

# مقایسه نظم‌جویی هیجان - شناختی در سربازان دارای تشخیص اختلال یا صفات شخصیت مرزی با سربازان سالم در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران

سمیه طاهری<sup>۱</sup>، امیرمحسن راهنجات<sup>۲</sup>، مهدی منوچهری<sup>۳</sup>، وحید دنیوی<sup>۴</sup>، بهنوش صبیان<sup>۵</sup>، محمد حسین مظفریان<sup>۶</sup>.

۱- دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، دانشکده پزشکی، گروه روان‌شناسی بالینی، تهران، ایران.  
۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه روان‌شناسی بالینی، تهران، ایران، نویسنده مسئول. ۳- استادیار دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، دانشکده پزشکی، گروه روان‌شناسی بالینی، تهران، ایران. ۴- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه روان‌شناسی بالینی، تهران، ایران. ۵- دانشجو دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران. ۶- دانشجو دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
<p><b>نوع مقاله</b> پژوهشی</p>	<p><b>مقدمه:</b> هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت نظم‌جویی هیجان شناختی در سربازان دارای تشخیص اختلال یا صفات شخصیت مرزی با سربازان سالم بود.</p>
<p><b>تاریخچه مقاله</b> دریافت: ۱۳۹۸/۱/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۲۰</p>	<p><b>روش کار:</b> طرح پژوهش حاضر به شیوه توصیفی - مقطعی از نوع علی - مقایسه‌ای بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری اول پژوهش شامل کلیه سربازان مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش جمهوری اسلامی ایران بود که دارای تشخیص اختلال یا صفات شخصیت مرزی بودند و جامعه آماری دوم متشکل از سربازان فاقد تشخیص و سالم به لحاظ روان‌شناختی بودند. حجم نمونه نهایی در هر گروه ۱۰۶ نفر بود که این ۲۱۲ نفر از طریق فرمول کوکران تعیین شدند. روش نمونه‌گیری، نمونه در دسترس بود و اطلاعات مورد نیاز توسط پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته و نظم‌جویی هیجان شناختی گارنفسکی (CERQ) جمع‌آوری گردید. داده‌های به دست آمده از طریق شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، فراوانی، درصد و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با استفاده نسخه SPSS۲۵ تحلیل شدند.</p>
<p><b>کلید واژگان</b> نظم‌جویی شناختی - هیجان، اختلال و صفات شخصیت مرزی، سربازان.</p>	<p><b>یافته‌ها:</b> دامنه سن سربازان مورد بررسی از ۱۸ سال تا ۳۱ سال بود (<math>27/91 \pm 3/86</math> و <math>23/38 \pm 2/19</math>). نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که تفاوت در راهبردهای منفی شناختی هیجانی در گروه‌های بدون اختلال و با اختلال یا صفات شخصیت مرزی از نظر آماری معنادار بود (<math>P &lt; 0/05</math>).</p>
<p><b>نویسنده مسئول</b> Email: arahnedjat@yahoo.com</p>	<p><b>نتیجه‌گیری:</b> با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر سربازان مبتلا به اختلال یا صفات شخصیت مرزی در مقایسه با سربازان سالم بیشتر از راهبردهای منفی هیجان شناختی استفاده می‌نمایند. همچنین، سربازان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با سربازان سالم کمتر از راهبردهای مثبت هیجان شناختی استفاده می‌نمایند.</p>

## مقدمه

پیچیده‌ای است که با نارسایی‌های متعددی در روابط بین فردی خودپنداره و کنش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مشخص می‌شود. معیارهای تشخیصی برای اختلال شخصیت مرزی شامل تلاش‌های بسیار زیاد برای جلوگیری از ترک شدن، بی‌ثباتی شدید هیجان شناختی و خودپنداره، تکانش‌گری و دشواری در کنترل خشم، خودزنی، احساس مزمن پوچی، افکار پارانوئید و نشانه‌های تجزیه‌ای است (۱). ویژگی و صفات شخصیت مرزی در جمعیت عادی نیز مشاهده می‌شود. رگه یا صفات شخصیت مرزی در جمعیت عادی، با پیامدهای منفی

