Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 10/ No. 6/ 2024
Page: 142-156

Mediating role of experiential avoidance in predicting borderline personality disorder based on childhood trauma

Rana Shmouli Selah Cheini[1], Ali Naseri.[2]
1- MSc of psychology, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
(corresponding author) Email: ranashomuli2274@gmail.com
2- Assistant Professor; Department of Psychology, Firozabad Branch, Islamic Azad University, Firozabad, Iran.

Received: 17/03/2023 **Accepted:** 09/11/2023

Abstract

Introduction: Considering the high prevalence and negative effects of borderline personality disorders, it is important to know as much as possible about this disorder and to identify the predictors and variables of this disorder.

Aim: The present study was Mediating role of experiential avoidance in predicting borderline personality disorder based on childhood trauma.

Method: The present study was a correlational description. The statistical population included all male patients diagnosed with borderline personality disorder admitted to psychiatric hospitals in Shiraz in 2022, which were selected using targeted sampling of 60 people. Data collection was done using the childhood trauma questionnaire (2003), the experiential avoidance questionnaire (2011) and the short scale of borderline personality disorder symptoms (2009). To analyze the data, path analysis test, structural equations and Smart PLS software were used.

Results: The findings showed that there is a significant and positive relationship between childhood trauma and experiential avoidance ($R2=0.711$; $p<0.05$). Path analysis findings also showed that childhood trauma plays a significant role in predicting borderline personality disorder (path coefficient 0.546) and also the avoidance of experience plays a mediating role in the relationship between childhood trauma and borderline personality disorder, so that the path coefficient is 304. 0/ has shown a significant decrease ($p<0.05$).

Conclusion: The results showed that experiential avoidance has a mediating role in predicting borderline personality disorder based on childhood trauma, so it is necessary to pay attention to the component of childhood trauma along with attention to experiential avoidance as a model to reduce the severity of psychological complications.

Keywords: childhood trauma, borderline personality disorder, experiential avoidance**.**

Shmouli Selah Cheini R, Naseri A. Mediating role of experiential avoidance in predicting borderline personality disorder based on childhood trauma. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2024; 10 (6) :144-158
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2186-fa.html

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دهم، شماره ۶، ۱۴۰۲
صفحات: ۱۵۶-۱۴۲

پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای

رعنا شمولی سلح چینی[1]، علی ناصری[2]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: (ranashomuli2274@gmail.com)
۲. استادیار؛ گروه روانشناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۶ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۰۸/۱۸

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بالا و تأثیرات منفی اختلالات شخصیت‌مرزی شناخت هرچه بیشتر این اختلال و شناسایی عوامل و متغیرهای پیش‌بینی‌کننده این اختلال مهم است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی اختلال شخصیت‌مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای انجام شد.

روش: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی‌آماری شامل کلیه‌ی بیماران مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بود که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر انتخاب شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ترومای‌کودکی(۲۰۰۳)، پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای(۲۰۱۱) و مقیاس کوتاه علائم اختلال شخصیت-مرزی(۲۰۰۹) انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل مسیر، معادلات ساختاری و استفاده از نرم افزار Smart PLS استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه‌ای ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد(R^2= ۰/۷۱۱؛ p<۰/۰۵). یافته‌های تحلیل مسیر نیز نشان داد که ترومای‌کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت‌مرزی نقش معناداری دارد(ضریب مسیر ۰/۵۴۶) و نیز اجتناب‌تجربه‌ای در رابطه بین ترومای‌کودکی با اختلال شخصیت مرزی نقش میانجی دارد به‌نحوی‌که ضریب مسیر به ۰/۳۰۴کاهش معنادار را نشان داده است(p<۰/۰۵)

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که اجتناب تجربه‌ای نقش میانجی در پیش‌بینی اختلال شخصیت‌مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی دارد؛ بنابراین ضرورت دارد به مؤلفه ترومای‌کودکی در کنار توجه به اجتناب تجربه‌ای به عنوان الگویی جهت کاهش شدت عوارض روان‌شناختی توجه شود.

کلید واژه‌ها: ترومای‌دوران کودکی، اختلال شخصیت‌مرزی، اجتناب‌تجربه‌ای.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات[1]، اختلال شخصیت مرزی[2] با ویژگی‌هایی چون بی‌ثباتی‌عاطفی، تکانشگری، تحریک‌پذیری، رفتارهای خود جرحی، روابط بین فردی ناپایدار و نارسایی‌های معنی‌دار در توانایی تنظیم هیجان تعریف شده است (دیتریچ، فیلیپسن و ماتیس[3]، ۲۰۲۱). نرخ شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه حدود ۱٫۶٪ تخمین زده می‌شود؛ اما ممکن است تا ۵٫۹٪ افزایش یابد. نرخ شیوع این اختلال در خدمات بهداشتی و درمانی اولیه حدود ۶٪، افرادی که به کلینیک‌های بهداشت روان سرپایی مراجعه می کنند حدود ۱۰٪ و بیمارانی که در بیمارستان‌های روانی بستری می‌شوند حدود ۲۰٪ است (گرگوری، اسپیری، ویلیامسون، کسونی و اسپینک[4]، ۲۰۲۱). از سویی شیوع بالایی از تروما در دوران کودکی[5] در این نوع از شخصیت گزارش شده است، به نحوی که یکی از عوامل زمینه‌ای که در گرایش افراد به اختلال شخصیت مرزی نقش دارد، آسیب‌های دوران کودکی است و یافته‌ها نقش این سازه در شکل-گیری علائم اختلال شخصیت مرزی در دوران بزرگسالی را گزارش نموده‌اند (پروتا[6]، ۲۰۲۰؛ یوآن، لی، ایک و نویل[7]، ۲۰۲۳).

