



فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی
سال شانزدهم شماره ۶۴ زمستان ۱۴۰۰



مدلسازی معادله ساختاری اختلال شخصیت مرزی و ناگویی هیجانی: نقش واسطه‌ای افسردگی و اضطراب

آرزو لشکری^۱، محسن دهقانی^{۲*}، وحید صادقی فیروزآبادی^۳، محمود حیدری^۲، علی خطیبی^۴

۱- کاندیدای دکتری روانشناسی دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران

۳- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران

۴- دانشیار مرکز توانبخشی درد ستون فقرات، دانشکده ورزش، علوم ورزشی و توانبخشی، دانشگاه بیرمنگام، انگلستان

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۱۱/۴

چکیده

اختلال شخصیت مرزی با الگویی از بی‌ثباتی خلق، روابط بین‌فردی، هویت و نیز تکانشگری مشخص می‌شود که هزینه زیادی را بر سیستم بهداشتی کشورها وارد می‌کند. هسته اصلی اختلال شخصیت مرزی دشواری در تنظیم هیجان است که یکی از مولفه‌های دشواری در تنظیم هیجان ناگویی هیجانی است. از جمله متغیرهای دیگر مرتبط با اختلال شخصیت مرزی، افسردگی و اضطراب هستند که با ناگویی هیجانی نیز رابطه دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای اضطراب و افسردگی در ارتباط با ناگویی هیجانی و اختلال شخصیت مرزی بود. طرح پژوهش از نوع همبستگی توصیفی و روش پژوهش حاضر از نوع مدلیابی معادلات ساختاری است. جامعه این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهیدبهشتی و علم و فرهنگ بودند که از این میان ۴۲۹ نفر از دانشکده‌های برق، روانشناسی، ادبیات و حقوق به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک، مقیاس اختلال شخصیت مرزی و ناگویی هیجانی پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزارهای لیزرل و SPSS استفاده شد. شاخص‌های برازش مدل ($GFI=0.94$, $CFI=0.97$, $RMSEA=0.06$) نشان داد که مدل مذکور از برازش خوبی برخوردار است. نتایج تحلیل آماری نشان دادند که ناگویی هیجانی با میانجی‌گری افسردگی و اضطراب قادرند اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی کنند، به نحوی که افسردگی و نیز اضطراب به صورت مثبت و مستقیم و نیز ناگویی هیجانی به طور مثبت و غیر مستقیم قادر به تبیین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی بودند. این یافته‌ها تلویحات عملی در مداخلات بالینی دارند که در شناسایی و درمان اختلال شخصیت مرزی می‌توان از آن استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی، ناگویی هیجانی، اضطراب، افسردگی

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) با ناپایداری عاطفه، اختلال هویت، مشکلات بین فردی و رفتارهای تکانشگری مشخص می‌شود. برای تشخیص گذاری اختلال شخصیت مرزی این مشکلات باید ثابت و دراز مدت بوده و اختلال در عملکرد فرد و یا ناراحتی و پریشانی زیادی برای فرد ایجاد کرده باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال شخصیت مرزی به عنوان شایع ترین اختلال شخصیت در جمعیت های بالینی مشخص شده است (گاندerson^۲، ۲۰۰۹). همچنین این اختلال هزینه های فردی و اجتماعی زیادی را بر افراد و جامعه تحمیل می‌کند (سانسون و همکاران^۳، ۲۰۱۱؛ موران^۴ و همکاران، ۲۰۱۶؛ هالم و سورنسون^۵، ۲۰۰۸). میانگین شیوع BPD در جمعیت عمومی ۱/۶٪ تخمین زده می‌شود، اگرچه ممکن است تا ۵/۹٪ درصد هم برسد. البته شیوع BPD در مراکز مراقبت‌های اولیه حدود ۶٪ و در درمانگاه‌های سرپایی ۱۰ درصد است که رقم قابل توجهی است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

یکی از متغیرهایی که با اختلال شخصیت مرزی مرتبط است ناگویی هیجانی^۶ است. ناگویی هیجانی سازه‌ای شخصیتی است که به مشخصه آن دشواری در شناسایی هیجان‌ها^۷، توصیف هیجان‌ها^۸ و تفکر بیرونی^۹ است (باگی^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۴). بیماران مبتلا به ناگویی هیجانی علاوه بر اینکه نمی‌توانند هیجان‌ها را به درستی شناسایی و یا توصیف کنند، از سبک تفکر بیرونی نیز استفاده می‌کنند.

به عبارت دیگر بیماران مبتلا به ناگویی هیجانی بر روی تجربیات جسمانی بیشتر از تجربیات هیجانی تمرکز می‌کنند و برای توصیف موقعیت‌ها از کلمات عملگرا^{۱۱} بیشتر از کلمات هیجانی استفاده می‌کنند (وینریب^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۲). اسلوگان^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۷) نرخ شیوع ناگویی هیجانی در اختلال شخصیت مرزی را ۶۵ تا ۸۰ درصد گزارش کرده‌اند. ناتوانی در شناسایی احساسات به عنوان مولفه اصلی بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی عنوان شده است (وب و مک موران^{۱۴}، ۲۰۰۸).

