

# Structural Equation Modeling to Explain the Relationship Between Optimism, Resilience, and Emotional Cognitive Regulation With Psychological Well-Being in Students With Borderline Personality Disorder Symptoms

Valibeygi M<sup>1</sup>, \*Moheb N<sup>2</sup>, Hashemi T<sup>3</sup>, Abdi R<sup>4</sup>

## Author Address

1. PhD in General Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran;

3. Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran;

4. Associate Professor, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

\*Corresponding Author Email: [moheb@iaut.ac.ir](mailto:moheb@iaut.ac.ir)

Received: 2020 November 12; Accepted: 2021 July 25

## Abstract

**Background & Objectives:** Borderline personality disorder is a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, emotions, impulsivity, and suicidal behavior, which develops in early adulthood and manifests in a variety of contexts. It is important to determine what psychological factors contribute to increasing the level of psychological well-being. One of the factors related to psychological well-being is optimism. The next important factor related to mental well-being is resilience. Some of the consequences of high-level features of borderline personality disorder are that may interfere with emotional regulation, achieving life goals, and psychological well-being. So, this study aimed to examine the relationship between optimism and resilience with psychological well-being based on the mediating role of cognitive emotion regulation of university students with symptoms of borderline personality disorder at Allameh Tabatabai University.

**Methods:** The present study was analytical using structural equation modeling. The statistical population of the present study was all students of Allameh Tabatabai University in Tehran City, Iran, in the academic year of 2018–2019, which according to the information was 18500 students. Because the target sample of this study, students had symptoms of borderline personality disorder at Allameh Tabatabai University, the research sample was selected by purposive sampling method using a Borderline Personality Scale (Jackson and Claridge, 1991), and considering the cut-off point 10 among the students. Finally, 554 students with symptoms of borderline personality disorder were selected. Data were collected via Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1989), Connor–Davidson Resilience Scale (Connor and Davidson, 2003), the Optimism Questionnaire (Scheier et al., 1994), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006). Descriptive and inferential statistics methods were used to analyze the data of this research. In the descriptive statistics section, the lowest and highest scores, mean and standard deviation were used. In the inferential statistics section, the Pearson correlation coefficient and structural equation modeling were used in SPSS version 23 and LISREL version 8.80. The significance level for all tests was considered 0.05.

**Results:** The results showed that among the research variables, spirituality and open-mindedness and refocusing on planning had a higher degree of a direct relationship with psychological well-being ( $p < 0.05$ ). On the other hand, rumination and catastrophizing variables had a lower degree of inverse relationship with psychological well-being ( $p < 0.05$ ). Also, the indirect effect of optimism ( $p = 0.042$ ,  $\beta = 0.072$ ) and resilience ( $p = 0.001$ ,  $\beta = 0.277$ ) on psychological well-being through positive emotional cognitive regulation was significant. Also, the indirect effect of optimism ( $p = 0.126$ ,  $\beta = 0.011$ ) and resilience ( $p = 0.187$ ,  $\beta = 0.006$ ) with psychological well-being through negative emotional cognitive regulation was insignificant. Also, the fit indices were all at a suitable level (NFI=0.93, CFI=0.94, GFI=0.92, AGFI=0.90, RMSEA=0.064).

**Conclusion:** The results of this study show that emotion regulation is an important psychological construct in predicting borderline personality symptoms and in clinical interventions, emotion regulation can be considered a useful goal to reduce the symptoms of borderline personality disorder.

**Keywords:** Psychological well-being, Cognitive emotion regulation, Optimism, Resilience, Borderline personality disorder.

## مدل‌سازی معادلات ساختاری برای تبیین رابطه بین خوش‌بینی، تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی

میترا ولی‌بیگی<sup>۱</sup>، \*نعیمه محب<sup>۲</sup>، تورج هاشمی<sup>۳</sup>، رضا عبدی<sup>۴</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

