تصادفی انتخاب شدند. شرکت کنندگان به پرسشنامه افسردگی (BDI) و اضطراب بک (BAI)، مقیاس درد روانی (OMMP) و شاخص ارزیابی شخصیت-ویژگی های اختلال شخصیت مرزی (PAI-BOR) پاسخ دادند. داده ها با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش سلسله مراتبی با استفاده از نرم افزار SPSS-26 تحلیل شدند. نتایج نشان داد متغیرهای اضطراب و افسردگی و همچنین متغیر درد روانی به طور معناداری ویژگی های اختلال شخصیت مرزی را پیش بینی می کنند. همچنین اثر متقابل بین متغیرهای افسردگی و درد روانی به طور معناداری پیش بینی کننده ویژگی های اختلال شخصیت مرزی هستند. اثر متقابل درد روانی و اضطراب معنادار نبود؛ بنابراین می توان گفت درد روانی در ارتباط بین افسردگی و ویژگی های اختلال شخصیت مرزی نقش تعدیل کننده دارد. نتیجه این گونه تبیین می شود که تجربه بالاتر درد روانی نتیجه عدم تحقق نیازهای درون و بین فردی است و کمتر برآورده شدن آن موجب می شود فرد انگاره منفی تری نسبت به خود داشته باشد و هیجانات منفی بیشتر و به عبارتی درد روانی بیشتری را تجربه خواهد کند. به علاوه تجربه درد روانی زیاد با اختلال شدیدتر شخصیت مرزی مانند نداشتن ثبات هیجانی، آشفتگی هویت و آسیب به خود همراه می شود.

استناد: سالکی، م.، دهقانی، م.، مظاهری تهرانی، م.، حیدری، م.، ع. (۱۴۰۲). بررسی نقش اضطراب و افسردگی در پیش بینی ویژگی های اختلال شخصیت مرزی با تعدیل کنندگی درد روانی. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۱)، ۲۲۷-۲۴۲. doi: 10.22059/JAPR.2023.331374.644023

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.331374.644023>

© نویسندگان.



مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ یک اختلال روان‌شناختی شدید است که با نقص در تنظیم هیجانی^۲، نوسان سریع خلق^۳، روابط بین‌فردی ناپایدار^۴ و تصویرازخود شکننده^۵ مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). رفتارهای سوء‌مصرف مواد، آسیب به خود و خودکشی در این اختلال به میزان زیادی گزارش می‌شود (کرافورد و همکاران، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اغلب در شناسایی، تمایزگذاری و یکپارچه‌سازی هیجانات خود و دیگران ضعف دارند (نوحی و حسنی، ۱۳۹۵) و معمولاً با هدف کاهش هیجانات منفی از قبیل تنش، اضطراب و سرزنش خود یا حل‌وفصل مشکلی بین‌فردی به آسیب‌زدن به خود بدون قصد خودکشی روی می‌آورند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع این رفتار در بین نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تا ۹۰ و ۹۵ درصد نیز گزارش شده است (گودمن و همکاران، ۲۰۱۷). براساس شواهد پژوهشی، علائم اختلال شخصیت مرزی با وقوع انواع اختلالات روانی همبود مانند اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی نیز مرتبط است (شاه و زانارینی، ۲۰۱۸). اختلالات خلقی شایع‌ترین اختلال همبود با اختلال شخصیت مرزی هستند (شاه و زانارینی، ۲۰۱۸) بیش از نیمی از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هم‌زمان به اختلالات اضطرابی نیز دچار هستند (زانارینی و همکاران، ۲۰۰۴). شیوع اختلالات شخصیت نیز در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی بیشتر است. فراتحلیل فرایبورگ و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد به‌طور خاص حداقل ۱۶ درصد از افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی و ۹ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هم‌زمان به اختلال شخصیت مرزی نیز دچار بوده‌اند (فرایبورگ و همکاران، ۲۰۱۳). بدتنظیمی هیجانی از جمله ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی است (ون در کاپ-دیدر، برنینگ و نیرینگ، ۲۰۲۱؛ سالگو و همکاران، ۲۰۲۱) و بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان مهم‌ترین عامل بروز مشکلات رفتاری شدید شامل خودآسیب‌زنی، رفتارهای خودکشی و رفتارهای تکانشی (مانند مصرف مواد، رفتارهای جنسی پرخطر و بی‌مبالاتی) مطرح شده است (چاپمن، ۲۰۱۹). نقص در تنظیم هیجان، عامل خطری برای افسردگی (جورمن و گاتلیب، ۲۰۱۰؛ بایلر و همکاران، ۲۰۱۷) و اضطراب (اشنایدر و همکاران، ۲۰۱۸) نیز محسوب می‌شود.

طبق نتایج مطالعات، شیوع افسردگی اساسی در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حتی به‌صورت معناداری بیشتر از افراد مبتلا به سایر اختلالات شخصیت است (زانارینی و همکاران، ۲۰۱۹). این افراد، افسردگی را به‌لحاظ کیفی و کمی به‌صورتی متفاوت تجربه می‌کنند (فرتاک، کارن و استنلی، ۲۰۱۶)؛ برای مثال می‌توان گفت نمره‌ای که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به افسردگی خود می‌دهند، بالاتر از برآورد متخصصان است که این خود نشان‌دهنده تجربه ذهنی متفاوت این افراد از افسردگی است (استنلی و ویلسون، ۲۰۰۶). بروز مجدد یا عود اختلال افسردگی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز فراوان است (زانارینی و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی در اختلال شخصیت مرزی با تجربیات عاطفی منفی شدید و مزمن مانند احساس درماندگی^۶، تنهایی^۷، خودویرانگری^۸، ترس از طردشدن^۹ (رهاشدن) و اضطراب^{۱۱} مشخص می‌شود (کوهلینگ و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همراه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بیش از بیماران مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی یا اختلال افسردگی اساسی به‌تنهایی، اقدام به خودکشی می‌کنند (سولوف و چپیتا، ۲۰۱۲). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی افسردگی را به شکلی دیگر تجربه می‌کنند که این امر می‌تواند درد روانی را هم شامل شود (فرتاک، کارن و استنلی، ۲۰۱۶).