تعریف ترومای کودکی، شامل غفلت جسمی و عاطفی، سوءاستفاده جسمی و جنسی افراد زیر ۱۸ سال، توسط فردی در یک نقش محافظت‌کننده است که می‌تواند یک اثر شدید و طولانی مدت داشته باشد، به نحوی که

کودکانی که دچار آسیب‌های روانی شدید شده‌اند جهان را به عنوان یک مکان ترسناک و خطرناک می‌بینند(دانیس و بالدوئین[8]، ۲۰۱۷). یافته‌های پژوهشی نشان دادند که ترومای‌های دوران کودکی نقش مهمی در بروز اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی دارد (روزنشتاین، الیسون، والش، چلمسکی و دالیمپل[9]، ۲۰۱۸؛ سار، الوقلو، آیکوز[10]، ۲۰۱۷).

همچنین اجتناب‌تجربه‌ای[11] به عنوان یکی از متغیرهای میانجی و مرتبط با ترومای‌های 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 است. 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 می کنند(اسکلتون و ایسوست[12]، ۲۰۲۰). اجتناب تجربی، تمایل به گریز یا اجتناب از تجارب روان‌شناختی شخصی، یکی از برجسته‌ترین فرآیندهای روان‌شناختی فراتشخیصی با نقش شناخته شده در طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی و زمینه‌های عملی تعریف شده است که موجب کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزاردهنده شده و آرامش

[1] Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM-5)
[2] borderline personality disorder(BPD)
[3] Ditrich, Philipsen & Matthies
[4] Gregory, Sperry, Williamson, Kuch-Cecconi, Spink
[5] Childhood trauma
[6] Perrotta
[7] Yuan, Lee, Eack & Newhill
[8] Danese, Baldwin.
[9] Rosenstein, Ellison, Walsh, Chelminski , Dalrymple
[10] Sar, Alioğlu, & Akyuz
[11] Experiential avoidance
[12] Hayes-Skelton, & Eustis

کوتاه مدت ایجاد می‌کند که در نتیجه این عمل، به شکل منفی رفتار تقویت می‌شود. این اجتناب، زمانی مشکل‌ساز می‌شود که موجب تداخل در عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص شود (مونستس، کارکلا، جیکوبس، میشلیدز، کوپر و همکاران[1]، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه سطوح بالایی از اجتناب تجربی در جمعیت‌های مبتلا به اختلال شخصیت مرزی یافت می‌شود(موهی، دانی، مونیره، بایلی و ساگلیا[2]، ۲۰۲۰) چرا که تمایل فرد به تجربه افکار و احساس‌های ناراحت‌کننده و اجتناب و ممانعت از تجربه‌های مرتبط، با طیف گسترده‌ای از مشکلات مرتبط است (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۸). در واقع با توجه به اینکه افراد مبتلا به شخصیت مرزی بیشتر مستعد بی نظمی هیجانی هستند و تحمل کمتری برای پریشانی عاطفی دارند، منجر به تمایل بیشتری برای اجتناب از افکار و احساسات دردناک شود (اجتناب تجربی) به نحوی که مطالعات نشان دادند که اجتناب تجربه‌ای به طور فزاینده‌ای با اختلال شخصیت مرزی رابطه مثبت داشته و یکی از عوامل تبیین کننده در نظر گرفته می‌شود (جونز، پینر، اسچرام و شارپ[3]، ۲۰۲۰). به‌نحوی‌که پژوهش‌های متعددی نیز به این مسئله پرداخته‌اند. مثلاً انفعال، امیدوار و زارع نژاد(۱۴۰۰) در مطالعه خود نشان دادند که ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده قادر به پیش‌بینی صفات سازمان شخصیت مرزی است. ساموت[4] (۲۰۲۱) نیز گزارش داد که ترومای دوران کودکی به‌ویژه سوءاستفاده جنسی پیش‌بینی قوی برای اختلال شخصیت مرزی است. تیچوکی، بوریان، استینرت و فلامر[5] (۲۰۲۱) نیز در مطالعه خود تاریخچه ترومای دوران کودکی را مرتبط با ویژگی‌های مرزی و تجزیه ای مطرح نمودند.