\*ارباب‌نامه نویسنده مسئول: moheh@iaui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۲ آبان ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۳ مرداد ۱۴۰۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال شخصیت مرزی الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، عواطف، تکانشگری و رفتار خودکشی است که در اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و در زمینه‌های گوناگون خود را نشان می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، مدل‌سازی معادلات ساختاری برای تبیین رابطه بین خوش‌بینی، تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش تحلیلی و طرح پژوهشی همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را ۱۸۵۰۰ دانشجوی دانشگاه علامه طباطبائی در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه این پژوهش شامل ۵۵۴ نفر از دانشجویان (۳۶۱ زن و ۱۹۳ مرد) بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند غربال و انتخاب شدند. آزمودنی‌ها مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (زیف، ۱۹۸۹)، مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، مقیاس اختلال شخصیت مرزی (جکسون و کلاریچ، ۱۹۹۱)، پرسش‌نامه خوش‌بینی (شی‌یر و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و LISREL نسخه ۸/۸۰ صورت گرفت. سطح معناداری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ لحاظ شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، اثر غیرمستقیم خوش‌بینی ( $\beta=۰/۰۷۲$ ،  $p=۰/۰۴۲$ ) و تاب‌آوری ( $\beta=۰/۲۷۷$ ،  $p=۰/۰۰۱$ ) بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق تنظیم شناختی هیجانی مثبت، معنادار بود؛ همچنین اثر غیرمستقیم خوش‌بینی ( $\beta=۰/۱۱$ ،  $p=۰/۱۲۶$ ) و تاب‌آوری ( $\beta=۰/۱۸۷$ ،  $p=۰/۰۰۶$ ) با بهزیستی روان‌شناختی از طریق تنظیم شناختی هیجانی منفی، غیرمعنادار بود. همچنین برازش‌های همگی در سطح مناسبی بودند ( $NFI=۰/۹۳$ ،  $CFI=۰/۹۴$ ،  $GFI=۰/۹۲$ ،  $AGFI=۰/۹۰$ ،  $RMSEA=۰/۰۶۴$ ).  
**نتیجه‌گیری:** باتوجه به یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود، نقش میانجی تنظیم شناختی هیجانی مثبت در ارتباط بین خوش‌بینی و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی معنادار است.  
**کلیدواژه‌ها:** بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم شناختی هیجان، خوش‌بینی، تاب‌آوری، اختلال شخصیت مرزی.

(۱۴). مطالعات مشخص کرد، انتظار کلی نتیجه مثبت با بهزیستی جسمی و روان‌شناختی در ارتباط است (۱۶، ۱۵). تحقیقات نشان داد، خوش‌بینی با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد (۱۶، ۱۷).

عامل مهم بعدی در ارتباط با بهزیستی روانی، تاب‌آوری<sup>۹</sup> است. به اعتقاد کانر و دیویدسون، تاب‌آوری به‌عنوان توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک است. در واقع تاب‌آوری، به شرکت فعالانه و مسئولانه درقبال شرایط محیطی فرد اشاره دارد (۱۸). ازسوی دیگر تاب‌آوری به‌نوعی خودترمیمی با پیامدهای مثبت هیجانی و عاطفی و شناختی است (۱۹). هولدسچلاگ و همکاران تاب‌آوری را توانایی مثبت افراد در کنارآمدن با استرس‌ها و پریشانی‌ها می‌دانند. برطبق این تعریف، کنارآمدن موجب بازگشت شخص به عملکرد عادی می‌شود (۲۰). تاب‌آوری توسط رایلی و ماستن به‌صورت الگوهای سازگاری مثبت درمقابل ناسازگاری تعریف شده است (۲۱). دی فابیو و پالازسچی اظهار داشتند، تاب‌آوری نقش مهمی در بهزیستی افراد دارد (۲۲).

برخی از پیامدهای سطح بالای خصوصیات اختلال شخصیت مرزی آن است که امکان دارد در تنظیم هیجانی، دستیابی به اهداف زندگی و بهزیستی روان‌شناختی اختلال ایجاد کند (۲۳). به‌طور ویژه مشخص شد، افراد با سطح بالاتری از ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی، در بیست سال بعدی زندگی رضایت از زندگی<sup>۱۰</sup> را به‌طور مداوم کمتر گزارش می‌کنند (۲۴). بخش مهم و اساسی زندگی انسان را هیجانات تشکیل می‌دهد؛ به‌گونه‌ای که تصور زندگی بدون هیجانات دشوار به‌نظر می‌رسد (۲۵). بدتنظیمی هیجان‌ها<sup>۱۱</sup> باعث به‌وجودآمدن شرایطی چون ناسازگاری و پرخاشگری کنترل‌نشده می‌شود که سلامت روانی و هیجانی افراد را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد (۲۶). تنظیم هیجان‌ها بر بسیاری از ابعاد زندگی افراد، روابط بین‌فردی، سلامت روانی و جسمانی تأثیر دارد. تنظیم هیجان به‌عنوان روشی مؤثر می‌تواند در مواجهه افراد با رویدادهای استرس‌زا و منفی زندگی نقش مهمی در سازگاری آن‌ها داشته باشد (۲۷). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده است، استعداد افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها با بسیاری از پیامدهای مثبت روان‌شناختی از قبیل سلامت جسمانی، روابط بین‌فردی و تعاملات اجتماعی همراه است (۲۸). اختلال در تنظیم هیجان نیز پیش‌بینی‌کننده آسیب روانی فرد در آینده و عامل کلیدی و مهمی در پیدایش افسردگی و اضطراب<sup>۱۲</sup>، حساسیت‌های بین‌فردی<sup>۱۳</sup> و انزوای اجتماعی<sup>۱۴</sup>، بزهکاری<sup>۱۵</sup>، خشونت<sup>۱۶</sup> و رفتار پرخاشگرانه است<sup>۱۷</sup> (۲۷).