1. Borderline Personality Disorder (BPD)
2. emotional dysregulation
3. rapid mood swing
4. unstable interpersonal relationships
5. fragile self-image
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)
7. sense of helplessness
8. loneliness
9. self-destructiveness
10. fears of abandonment
11. anxiety

اختلالات اضطرابی اختلالاتی هستند که ویژگی مشترک آن‌ها ترس مفرط و اضطراب و ناهنجاری‌های رفتاری مرتبط با این علائم است. در واقع اضطراب حس پیش‌بینی خطرات آتی است و به تنش عضلانی، گوش‌به‌زنگی در آماده‌سازی برای خطرات احتمالی آتی و رفتارهای اجتنابی و احتیاطی منجر می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلال روانی هستند و شامل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت‌زدگی و... می‌شوند (باندلو، ۲۰۲۰). اختلالات اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، سه برابر جمعیت عادی است (سیلورمن و همکاران، ۲۰۱۲). در مقایسه با دیگر اختلالات شخصیت نیز افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (زانارینی، فرانکنبرگ و فیتزماوریس، ۲۰۱۴). آنسل و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه هفت‌ساله خود نشان دادند افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ریسک بیشتری برای شروع دوره‌های اختلالات اضطرابی به‌خصوص اختلال هراس، اختلال اضطراب فراگیر و عود اختلال وسواس اجباری دارند (آنسل و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات طولی نشان داده است شیوع اختلالات اضطرابی در اختلال شخصیت مرزی در طول زمان کاهش می‌یابد. حاصل‌شدن بهبودی امری رایج است، ولی عود بیماری هم زیاد اتفاق می‌افتد که نشان می‌دهد اختلالات اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دوره‌ای متناوب طی می‌کند (سیلورمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ زانارینی، فرانکنبرگ و فیتزماوریس، ۲۰۱۴). مطالعات زیادی نشان داده‌اند اختلالات اضطرابی، تأثیری منفی بر اختلال شخصیت مرزی دارد؛ به‌صورتی که میزان بهبودی آن را کاهش و خطر خودکشی و رفتارهای آسیب‌به‌خود را افزایش می‌دهد (هارند و والنشتاین، ۲۰۱۳؛ نپون و همکاران، ۲۰۱۰).

همان‌طور که مطالب ذکر شده نشان می‌دهد، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، تجربه ذهنی متفاوتی با افسردگی و اضطراب دارند و شدت این تجارب در آنان متفاوت است. سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که چه عواملی می‌تواند در ارتباط بین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی و تجربه افسردگی و اضطراب اثرگذار باشند. یکی از عواملی که در تبیین ویژگی‌های شخصیت مرزی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد، درد روانی^۱ (درد هیجانی یا درد ذهنی) است. درد روانی، دامنه وسیعی از تجربه‌های ذهنی است که به‌عنوان تغییرات منفی در خود و عملکرد آن ادراک می‌شود. این تجربیات با احساسات منفی شدیدی همراه است و از دیگر حالات منفی و احساسی مانند افسردگی و اضطراب مجزا است (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳). وقتی رفع نیازهای اساسی فرد محدود شود و هیچ‌گونه تغییر پیش‌بینی‌شده‌ای در آینده وجود نداشته باشد، تجربیات هیجانی منفی اساسی می‌تواند به تجربه مزمن و تعمیم‌یافته‌ای از درد روانی تحمل‌ناپذیر تبدیل شوند. در مقایسه با درد و رنج هیجانی گذرا، درد روانی دارای ویژگی‌های صفت‌مانند بیشتری است و با درک از خود در طول زمان ارتباط دارد (فرتاک، کارن و استنلی، ۲۰۱۶). زانارینی و فرانکنبرگ (۲۰۰۷) مشخصه اصلی اختلال شخصیت مرزی را شدت درد هیجانی و نه احساس رهاشدن توصیف می‌کنند و اهمیت درد هیجانی را بالاتر از احساس ترک و رهاشدگی معرفی می‌کنند. ادعا شده است که درد روانی چندوجهی می‌تواند محرک علائم رفتاری و بین‌فردی اختلال شخصیت مرزی باشد (فرتاک، کارن و استنلی، ۲۰۱۶)، ولی در مقایسه با ویژگی‌های دیگر اختلال شخصیت مرزی، کمتر به آن پرداخته شده است. شواهد نشان می‌دهد درد روانی با بروز رفتارهای خودکشی و ایده‌پردازی خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی رابطه دارد (کمپوس و همکاران، ۲۰۱۹؛ دوکاس و همکاران، ۲۰۱۷؛ می و همکاران، ۲۰۱۱؛ اولیه و همکاران، ۲۰۱۰؛ وان هرینگن و همکاران، ۲۰۱۰؛ ذرراتی، برماس و ثابت، ۱۳۹۹). نتایج مطالعات پمپیلی و همکاران (۲۰۰۸) و دلیسل و هلدن (۲۰۰۹) نیز نشان می‌دهد درد روانی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی بعد از کنترل افسردگی و ناامیدی است. به عبارت دیگر، منشأ علائم رفتاری و بین‌فردی به‌ویژه رفتارهای خودکشی یا صدمه‌زدن به خود بدون قصد خودکشی می‌تواند راهبردی ناسازگار برای مدیریت و بیان حالت‌های تحمل‌ناپذیر رنج هیجانی باشد (زانارینی و فرانکنبرگ، ۲۰۰۷). نکته قابل توجه، وجود بیماران افسرده‌ای است که با خودکشی فوت نکرده‌اند و در مقابل افرادی که افسرده نبوده‌اند ولی اقدام به خودکشی کرده‌اند (وروجیو و همکاران، ۲۰۱۶) و براساس نظر صاحب‌نظران وجود عامل مهمی به نام درد روانی این وضعیت را تبیین می‌کند (ناهالیل و همکاران، ۲۰۱۴). براساس مدل آشنایدمن (۱۹۹۳) درد روانی، متغیری نیرومند در پیش‌بینی رفتارهای خودکشی است و سایر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با خودکشی نیز به‌واسطه ارتباط با درد روانی

با افکار خودکشی ارتباط دارند. مدل مذکور به‌وسیله پژوهش‌های بعدی مانند مونتمارانو و همکاران (۲۰۱۸) نیز تأیید شده است. نتایج پژوهش اوردونز-کاراسکو و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد درد روانی می‌تواند رابطه بین احساس گرفتاری^۱ و افکار خودکشی را تعدیل کند. همچنین درد روانی می‌تواند واسطه بین فشار روانی و افکار خودکشی باشد (کمپوس و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش دیویس و اندرسون (۲۰۲۱) نیز مشخص کرد در افراد با آسیب‌شناسی روانی در شخصیت، درد روانی می‌تواند رفتارهای آسیب به خود را تحت تأثیر قرار دهد. درعین حال درد روانی، بعدی برجسته در اختلالات افسردگی نیز هست و حساسیت به درد روان‌شناختی و جسمانی در افسردگی بیشتر است (کانیرو و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به اهمیت درد روانی و تجربیات هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و همچنین تجربیات متفاوت افسردگی و اضطرابی که افراد دارند، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل‌کنندگی درد روانی در ارتباط بین افسردگی، اضطراب و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی بود. به عبارتی دیگر، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثرات تعاملی بین افسردگی، اضطراب و درد روانی در ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی بود.