1. Borderline Personality Disorder
2. Gunderson
3. Sansone
4. Moran
5. Holm & Severinsson
6. alexithymia
7. Difficulty identifying feelings
8. Difficulty describing feelings
9. External oriented thinking
10. Bogby
11. Action-orientad
12. Weinryb
13. Sleuwaegen
14. Web & McMurra

هچنین اسلوگان و همکاران (۲۰۱۷) رفتار آسیب زنی بدون قصد خودکشی که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شایع است را با ناگویی هیجانی مرتبط می‌دانند. بین مؤلفه‌های ناگویی هیجانی به‌طور اختصاصی دشواری در توصیف هیجان‌ها با آسیب زدن بدون قصد خودکشی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مرتبط است. برنام^۱ (۱۹۹۶) رابطه بین اختلال شخصیت مرزی و سابقه سوء استفاده دوران در کودکی و ناگویی هیجانی را در بیماران سرپایی روانپزشکی بررسی کردند و متوجه شدند که بیمارانی که سابقه سوء استفاده در دوران کودکی را داشتند علائم اختلال شخصیت مرزی بیشتری را گزارش می‌کردند و نیز نمرات بالاتر در دشواری در شناسایی هیجان‌ها، که یکی از مؤلفه‌های اصلی ناگویی هیجانی است، با علائم اختلال شخصیت مرزی شدیدتر همراه بود. تحقیقات جدیدتر نیز ناگویی هیجانی را به عنوان میانجی بین اختلال شخصیت مرزی و نیز سبک دلبستگی معرفی کرده‌اند (خسروی، ۲۰۲۰؛ دبرود و همکاران^۲، ۲۰۱۲). در همین راستا جوس^۳ و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند که ناگویی هیجانی با سرکوب هیجان‌ها، دلبستگی اجتنابی و نیز با شدت اختلال شخصیت مرزی مرتبط است.

نیو^۴ و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود گزارش کردند که افراد مبتلا به BPD نسبت به افراد گروه کنترل و افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی سطوح بالاتری از ناگویی هیجانی به‌ویژه در خرده مقیاس دشواری در شناسایی هیجان‌ها خود داشتند. کیلیچ^۵ و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به گروه کنترل ناگویی هیجانی بیشتری را تجربه می‌کنند و در عین حال بین متغیرهایی مثل همدلی، ناگویی هیجانی، افسردگی و تکانشگری، ناگویی هیجانی و افسردگی می‌تواند اختلال شخصیت مرزی را پیش بینی کند. همچنین ناگویی هیجانی با شناخت اجتماعی نیز ارتباط دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شناخت اجتماعی مشکلاتی دارند که این خود منجر به اختلال در روابط بین فردی می‌شود.

در پژوهشی بعد از کنترل اضطراب و افسردگی و نیز ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شناخت اجتماعی مشکلاتی را گزارش کردند. به نظر می‌رسد ارتباط ناگویی هیجانی و نیز اضطراب و افسردگی در اختلال شخصیت مرزی مستقل از سایر مشکلات از جمله شناخت اجتماعی است (پلات^۶ و همکاران، ۲۰۱۸؛ جوانمرد و قره‌قوزلو، ۱۳۹۴). علاوه بر این پژوهش‌ها نشان دادند که همواره ارتباط مستقیم بین ناگویی هیجانی و شخصیت مرزی وجود ندارد (نیکولو^۷ و همکاران، ۲۰۱۱).

1. Berenbaum
2. Deborde
3. Joyce
4. New
5. Kiliç
6. Pluta
7. Nicolb

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ناگویی هیجانی به‌طور نسبی می‌تواند اختلال شخصیت مرزی را تبیین کند، به نحوی که برخی از پژوهش‌ها نشان دادند که بین ارتباط ناگویی هیجانی و شخصیت مرزی، عوامل مهم دیگری از جمله عوامل عاطفی درگیر هستند (لوواس^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). از جمله عامل‌های مهم در این ارتباط، اضطراب و افسردگی است. اضطراب و افسردگی با بسیاری از اختلالات و مشکلات روانشناختی از جمله ناگویی هیجانی مرتبط است (سرچیا^۲ و همکاران، ۲۰۰۱؛ هنکالامپی^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). اختلالات افسردگی همبندی بسیاری با اختلال شخصیت مرزی دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

محققان بسیاری ارتباط افسردگی و اختلال شخصیت مرزی را نشان داده‌اند (اندور^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ گاندرسون و همکاران، ۱۹۹۱). در مطالعات مختلفی افسردگی بین سایر متغیرهای مورد بررسی از جمله پرخاشگری و تکانشگری یکی از بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال شخصیت مرزی بوده است (کلسچ^۵ و همکاران، ۲۰۲۰؛ وایلانکورت^۶ و همکاران، ۲۰۱۴). متغیر دیگری که با اختلال شخصیت مرزی مرتبط است اضطراب می‌باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اختلالات اضطرابی در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شیوع بالایی دارد (سیلورمن^۷ و همکاران، ۲۰۱۲).

همچنین اندور و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند آسیب زدن به خود که یکی از علایم اختلال شخصیت مرزی است با اضطراب و نیز با افسردگی رابطه بالایی دارد. تا کنون ارتباط بین ناگویی هیجانی و علایم اختلال شخصیت مرزی و نیز اضطراب و افسردگی به‌طور کامل بررسی نشده است. مانی^۸ و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که نشخوار کردن که یکی از مؤلفه‌های افسردگی محسوب می‌شود (نولن هوکسما^۹، ۲۰۰۰)، می‌تواند رابطه بین ناگویی هیجانی و نیز علایم اختلال شخصیت مرزی را میانجی‌گری کند. به عبارت دیگر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی زمانی که بر افکار هیجانی منفی متمرکز می‌شوند و سطح هیجان منفی بالاتری را تجربه می‌کنند به نشخوار کردن روی می‌آورند و در نهایت این چرخه هیجان منفی و نشخوار کردن باعث ایجاد حالت ناخوشایند هیجانی و در نهایت بروز علایم اختلال شخصیت مرزی (از جمله آسیب زدن به خود) می‌شود.