آنچه عنوان شد نشان می‌دهد، خوش‌بینی، تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم تأثیر دارند؛ اما آنچه این پژوهش را برجسته‌تر کرد، بررسی این متغیرها در

اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup>، الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره، عواطف، تکانشگری، رفتار خودکشی، احساس‌های مزمن پوچی و اندیشه‌پردازی پارانویای گذرا و مرتبط با تنیدگی است که در اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و در زمینه‌های گوناگون خود را نشان می‌دهد (۱). اختلال شخصیت مرزی، اختلال رایج‌تر شخصیتی به‌شمار می‌رود و در تمام فرهنگ‌های جهان گزارش شده است (۲). شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عمومی ۱ تا ۲ درصد عنوان شده است (۳). شیوع بیشتر اختلال در بین بیماران روان‌پزشکی وجود دارد. تخمین زده می‌شود، ۸ تا ۱۱ درصد از بیماران سرپایی و ۱۴ تا ۲۰ درصد از بیماران بستری ملاک‌های کامل اختلال شخصیت مرزی را دارند (۴). درباره شیوع اختلال شخصیت مرزی در بین دانشجویان، با بررسی ۴۳ مطالعه، شیوع اختلال شخصیت مرزی بین ۰/۵ تا ۳۲/۱۰ درصد در نظر گرفته شده است (۵). همچنین ۱۷/۱ درصد از دانشجویان علائم بالینی درخور توجهی از اختلال شخصیت مرزی را گزارش کرده‌اند (۶). دانشجویان که اکثر آن‌ها در گروه سنی پرخطر قرار دارند، درمقایسه با سایر افراد، پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌پزشکی بیشتری را گزارش می‌کنند (۷).

مطالعات تجربی اخیر سعی در درک عوامل مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی<sup>۲</sup> داشته است. بررسی جامع تحقیقات نشان داد، بهزیستی روان‌شناختی با پیامدهای مثبت روانی مانند عزت‌نفس<sup>۳</sup> (۸)، بخشش<sup>۴</sup> (۹) و خوش‌بینی<sup>۵</sup> (۱۰) ارتباط دارد. مفهوم بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان رویکردی که روان‌شناسی مثبت‌نگر<sup>۶</sup> به سلامت روان در سال‌های اخیر مطرح کرده است، بر ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید می‌کند و در واقع بر سلامت ذهنی مثبت دلالت دارد (۱۱). افراد با سطح بهزیستی روان‌شناختی بیشتر، عمدتاً هیجانات مثبت بیشتری را گزارش می‌کنند و برآورد مثبت‌تری از وقایع و رویدادهای پیرامون خود دارند؛ درحالی‌که افراد با سطح بهزیستی کمتر، رویداد و وضعیت زندگی خود را نامناسب برآورد کرده و در اکثر مواقع هیجانات منفی نظیر خشم<sup>۷</sup> و افسردگی<sup>۸</sup> را گزارش می‌کنند (۱۲).