اختلال شخصیت<sup>۱</sup> عبارت است از یک الگوی بادوام و پایدار از رفتار و تجربه درونی که به‌طور قابل ملاحظه‌ای با انتظاراتی که از شرایط فرهنگی فرد وجود دارد متفاوت، فراگیر و غیرقابل انعطاف باشد، شروع آن به دوران نوجوانی یا اوایل بلوغ برگردد، در طول زمان پایدار باشد و به ناراحتی یا آسیب‌دیدگی روانی منجر گردد (۲). در میان اختلال‌های شخصیت اختلال شخصیت مرزی<sup>۳</sup>، یکی از مشکلات پیچیده مربوط به حیطه سلامت روان است که با مشخصه‌هایی چون هیجانان منفی شدید، اختلال در هویت، رفتارهای تکانش‌گرانه و ناپایداری در روابط میان فردی شناخته می‌شود. اختلال شخصیت مرزی، بیماری روانی

1- Personality Disorder  
2- Borderline Personality Disorder

معناداری رابطه دارد، مانند: مشکلات تحصیلی، وجود اختلالات خلقی، اختلال در روابط بین فردی و همچنین مصرف مواد مخدر و الکل (۲). بنابراین، شخصیت مرزی نه تنها در افرادی که این اختلال را دارند، بلکه در جامعه بهنجار نیز تاثیرات منفی خود را می‌گذارد.

اختلال شخصیت مرزی با شیوع ۱/۹۰ درصد یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت در جوامع بزرگسال غربی است (۳)، همچنین در پژوهشی درباره این اختلال در کهنه‌سربازان<sup>۱</sup> نشان داده شده است که شیوع این اختلال در افرادی که تشخیص اختلال پس از سانحه داشته‌اند ۱۷/۹ درصد بوده و در سایر افراد ۴/۸ درصد بوده است (۴). همچنین، آوخ و همکارانش در مطالعه‌ای تحت عنوان تعیین رابطه خودزنی و اختلالات شخصیت در سربازان نشان دادند که خودزنی با اختلالات شخصیت کلاستر B، بلاخص اختلال شخصیت مرزی ارتباط دارد (۵).

در زمینه سبب‌شناسی این اختلال به نقش عوامل مختلفی مانند اختلالات کارکردی عمده‌ای در سیستم سروتونرژیک و دوپامینرژیک (۶)، پایین بودن قدرت ایگو (۷)، سابقه سوءاستفاده جنسی و جسمی و عاطفی در کودکی، محیط خانوادگی ناپایدار و سابقه خانوادگی روان‌پزشکی اشاره شده است (۸). اخیراً به نقش اساسی راهبردهای تنظیم هیجان شناختی<sup>۲</sup> به عنوان یکی از عوامل اصلی تاثیرگذار بر این اختلال اشاره شده است (۹) و در این راستا یکی از نظریه‌هایی که اخیراً به تبیین این اختلال بر اساس الگوی زیستی می‌پردازد، نظریه زیستی-اجتماعی لینهان<sup>۳</sup> است. براساس این نظریه شخصیت مرزی نوعی آشفتگی در هیجان است که مشخصه‌ی آن عبارت است از: حساسیت هیجانی بالا و ناتوانی در تنظیم هیجان. بر اساس این نظریه، تعامل بین آسیب‌پذیری فردی با آسیب‌پذیری زیستی و تاثیرات محیطی ویژه به وجودآورنده‌ی اختلال شخصیت مرزی هستند. لینهان مطرح می‌کند اختلال شخصیت مرزی زمانی پدید می‌آید که اشخاصی با آسیب‌پذیری زیستی (احتمالاً ژنتیکی) که در مهار هیجان‌اتشان مشکل دارند در محیط خانوادگی بی‌اعتبارکننده بزرگ شوند که در این‌گونه محیط‌ها به احساسات شخص اهمیت داده نشده و به آن‌ها بی‌توجهی شده است (۱۰).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، بخش جدایی‌ناپذیر زندگی انسان است و موجب می‌شود افراد در مواقع استرس‌زا، احساسات و هیجانات خود را کنترل کنند (۱۱). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از نظر تنظیم هیجانی مشکل دارند و سطح فعالیت دستگاه لیمبیک<sup>۴</sup> مغزشان بیشتر می‌باشد (۱۲)، از این روی سامان‌دهی هوشیاری و افزایش راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان شناختی باعث کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان عمدی در بیماران مرزی می‌شود (۱۳). در واقع تنظیم هیجان به

اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. این مفهوم اغلب به منظور توصیف فرایند تعدیل عاطفه منفی به کار رفته است. هرچند تنظیم هیجان می‌تواند دربرگیرنده فرایندهای هشیار باشد، ولی لزوماً نیازمند آگاهی و راهبردهای آشکار نیست (۱۴). تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است. به‌عنوان فرایندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش‌های هیجانی تعریف شده است (۱۵).