به طور کلی در تاریخچه‌ی دوران کودکی بخش بزرگی از افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تروماهایی اعم از انواع سوء استفاده و غفلت به چشم می‌خورد. علی‌رغم وجود این گزارش‌های متعدد در مورد ارتباط تاریخچه‌ی تروماهای دوران کودکی با موارد بالینی اختلال شخصیت مرزی، مطالعات معدودی انجام شده است. از سویی دیگر مطالعات گذشته در این خصوص نقش میانجی مولفه-اجتناب تجربه‌ای را در نظر نداشته‌اند. لذا پژوهش حاضر در راستای جبران خلأ پژوهش‌های قبلی با هدف بررسی نقش ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی با نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و طرح اصلی آن توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه-ی بیماران مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بود. بعد از دریافت مجوز کتبی و مراجعه به بیمارستان‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، از بین افراد جامعه مذکور ۶۰ بیمار مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس برگه تشخیص و پرونده بیمار انتخاب شدند. همچنین مصاحبه تشخیصی جهت تائید ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی دریافت گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل: مرد بودن، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس راهنمای تشخیصی و نیز مصاحبه تشخیصی جهت تائید ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی

[1] Monestès, Karekla, Jacobs, Michaelides, Hooper & et al
[2] Mohi, Deane, F. P., Mooney-Reh, D., Bailey, A., & Ciaglia
[3] Jones, Penner, F., Schramm, A. T., & Sharp
[4] Sammut, F
[5] Tschoeke, Bichescu-Burian, Steinert, Flammer

بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: تمایل به خروج، داشتن علائم سایکوتیک و دو قطبی، داشتن ایده-پردازی خودکشی و وجود بیماری‌های جسمی بود. اصول اخلاقی مورد توجه در مطالعه نیز شامل اخذ رضایت‌نامه از کلیه‌ی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، آگاهی از هدف و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها توسط افراد شرکت‌کننده و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات بود. در روش اجرا نیز بعد از دریافت مجوز کتبی، تاییدیه های لازم از سوی دانشگاه و علوم پزشکی استان فارس و اخذ کد اخلاق، با مراجعه به بیمارستان‌های اعصاب و روان شهر شیراز و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، از بین افراد جامعه مذکور ۶۰ بیمار مرد با تشخیص اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش شامل مقیاس علائم اختلال شخصیت مرزی (BSL-23)، اجتناب تجربه‌ای (AAQ-II)، تحمل پریشانی (DTS) و پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) بر روی آن‌ها اجرا گردید. در نهایت جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار SPSS-26 و Smart PLS استفاده گردید.

ابزار

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ[1]): توسط برنستاین و فینک[2] (۲۰۰۳) جهت سنجش ترومای دوران کودکی تنظیم شده است. پنج نوع بدرفتاری شامل سوء استفاده‌های جنسی، جسمی، عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات کودکی خود را انکار می‌کنند. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه ای از هرگز تا همیشه نمره دهی می‌شود. دامنه نمرات برای هر یک از زیرمقیاس‌ها ۲۵-۵ و برای کل پرسشنامه ۱۲۵-۲۵ است. نمرات بالا بیانگر تروما یا آسیب بیشتر بوده و نمرات پایین بالعکس. 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 درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز میرزایی نسب و همکاران(۱۴۰۱) همسانی درونی ابزار با روش آلفای کرونباخ را از ۰/۸۹ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II):[3] این ابزار توسط بوند، هیس، بیر، کارپنتر و گانول[4] (۲۰۱۰) 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 ۱۰ گویه است که بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه (از هرگز= ۱ تا همیشه= ۷) درجه‌بندی می‌شود. طیف نمرات در دامنه ۷۰-۱۰ است. نمره بیشتر نشان‌دهنده اجتناب تجربه‌ای بیشتر و همین‌طور انعطاف‌ناپذیری است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). ابراهیمی(۱۳۹۴) خصوصیات روان‌سنجی و ساختار عاملی آن را در جمعیت ایرانی انجام داد که نتایج تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی این پژوهش شاهدی بر روایی سازه پرسش‌نامه پذیرش و عمل ویرایش دوم در جامعه ایران است، همچنین مقدار آلفای کرونباخ پایایی

[1] Childhood Trauma Questionnaire
[2] Bernstein & Fink
[3] Adequacy of Acceptance and Action Questionnaire-II(AAQ-II)
[4] Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole

برای کل آزمون ۰/۷۱ است و پایایی بازآزمایی ۰/۸۱ است. همچنین پایایی پرسش‌نامه در پژوهش میرزایی (۱۴۰۰) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد که نشان از پایا بودن ابزار است.

مقیاس کوتاه شده‌ی علائم اختلال شخصیت مرزی (BSL-23)[1]: این مقیاس یک فرم خودگزارشی ۲۳ آیتمی است که توسط بوهوس کلیندنس، لیمبرگر، استیگلیتز، دومسالا و همکاران[2] (۲۰۰۹) جهت تشخیص افراد اختلال شخصیت مرزی تدوین شد. این مقیاس نسبت به تغییرات طول درمان حساس است. این مقیاس علائم اختلال شخصیت مرزی احساسات و تجربیات هفته گذشته بیماران را ارزیابی می‌کند. نمره دهی بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۰=اصلاً تا ۴=بسیار قوی) است. این مقیاس از یکسو معیارهای تشخیصی را پوش می‌دهد و از سویی مواردی که بر اساس یافته‌های تجربی در مورد خود انتقادی، اعتمادبه‌نفس، آسیب‌پذیری هیجانی و درماندگی است. این مقیاس چون یک ابزار تشخیصی نیست در نتیجه نقطه برش ندارد. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز بین ۰/۹۴ تا ۰/۹۷ گزارش شده است (نیکاسترو، جانکونس و بوهس، ۲۰۱۷). در پژوهش استاد نوروزی و همکاران (۱۴۰۰) نیز همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و با روش بازآزمون ۰/۷۳ به دست آمد.