فرضیه اصلی تحقیق حاضر به شرح زیر است:

درد روانی، رابطه بین افسردگی و اضطراب با ویژگی‌های شخصیت مرزی را تعدیل می‌کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش غیرآزمایشی و از نوع همبستگی است. در این روش، روابط هم‌زمانی بین دو یا چند متغیر از طریق همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله‌مراتبی بررسی می‌شود. جامعه آماری این مطالعه، تمامی دانشجویان کارشناسی تا دکتری تمامی رشته‌های تحصیلی دانشگاه‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ است. نمونه آماری شامل ۳۱۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی است که با مراجعه به کلاس‌ها، افرادی که تمایل به پاسخگویی داشتند انتخاب شدند. برای برآورد حجم نمونه، از نرم‌افزار G-power-3.1 استفاده شد. بدین صورت که با انتخاب مدل رگرسیون چندگانه خطی و در نظر داشتن پارامترهای مقدار خطا (آلفا) ۰/۰۱، توان آزمون ۰/۹۹، تعداد سه متغیر پیش‌بین (اضطراب، افسردگی و درد روانی) و آزمون یک‌طرفه حجم نمونه ۲۸۲ نفر برآورد شد. به دلیل احتمال مخدوش‌بودن پرسشنامه‌ها و کم‌تر بودن تعداد داده‌ها از حجم نمونه برآوردشده، نمونه‌های بیشتری در نظر گرفته شد که در مجموع داده‌های باقی‌مانده در تجزیه و تحلیل ۳۱۰ نفر را شامل شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: سن حداقل ۱۸، عدم سوء‌مصرف مواد و مشکلات جسمی شدید. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها، سابقه اختلال‌های روان‌پریشی و سابقه مصرف مواد بود.

روش اجرا

پس از اخذ مجوز از دانشگاه شهید بهشتی و با هماهنگی با دانشکده‌های منتخب، پرسشنامه‌ها بین دانشجویانی که تمایل به پاسخ‌دهی بودند بعد از کلاس توزیع شد. در شروع جلسه، فرایند و نحوه تکمیل اطلاعات به آن‌ها توضیح داده شد، اطلاعات کامل پژوهش در اختیارشان قرار گرفت. درمورد محرمانه‌بودن اطلاعات کسب‌شده نیز توضیح داده شد و رضایت کتبی شرکت آگاهانه در پژوهش از آنان اخذ شد. در مرحله بعد، مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک، مقیاس درد روانی و پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی در اختیار آنان قرار گرفت تا آن‌ها را تکمیل کنند. شایان ذکر است جمع‌آوری اطلاعات این مطالعه قبل از شیوع کرونا بوده است. برای آزمون فرضیه این پژوهش، ابتدا شاخص‌های توصیفی و توزیع (میانگین و انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی) محاسبه شد و سپس در بخش استنباطی، ابتدا همبستگی پیرسون و سپس از طریق رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله‌مراتبی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 تجزیه و تحلیل‌ها انجام شد. برای انجام این پژوهش، کد اخلاق با شناسه IR.SBU.REC.1399.011 از دانشگاه شهید بهشتی گرفته شد. از آنجا که در این مطالعه، هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و

شرکت‌کنندگان صرفاً به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند؛ بنابراین ملاحظات اخلاقی صورت‌گرفته بدین‌صورت بود که در پرسشنامه‌ها هیچ اطلاعات شخصی‌ای دریافت نشد و در هنگام جمع‌آوری اطلاعات فقط در صورت رضایت به افراد پرسشنامه تحویل داده شد.

ابزار سنجش

مقیاس درد روانی^۱ (OMMP)

این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت درد روانی توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۴ ماده است و اعتبار اولیه آن روی ۲۵۵ دانشجوی انجام شد. تحلیل عوامل اکتشافی اورباخ و همکاران (۲۰۰۳)، نه خرده‌مقیاس برای اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف درد روانی شامل تغییرناپذیری^۲، فقدان کنترل^۳، خودشیفتگی/بی‌ارزشی^۴، آشفتگی هیجانی^۵، خشک‌زدگی^۶ (بهت)، ازخودبیگانگی^۷، سردرگمی^۸، فاصله‌گیری اجتماعی^۹ و پوچی^{۱۰} (بی‌معنایی) را شناسایی کرد. در یک مطالعه اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آزمون بازآزمون^{۱۱} این پرسشنامه در فاصله سه‌هفتگی در یک نمونه ۵۳ نفری (۳۰ زن و ۲۳ مرد) در دامنه بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کردند و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) در خرده‌مقیاس تغییرناپذیری ۰/۹۵، فقدان کنترل ۰/۹۵، خودشیفتگی/بی‌ارزشی ۰/۹۳، آشفتگی هیجانی ۰/۹۳، خشک‌زدگی (بهت) ۰/۸۵، ازخودبیگانگی ۰/۷۹، سردرگمی ۰/۸۰، فاصله‌گیری اجتماعی ۰/۸۰ و پوچی (بی‌معنایی) ۰/۷۵ گزارش شد. همچنین برای محاسبه روایی همگرایی این مقیاس، اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) هم‌زمان به محاسبه ضریب همبستگی مقیاس درد روانی با اضطراب، افسردگی پرداختند. نتایج نشان داد ضریب همبستگی با افسردگی در دامنه ۰/۲۶ تا ۰/۶۴ و اضطراب در دامنه ۰/۲۷ تا ۰/۵۰ است که روایی همگرایی^{۱۲} این مقیاس را با اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد. در پژوهش کرمی، بگیان، مؤمنی و الهی (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۶، خرده‌مقیاس پوچی ۰/۹۵، خرده‌مقیاس سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰/۸۹، خرده‌مقیاس فقدان کنترل ۰/۸۷، خرده‌مقیاس تغییرناپذیری ۰/۸۷، خرده‌مقیاس فاصله‌گیری اجتماعی/ازخودبیگانگی ۰/۸۶ و خرده‌مقیاس ترس از تنهایی ۰/۶۱ به‌دست آمد.