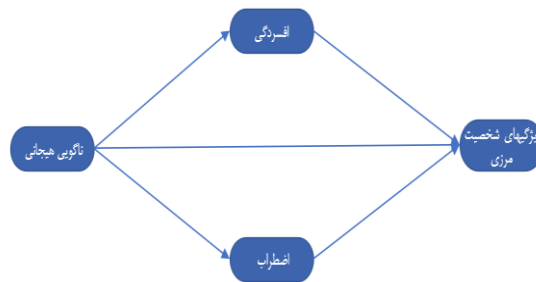
با توجه به شیوع بالای ناگویی هیجانی در اختلال شخصیت مرزی و نیز ارتباط اضطراب و افسردگی با ناگویی هیجانی و نیز اختلال شخصیت مرزی به نظر می‌رسد اضطراب و افسردگی بتوانند نقش واسطه‌ای را در ارتباط با ناگویی هیجانی و نیز اختلال شخصیت مرزی بازی کند. با وجود شیوع بالای اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عمومی و

1. Loas
2. Saarijärvi
3. Honkalampi
4. Andover
5. Kiliç
6. Vaillancourt
7. Silverman
8. Meaney
9. Nolen-Hoeksema

هزینه بالایی که این اختلال بر جامعه تحمیل می‌کند، پژوهش‌هایی در این زمینه می‌تواند اطلاعات مهمی در زمینه درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در اختیار قرار دهد. با نگاهی که به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه می‌توان داشت، می‌توان نتیجه گرفت که رابطه مستقیم بین ناگویی هیجانی و اختلال شخصیت مرزی و نیز اضطراب و افسردگی با اختلال شخصیت مرزی به طور مستقیم بررسی شده است.

اما علی‌رغم اهمیت پژوهش‌هایی که روابط واسطه‌ای را بررسی می‌کنند در پژوهشی رابطه واسطه‌ای اضطراب و افسردگی در ارتباط با ناگویی هیجانی و نیز اختلال شخصیت مرزی بررسی نشده است. با وجود اینکه پژوهش‌هایی که با مدلیابی معادلات ساختاری انجام می‌شوند دیدگاه جامعتری در زمینه روابط بین متغیرها ارائه می‌دهند.

از لحاظ نظری، یک میانجی به عنوان متغیر یا سازوکاری (مثل اضطراب و افسردگی) است که توضیح می‌دهد چگونه یک پیش‌بینی‌کننده مثل (ناگویی هیجانی) با متغیر برون‌داد علایم اختلال شخصیت مرزی مرتبط است. از این رو هدف پژوهش حاضر، آرایه‌ی یک مدل فرضی و آزمون آن از طریق روش دمدلیابی معادلات ساختاری است.



شکل ۱: مدل فرضی پژوهش

روش

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی-توصیفی است. جامعه آماری پژوهش، همه دانشجویان دانشگاه‌های شهیدبهبشتی و علم و فرهنگ در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بودند. حداقل حجم نمونه لازم برای پژوهش بر اساس شاخص بحرانی هولتر^۱ در بازه ۹۵ درصد اطمینان ۲۰۱ و با در نظر گرفتن ۱۰ تا ۲۰ نفر برای هر پارامتر (کلاین^۲، ۲۰۱۶) ۳۱۰ تا ۶۲۰ نفر برای این پژوهش مناسب است که ۴۳۶ نفر از جامعه پژوهش به صورت در دسترس و داوطلبانه از دانشکده های برق، حقوق، ادبیات و روانشناسی جمع‌آوری شد و پس از حذف پرسشنامه‌هایی که به طور کامل پاسخ داده نشده بودند داده‌های ۴۲۹ آزمودنی وارد تحلیل آماری شد. از دانشجویانی که علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند دعوت شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را پر کنند. قبل از پر کردن پرسشنامه‌ها ابتدا درباره پژوهش و نیز شرایط رازداری و محرمانه

1. Hoelter
2. Kline

بودن اطلاعات برایشان توضیحاتی داده شد و افراد با رضایت کامل وارد پژوهش شده و پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمودند. این پژوهش زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه شهید بهشتی و با رعایت موارد اخلاقی و حفظ رازداری صورت گرفت.

ابزار پژوهش

مقیاس اختلال شخصیت مرزی (PAI_BOR^۱): این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۲۴ ماده‌ای است که برای ارزیابی اختلال شخصیت مرزی طراحی شده است. این ابزار چهار خرده مقیاس مشکلات هویتی، بی‌ثباتی عاطفی، روابط بین فردی و آسیب زدن به خود را شامل می‌شود که در طیف لیکرتی چهار درجه‌ای صفر تا ۳ (کاملاً نادرست تا کاملاً صحیح) پاسخ داده می‌شود. استفاده این ابزار برای سنین ۱۸ به بالا مناسب است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده علائم بالاتری از اختلال شخصیت مرزی است. نمره برش برای این ابزار ۳۸ گزارش شده است، یعنی افرادی که نمره ۳۸ و بالاتر را دارند به عنوان افراد دارای نشانه‌های بالینی اختلال شخصیت مرزی در نظر می‌گیرد و نمرات بالاتر از ۶۰ به عنوان عملکرد شخصیت مرزی در نظر گرفته می‌شوند (مورای^۲، ۱۹۹۱). در پژوهش کارلین و همکاران (۲۰۰۵) میزان همسانی درونی (الفای کرونباخ) برای قسمت اختلال شخصیت مرزی این مقیاس ۰/۸۷ و در مطالعه ترال^۳ (۱۹۹۷) روایی مقیاس ۰/۹۱ و همسانی درونی (الفای کرونباخ) ۰/۷۶ گزارش شد. در مطالعه اسماعیلیان و همکاران (۱۳۹۶) نیز تحلیل عاملی انجام شده نشان‌دهنده ۴ عاملی بودن مقیاس همانند مطالعه اصلی (مورای، ۱۹۹۱) و پایایی مقیاس برای خرده مقیاس‌های مشکلات هویتی، بی‌ثباتی عاطفی، روابط بین فردی و آسیب زدن به خود به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ گزارش شد.