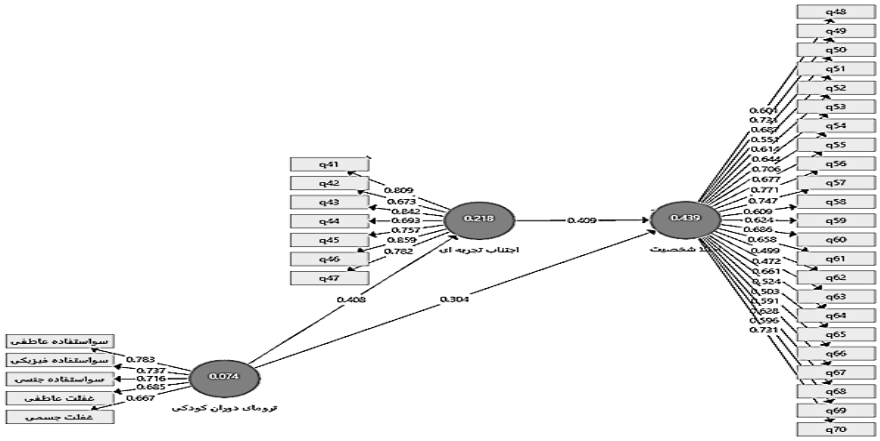
یافته‌ها

یافته‌های حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که حجم نمونه کلی شامل ۶۰ بیمار دارای اختلال شخصیت مرزی بود که ۳۰ نفر(۵۰ درصد) در دامنه سنی ۳۰-۲۰ سال، ۵ نفر(۸/۳۳ درصد) در بازه سنی زیر ۲۰ سال و ۲۵ نفر(۴۱/۶۷ درصد) نیز در دامنه سنی ۴۰-۳۱ قرار داشتند. وضعیت تحصیلی افراد نمونه نیز شامل ۳۰ نفر(۵۰ درصد) دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم، ۲۲ نفر زیر دیپلم(۳۱/۶۷ درصد)، ۵ نفر(۸/۳۳ درصد) کارشناسی و ۳ نفر(۵ درصد) نیز دارای مدرک ارشد و بالاتر بودند. ۳۷ نفر(۶۱/۶۷ درصد) از افراد گروه نمونه مجرد، ۲۰ نفرمتاهل(۳۳/۳۳ درصد) و ۳ نفر(۵ درصد) نیز متارکه داشته‌اند. توزیع فراوانی اشتغال پاسخگویان شامل۴۱ نفر بیکار-بازنشسته(۶۸/۳۳ درصد)، ۱۱ نفر آزاد (۱۸/۳۳ درصد) و ۸ نفرکارمند-فرهنگی(۱۳/۳۳ درصد) می‌باشند.

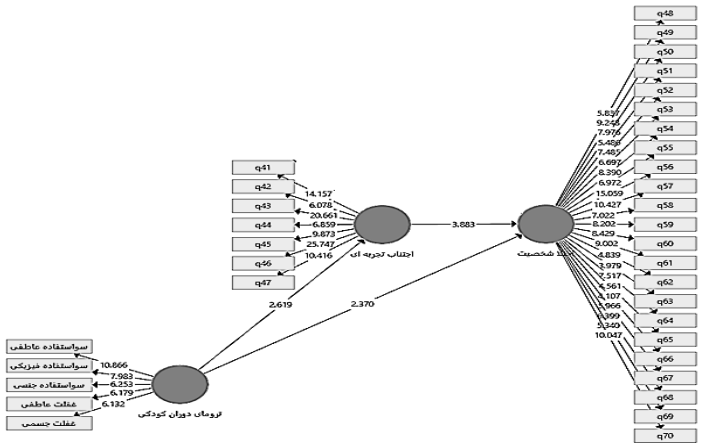
جهت بررسی نرمال بودن از ضریب چولگی و کشیدگی استفاده شد که نشان داد ضرایب تمامی متغیرهای مورد مطالعه در بازه (۲+ و ۲-) قرار دارد و همچنین مقدار خطای استاندارد ضریب چولگی و کشیدگی در بازه (۲+ و ۲-) قرار گرفته است و نشان از نرمال بودن داده ها است. همچنین برای بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری معیارهای آزمون پایایی (آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی)، روایی همگرا (معناداری بارهای عاملی، همگن بودن، میانگین واریانس استخراجی (AVE) و مقایسه CR با AVE) و روایی واگرا (آزمون فورنل و لارکر (۱۹۸۷) استفاده شد که در ادامه گزارش گردیده است.