مقیاس افسردگی بک^{۱۳} (BDI)

مقیاسی است که به‌عنوان ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش افسردگی به شکل گسترده‌ای استفاده می‌شود. این مقیاس، از مشاهده نشانه‌های بیماران افسرده به‌دست آمده است. گویه‌های این مقیاس برحسب شدت وضعیت گزارش‌شده توسط بیمار، از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود (بک و استیر^{۱۴}، ۱۹۹۳). گویه‌های مقیاس در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های در زمینه‌هایی مانند غم، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، ازدست‌دادن اشتها و ازخودبیزاری هستند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هریک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به‌دست می‌آید. فتی و همکاران (۱۳۸۶) این مقیاس را روی نمونه‌ای ۹۴ نفری از جمعیت ایرانی اجرا کردند و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش کردند. روایی این مقیاس در نمونه ایرانی نیز در پژوهش دابسون، محمدخانی و

1. Orbach And Mikulincer Mental Pain Questionnaire (OMMP)

2. irreversibility

3. loss of control

4. narcissistic wounds

5. emotional flooding

6. freezing

7. estrangement

8. confusion

9. social distancing

10. emptiness

11. Test-retest coefficient

12. convergent validity

13. Beck Depression Inventory (BDI)

14. Beck & Steer

مساح چولابی (۱۳۸۶) در حد مطلوب گزارش شده است. بک و استیر (۱۹۹۸) با تمرکز بر ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک (BDI) با نمونه‌های روان‌پزشکی و غیرروان‌پزشکی که بین سال‌های ۱۹۶۱ تا ژوئن ۱۹۸۶ بررسی شده بود، همسانی درونی را برای بیماران ۰/۸۶ و ۰/۸۱ برای افراد غیرروان‌پزشکی محاسبه کردند. روایی همزمان BDI با توجه به رتبه‌بندی‌های بالینی و مقیاس رتبه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون برای افسردگی (HRSD) نیز بالا بود. میانگین همبستگی نمونه‌های BDI با رتبه‌بندی بالینی و HRSD برای بیماران روان‌پزشکی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۳ بود. در مورد افراد غیرروان‌پزشکی، میانگین همبستگی BDI با رتبه‌بندی بالینی و HRSD به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۷۴ بود.

مقیاس اضطراب بک (BAI)

مقیاسی ۲۱ ماده‌ای است که در آن، آزمودنی در هر ماده، یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت اضطراب او است انتخاب می‌کند. این مقیاس با هدف سنجش شدت‌های نشانه اضطراب و کاهش همپوشی با نشانه‌های افسردگی ابداع شده است (بک، اپستین، براون و استیر، ۱۹۸۸).

بک و همکارانش (۱۹۸۸) نشان دادند ساختار مقیاس اضطراب، یک‌عاملی است و همسانی درونی آن برابر با $\alpha=0/92$ است. بازآزمایی این آزمون را آن‌ها بعد از یک هفته ۰/۷۵ گزارش کردند. کویانی و موسوی (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای که در ایران بر مقیاس اضطراب یک گروه ۲۰ تا ۵۰ ساله انجام دادند، با بررسی همبستگی میان طبقه‌ای به‌عنوان شاخصی برای روایی مقدار ۰/۷۲ را به‌دست آوردند که نشان می‌دهد از روایی برخوردار است. به‌علاوه پایایی از روش آلفای کرونباخ در مطالعه کویانی و موسوی ۰/۹۲ به‌دست آمد. در مطالعه‌ای دیگر که بشارت (۱۳۸۱ و ۱۳۸۴) روی مقیاس اضطراب بک انجام داد، در گروه نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و برای آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش کرد که حاکی از همسانی درونی خوب مقیاس است. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آمد.

شاخص ارزیابی شخصیت-ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی (PAI-BOR)^۲

خرده‌مقیاس ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در شاخص ارزیابی شخصیت، یک ابزار خودگزارشی ۲۴ ماده‌ای است که برای ارزیابی ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی طراحی شده است (موری، ۱۹۹۱). این ابزار برای افراد هجده سال به بالا ساخته شده و برای ارزیابی اختلال شخصیت مرزی در نمونه بالینی و غیربالینی مفید است. شاخص مذکور، چهار خرده‌مقیاس بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات هویتی، روابط بین‌فردی و آسیب‌زدن به خود را می‌سنجد. از افراد خواسته می‌شود در یک طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از غلط یا کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً صحیح (۴) پاسخ‌های خود را ثبت کنند. نمرات بالاتر در این شاخص نشان‌دهنده اختلال شدیدتر شخصیت مرزی است. روایی این مقیاس در پژوهش ترال^۳ (۱۹۹۵)، ۰/۹۱ و ضریب همسانی درونی ۰/۷۶ به‌دست آمد که نشان‌دهنده ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این شاخص است. در نمونه ایرانی نیز همسانی درونی این پرسشنامه برای خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۶۹ تا ۰/۸۲ و روایی آن نیز با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مطلوب گزارش شده است (اسماعیلیان، دهقانی، مرادی و خطیبی، ۱۳۹۸).

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش، روابط هم‌زمانی بین دو یا چند متغیر از طریق همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله‌مراتبی استفاده شد) بررسی می‌شود. برای برآورد حجم نمونه از نرم‌افزار G-power-3.1 و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از نرم‌افزار SPSS-26 استفاده شد.

1. Beck Anxiety Inventory (BAI)
2. Personality Assessment Inventory-Borderline Scale (PAI-BOR)
3. Trull

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۳۱۰ نفرند که ۸۲/۲ درصد از آن‌ها زن و ۱۷/۸ درصد از آن‌ها مرد هستند. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان ۲۷/۹۶ با انحراف استاندارد ۹/۱۸ است. از نظر وضعیت تأهل، ۵۷/۲ درصد از آن‌ها مجرد و ۴۲/۸ درصد از آن‌ها متأهل‌اند.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی، اضطراب، افسردگی و درد روانی