پرسشنامه ناگویی هیجانی پرث (PAQ)^۴

این پرسشنامه مقیاس خودگزارشی ۲۴ آیتمی است که از ۵ خرده مقیاس دشواری در شناسایی هیجانات مثبت و منفی، دشواری در توصیف هیجانات مثبت و منفی و جهت‌گیری تفکر بیرونی تشکیل شده است که در ترکیب با یکدیگر سه خرده مقیاس کلی جهت‌گیری تفکر بیرونی، دشواری در توصیف هیجانات و دشواری در شناسایی هیجانات را تشکیل می‌دهند (پریس^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). پریس و همکاران (۲۰۱۸) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها و مقیاس‌های ترکیبی را در بازه ۰/۸۷ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. تحلیل عاملی انجام شده در پژوهش دهقانی لشکری و همکاران (در دست چاپ) این پرسشنامه را شامل ۵ عامل و همسانی درونی برای خرده مقیاس‌های اصلی و نیز خرده مقیاس‌های ترکیبی در محدوده ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

1. Personality assessment inventory_ borderline scale
2. Morey
3. Trull
4. Perth alexithymia questionnaire
5. Preeth

مقیاس اضطراب بک (BAI)^۱

مقیاس اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸) مقیاسی ۲۱ سوالی است که درباره نشانه‌های شایع اضطرابی مثل ترس و عصبی بودن سوال می‌کند. آیتم‌ها بر اساس مقیاس لیکرتی ۰ تا ۳ (صفر = اصلاً یا ۳ = شدیداً) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل بین ۰ تا ۶۳ متغیر است که نمرات بالاتر به معنای داشتن سطح بالاتری از اضطراب است. مطالعه فرا تحلیل (باردهوشی^۲، ۲۰۱۶) الفای کرونباخ و همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۱ و ۰/۶۵ گزارش کرده‌اند. در جمعیت ایرانی پایایی هسانی درونی مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین ساختار عالی این مقیاس در جمعیت دانشجوی ایرانی ۵ عامل گزارش شده است (رفیعی و سیفی، ۱۳۹۲)

مقیاس افسردگی بک نسخه دوم (BDI-II)^۳

مقیاس افسردگی بک مقیاس شایع برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی است که هم در جمعیت بالینی و غیر بالینی کاربرد دارد (بک، ۱۹۹۶). این مقیاس در طیف لیکرتی صفر تا سه پاسخ داده می‌شود که نمرات بالاتر نشانه سطوح بالاتر افسردگی است. از افراد پرسیده می‌شود که به آیتم‌ها بر اساس دو هفته اخیر خود پاسخ دهند. همسانی درونی مقیاس ۰/۹۰ و پایایی آزمون-بازآزمون مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۶ گزارش شده است. دابسون و محمخانی (۱۳۸۶) در تحلیل عاملی اکتشافی به عنوان روایی سازه مقیاس سه عامل جسمانی، شناختی و بی‌ارزشی را برای مقیاس گزارش کرده‌اند. همچنین همسانی درونی مقیاس بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده است. بنابراین می‌توان گفت مقیاس افسردگی بک برای اندازه‌گیری افسردگی یک معتبر است (ونگ و گارنستین^۴، ۲۰۱۳).

جهت طبقه‌بندی، پردازش و تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از نرم‌افزارهای آماری SPSS-22^۵ و LISREL-8.85^۶ استفاده شد. برازش مدل فرضی با کاربرد روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM)^۷ مورد آزمون قرار گرفت. قبل از انجام تحلیل، پیش فرض‌های مرتبط با روش آماری SEM بررسی شدند تا از قابلیت انجام تحلیل روی داده‌ها اطمینان حاصل شود. تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد دو مرحله‌ای (اندرسون و گرینگ^۸، ۱۹۹۸) صورت پذیرفت. در گام اول تحلیل عاملی تاییدی^۹ (CFA) برای ارزیابی برازش مدل اندازه‌گیری استفاده شده و در گام دوم با بهره‌گیری از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، الگوی ساختاری فرضی مورد آزمون قرار گرفت.

1. Beck Anxiety Inventory
2. Bardhoshi
3. Beck depression Inventory
4. Wang, Gorenstein
5. Statistical package for social science
6. Linear structural relations
7. Structural equation modeling
8. Anderson
9. Confirmatory factor analyses

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر، شامل ۱۴۹ نفر مرد (۳۴/۷۳٪) و ۲۷۱ نفر زن (۶۳/۱۷٪) بود که از این میان ۹ نفر جنسیت خود را مشخص نکرده بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک زنان و مردان نشان داده شده است.

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که آسیب زدن به خود و دشواری در توصیف احساسات در بین مردان و زنان به ترتیب دارای کمترین میانگین و انحراف استاندارد می‌باشند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		
								۱	دشواری در شناسایی احساسات	۱
							۱	۰/۸۲**	دشواری در توصیف احساسات	۲
						۱	۰/۵۵**	۰/۵۷**	سبک تفکر بیرونی	۳
					۱	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۳۷**	افسردگی بک_II	۴
				۱	۰/۵۷**	۰/۲۱**	۰/۲۰**	۰/۳۰**	اضطراب بک	۵
			۱	۰/۳۵**	۰/۴۲**	۰/۰۴	۰/۱۲*	۰/۲۱**	آسیب زدن به خود	۶
		۱	۰/۴۰**	۰/۴۱**	۰/۴۸**	۰/۱۷**	۰/۱۸**	۰/۲۵**	روابط بین فردی	۷
	۱	۰/۵۱**	۰/۴۳**	۰/۳۷**	۰/۵۴**	۰/۱۷**	۰/۳۲**	۰/۳۱**	بی ثباتی عاطفی	۸
۱	۰/۵۶**	۰/۵۱**	۰/۴۴**	۰/۴۴**	۰/۵۸**	۰/۱۴**	۰/۳۲**	۰/۳۶**	مشکلات هویت	۹

ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش نیز در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌گونه که مندرجات این جدول نشان می‌دهند همبستگی‌ها در محدوده ۰/۰۴ تا ۰/۸۲ قرار دادند که در این میان دشواری در توصیف احساسات و دشواری در شناسایی احساسات بیشترین همبستگی ($I=0/82$) و آسیب زدن به خود و سبک تفکر بیرونی کمترین همبستگی ($I=0/04$) را نشان دادند.