[1] borderline symptom list, short form (BSL-23)

[2] Bohus, Kleindienst, Limberger, Stieglitz, Domsalla & et al



شکل۱. مدل پژوهش با ضرایب استاندارد شده بار عاملی(ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری)



شکل۲. مدل پژوهش با ضرایب t-Values (ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری)

ضریب آلفای کرونباخ برای ترومای کودکی، اجتناب تجربه‌ای و اختلال شخصیت مرزی به ترتیب برابر ۰/۷۶۵، ۰/۸۸۹ و ۰/۹۳۲ و نیز ضریب پایایی ترکیبی برای سه مؤلفه به ترتیب برابر با ۰/۸۴۲، ۰/۹۱۳ و ۰/۹۳۹ بود. با توجه به اینکه هر سه مؤلفه دارای میانگین واریانس استخراجی(AVE) بالای ۰/۰۵ بود که درستی نتایج روایی همگرا با استفاده از این شاخص تائید می‌شود. همچنین در همان‌طور که از مدل‌های فوق (مدل ۱ و ۲) مشخص است، مقادیر بارهای عاملی و ضرایب معناداری کلیه گویه ها به ترتیب از ۰/۴ و ۱/۹۶ بیشتر محاسبه شده است. لذا این‌گونه استنباط می‌شود که روایی همگرا متغیرهای مدل مورد تائید قرار گرفته است.

نتایج ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی برای تمامی سازه‌های پژوهش مورد قبول بود به نحوی که

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 که در جدول ۱ گزارش شده است.

تمامی متغیرهای مکنون CR>AVE بوده است. با توجه به چهار تست انجام شده مدل پژوهشی از روایی همگرای مناسبی برخوردار است.

جدول ۱. ضرایب بار عاملی استاندارد شده و مقدار t بین متغیرهای مکنون

سازه‌های مستقل	سازه وابسته	ضریب مسیر(β)	مقدار t
ترومای دوران کودکی	اجتناب تجربه ای	۰/۴۰۸	۲/۶۷۸
ترومای دوران کودکی	اختلال شخصیت مرزی	۰/۳۰۴	۲/۳۳۹
اجتناب تجربه‌ای	اختلال شخصیت مرزی	۰/۴۰۹	۳/۷۰۹

با توجه به نتایج جدول ۱، قدر مطلق مقادیر t محاسبه شده بین تمامی متغیرهای مستقل و وابسته موجود در مدل جهت بررسی برازش مدل کلی معیار GOF استفاده و طبق فرمول محاسبه گردید.

بزرگتر از ۱/۹۶ بوده و در سطح ۹۵ درصد معنادار هستند؛ به عبارتی مناسب بودن مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

$$GOF = \sqrt{\overline{Communalities} \times \overline{R^2}} = \sqrt{۰.۲۹۴ \times ۰.۲۴۳} = ۰.۲۶۷$$

سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است. همان‌طور که در جدول نیز مشاهده می‌شود، مقدار میانگین مقادیر اشتراکی ($Communalities$) ۰/۲۹۴و میانگین مقا ویر R^2 برابر ۰/۲۴۳ به دست آمده است و با توجه به فرمول مقدار معیار GOF معادل ۰/۲۶۷ به دست آمد که با توجه به دسته‌بندی مذکور نشان از برازش نسبتاً قوی مدل کلی تحقیق است.

همچنین جهت بررسی رابطه ترومای دوران کودکی با اجتناب تجربه‌ای از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج نشان داد با توجه به سطح معناداری(P<۰/۰۵) و ضریب همبستگی(R=۰/۷۱۱) به دست آمده می‌توان گفت بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه‌ای همبستگی مثبت معنادار وجود دارد؛ به عبارتی با افزایش ترومای دوران کودکی، اجتناب تجربه‌ای نیز افزایش یافته و بالعکس.

در ادامه جهت بررسی ضریب مسیر نقش ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی گزارش شده است.

جدول۲. بررسی نقش ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی

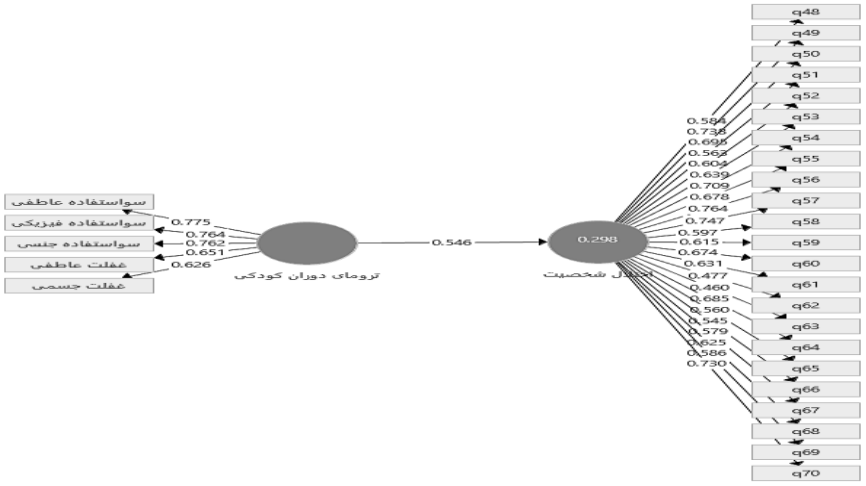
فرضیه	ضریب مسیر	عدد معناداری (آماره تی)	جهت رابطه	نتیجه
ترومای دوران کودکی ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۳۰۴	۲/۳۳۹	مثبت و مستقیم	تائید

نتایج جدول ۲ نشان داد با توجه به اینکه مقدار آماره t محاسبه شده برابر با **۲/۳۳۹** و بیشتر از **۱/۹۶** است، اثر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی با ضریب مسیر **۰/۳۰۴** و با احتمال **۹۵** درصد معنادار بود. لذا می‌توان گفت با افزایش ترومای دوران کودکی، اختلال شخصیت مرزی نیز افزایش می‌یابد. همچنین نقش میانجی اجتناب‌تجربه‌ای در رابطه ترومای دوران کودکی با اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن در جدول۳ ارائه شده است.