ردیف	متغیر	شاخص‌های توصیفی				همبستگی سایر متغیرها با شخصیت مرزی				
		M	SD	SK	KU	۱	۲	۳	۴	۵
۱	بی‌ثباتی هیجانی	۱۴/۱۳	۳/۶۰	۰/۲۴	-۰/۴۲	-	-	-	-	-
۲	روابط منفی	۱۲/۷۹	۳/۱۵	۰/۲۹	-۰/۱۹	-	-	-	-	-
۳	آشننگی هویت	۱۴/۰۲	۳/۶۳	۰/۲۷	-۰/۴۵	-	-	-	-	-
۴	خودجرحی (آسیب به خود)	۱۱/۶۰	۳/۶۵	۰/۷۴	۰/۲۴	-	-	-	-	-
۵	نمره کل (شخصیت مرزی)	۵۲/۵۴	۱۱/۱۳	۰/۴۱	۰/۰۲	-	-	-	-	-
۶	اضطراب	۱۳/۴۲	۱۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۰۳	۰/۵۳	۰/۴۲	۰/۵۱	۰/۴۴	۰/۶۰
۷	افسردگی	۱۴/۵۱	۱۰/۷۷	۰/۸۰	۰/۱۸	۰/۵۳	۰/۴۸	۰/۵۶	۰/۴۴	۰/۶۳
۸	تغییرناپذیری	۱۹/۶۰	۸/۳۸	۰/۵۰	-۰/۵۶	۰/۵۱	۰/۴۱	۰/۵۳	۰/۴۳	۰/۵۹
۹	فقدان کنترل	۱۷/۷۱	۷/۴۴	۰/۸۸	۰/۱۰	۰/۵۴	۰/۴۴	۰/۶۲	۰/۵۳	۰/۶۸
۱۰	خودشیفتگی/بی‌ارزشی	۸/۱۷	۳/۸۱	۱/۵۱	۱/۴۹	۰/۵۰	۰/۴۷	۰/۵۵	۰/۴۸	۰/۶۳
۱۱	آشننگی هیجانی	۱۱/۷۶	۴/۵۳	۰/۳۵	-۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۴۶	۰/۶۰	۰/۴۷	۰/۶۶
۱۲	خشک‌زدگی (بهت)	۵/۳۱	۲/۶۷	۱/۲۴	۱/۰۵	۰/۴۵	۰/۳۸	۰/۵۳	۰/۴۲	۰/۵۶
۱۳	ازخودبیگانگی	۶/۲۱	۲/۹۱	۰/۸۵	۰/۱۲	۰/۵۰	۰/۴۶	۰/۵۴	۰/۵۰	۰/۶۳
۱۴	سردرگمی	۶/۶۶	۳/۰۴	۰/۵۶	-۰/۵۴	۰/۴۶	۰/۳۸	۰/۵۶	۰/۴۴	۰/۵۸
۱۵	گیری اجتماعی فاصله	۹/۷۳	۳/۲۸	۰/۰۳	-۰/۵۲	۰/۴۰	۰/۳۹	۰/۴۸	۰/۲۷	۰/۴۸
۱۶	پوچی (بی‌معنایی)	۵/۲۴	۲/۴۷	۰/۹۵	۰/۲۵	۰/۲۸	۰/۳۳	۰/۴۴	۰/۳۶	۰/۴۸
	نمره کل (درد روانی)	۹۰/۴۵	۳۴/۰۸	۰/۶۷	-۰/۱۷	۰/۵۶	۰/۴۸	۰/۶۲	۰/۵۰	۰/۶۸

نکته: M: میانگین، SD: انحراف استاندارد، SK: کجی، KU: کشیدگی، N=۳۱۰؛ همه همبستگی‌ها در سطح $0.01 < p < 0.05$ معنادار هستند.

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی و توزیع داده‌ها (کجی و کشیدگی) متغیرهای ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی، اضطراب، افسردگی و درد روانی را نشان می‌دهد. شاخص‌های توزیع کجی و کشیدگی در صورتی که بین مقدار ± 1.96 باشند، شکل توزیع داده‌ها نرمال هستند (مایرز، ترجمه رضایی، ۱۳۹۹). نتایج این دو شاخص نشان می‌دهد توزیع داده‌ها نرمال است. قبل از آزمون فرضیه این مطالعه، همبستگی اضطراب، افسردگی و درد روانی با ویژگی‌های شخصیت مرزی بررسی شد. نتایج نشان داد بین درد روانی، اضطراب و افسردگی با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی، رابطه معنادار وجود دارد (جدول ۱). همبستگی بین اضطراب و افسردگی $0.64 < r < 0.05$ و معنادار است.

سپس برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی درد روانی در رابطه بین اضطراب و افسردگی با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی، از رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله‌مراتبی استفاده شد. بدین منظور در ابتدا متغیرهای اضطراب و افسردگی در گام اول وارد شد. در گام دوم متغیر درد روانی به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده وارد مدل شد. در گام سوم، تعامل بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر تعدیل‌کننده وارد مدل و نتایج آن گزارش شد. تعامل بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر تعدیل‌کننده با استفاده از ضرب متغیرهای پیش‌بین در متغیر تعدیل‌کننده به‌دست آمد. برای انجام این کار، ابتدا نرمال‌بودن داده‌ها بررسی شد (جدول ۱) و سپس دو متغیر پیش‌بین و تعدیل‌کننده در هم ضرب شدند.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس و خلاصه رگرسیونی پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی از اضطراب و افسردگی با تعدیل‌کنندگی درد روانی

گام	SS	df	MS	F	P	R	R ^۲	adj R ^۲	ΔR ^۲
۱ رگرسیون	۱۷۸۵۱/۹۶	۲	۸۹۲۵/۹۸	۱۳۴/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۴۷	۰/۴۶	۰/۴۷
باقی‌مانده	۲۰۴۳۵/۱۵	۳۰۷	۶۶/۵۶						
کل	۳۸۲۸۷/۱۱	۳۰۹							
۲ رگرسیون	۲۰۲۷۵/۴۰	۳	۶۷۵۸/۴۷	۱۱۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۰۶
باقی‌مانده	۱۸۰۱۱/۷۱	۳۰۶	۵۸/۸۶						
کل	۳۸۲۸۷/۱۱	۳۰۹							
۳ رگرسیون	۲۰۶۰۳/۸۸	۵	۴۱۲۰/۷۸	۷۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۵۴	۰/۵۳	۰/۰۱
باقی‌مانده	۱۷۶۸۳/۲۳	۳۰۴	۵۸/۱۷						
کل	۳۸۲۸۷/۱۱	۳۰۹							

نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد در گام اول، متغیرهای پیش‌بین (اضطراب و افسردگی) ۴۷ درصد از واریانس ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی را تبیین می‌کنند. در گام دوم، با وارد شدن متغیر تعدیل‌کننده (درد روانی)، ۶ درصد واریانس تبیین شده اضافه شد و به ۵۲ درصد رسید. در گام سوم، با وارد شدن تعامل بین متغیرهای پیش‌بین و تعدیل‌کننده ۱ درصد واریانس افزایش یافت و به ۵۳ درصد رسید. همچنین شایان ذکر است معناداری آزمون F در هر سه گام، نتایج تحلیل رگرسیون را تأیید کرد (جدول ۲).