جدول ۲: ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

	مردان		زنان		چولگی	کشیدگی
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
دشواری در شناسایی احساسات	۲۲/۲۷	۹/۱۳	۲۲/۳۶	۱۰/۴۴	۰,۳۸	-۰,۵۴
دشواری در توصیف احساسات	۲۵/۰۴	۱۰/۴۸	۲۴/۱۸	۱۱/۷۴	۰,۳۲	-۰,۶۳
سبک تفکر بیرونی	۲۳/۷۲	۹/۳۵	۲۰/۱۹	۹/۴۷	۰,۶۰	-۰,۰۱
افسردگی بک_II	۳۶/۱۳	۱۲/۱۰	۲۵/۱۵	۲۱/۱۱	۰,۹۷	-۰,۷۲
اضطراب بک	۹/۷۶	۹/۱۳	۱۲/۹۹	۹/۵۱	۱,۱۷	۱,۱۳

۳/۱۳	۵/۱۶	۳/۴۱	۵/۲۰	-۰,۰۹	۰,۵۷	آسیب زدن به خود
۲/۷۴	۶/۶۶	۳/۰۶	۶/۰۲	۰,۱۹	۰,۵۳	روابط بین فردی
۳/۲۰	۸/۱۱	۳/۳۸	۷/۱۷	-۰,۱۹	۰,۳۷	بی ثباتی عاطفی
۳/۳۸	۷/۶۴	۳/۱۳	۶/۷۳	-۰,۰۵	۰,۴۶	مشکلات هویت

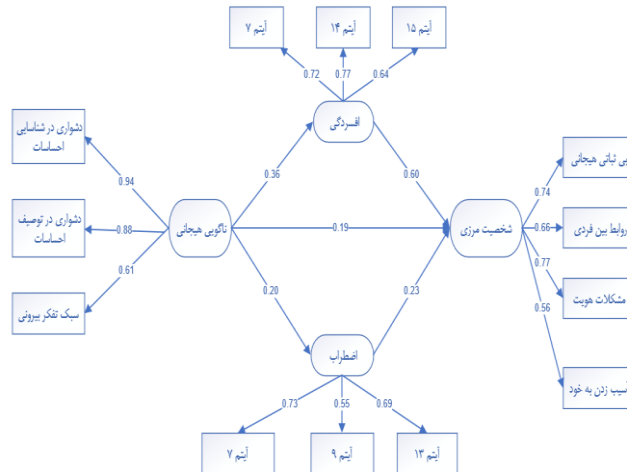
برای انجام مدل‌یابی معادلات ساختاری ابتدا پیش فرض‌های مهم مدل‌یابی معادلات ساختاری مثل نرمال بودن تک متغیری^۱ و چند متغیری^۲ و عدم وجود هم خطی چندگانه^۳ باید مورد بررسی قرار گیرند. برای ارزیابی نرمال بودن تک متغیری چولگی و کشیدگی هر یک از متغیرهای مشهود محاسبه می‌شود. در این مطالعه چولگی متغیرهای مشاهده پذیر در دامنه ۰/۲۷ تا ۲/۲۱ و کشیدگی متغیرهای مشاهده پذیر در دامنه ۰/۶۳ - تا ۲/۸۲ قرار دارد. همچنین چولگی و کشیدگی متغیرهای اصلی پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. کلاسن (۲۰۱۶) چولگی را در دامنه +۳ و -۳ مناسب می‌داند. کشیدگی بیش از ۱۰ ± مشکل ساز بوده و کشیدگی بیش از ۲۰ ± نتایج را نامعتبر می‌سازد (کلاسن، ۲۰۱۶). با توجه به مقادیر ذکر شده چولگی و کشیدگی متغیرهای مشاهده پذیر در دامنه نرمال قرار دارد.

برای اندازه‌گیری نرمال بودن چند متغیری، شاخص کشیدگی چندمتغیری نسبی محاسبه شد که برابر با ۱/۱۵ بود. مقادیر بالاتر از ۳ به این معنی است که نرمال بودن چند متغیری محقق نشده است (بنتلر^۴، ۲۰۰۶). برای بررسی هم خطی چندگانه نیز همبستگی متغیرها بررسی شد که مقادیر بالاتر از ۰/۸۵ نشان دهنده هم خطی چندگانه می‌باشد. با توجه به اینکه بالاترین میزان همبستگی بین متغیرهای مشاهده پذیر ۰/۸۲ می‌باشد، این پیش فرض نیز محقق شده است. در ادامه مدل‌یابی معادلات ساختاری با روش حداکثر درست نمایی^۵ برای مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری به کار برده شد. مدل اندازه‌گیری ارتباط بین متغیرهای مشهود و متغیرهای مکنون را مشخص می‌کند که این ارزیابی با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی انجام می‌شود. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ نشان داده شده است. همچنین مدل ساختاری با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان می‌دهد که تمامی شاخص‌ها در محدوده برازش مناسب قرار دارند.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری پژوهش

NFI	CFI	GFI	SRMR	RMSEA	χ^2/df	df	Chi - Square	
۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۰۵	۰/۰۵۹	۲/۴۶	۵۹	۱۴۵/۶۲	مدل اندازه‌گیری
۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۰۵۵	۰/۰۶۳	۲/۷۰	۶۰	۱۶۲/۱۰	مدل ساختاری

1. Univariate normality
2. Multivariate normality
3. Multicollinearity
4. Bentler
5. Maximum likelihood



شکل ۲: مدل ساختاری پژوهش

شکل ۲ مدل ساختاری مفهومی را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود ناگویی هیجانی به عنوان متغیر برون‌زا، به ترتیب با ضریب استاندارد ۰/۳۶ (t-values= 6.13)، ۰/۲۰ (t-values= 3.32) و ۰/۱۹ (t-values= 3.51) بر افسردگی، اضطراب و اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. افسردگی و اضطراب به ترتیب با ضریب استاندارد ۰/۶۰ (t-values= 8.73) و ۰/۲۳ (t-values= 4.14) بر اختلال شخصیت مرزی تاثیر می‌گذارد. با توجه به اینکه در مدل ساختاری، معناداری ضریب مسیر با استفاده از مقدار T (T-value) مشخص می‌شود، چنانچه مقدار t بیش از ۱/۹۶ باشد ارتباط دو سازه معنادار است، بنابراین تمامی مسیرها معنادار است. در این پژوهش برای بررسی روابط میانجی‌گری اضطراب و افسردگی از آزمون بوت استروپ استفاده شد. اگر حد بالا و پایین در بوت استروپ هر دو مثبت و یا هر دو منفی باشند، در این صورت مسیر غیر مستقیم معنی‌دار خواهد بود. جدول ۳ حدود بوت استروپ را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول قابل مشاهده است. همان‌گونه که مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد مسیر ناگویی هیجانی به اختلال شخصیت مرزی با واسطه‌گری اضطراب و افسردگی با ضریب استاندارد ۰/۶۸ در سطح $p < 0.01$ معنی‌دار است.