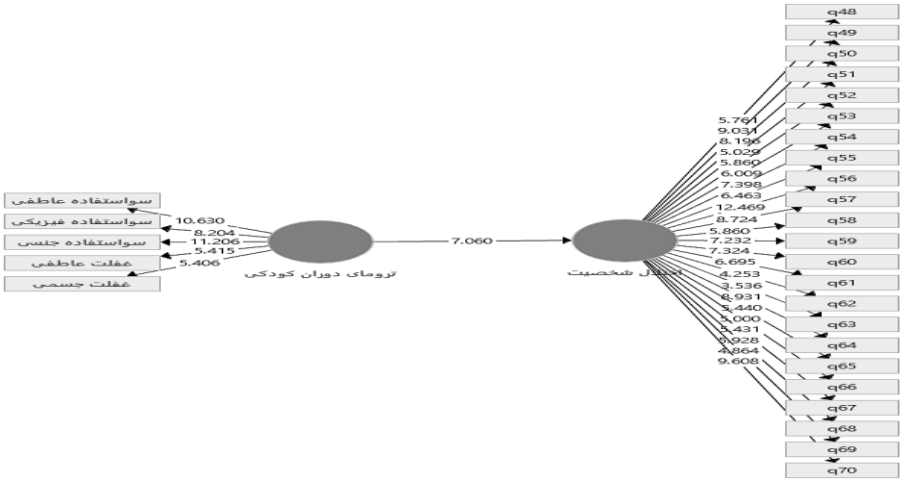
ج**دول۳. نتایج بررسی تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی با توجه به نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای**

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

همان‌طور که در جدول ۳ نمایان است، در مرحله اول و مدل ابتدایی تأثیر 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 است. لذا می‌توان گفت که میانجی‌گری اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی با احتمال **۹۵** درصد تائید می‌شود. مدل مفهومی تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی بر اساس معناداری (بدون دخالت متغیر میانجی) در ادامه آورده شده است.



شکل۳. مدل مفهومی تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی بر اساس ضرایب (بدون دخالت متغیر میانجی)



شکل۴. مدل مفهومی تأثیر ترومای دوران کودکی بر اختلال شخصیت مرزی بر اساس معناداری (بدون دخالت متغیر میانجی)

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی اجتناب تجربه ای انجام شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و اجتناب تجربه ای همبستگی و ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد. نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های ماسکرا[1] (۲۰۱۳)، وان دیکجه و فورد[2] (۲۰۱۷)، روزنشتاین (۲۰۱۸)، سار (۲۰۱۶)، بیچسکو بوریان (۲۰۱۷) بود. 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

[1] Mosquera

[2] Van Dijke, Ford

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 فراشناختی مثبت و منفی می‌شود. کودکی که مورد سوءاستفاده یا بدرفتاری قرار گرفته‌است، برای جلوگیری از سوء استفاده و بدرفتاری‌های احتمالی بعدی، باورهای مثبتی در مورد نگرانی و بازبینی مجدد موارد تهدید زا را پرورش می‌دهد. تجارب مکرر نگرانی و پیامدهای آن منجر به شکل‌گیری فرانگرانی یا باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی مانند غیرقابل کنترل بودن افکار و خطر می‌شود. طبق دیدگاه فراشناخت، فرد برای مقابله با فرانگرانی به راهبردهای منفی تنظیم هیجان (مانند نشخوار فکری، پایش تهدید، کنترل افکار، سرکوب افکار و اجتناب) متوسل می‌شود که این راهبردها منجر به پردازش شخصی متمرکز بر تهدید شده، به‌گونه‌ای که اضطراب و احساس خطر تداوم یافته، به شناخت اجازه بازگشت به محیط عادی و عاری از تهدید را نمی‌دهد. در این مطالعه به طور اختصاصی روی اجتناب تجربی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای تمرکز شد. وقتی اجتناب تجربی راهبردی بلندمدت باشد منجر به محدود ساختن تجربه‌های سالم پدیده‌های روانشناسی می‌شود و مانع دستیابی فرد به اطلاعات درونی و مهم می‌شود. افرادی که سابقه تجربه آسیب یا تروما را دارند، به دنبال رویداد آسیب زا به احتمال بیشتری به شخصیت مرزی گرایش پیدا می‌کنند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان دادند ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی نقش معناداری دارد. نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های انفعال، امیدوار و زارع نژاد (۱۴۰۰)، استاد نوروزی و زمستانی(۱۳۹۹)، پورشهریار، علیزاده و رجایی نیا(۱۳۹۷)، تیچوکی و همکاران (۲۰۲۱)، روزنشتاین (۲۰۱۷)، بیچسکو- بوریان (۲۰۱۷)، سارالوقلو و آکیوز(۲۰۱۷) بود. در تبیین نتایج می‌توان 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 شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی، از ترکیب پیچیده سه مؤلفه: مزاج فرد، تروماها و چالش‌های دوران کودکی و کژکاری نسبتاً ظریف نورولوژیک و بیوشیمیایی ناشی می‌شود(زانارینی و فرانکنبورگ، ۱۹۹۷). 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 می‌گردد (روزنشتاین و دانیس، ۲۰۱۸؛ سالون، ۲۰۱۴).