همچنین افراد مبتلا به صفات یا اختلال شخصیت مرزی احتمال خودزنی و رفتارهای تکانشی را در یگان‌ها افزایش می‌دهند، که این مسئله موجب تحمیل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم، زمینه‌سازی خطر برای سربازان و هم‌رزمانش، کاهش سطح عملکرد و توان رزمی نیروهای مسلح می‌شود (۱۶). از طرفی با عنایت به اینکه اخیراً در ادبیات روان‌شناسی اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یک نارسایی در تنظیم هیجان مفهوم سازی شده است به همین دلیل تنظیم هیجانی گزینه‌ی خوبی است تا درباره‌ی عوامل زیربنایی این اختلال دانش بیشتری کسب شود. شناخت عوامل تأثیرگذار هیجانی در افراد مبتلا به اختلال یا صفات شخصیت مرزی به خصوص سربازان به پیدایش شناخت بیشتری از ماهیت و سبب‌شناسی اختلالات روانی و شخصیت در سربازان کمک‌کننده می‌باشد. همچنین، با وجود مطالعات گسترده در خصوص سبب‌شناسی این اختلال، هنوز در تصریح عوامل زمینه‌ساز و آشکارکننده آن، ابهامات و پرسش‌های متعددی وجود دارد. توجه بیشتر به این اختلال و تلاش‌های گسترده‌تر در زمینه شناخت عوامل ایجادکننده آن، باعث فهم دقیق‌تر و شناخت عوامل پیشگیرانه و یاری‌رسان در زمینه درمان آن می‌شود. از این رو پژوهش حاضر در پی مقایسه تنظیم هیجان شناختی در سربازان دارای اختلال و یا صفات شخصیت مرزی با سربازان بدون این تشخیص بوده است.

## روش کار

این مطالعه از نوع پژوهش‌های توصیفی<sup>۵</sup> - مقطعی<sup>۶</sup> و علی - مقایسه‌ای<sup>۷</sup> بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه سربازان بستری و سربازان مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش جمهوری اسلامی ایران بودند که در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۱ سال قرار داشتند و در پرونده روان‌پزشکی آنها سابقه تشخیص صفات یا اختلال

- 1- Veterans
- 2- Cognitive Emotion Regulation Strategies
- 3- Linehan
- 4- Limbic system
- 5- Descriptive
- 6- Cross-sectional
- 7- Causal-comparative

شخصیت مرزی وجود داشت. پس از هماهنگی‌های لازم با روان‌پزشکان حاضر در درمانگاه سرپایی بیمارستان، از طریق روش نمونه‌گیری دردسترس و با توجه به ملاک‌های ورود، تعداد ۲۱۲ نفر از سربازانی که با ویزیت و تشخیص روان‌پزشکان بیمارستان مذکور دارای اختلال یا صفات شخصیت مرزی بودند انتخاب شدند.

**معیارهای ورود به این پژوهش، شامل:** داشتن ملاک‌های تشخیصی صفات یا اختلال شخصیت مرزی به تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس پنجمین راهنمای اماری و تشخیص اختلالات روانی<sup>۱</sup> (DSM-5)، داشتن سواد خواندن و نوشتن، حداقل سن ۱۸ سال، برخورداری از انگیزه بالا و تمایل جهت شرکت در پژوهش و اشتغال به خدمت سربازی در یکی از پادگان‌ها و یگان‌های ارتش جمهوری اسلامی ایران در شهر تهران بود. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن اختلال روانی شدید و مشکل هوشی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته، عدم برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، عدم تمایل برای شرکت در پژوهش و اشتغال به خدمت سربازی در یکی از پادگان‌ها و یگان‌های ارتش جمهوری اسلامی ایران غیر منظور سنجش نظم‌جویی هیجان‌شناختی پرسشنامه‌ی تنظیم هیجان‌شناختی از گارنفسکی<sup>۲</sup>، کرایچ<sup>۳</sup> و اسپین هاون<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) تکمیل نمودند (۱۷) و به منظور بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده گردیده شد.