جدول ۴: نتایج آزمون بوت استروپ برای روابط واسطه‌ای

متغیر مستقل	متغیر واسطه‌ای	متغیر وابسته	بوت استروپ		خطای برآورد	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
			حد پایین	حد بالا			
ناگویی هیجانی	اضطراب- افسردگی	اختلال شخصیت مرزی	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۱

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای اضطراب و افسردگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و اختلال شخصیت مرزی بود. روابط ساختاری بین متغیرهای مطالعه، نشان از برازندگی خوب مدل فرضی دارد. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین ناگویی هیجانی و اختلال شخصیت مرزی رابطه مثبتی وجود دارد که این نتایج همسو با یافته‌های اسلوگان و همکاران (۲۰۱۷)^۱، بروم^۱ (۲۰۱۹)، پیوسته نگر (۱۳۹۷)، درک^۲ و همکاران (۲۰۱۶) و نیو و همکاران (۲۰۱۲) است. در فراتحلیلی که درک و همکاران (۲۰۱۶) انجام دادند بین خرده مقیاس‌های ناگویی هیجانی دشواری در شناسایی هیجانات و دشواری در توصیف هیجانات بیشترین ارتباط را با اختلال شخصیت مرزی داشت. علاوه بر این مطالعه کروتی^۳ و همکاران (۲۰۱۸) گزارش کردند که دشواری در شناسایی هیجانات و دشواری در توصیف هیجانات ارتباط مثبتی با آسیب زدن بدون قصد خودکشی که یکی از نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی محسوب می‌شود وجود دارد.

پژوهش حاضر نشان داد که اضطراب و افسردگی می‌توانند بین ناگویی هیجانی و اختلال شخصیت مرزی نقش واسطه‌ای داشته باشند. به عبارت دیگر می‌توان گفت ناگویی هیجانی به واسطه اضطراب و افسردگی می‌تواند منجر به بروز اختلال شخصیت مرزی شود. علاوه بر یافته‌های فوق، این پژوهش ارتباط مثبتی بین افسردگی، اضطراب و ناگویی هیجانی نشان می‌دهند که این یافته نیز همسو با یافته‌های کاجانویا^۴ و همکاران (۲۰۲۰)، موتان^۵ و گنچوز (۲۰۰۷) و مارچسی^۶ و همکاران (۲۰۰۰) و همدیه^۷ (۲۰۱۷) و هندریکس^۸ و همکاران (۱۹۹۱) است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که رابطه مستقیم بین اختلال شخصیت مرزی و افسردگی و اضطراب وجود دارد که این یافته نیز با یافته اندرو و همکاران (۲۰۰۵) همسو است.

آگاهی هیجانی یکی از فرایندهای تنظیم هیجان است. لان و اسکوارتز^۹ (۱۹۸۷) آگاهی هیجانی را به عنوان مهارتی شناختی برای شناسایی و توصیف هیجانات توصیف می‌کنند. آگاهی هیجانی نقش مهمی در تنظیم هیجانات فرد بازی می‌کند و کاربرد مهارت‌هایی همچون تعدیل، تنظیم و تحمل هیجانات را تسهیل می‌کند (برکینگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۸). ناآگاهی هیجانی با رفتارهای خود مخربی از جمله خودکشی و آسیب زدن به خود همراه است (اسلوگان، ۲۰۱۷) که از علایم اختلال شخصیت مرزی به شمار می‌روند. زمانی که احساسات به طور کامل شناسایی و توصیف نمی‌شوند موجب افزایش تنش می‌شوند. رفتارهای تکانشی از جمله آسیب زدن به خود بدون قصد خودکشی و اقدام برای خودکشی

1. Brumme
2. Derks
3. Cerutti
4. Kajanoja
5. Motan
6. Marchesi
7. Hamaideh
8. Hendryx
9. Lane
10. Berking

موجب کاهش هیجانات فرد می‌شود. سلبای^۱ معتقد است که زمانی که افراد تنش بالایی را تجربه می‌کنند به نشخوار فکری می‌پردازند که خود رابطه مستقیمی با افسردگی دارد، به عبارت دیگر افراد زمانی که تنش زیادی را تجربه می‌کنند به تفکر مداوم درباره افکار هیجانی منفی روی (نشخوار کردن) روی می‌آورند و در چرخه معیوب هیجان منفی و نشخوار کردن موجب بروز علایمی از جمله آسیب زدن به خود (سلبای و همکاران، ۲۰۰۹). و بروز علایم اختلال شخصیت مرزی می‌شوند. از این رو می‌توان گفت افسردگی می‌تواند رابطه بین ناگویی هیجانی و نیز اختلال شخصیت مرزی را میانجی‌گری کند.