گرچه همه کودکان زندگی خود را با وابستگی مطلق به مراقبان آغاز می‌کنند؛ ولی کودکان سرانجام باید به شخص مستقل و مجزایی تبدیل گردند. بر این مبنا، مسترسون(۱۹۷۶)اعتقاد دارد در خانواده بیماران مرزی، گرایش مادر به حفظ پایدار رابطه نزدیک با کودک در موازات رشد تدریجی خودمختاری در فرزند دارای چالش است. طبق اعتقاد مسترسون مسئول نهایی ایجاد اختلال شخصیت مرزی، مسائل بیولوژیکی و سرشتی مادر است نه بیمار. بر اساس نظر مسترسون (۱۹۷۶)چون مراقبان اولیه بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی اغلب ترس‌های زیادی از طردشدگی خود را دارند، احتمال دارد از کودکان خود به عنوان موضوعات انتقالی استفاده کنند (وینیکات، ۱۹۵۳) که به آن‌ها احساس امنیت می‌دهند که این امر منجر به نوعی رابطه می‌شود که در آن نقش‌ها وارونه شده‌اند. این‌گونه روابط اغلب بین بیماران مرزی و

والدین آن‌ها مشاهده می‌شوند (شاپیرو ۱۹۸۲). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در واکنش به تهدیدهای مکرر رها شدن از طرف مراقب اولیه‌ای که توانایی تحمل استقلال یا احساسات فرزند خود را ندارد، و در مقابل افسردگی حاصل از رهاشدگی آسیب‌پذیر می‌شوند، این بیانگر این اعتقاد آن‌ها است که وجود خودشان بستگی به وجود دیگری دارد که ارضاء کننده نیازها است و باعث حفظ زندگی‌شان می‌شود.

و درنهایت نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی نقش معناداری دارد. نتایج همسو با یافته‌های سپهری‌نژاد و حاتمیان (۱۳۹۷)، شایگانفر (۱۳۹۸)، فالگارس (۲۰۱۸)، جونز و همکاران(۲۰۲۰)، روزنشتاین و همکاران(۲۰۱۸) و سار، الوقلو، آیکوز(۲۰۱۷) بود. 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 (باردین و فرگاس، ۲۰۱۶).

درنتیجه می‌توان گفت که اعتباریابی منجر به تغییراتی در باورهای هیجانی می شود 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. تأییدکردن بیرونی یکی از روش‌های تقویت و افزایش دلسوزی نسبت به خویشتن 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 و مهمی بر روابط فرد در زندگی روزمره داشته باشد. بدین طریق که از درگیری کامل افراد با روابطشان، پیگیری مسیر شغلی، اهداف، ارزش‌ها و معیارهایی که برای آن‌ها مهم است، یا مقابله مؤثر با شرایط استرس‌زای زندگی شان جلوگیری کند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ترومای دوران کودکی، اختلال شخصیت مرزی را به‌گونه‌ای معنادار پیش‌بینی می‌کند. همچنین اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال شخصیت مرزی نقش میانجی معناداری دارد. به این معنا که ترومای دوران کودکی در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی مثبت معناداری از اختلال شخصیت مرزی دارد. محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل روش نمونه‌گیری غیر تصادفی، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی، حجم نمونه پایین و منحصر به مردان، محدودیت‌های کرونایی، اثر خستگی و افت عملکرد آزمودنی‌ها، همچنین یکسان نبودن فرهنگ و تعاریف متفاوتی از بی‌توجهی و سو استفاده عاطفی نیز اشاره نمود. از این‌رو پیشنهاد می‌گردد که پژوهشگران در آینده مؤلفه‌های پژوهش حاضر را بر روی سایر گروه‌های سنی و غیر بالینی و حجم نمونه بالاتر و نیز زنان مورد استفاده و

در قالب یک مطالعه علی-مقایسه ای در مقایسه با افراد عادی و سایر اختلالات مورد بررسی و مقایسه قرار داده شود. همچنین به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود که در کار با افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، به مؤلفه ترومای دوران کودکی در کنار توجه به اجتناب تجربه‌ای به عنوان الگویی جهت کاهش شدت عوارض روان-شناختی توجه شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه‌آزاد اسلامی واحد شیراز با کد اخلاق IR.IAU.KAU.REC.1401.026 است. همچنین هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان مقاله وجود ندارد و نویسندگان از تمامی آزمودنی‌های محترم شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر را دارد.

References

Bardeen JR, Fergus TA. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. Journal of contextual behavioral science, 5(1),1-6

Bernstein DP, Fink L. (2003). Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual. Psychological Corporation. 27(2), 169-190

Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, Wolf M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. Psychopathology, 42(1), 32-39.

Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N. (2010). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior therapy,42(4),676-88.

Danese A, Baldwin J. (2017). Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. Annual review of psychology, *68*, 517-544.

Ditrich I, Philipsen A, Matthies S. (2021). Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited–a review-update on common grounds and subtle distinctions. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8, 1-12.

Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. (2014). Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood . IJPCP, 19 (4),275-282. (In Persian)

Enfael N, Omidvar B, Zarenejad M. (2021). Predicting Borderline Personality Traits Based on Childhood Trauma and Family Emotional Atmosphere in Drug Addicts. Pajouhan Sci, 19 (3),1-11. (In Persian)

Ensink K, Biberdzic M, Normandin L, Clarkin J. (2015). A developmental psychopathology and neurobiological model of borderline personality disorder in adolescence. Journal of

disorder. Journal of Contextual Behavioral Science, 20, 94-100.

Monestès JL, Karekla M, Jacobs N, Michaelides MP, Hooper N, Kleen M, Hayes SC. (2016). Experiential avoidance as a common psychological process in European cultures. European Journal of Psychological Assessment.

Mosquera D, Gonzalez A, Baldomir P, Vazquez I, Bello C, Eiriz A.C. (2013).Personality disorders and intrafamilial early trauma. Poster session presented at the V Symposium on Borderline Personality Disorder.

Nicastro R, Prada P, Kung AL, Salamin V, Dayer A, Aubry JM, Perroud N.(2016).sychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 3(1), 1-12

Ostad Noroozi M, Zemestani M. (2021) Comparative study of the relationship between childhood traumas with personality function and pathological traits in patients with borderline personality disorder and non-patient group. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 7 (6) :85-99. (In Persian)

Perrotta G. Borderline personality disorder: Definition, differential diagnosis, clinical contexts, and therapeutic approaches. Annals of Psychiatry and Treatment. 2020;4(1):43–56

Pourshahriar H, Alizade H, Rajaeinia K.(2018). Childhood Emotional Abuse and Borderline Personality Disorder Features: The Mediating Roles of Attachment Style and Emotion Regulation. IJPCP, 24 (2) :148-163. (In Persian)

Rosenstein L, Ellison WD, Walsh E, Chelminski I, Dalrymple K. (2018). The Role of Emotion Regulation Difficulties in the Connection Between Childhood Emotional Abuse and Borderline Personality Features. *9*(6), 590

Sar V, Alioğlu F, Akyuz G. (2017). Depersonalization and derealization in self-report and clinical interview: the spectrum of borderline personality disorder, dissociative disorders, and Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 14(1), 46-69.

Falgares G, Marchetti D, De Santis S, Carrozzino D, Kopala-Sibley DC, Fulcheri M, Verrocchio MC. (2017). Attachment styles and suicide-related behaviors in adolescence: the mediating role of self-criticism and dependency. Frontiers in psychiatry, 8, 36.

Gregory R, Sperry SD, Williamson D, Kuch-Cecconi R, Spink GL. (2021). High prevalence of borderline personality disorder among psychiatric inpatients admitted for suicidality. Journal of Personality Disorders, 35(5), 776-787

Hayes-Skelton SA, Eustis EH. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms (pp. 115–131). American Psychological Association.

Jones J, Penner F, Schramm AT, Sharp C. (2020). Experiential avoidance in adolescents with borderline personality disorder: comparison with a non-BPD psychiatric group and healthy controls. Cognitive behaviour therapy, 49(3), 197-209

Mirzaei Dahka S, Ghanbarpoor Ganjari M, Sarparast M, Eslam-Kenarsari H, Hassanpour A, Fallah Mortezanejad S H. (2021).Relationship Between Avoiding the Experience, Cognitive Fusion and the Difficulty of Regulating Excitement With Fear of Giving Birth to Pregnant Women of Primigravid. J Guil Uni Med Sci, 30 (2), 118-129

Mirzaeinasab F, Rezapour Mirsaleh Y, Behjati F, Ghasemi N.(2022). Mediating role of existential anxity in the relationship between childhood emotional traumas, social support and tendency to change in addicts. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9 (4) :53-66. (in Persian)

Mohi S, Deane FP, Mooney-Reh D, Bailey A, Ciaglia D. (2021). Experiential avoidance and depression predict values engagement among people in treatment for borderline personality

healthy controls. Journal of Trauma & Dissociation, 18(4), 490-506

Sepehreinjad M, Hatamian P. (2018). Forecast of Suicidal thoughts based on Emotional Dysregulation and Experimental Avoidancein Nurses. IJNR, 13 (4), 39-44. (In Persian)

Shayganfar N. (2018). The role of experiential avoidance and cognitive regulation of emotion in predicting suicidal thoughts in students with obsessive tendencies, the first international Tadbir conference on management, educational, social and psychological sciences in the horizon of Iran 1404, Mashhad, Beh Andish Novavaran Tadbir Kehestan Company. (In Persian)

Sammut F. (2021). *Childhood sexual abuse as a predictive factor for the prevalence of borderline personality disorder* (Bachelor's thesis, University of Malta).

Sloan DM. (2014). "Emotion regulation in action: emotional reactivity in experiential avoidance". Behavior Research and Therapy, 42 (11), 1257-1270.

Tschoeke S, Bichescu-Burian D, Steinert T, Flammer E. (2021). History of childhood trauma and association with borderline and dissociative features. The Journal of Nervous and Mental Disease, 209(2), 137-143.

Yuan Y, Lee H, Eack SM, Newhill CE. (2023). A systematic review of the association between early childhood trauma and borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders, 37(1), 16-35