لازم به ذکر است این طرح در دانشکده داروسازی و علوم دارویی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی ایران با کد اخلاق IR.IAU.REC.1398.021 تصویب گردید. رعایت حق انتخاب و اختیار مشارکت‌کنندگان برای شرکت در طرح، محرمانه بودن اطلاعات شخصی مشارکت‌کنندگان، دادن کد به هر یک از مشارکت‌کنندگان، ارائه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای طرح پژوهشی، مهم‌ترین مسائل اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بودند.

#### در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از ابزارهای ذیل استفاده گردید

۱- پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته: بر اساس این پرسشنامه، ویژگی‌هایی مثل سن، سطح تحصیلات، یگان خدمتی، سابقه بیماری روان‌پزشکی سابقه درمان‌های روان‌پزشکی، سابقه اقدام به خودزنی، سابقه مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی مورد بررسی قرار گرفت.

۲- مقیاس نظم‌جویی هیجان‌شناختی (CERQ)<sup>۵</sup>: به‌طور خاص این پرسشنامه جهت نشان دادن فرایندهای شناختی که مردم بعد از تجربه کردن وقایع منفی در زندگی با آن‌ها مواجه می‌شوند، مورد استفاده قرار گرفته و جهت فهم بهتر از اینکه این

فرایندها ممکن است جریان رشد هیجان را تحت تأثیر قرار دهد، ساخته شده است. این پرسشنامه خودگزارشی از ۳۶ گویه تشکیل شده است که در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. تعداد نه راهبرد تنظیم هیجانی ادراکی از طریق اصول تحلیل مؤلفه تشخیص داده شده‌اند. ضریب آلفای استراتژی این مقیاس به ترتیب زیر است: پذیرش شرایط ۰/۶۸، تمرکز مجدد مثبت و برنامه‌ریزی ۰/۸۳، ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع‌تر ۰/۸۷، سرزنش خود ۰/۷۸، سرزنش دیگران ۰/۷۴، نشخوار فکری ۰/۶۸، فاجعه‌آمیز کردن ۰/۸۰ (۱۷). جهت بررسی ساختار عاملی مقیاس تنظیم هیجان‌شناختی، به‌منظور کاربرد در فرهنگ ایرانی، تحلیل عامل، توسط گارنفسکی و سامانی (۲۰۱۱) صورت گرفت. شاخص KMO برای تحلیل عامل ۰/۸۹ و مقدار X<sup>2</sup> در آزمون کرویت بارلت برای ماتریس همبستگی آیت‌های هیجان‌شناختی معنادار بود. با توجه به این دو شاخص، تحلیل عامل و چرخش واریماکس جهت استخراج عامل‌ها صورت گرفت، نتایج تحلیل عامل از میان ۳۶ آیت پرسشنامه‌ی تنظیم هیجان‌شناختی، هفت عامل مشتمل بر تمرکز مجدد مثبت - برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت - به منظری دیگر نگاه کردن، مقصر دانستن دیگران، مقصر دانستن خود، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز کردن و پذیرش را مشخص کرد. این عوامل روی هم ۵۰٪ از واریانس متغیر هیجان‌شناختی هیجان را تبیین می‌نمود. همچنین جهت بررسی پایایی عوامل از آلفای کرونباخ استفاده شد، ضریب آلفا برای عوامل مختلف ذکر شده به ترتیب عبارت بود از ۰/۹۱، ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۶۵، ۰/۶۶، ۰/۶۲، ضریب باز آزمایشی در طول یک هفته نیز محاسبه گردید که این ضریب بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ به دست آمد (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر از نسخه‌ی سامانی و صادقی (۱۳۸۹) شامل استراتژی‌های شناختی مثبت و استراتژی‌های منفی هیجان استفاده شد.

در این پژوهش جهت بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی از شاخص‌های آماری چون فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. لازم به ذکر است که تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گردید.

#### یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۲۱۲ سرباز بودند، که دامنه سنی آنها از ۱۸ سال تا ۳۱ سال متغیر بود. همچنین

- 1- Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, 5th Edition-DSM-5
- 2- Garnefski
- 3- Kraaij
- 4- Spinhoven
- 5- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-CERQ

درصد فوق دیپلم، ۱/۹ درصد، لیسانس، ۲/۸ درصد فوق لیسانس و ۵/۰ درصد دکترا بودند. همچنین، ۲۷/۸ درصد از سربازان بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی و ۶۹/۲ درصد از سربازان با اختلال یا صفات شخصیت مرزی سابقه مصرف مواد مخدر داشتند.

میانگین و انحراف معیار سن سربازان در گروه بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی و با اختلال یا صفات شخصیت مرزی به ترتیب عبارت‌اند از:  $21/91 \pm 3/38$  و  $23/86 \pm 3/86$ . از نظر تحصیلات ۲۶/۵ درصد، زیردیپلم، ۳۷/۷ درصد، دیپلم، ۱۰/۷

**جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت میانگین نظم‌جویی هیجان شناختی منفی و مثبت در سربازان گروه‌های بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی و با اختلال یا صفات شخصیت مرزی**

متغیرهای وابسته	سربازان	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	سطح معناداری
نظم‌جویی هیجان شناختی منفی	بدون اختلال/ صفات	۴۵/۵۸	۹/۵۷۴	۱	۳۸۶۰/۵۸۸	۳۷/۳۲۳	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال/ صفات	۵۴/۶۰	۱۰/۷۱۱				
نظم‌جویی هیجان شناختی مثبت	بدون اختلال/ صفات	۷۱/۵۹	۱۲/۳۹۳	۱	۹۲۹۵/۲۴۴	۴۳/۴۱۸	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال/ صفات	۵۷/۳۴	۱۶/۵۵۵				

(\*\*) معناداری در سطح ۰/۰۰۱

سربازانی که در گروه بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی در مقایسه با گروه بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی، نظم‌جویی هیجان شناختی مثبت بیشتر و همچنین نظم‌جویی هیجان شناختی منفی کمتری دارند.

جدول ۱ نتایج به‌دست‌آمده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. جدول فوق نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجان شناختی در گروه‌های بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی و با اختلال یا صفات شخصیت مرزی از نظر آماری معنادار است ( $P < 0/05$ ). به عبارت دیگر

**جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت میانگین نمره‌های راهبردهای مثبت شناختی- هیجان سربازان در گروه‌های مطالعه پذیرش رخداد**

متغیرهای وابسته	سربازان	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	سطح معناداری
پذیرش رخداد	بدون اختلال/ صفات	۱۲/۰۱	۲/۹۳۸	۱	۱۲/۴۴۸	۰/۹۸۰	۰/۲۳۲۰
	با اختلال/ صفات	۱۲/۵۳	۴/۰۹۱				
توجه مجدد مثبت	بدون اختلال/ صفات	۱۴/۴۰	۳/۰۴۷	۱	۴۴۰/۲۴۸	۳۷/۵۰۲	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال/ صفات	۱۱/۲۹	۳/۷۶۴				
برنامه‌ریزی مجدد	بدون اختلال/ صفات	۱۵/۶۵	۳/۰۰۱	۱	۵۵۹/۱۹۷	۳۸/۲۱۴	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال/ صفات	۱۲/۱۵	۴/۴۹۴				
ارزیابی مجدد مثبت	بدون اختلال/ صفات	۱۵/۳۲	۳/۶۱۴	۱	۱۰۵۷/۴۸۲	۶۰/۷۱۰	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال	۱۰/۵۱	۴/۶۶۱				
دیدگاه‌گیری	بدون اختلال/ صفات	۱۴/۲۲	۳/۱۷۲	۱	۵۲۰/۱۶۵	۴۰/۱۷۵	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال/ صفات	۱۰/۸۵	۳/۹۷۵				

(\*\*) معناداری در سطح ۰/۰۰۱

مرزی در مقایسه با در سربازان بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی، راهبردهای مثبت هیجان شناختی (توجه مجدد مثبت، برنامه‌ریزی مجدد، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری) کمتری وجود دارد اما در راهبرد پذیرش رخداد تقریباً مشابه هستند.

جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت در راهبردهای مثبت هیجان شناختی در گروه‌های بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی و با اختلال یا صفات شخصیت مرزی به جز در راهبرد پذیرش رخداد در سایر راهبردها از نظر آماری معنادار است ( $P < 0/05$ ) به عبارت دیگر، در سربازان دارای اختلال یا صفات شخصیت

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت میانگین نمره‌های راهبردهای منفی هیجان شناختی سربازان در گروه‌های مطالعه

متغیرهای وابسته	سربازان	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	سطح معناداری
مقصر دانستن خود	بدون اختلال	۱۱/۷۶	۳/۱۸۱	۱	۲۷۶/۱۷۸	۲۱/۱۶۸	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال	۱۴/۱۸	۳/۹۸۲				
نشخوار فکری	بدون اختلال	۱۲/۷۴	۳/۲۲۳	۱	۲۰۵/۹۶۸	۱۷/۰۷۴	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال	۱۴/۸۲	۳/۶۹۷				
فاجعه‌سازی	بدون اختلال	۱۱/۳۲	۳/۴۰۴	۱	۳۷۵/۲۸۳	۲۸/۸۹۷	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال	۱۴/۱۳	۳/۷۸۵				
مقصر دانستن دیگران	بدون اختلال	۹/۷۵	۳/۶۲۰	۱	۱۳۹/۰۳۳	۹/۲۷۷	۰/۰۰۱ (**)
	با اختلال	۱۱/۴۶	۴/۰۹۸				

(\*\*) معناداری در سطح ۰/۰۰۱

همانند: مقصر دانستن خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و مقصر دانستن دیگران بیشتر استفاده می‌نمایند. این یافته نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در پذیرش هیجانات منفی خود مشکل دارند و این کاستی در کاربرد یک راهبرد تنظیم هیجانی کارآمد، به بروز و تشدید نشانه‌های مرضی بیشتر در این گروه از بیماران منجر می‌شود که این نتیجه با یافته‌های محمود علیلو و همکارانش، سالترز- پدنالت<sup>۲</sup> و رابرتون<sup>۳</sup> و همکارانش همسو است، که نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در پذیرش هیجانات منفی خود مشکل دارند و این کاستی در کاربرد یک راهبرد تنظیم هیجانی کارآمد، به بروز و تشدید نشانه‌های مرضی بیشتر در این گروه از بیماران منجر می‌شود (۲۰-۲۲). همچنین، یافته‌های این مطالعه نشان داد که راهبرد فاجعه‌انگاری، نقش ناچیزی در نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی دارد و این یافته با بررسی‌های هاون<sup>۴</sup> ناهمسو است که بر نقش فاجعه‌بار تلقی کردن یک رویداد یا موقعیت در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی تاکید داشت (۲۳).

در زمینه راهبردهای مثبت هیجان شناختی، گروه بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی با گروه دارای اختلال یا صفات شخصیت مرزی به جز در راهبرد پذیرش رخداد در سایر راهبردها، تفاوت معنادار داشتند. به عبارت دیگر در سربازان دارای اختلال یا صفات شخصیت مرزی در مقایسه با سربازان بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی، راهبردهای مثبت هیجان شناختی مانند: توجه مجدد مثبت، برنامه‌ریزی مجدد، ارزیابی دیدگاه‌گیری کمتری وجود داشت اما در راهبرد پذیرش رخداد تقریباً مشابه بود که با نتایج پژوهش پرت و مکلیبا همسو

جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت در راهبردهای منفی هیجان شناختی در گروه‌های بدون اختلال و با اختلال یا صفات شخصیت مرزی از نظر آماری معنادار است ( $P < 0/01$ ). به عبارت دیگر با مراجعه به میانگین‌های دو گروه مشاهده می‌شود که سربازان دارای اختلال یا صفات شخصیت مرزی در مقایسه با سربازان بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی، بیشتر از راهبردهای منفی هیجان شناختی (مقصر دانستن خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و مقصر دانستن دیگران) استفاده می‌نمایند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت نظم‌جویی هیجان شناختی در سربازان دارای تشخیص اختلال یا صفات شخصیت مرزی با سربازان سالم بود. با توجه به تحلیل آماری داده‌های پژوهش حاضر، گروه فاقد تشخیص اختلال یا صفات شخصیت مرزی در مقایسه با گروه دارای تشخیص اختلال یا صفات مرزی، نظم‌جویی هیجان شناختی منفی کمتری از خود نشان دادند. نتایج این پژوهش، با یافته‌های پژوهش کارسون<sup>۱</sup> و همکارانش مبنی بر اینکه بیماران دارای شخصیت مرزی از نظر تنظیم هیجانی مشکل دارند و سطح فعالیت دستگاه لیمبیک مغزشان بیشتر می‌باشد (۱۹). به عبارتی دیگر، بین راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان شناختی و اختلالات روانی (افسردگی، اضطراب و اختلال تغذیه) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد که به گونه‌ای سامان‌دهی هوشیاری و افزایش راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان شناختی باعث کاهش خودآزاری عمدی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود (۱۳).

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، سربازان دارای اختلال یا صفات شخصیت مرزی در مقایسه با سربازان بدون اختلال یا صفات شخصیت مرزی، از راهبردهای منفی هیجان شناختی

- 1- Carson KD
- 2- Salters-pecneault
- 3- Robertson
- 4- Haven

و همخوان می‌باشد (۲۴). نوحی و حسینی در پژوهشی عنوان می‌دارند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نمی‌توانند از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته و بهنجار استفاده کنند و نظم-جویی هیجان شناختی، راهبرد ارزیابی مجدد مثبت توانایی پیش‌بینی مؤلفه‌ی تکانش‌گری شخصیت مرزی را ندارد (۲۵). همچنین، با توجه به مطالعات موجود این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد (۲۶). در این پژوهش مانند هر مطالعه دیگر با محدودیت‌هایی مواجهه بود از جمله نمونه حاضر نمی‌تواند نماینده کل بیماران مبتلا به صفات یا اختلال شخصیت مرزی باشد و تعمیم نتایج این مطالعه باید با احتیاط صورت بگیرد. همچنین چون این پژوهش روی جمعیت بالینی یعنی سربازان مبتلا به اختلال یا صفات شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران صورت گرفته است، لذا در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر جمعیت‌های غیرسرباز و به جمعیت زنان مبتلا به اختلال یا صفات شخصیت مرزی باید احتیاط نمود. لذا پیشنهاد می‌گردد در آینده، پژوهش‌هایی از

این دست در جامعه‌های غیرسرباز هم اجرا شود تا یافته‌ها از قابلیت اعتبار و تعمیم بیشتری برخوردار شوند. در قالب یک مطالعه مدل معادلات ساختاری، نتایج پژوهش حاضر به صورت یک مدل استخراج گردد تا در قالب یک مدل درمانی جهت پیشگیری اولیه از صفات یا اختلال شخصیت مرزی در سطح جامعه قابلیت کاربرد داشته باشد. از طرف دیگر با توجه به اینکه پژوهش در جنسیت مردان انجام شده است و تعمیم نتایج به جنسیت زنان دارای محدودیت است، از این روی پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی از این دست در جامعه بانوان هم توسط سایر محققان انجام گردد.

#### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه سربازان و روان‌پزشکان و کارکنان درمانگاه سرپایی بیمارستان ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران که در انجام این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