جدول ۳. ضرایب رگرسیونی پیش‌بین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی از روی اضطراب و افسردگی با تعدیل‌کنندگی درد روانی

پیش‌بین	b	Std.E	β	t	p
ثابت (گام یکم)	۴۱/۶۷	۰/۸۱		۵۱/۴۵	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۳۴	۰/۰۶	۰/۳۳	۶/۱۸	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۴۳	۰/۰۶	۰/۴۲	۷/۷۸	۰/۰۰۱
ثابت (گام دوم)	۳۴/۸۰	۱/۳۱		۲۶/۴۸	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۳۴	۰/۰۵	۰/۲۴	۴/۴۵	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۱۹	۰/۰۶	۰/۱۸	۲/۹۱	۰/۰۰۴
درد روانی	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۴۰	۶/۴۲	۰/۰۰۱
ثابت (گام سوم)	۳۱/۹۷	۲/۱۲		۱۵/۰۷	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۱۱	۰/۱۶	۰/۱۰	۰/۶۶	۰/۵۰۹
افسردگی	۰/۵۴	۰/۱۷	۰/۵۲	۳/۲۰	۰/۰۰۲
درد روانی	۰/۱۶	۰/۰۳	۰/۵۰	۵/۸۵	۰/۰۰۱
درد روانی × اضطراب	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۹۳	۰/۳۵۳
درد روانی × افسردگی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-۰/۴۹	-۲/۲۴	۰/۰۲۶

بررسی نتایج ضرایب رگرسیونی استاندارد شده نشان داد درد روانی، رابطه بین افسردگی و ویژگی‌های شخصیت مرزی را تعدیل می‌کند. بدین معنی که افراد با درد روانی بیشتر، افسردگی بیشتری دارند و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی بیشتری نیز در آن‌ها مشاهده می‌شود. همچنین ضریب رگرسیونی اثر تعدیل‌کنندگی درد روانی و اضطراب نشان داد درد روانی با اضطراب نقش تعدیل‌کنندگی ندارد (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش تعدیل‌کنندگی درد روانی در ارتباط بین افسردگی، اضطراب و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان داد درد روانی، اضطراب و افسردگی با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی دارای

رابطه معنادار است. بدین معنی که نقش تعدیل‌کنندگی وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت افرادی که ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی بیشتری دارند، درد روانی بالاتری را تجربه می‌کنند و تجربه افسردگی و اضطراب نیز در آنان بیشتر است. این یافته با پژوهش دیویس و اندرسون (۲۰۲۱)، می و همکاران (۲۰۱۱) و زانارینی، فرانکنبرگ و فیتزماوریس (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین این ارتباط می‌توان به نقش اساسی بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اشاره کرد. این افراد در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز بین فردی دچار افکار تکراری منفی می‌شوند و همچنین عاطفه منفی شدیدی را نیز تجربه می‌کنند. تجربه اضطراب و افسردگی و همچنین درد روانی می‌تواند پیامد افکار و عواطف منفی باشد. بروز افکار و عواطف منفی به تداوم مشکلات هیجانی افراد با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی و بروز راهبردهای ناسازگار در پاسخ به مشکلات هیجانی منجر می‌شود. افراد با ویژگی‌های شخصیت مرزی، اغلب در تنظیم هیجان دچار مشکل هستند. مشکلات بین فردی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز می‌تواند ناشی از مشکلات تنظیم هیجان آنان باشد. بروز رفتارهای خودکشی و رفتارهای خودجرحی غیر خودکشی‌گرا در این افراد می‌تواند یک راهبرد ناسازگار در مدیریت و ابراز حالت تحمل‌ناپذیر رنج هیجانی باشد. براین اساس رابطه معنادار بین درد روانی، اضطراب و افسردگی با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی مورد انتظار است. همان‌طور که فرتاک، کارن و استنلی (۲۰۱۶) نیز گزارش داده‌اند، درد روانی می‌تواند محرک علائم رفتاری و بین فردی اختلال شخصیت مرزی باشد (فرتاک، کارن و استنلی، ۲۰۱۶). دیویس و اندرسون (۲۰۲۱) نیز گزارش دادند که درد روانی با آسیب به خود و همچنین ویژگی‌های شخصیتی مانند هیجان‌پذیری منفی، تضادورزی، روان‌پریشی ارتباط دارد. می و همکاران (۲۰۱۱) ۷۳ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی و ۹۹ نفر در گروه کنترل را در زمینه درد روانی، افسردگی، ناامیدی و رفتارهای خودکشی مطالعه، و گزارش کردند که افراد با درد روانی بالاتر نمرات بیشتری نیز در رفتارهای خودکشی کسب می‌کنند. نتایج همچنین نشان‌دهنده همبستگی معنادار بین درد روانی و افسردگی است (می و همکاران، ۲۰۱۱).

نتایج رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله‌مراتبی نیز نشان داد متغیرهای اضطراب و افسردگی و همچنین متغیر درد روانی به‌طور معناداری ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج تحلیل در گام آخر نیز مشخص کرد تعامل بین متغیرهای اضطراب و افسردگی و درد روانی، پیش‌بینی‌کننده معنادار ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی است. این اثر تعاملی برای متغیر اضطراب معنادار نبود، ولی تعامل بین افسردگی و درد روانی معنادار بود. به عبارت دیگر می‌توان گفت متغیر درد روانی، رابطه بین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی و افسردگی را تعدیل می‌کند. پژوهش‌هایی که به بررسی اثرات تعدیل‌کنندگی درد روانی بر ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شده باشد بسیار محدود است. پژوهش حاضر، از محدود پژوهش‌هایی است که بر اثرات تعاملی افسردگی و اضطراب درد روانی در ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی پرداخته است. نتایج پژوهش حاضر، نقش مهم درد روانی را در ارتباط با افسردگی و نیز ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی برجسته‌تر کرد و پیشینه پژوهشی موجود را به‌ویژه در زمینه ارتباط بین درد روانی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی گسترش می‌دهد. نتایج پژوهش حاضر تا حدودی و نه به‌طور کامل با پژوهش اوردونز-کاراسکو و همکاران (۲۰۲۰) و وان هرینگن و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. اوردونز-کاراسکو و همکاران (۲۰۲۰) به مطالعه اثر تعدیل‌کنندگی درد روانی در رابطه بین احساس گرفتاری و افکار خودکشی در ۶۲۰ نفر پرداختند و گزارش کردند که درد روانی، رابطه بین احساس گرفتاری و افکار خودکشی را تعدیل می‌سازد. وان هرینگن و همکاران (۲۰۱۰) نیز گزارش داده‌اند که درد روانی در افراد افسرده، با افزایش خطر خودکشی ارتباط دارد و این سطح بالای درد روانی با مناطق مغزی دخیل در تنظیم هیجان مرتبط است. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد تجربه درد روانی بالاتر با افسردگی بیشتر و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی بیشتر در ارتباط است. در تبیین این یافته می‌توان به نقش درد روانی در ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی به‌ویژه افکار و رفتارهای خودکشی اشاره کرد. تجربه مشکلات هیجانی شدید و همچنین افکار منفی در افراد با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی به تجربه رنج تحمل‌ناپذیری در فرد منجر می‌شود. این تجربه تحمل‌ناپذیر از عواطف منفی می‌تواند به بروز راهبردهایی برای کاستن یا پایان دادن به آن‌ها بینجامد. بروز رفتارهای مانند آسیب به خود و خودکشی که از ویژگی‌های اصلی در اختلال شخصیت مرزی است می‌تواند نتیجه تجربه این رنج تحمل‌ناپذیر باشد. شنایدمن (۱۹۹۳) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین صاحب‌نظران در زمینه خودکشی، درد روانی را به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی در