افرادی که ناگویی هیجانی را تجربه می‌کنند توانایی شناسایی و توصیف هیجانات خود را ندارند و این خود باعث سرکوب هیجانات و ابراز مشکل به صورت جسمی می‌شود. همچنین گولچ و همکاران (۲۰۰۵) ارتباط نزدیکی بین نشانه‌های جسمانی افسردگی و ناگویی هیجانی پیدا کردند (موتان و گنچوز، ۲۰۰۷). ناگویی هیجانی در افرادی که اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند، باعث می‌شود تا تجربیات هیجانی خود را سرکوب کنند و در نتیجه اضطراب بالاتری را تجربه کنند. به عبارت دیگر ناگویی هیجانی نقش مهمی در اجتناب هیجانی بازی می‌کند (مارچسی و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد افرادی که سابقه بدر رفتاری دوران کودکی دارند مستعد اختلالات اضطرابی هستند. همچنین اختلالات اضطرابی و سابقه بد رفتاری دوران کودکی با شدت اختلال شخصیت مرزی مرتبط است (کنویل^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). از سویی غفلت هیجانی دوران کودکی با ناگویی هیجانی و افسردگی نیز با انواع مختلفی از بدر رفتاری‌های دوران کودکی رابطه دارد (کوجانوجا^۳، ۲۰۲۰).

می‌توان گفت سابقه بدر رفتاری دوران کودکی افراد را مستعد ابتلا به ناگویی هیجانی می‌کند. علاوه بر این در تبیین نقش واسطه‌ای اضطراب در رابطه با ناگویی هیجانی و نیز اختلال شخصیت مرزی می‌توان گفت زمانی که افراد نمی‌توانند هیجانات مثبت و یا منفی خود را شناسایی و حتی توصیف کنند و هیجانات خود را لمس نمی‌کنند، مستعد تجربه اضطراب و علایم بدنی مرتبط با اضطراب هستند. پرسشنامه اضطراب بک علایم اضطرابی از جمله تپش قلب، لرزش بدن و .. را می‌سنجد. با توجه با اینکه عدم تجربه هیجانات منجر به ابراز مشکل به صورت جسمانی شود (پروسلی^۴ و همکاران، ۲۰۰۱) در نتیجه افراد مبتلا به ناگویی هیجانی اضطراب بالایی را تجربه کرده می‌توان گفت صرف داشتن ناگویی هیجانی منجر به بروز علایم اختلال شخصیت مرزی نمی‌شود. اضطراب رابطه بین اختلال شخصیت مرزی و ناگویی هیجانی را میانجی‌گری می‌کند. در حقیقت، رابطه بین ناگویی هیجانی و اختلال شخصیت مرزی را مستقیم نیست. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به دلیل مشکلاتی در تنظیم هیجان به راحتی مغلوب موقعیت‌های استرس‌زا می‌شوند (پارکر^۵ و همکاران، ۱۹۹۸) و سعی می‌کنند با علایمی همچون اضطراب و افسردگی شرایط را مدیریت کنند.

1. Selby
2. Quenneville
3. Kajanoja
4. Porcelli
5. Parker

اضطراب و افسردگی و نیز ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در یک سیکل معیوب یکدیگر را تقویت می‌کنند. ناگویی هیجانی می‌تواند مستقیماً علائم اختلال شخصیت مرزی را افزایش دهد که خود منجر به افزایش تجربه اضطراب و افسردگی در این افراد می‌شود. اختلال شخصیت مرزی به طور غیر مستقیم می‌تواند منجر به افزایش سطوح ناگویی هیجانی با افزایش دادن سطوح اضطراب و افسردگی شود (هاویلند^۱ و همکاران، ۱۹۹۴)

نتایج پژوهش باید با توجه به محدودیت‌های موجود در انجام پژوهش تفسیر شوند. این مطالعه بر روی دانشجویان که جمعیت همگنی هستند انجام شده است، بنابراین تعمیم یافته‌های پژوهش به جمعیت‌های دیگر باید با احتیاط همراه باشد. محدودیت دیگر مطالعه استفاده از ابزار خودگزارشی برای جمع‌آوری اطلاعات بود. ماهیت مقطعی مطالعه حاضر مانع استنتاج علی و شناخت دقیق روابط بین متغیرها می‌شود. بنابراین نمی‌توان از مطالعه حاضر رابطه علت و معلولی را استنتاج کرد. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود مطالعه حاضر روی جمعیت بالینی یا جمعیت‌های غیردانشجویی نیز انجام شود تا توان تعمیم‌دهی یافته‌های آن افزایش یابد. هم چنین به منظور استنتاج روابط علی و شفاف کردن توالی زمانی بین متغیرهای پژوهش، انجام مطالعات طولی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- اسماعیلیان، ن. (۱۳۹۸). تاثیر القای طرد اجتماعی بر پردازش هیجانی و سوگیری شناختی نسبت به درد در افراد دارای ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی با و بدون خودجرمی، رساله دکتری، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران
- پیوسته نگر، م. (۱۳۹۷). اختلال شخصیت مرزی و ناگویی هیجانی در میان دختران دانشجوی دارای مشکلات بین فردی، فصلنامه علوم اعصاب مجله شفای خاتم، ۶ (۲)، ۵۱-۵۹
- رفیعی، م، سیفی، ا. (۱۳۹۲). بررسی پایایی و اعتبار قیاس اضطراب بک در دانشجویان، اندیشه و رفتار، ۷ (۲۷)، ۳۷-۹۳
- دابسون؛ ک؛ محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی، ویژه نامه توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی، ۲۹، ۸۰-۸۶
- جوانمرد، غ؛ قره قوزلو، ر. (۱۳۹۴). مطالعه ارتباط نظریه ذهن با ناگویی هیجانی در یک گروه غیر بالینی، فصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی، ۱ (۷)، ۱۲۷-۱۴۵.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

Anderson, J. C., Kellogg, J. L., & Gerbing, D. W. (1988). Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach. In *Psychological Bulletin* (Vol. 103, Issue 3). <https://psycnet.apa.org/buy/1989-14190-001>

Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. In *Suicide and Life-*

1. Haviland

- Threatening Behavior (Vol. 35, Issue 5).
<https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/suli.2005.35.5.581>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Joffe, R. T., & Buis, T. (1994). Reconstruction and validation of the depressive experiences questionnaire. *Assessment*, 1(1), 59–68.
<https://doi.org/10.1177/1073191194001001009>
- Bardhoshi, G., Duncan, K., & Erford, B. T. (2016). Psychometric Meta-Analysis of the English Version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling and Development*, 94(3), 356–373.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12090>
- 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, 893-897.
- Bentler, P. M. (2005). EQS structural equations program manual (Vol. 6). Encino, CA: Multivariate software.
- Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 585–595. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00225-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00225-5)
- Bergmans, Y., Guimond, T., Lambert, C., McInerney, S., & O'Brien, K. (2020). Alexithymia in People With Recurrent Suicide Attempts. *Crisis*, 1–9. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000738>
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Brumme, L., Derks, D. Y. P. M. J., & Taal, E. (2019). Does alexithymia mediate the association between borderline personality pathology and non-suicidal self-injury? <https://essay.utwente.nl/78978/>
- Cerutti, R., Spensieri, V., Presaghi, F., Renzi, A., Palumbo, N., Simone, A., ... & Di Trani, M. (2020). Alexithymic traits and somatic symptoms in children and adolescents: A screening approach to explore the mediation role of depression. *Psychiatric Quarterly*, 1-12.
- Deborde, A. S., Miljkovitch, R., Roy, C., Bigre, C. D. Le, Pham-Scottez, A., Speranza, M., & Corcos, M. (2012). Alexithymia as a mediator between attachment and the development of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 676–688.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.676>
- Derks, Y. P. M. J., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2017). A meta-analysis on the association between emotional awareness and borderline personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 362–384. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_257
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 166, Issue 5, pp. 530–539). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Gunderson, J. G., & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *The American Journal of Psychiatry*.
- Hamaideh, S. H. (2017). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Perspectives in psychiatric care*, 54(2), 274-280.
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G., & Henry, J. P. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive psychiatry*, 35(2), 124-128.

- Hendryx, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of Alexithymia and Their Relationships to Anxiety and Depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227–237. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602_4
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2008). The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature. *Wiley Online Library*, 17(1), 27–35. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00508.x>
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 48(1), 99-104.
- Joyce, A. S., Fujiwara, E., Crisall, M., Ruddy, C., & Ogrodniczuk, J. S. (2013). Clinical correlates of alexithymia among patients with personality disorder. *Psychotherapy Research*, 23(6), 690–704. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.803628>
- Kajanoja, J., Karukivi, M., Scheinin, N. M., Ahrnberg, H., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2020). Early-life adversities and adult attachment in depression and alexithymia. *Development and Psychopathology*, 1-9.
- Karlin, B. E., Creech, S. K., Grimes, J. S., Clark, T. S., Meagher, M. W., & Morey, L. C. (2005). The Personality Assessment Inventory with chronic pain patients: Psychometric properties and clinical utility. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1571-1585.
- Khosravi, M. (2020). Child maltreatment-related dissociation and its core mediation schemas in patients with borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-9.
- Khesht-Masjedi, M., Omar, Z., & Kafi Masoleh, S. (2015). Psychometrics properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory in North of Iranian adolescents. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 1(2), 145. <https://doi.org/10.4103/2395-2296.152233>
- Kiliç, F., Demirdas, A., Isik, Ü., Akkus, M., Atay, I. M., & Kuzugüdenlioglu, D. (2020). Empathy, Alexithymia, and Theory of Mind in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(9), 736-741.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American journal of psychiatry*.
- Loas, G., Speranza, M., Pham-Scottez, A., Perez-Diaz, F., & Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of psychosomatic research*, 72(2), 147-152.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders?. *Journal of psychosomatic research*, 49(1), 43-49.
- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Borderline personality disorder symptoms in college students: The complex interplay between alexithymia, emotional dysregulation and rumination. *PLoS ONE*, 11(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157294>
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanen, A., Degenhardt, L., Borschmann, R., & Patton, G. C. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 636-645.

- Morey, L. C. (1991). Professional manual for the personality assessment inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1.
- Motan, I., & Gençöz, T. (2007). The Relationship Between the Dimensions of Alexithymia and the Intensity of Depression and Anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4).
- New, A. S., Rot, M. A. H., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., ... & Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660-675.
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., ... & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry research*, 190(1), 37-42.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive psychiatry*, 39(2), 91-98.
- Pluta, A., Kulesza, M., Grzegorzewski, P., & Kucharska, K. (2018). Assessing advanced theory of mind and alexithymia in patients suffering from enduring borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 261, 436-441.
- Porcelli, P., & De Carne, M. (2001). Criterion-related validity of the diagnostic criteria for psychosomatic research for alexithymia in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70(4), 184-188.
- Quenneville, A. F., Kalogeropoulou, E., Küng, A. L., Hasler, R., Nicastro, R., Prada, P., & Perroud, N. (2020). Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 284, 112688.
- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T. B. (2001). Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of psychosomatic research*, 51(6), 729-733.
- Sansone, R. A., Farukhi, S., & Wiederman, M. W. (2011). Utilization of primary care physicians in borderline personality. *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 343-346.
- Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009). Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder From Emotional and Behavioral Dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219-229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>
- Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Bradford Reich, D., 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>
- Sleuwaegen, E., Houben, M., Claes, L., Berens, A., & Sabbe, B. (2017). The relationship between non-suicidal self-injury and alexithymia in borderline personality disorder: "Actions instead of words". *Comprehensive psychiatry*, 77, 80-88.

- Trull, T. J., Useda, J. D., Conforti, K., & Doan, B. T. (1997). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 2. Two-year outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 307.
- Vaillancourt, T., Brittain, H. L., McDougall, P., Krygsman, A., Boylan, K., Duku, E., & Hymel, S. (2014). Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Development and psychopathology*, 26(3), 817-830.
- Webb, D., & McMurrin, M. (2008). Emotional intelligence, alexithymia and borderline personality disorder traits in young adults. *Personality and Mental Health*, 2(4), 265– 273. doi:10.1002/pmh.48
- Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35(4), 416-431.
- Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Åsberg, M., & Rössel, R. J. (1992). The concept of alexithymia: an empirical study using psychodynamic ratings and self-reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 153–162. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01461.x>