## References

- 1-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 2-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*. 2015;39:147-55.
- 3-Volkert J, Gablonski T-C, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2018;213(6):709-15.
- 4-Oveisi K, Esmaeilimotlagh M, Alizadeh F, Asadollahi Kheirabadi M. To Study the Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder and its Comorbidity with personality disorders among veterans of Tehran. *Journal of Humanities Insights*. 2018;2(01):6-13.
- 5-F A, A M, MR E. The relation of self-mutilation and personality disorders among military soldiers.
- 6-Scandinavica AP, Akiskal HS. Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(6):401-7.
- 7-Presniak MD, Olson TR, MW M. The role of defense mechanisms in borderline and antisocial personalities. *Journal of Personality Assessment*. 2010;92(2):137-45.
- 8-Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005;193(1):24-31.
- 9-Gross JJ, Thompson RA. *Emotion regulation: Conceptual foundations*. 2007.
- 10-Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*. 2009;135(3):495.
- 11-Slee N, Garnefski N, Spinhoven P, Arensman E. The influence of cognitive emotion regulation strategies and depression severity on deliberate self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008;38(3):274-86.
- 12-Sanagouye-Moharer G. Comparison of Cognitive-Emotional Regulation, Executive Functions and Impulsivity among Students with Borderline Personality and Peers. *Community Health (Salāmat-i ijtimāi)*. 2018;6(1):1-10.
- 13-Klemanski DH, Curtiss J, McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive therapy and research*. 2017;41(2):206-19.
- 14-Pos AE, Greenberg LS. Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2012;26(1):84-107.
- 15-Carpenter RW, Trull TJ. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*. 2013;15(1):335.
- 16-H S, A T, S F, SHR K. Investigation of psychiatric reasons of exemption in soldiers referring to medical commission in a military hospital during 2007-2013.
- 17-Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 2001;30(8):1311-27.
- 18-Saman S, Sadeghi2 L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal Management System*. 2010;1(1):51-62.
- 19-Carson KD, Carson PP, Birkenmeier BJ. Measuring emotional intelligence: Development and validation of an instrument. *Journal of Behavioral and applied Management*. 2016;2(1):810.
- 20-MAJID MA, ABDOLLAH G, AZIMI ZEINAB AE, SAMAD F. ROLE OF EMOTION REGULATION STRATEGIES IN THE PREDICTION OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER SYMPTOMS. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY ANDISHE VA RAFTAR (ANDISHEH VA RAFTAR) (APPLIED PSYCHOLOGY)*. 2012;6(24):9-18.
- 21-Salters-pedneault K. *Borderline personality disorder treatment*. 2011.
- 22-Roberton T, Daffern M, Bucks RS. Emotion regulation and aggression. *Aggression and violent behavior*. 2012;17(1):72-82.
- 23-Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2011;37(1):37-42.
- 24-Perte A, Miclea M. The standardization of the cognitive emotional regulation questionnaire (CERQ) on Romanian population. *Cognition, Brain, Behavior*. 2011;15(1):111.
- 25-Nohi S, Hasani J. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Defense Mechanisms with Borderline Personality Disorder. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY ANDISHE VA RAFTAR (ANDISHEH VA RAFTAR) (APPLIED PSYCHOLOGY)*. 2017;12(43):57-66.
- 26-Schreiber LR, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of psychiatric research*. 2012;46(5):651-8.

## Comparison of Cognitive Emotion Regulation Disorder in Soldiers with the Diagnosis of Borderline Personality Disorder or Traits with Healthy Soldiers in Tehran, Iran, in 2019.

Taheri S (M.Sc), Rahnejat AM (Ph.D)\*, Manouchehri M (Ph.D), Donyavi v (MD)  
Sabayan B (Ph.D Candidate), Mozafarian MH (Ph.D Candidate)

### Abstract

**Introduction:** The aim of the present study was to determine the difference in cognitive emotion regulation between soldiers diagnosed with a borderline personality disorder or traits and healthy soldiers.

**Methods:** The present study was a descriptive cross-sectional and causal-comparative study, which carried out in 2019. The first statistical population consisted of all soldiers referred to the 505 Army Psychiatric Hospital of the Islamic Republic of Iran who had a borderline personality disorder or traits and the second statistical population were healthy soldiers whom they didn't have any psychological and physical problem. The final sample size was 106 cases in each group, which these 212 cases determined by the Cochran formula. The sampling method was available and demographic questionnaires and Garnefsky Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) collected the required data. Data were analyzed by descriptive statistics include mean, frequency, percentage and MANOVA by 25th version of SPSS.

**Results:** The age range of the surveyed soldiers was from 18 to 31 years old ( $21.98 \pm 3/86$  and  $23.38 \pm 2.91$ ). The data analysis results showed that the difference in negative cognitive emotion strategies between groups with and without borderline personality disorder or traits was statistically significant ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** According to the findings of the present study, soldiers with borderline personality disorder or traits are more likely to use negative cognitive emotion strategies than healthy soldiers. In addition, soldiers with borderline personality disorder use less positive emotional cognitive strategies in comparison with healthy soldiers.

**Keywords:** Cognitive Emotion Regulation, Borderline Personality Disorder and Traits, Soldiers.

---

\*Correspondent Address: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: arahnedjat@yahoo.com