رفتارهای خودکشی معرفی می‌کند و اعتقاد دارد که رفتارهای خودکشی، بدون درد روانی اتفاق نمی‌افتد (اشنایدمن، ۱۹۹۳). او اعتقاد داشت درد روانی حاصل ناکامی و بی‌پاسخ‌ماندن نیازهای اصلی شخص مانند دوست داشته‌شدن، توانایی کنترل، حمایت از خودانگاره خود، اجتناب از شرم و خجالت و احساس امنیت ایجاد می‌شود که در آن، شخص رضایت ندارد و نمی‌تواند زنده بماند. ناکامی در برآورده‌ساختن این نیازها سبب تجربه احساساتی مانند گناه، شرم، شکست، تحقیر، ناامیدی و خشم می‌شود (اشنایدمن، ۱۹۹۹)؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که تجربه شدیدتر درد روانی، نتیجه عدم تحقق نیازهای درون‌فردی و بین‌فردی است و هرچقدر که این نیازها کمتر برآورده شود، شخص احتمالاً انگاره منفی‌تری نسبت به خود دارد و هیجانات منفی بیشتر و به عبارتی درد روانی بیشتری را تجربه می‌کند. تجربه شدید درد روانی با ویژگی‌های بالاتر اختلال شخصیت مرزی مانند عدم ثبات هیجانی، آشفتگی هویت و آسیب به خود همراه خواهد بود. این درد روانی، فرد را در برابر افکار خودکشی و اقدام به خودکشی آسیب‌پذیرتر می‌سازد.

علی‌رغم اینکه درمورد رابطه اضطراب و اختلال شخصیت مرزی، پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است، ولی ارتباط بین اضطراب و درد روانی کمتر مورد علاقه پژوهشگران بوده است؛ درحالی‌که درمورد افسردگی، نتایج نشان داده است درد روانی تجربه‌شده در اختلال افسردگی و اختلال شخصیت مرزی به یک میزان است (فرتاک، کارن و استنلی، ۲۰۱۶)، ولی یافته‌ها درمورد روابط بین اضطراب، درد روانی و اختلال شخصیت مرزی محدود است. براساس نتایج پژوهش حاضر، درد روانی برخلاف افسردگی، رابطه بین اضطراب و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی را تعدیل نمی‌کند. این یافته را می‌توان به هم‌پوشانی کمتر بین اضطراب و درد روانی در پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی نسبت داد. آسیب‌شناسی مشترک و همبودی بالای بین افسردگی و اختلال شخصیت مرزی (فرتاک، کارن و استنلی، ۲۰۱۶؛ زانارینی و همکاران، ۱۹۹۸؛ ۲۰۱۹) را نیز می‌توان به‌عنوان تبیینی برای ارتباط و تعامل بین افسردگی و درد روانی در پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی مطرح کرد، ولی این تعامل و همبودی برای اضطراب، کمتر از افسردگی گزارش شده است (شاه و زانارینی، ۲۰۱۸).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، طرح همبستگی آن است که استنباط رابطه علی‌ومعلولی را محدود می‌سازد. پژوهش حاضر روی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی تهران انجام شده است؛ بنابراین تعمیم نتایج به گروه‌های سنی و جغرافیایی دیگر باید با احتیاط انجام شود. همچنین مقطعی بودن پژوهش حاضر، محدودیت دیگری است که امکان بررسی روابط متغیرها را در طول زمان ناممکن می‌سازد و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، روابط بین متغیرها در قالب پژوهش طولی صورت گیرد. ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش حاضر خودگزارشی بوده‌اند. احتمالاً سوگیری شرکت‌کنندگان در پاسخ‌دهی می‌تواند بر نتایج اثر بگذارد و نیاز است تا تفسیر و تعمیم این نتایج با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود متخصصان بالینی به متغیر درد روانی نیز توجه کنند و در ارزیابی‌های بالینی که از مراجعان به‌ویژه مراجعان با دوره‌های افسردگی اساسی و همچنین مراجعان مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی انجام می‌دهند، درد روانی را نیز مورد توجه قرار دهند؛ چرا که می‌تواند در فرمول‌بندی و پایه‌ریزی مداخلات درمانی و پیش‌بینی نتایج درمانی حائز اهمیت باشد.

منابع

- اسماعیلیان، ن.، دهقانی، م.، مرادی، ع.، و خطیبی، ع. (۱۳۹۹). سوگیری توجه و حافظه کاری در افراد دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودکشی. *تازه‌های علوم شناختی*. ۱(۲۲)، ۴۸-۳۶.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۱(۳)، ۲۶۳-۲۴۸.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب بک. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- دابسون، ک. ا.، محمدخانی، پ.، و مساح چولابی، ا. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *فصلنامه آرشو توان‌بخشی*، ۸(ویژه‌نامه)، ۸۶-۸۰.
- ذراتی، ا.، برماس، ح.، و ثابت، م. (۱۳۹۹). همبستگی ترومای کودکی و ایده‌پردازی خودکشی با میانجی‌گری درد روانی و روابط موضوعی. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*. ۹(۳)، ۴۸-۳۴.
- نوحی، س.، و حسنی، ج. (۱۳۹۵). رابطه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مکانیسم‌های دفاعی با علائم اختلال شخصیت

- مرزی. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی. ۱۱(۴۳)، ۶۵-۵۷.
- فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م. ک.، و دابسون، ک. ا. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری/اطرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*. ۱۱(۳)، ۳۲۶-۳۱۲.
- مایرز، ا. (۱۳۹۹). مقدمه‌ای بر آمار و SPSS در روان‌شناسی. ترجمه اکبر رضایی. تهران: آیدین.
- کرمی، ج.، بگیان، م. ج.، مؤمنی، خ.، و الهی، ع. (۱۳۹۷). سنجش درد ذهنی: ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عامل تأییدی؛ پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی (OMMP). *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*. ۷(۲۵)، ۱۷۲-۱۴۶.

References

- American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5): American psychiatric association Washington, DC. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Ansell, E. B., Pinto, A., Edelen, M. O., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Yen, S., ... & Grilo, C. M. (2011). The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 41(5), 1019-1028. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001777>
- Bailer, J., Witthöft, M., Erkić, M., & Mier, D. (2017). Emotion dysregulation in hypochondriasis and depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1254-1262. <https://doi.org/10.1002/cpp.2089>
- Bandelow, B. (2020). Current and Novel Psychopharmacological Drugs for Anxiety Disorders. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1191, 347-365. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_19
- Beck, A. T. & Streer, R. A. (1993). *Beck depression inventory*. The Psychological Corporation: New York.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-900. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Besharat, M. A. (2002). *Dimensions of Perfectionism in Cases of Depression and Anxiety*. *Cognitive Sciences*, 1(3), 248-263. (in Persian)
- Besharat, M. A. (2005). Analyzing psychiatric features of Beck's anxiety inventory. *Research Report*, Tehran: University of Tehran. (in Persian)
- Campos, R. C., Gomes, M., Holden, R. R., Piteira, M., & Rainha, A. (2017). Does psychache mediate the relationship between general distress and suicide ideation? *Death Studies*, 41(4), 241-245. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1251510>
- Campos, R. C., Simões, A., Costa, S., Pio, A. S., & Holden, R. R. (2019). Psychological pain and suicidal ideation in undergraduates: The role of pain avoidance. *Death Studies*, 44(6), 375-378. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1554610>
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1143-1156. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
- Conejero, I., Olié, E., Calati, R., Ducasse, D., & Courtet, P. (2018). Psychological pain, depression, and suicide: recent evidences and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 20(5), Article number: 33. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0893-z>
- Crawford, M. J., Sanatinia, R., Barrett, B., Cunningham, G., Dale, O., Ganguli, P., ... & Reilly, J. G. (2018). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of lamotrigine in

- borderline personality disorder: A randomized Placebo-Controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 175(8), 756–764. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091006>
- Davis, K. C., & Anderson, J. L. (2021). Psychological pain: A moderating factor between personality psychopathology and self-harm. *Journal of American college health: J of ACH*, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1928677>
- Delisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42(1), 46-63. <https://doi.org/10.1177/0748175609333562>
- Dobson, K. A., Mohammad Khani, P., & Massah Choolabi, A. (2007). Psychiatric coordinates of Beck's Depression inventory-II in a large sample of patients with major depressive disorder. *Rehabilitation Archive (Quarterly Periodical)*, 8(Special Edition), 80–86. (in Persian)
- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2018). Psychological pain in suicidality: A meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(3), 16r10732. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r10732>
- Esmailian, N., Dehghani, M., Moradi, A., & Khatibi, A. (2020). Attentional bias and working memory in borderline personality disorder patients with or without history of self-harm. *Novelties of Cognitive Sciences*, 22(1), 36–48. <http://icssjournal.ir/article-1-916-fa.html> (in Persian)
- Fati, L., Birashk, B., Atef Vahid, M. K., & Dobson, K. A. (2005). Meaning structures/schemas, emotional states, and cognitive processing of emotional information: Comparing two cognitive frameworks. *Clinical Psychiatry and Psychology of Iran (Thought and Behavior)*, 11(3), 312–326. (in Persian)
- Fertuck, E. A., Karan, E., & Stanley, B. (2016). The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0036-2>
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 143–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.004>
- Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 157–163. <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>
- Harned, M. S., & Valenstein, H. R. (2013). Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *F1000prime Reports*, 5, 15. <https://doi.org/10.12703/P5-15>
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion Regulation in Depression: Relation to Cognitive Inhibition. *Cognition and Emotion*. 24(2), 281–298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>
- Karami, J., Begian, M. J., Momeni, Kh., & Elahi, A. (2018). *Measuring Mental Pain: Psychiatric Metrics and Confirmatory Factor Analysis of Orbach and Mikulincer's Mental Pain Scale. Health Psychology (Quarterly Periodical)*, 7(25), 146–172. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221283.1397.7.25.10.7> (in Persian)
- Köhling, J., Ehrenthal, J. C., Levy, K. N., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2015). Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 37, 13-25. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.002>
- Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric*

- Research*, 45(11), 1504-1510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.011b>
- Meyers, A. (2020). *An Introduction to Statistics and SPSS in Psychology*. Translated by: A. Rezaei, Tehran: Aydin. (in Persian)
- Montemaranano, V., Troister, T., Lambert, C. E., & Holden, R. R. (2018). A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 74(10), 1820-1832. <https://doi.org/10.1002/jclp.22639>
- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory (PAI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A., Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 944-951. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.014>
- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791-798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>.
- Noohi, S.; Hasani, J. (2016). Relationships of cognitive emotion regulation and defense mechanisms with borderline personality disorder symptoms. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 11(43), 57-65. (in Persian)
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 226-230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.013>
- Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 231-241. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.231.23213>
- Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I., & Rojas-Tejada, A. J. (2020). Entrapment and Psychological Pain as Proximal Variables of Suicidal Ideation: Study of Moderation. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 29(5), 192-200. <http://dx.doi.org/10.24205/03276716.2020.1020>
- Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A. A., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2008). Psychache and Suicide: A Preliminary Investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 116-121. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.116>.
- Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., & Unoka, Z. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *PloS One*, 16(3), e0248409. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409>.
- Schneider, R. L., Arch, J. J., Landy, L. N., & Hankin, B. L. (2018). The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(6), 978-991. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1157757>
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of borderline personality disorder: Current status and future directions. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 583-593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Shneidman, E. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145-147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
- Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287-294.
- Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. C.

- (2012). The course of anxiety disorders other than PTSD in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: A 10-year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 804-814. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.804>
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 468-480. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.468>
- Stanley, B., & Wilson, S. T. (2006). Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 307-318. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.4.307>
- Trull, T. J. (1995). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 1. Identification and validation. *Psychological Assessment*, 7(1), 33-41. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.1.33>
- van der Kaap-Deeder, J., Brenning, K., & Neyrinck, B. (2021). Emotion regulation and borderline personality features: The mediating role of basic psychological need frustration. *Personality and Individual Differences*, 168, 110365. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110365>
- Van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaeet, M., Soenen, L., & Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 181(2), 141-144. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.07.011>
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Severity of anxiety symptoms reported by borderline patients and axis II comparison subjects: description and prediction over 16 years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 767-777. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_141
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E., Sickel, A., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108-2114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>
- Zanarini, M. C., Hörz-Sagstetter, S., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Hein, K. E., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2019). The 24-year course of major depression in patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects. *Journal of Affective Disorders*, 258, 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.005>
- Zarrati, A., Barmas, H., & Sabet, M. (2020). Correlation of childhood trauma and suicidal ideation with psychological pain and thematic relations. *Health Promotion Management*, 9(3), 34-48. (in Persian)