تعیین اینکه چه عوامل روان‌شناختی در افزایش سطح بهزیستی روانی نقش دارد، مهم است. یکی از عوامل مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی، خوش‌بینی است. سلیگمن و همکاران خوش‌بینی را به‌جای صفت شخصیتی گسترده، به‌منزله سبکی تبیینی تعریف کردند (۱۳). خوش‌بینی، جزء ذاتی انسان و نوعی ویژگی متمایزکننده و سازگارانه قلمداد می‌شود. خوش‌بینی از مثبت‌نگری درباره خود به‌وجود می‌آید و می‌توان آن را به‌صورت نگرش مثبت یا خوش‌خلقی در نظر گرفت که با آنچه فرد انتظار دارد در آینده نزدیک یا دور پدیدار شود، مرتبط است

9. Resilience

10. Life satisfaction

11. Emotions dysregulation

12. Anxiety

13. Interpersonal sensitivities

14. Social isolation

15. Crime

16. Violence

17. Aggressive behavior

1. Borderline Personality Disorder

2. Psychological well-being (PWB)

3. Self-esteem

4. Forgiveness

5. Optimism

6. Positive Psychology

7. Anger

8. Depression

بین دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود. ابتلای دانشجویان به این نوع اختلال سبب بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی و بی‌ثباتی در حالت عاطفی آنان می‌شود و تعامل آن‌ها را در محیط‌های دانشگاهی با مشکلات متعددی روبه‌رو می‌کند. در این راستا، ضروری است تا تحقیقات گسترده‌ای درباره کنترل هیجان‌ها و بررسی علل ایجاد اختلال در تنظیم هیجان‌ها برای ارائه راهکارها به دانشجویان صورت پذیرد. از جنبه‌های مهم دیگر پژوهش حاضر می‌توان گفت، دیدگاهی تعاملی در بهزیستی روان‌شناختی دارد که نشان می‌دهد چگونه سازه‌های خوش‌بینی و تاب‌آوری که به صورت برجسته‌ای در نظریات اخیر شکل گرفته‌اند، به‌عنوان مجموعه‌ای منسجم در درون افراد عمل می‌کنند؛ همچنین علاوه بر تأثیر آن‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی به بررسی نحوه ارتباطشان با یکدیگر پرداخت؛ بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر، مدل‌سازی معادلات ساختاری برای تبیین رابطه بین خوش‌بینی، تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر تحلیلی و طرح پژوهشی همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه علامه طباطبائی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند که طبق اطلاعات بالغ بر ۱۸۵۰۰ دانشجو بودند. نمونه هدف پژوهش حاضر، دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی دانشگاه علامه طباطبائی بود؛ از این رو نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند با استفاده از مقیاس اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> (۲۹) و با در نظر گرفتن نقطه برش نمره ۱۰ (۳۰) از بین دانشجویان این دانشگاه غربال شد و در نهایت تعداد ۵۵۴ نفر از دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. حجم نمونه باتوجه به ملاک کلاین<sup>۲</sup> آن است که به ازای هر گویه پرسش‌نامه حداقل بین ۳ تا ۵۳ نمونه در نظر گرفته شود (به نقل از (۳۱)). در نهایت باتوجه به سی گویه موجود (ده گویه برای خوش‌بینی، پنج گویه برای تاب‌آوری، پنج گویه برای تنظیم شناختی هیجانی مثبت، چهار گویه برای تنظیم شناختی هیجانی منفی، شش گویه برای بهزیستی روان‌شناختی) در مدل مفهومی (شکل ۱)، تعداد نمونه باید بین ۱۵۰ تا ۹۰ نفر باشد که با حجم نمونه ۵۵۴ نفری از دانشجویان این مفروضه رعایت شد.

در زمینه اجرای پژوهش، پژوهشگران ابتدا با معرفی خود و ضمن تشکر از دانشجویان از اینکه وقت خود را در اختیارشان قرار دادند، برای آن‌ها توضیحات لازم را درباره چگونگی انجام و تکمیل پرسش‌نامه‌ها بیان کردند؛ همچنین از آن‌ها خواستند که بانهایت دقت و صداقت به پاسخ‌گویی پرسش‌نامه‌ها بپردازند. اخلاق پژوهش در این مطالعه کاملاً رعایت شد؛ به‌گونه‌ای که به مشارکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آن‌ها با رضایت کامل، پرسش‌نامه‌ها را در محیطی آرام و بدون ذکر نام تکمیل کردند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای اندازه‌گیری زیر در پژوهش به‌کار رفت. - مقیاس اختلال شخصیت مرزی<sup>۳</sup> (جکسون و کلاریج، ۱۹۹۱): در این پژوهش، مقیاس شخصیت مرزی (STB) به‌کار رفت که توسط جکسون و کلاریج برای سنجش الگوهای شخصیت مرزی در تحقیقات غیربالینی ساخته شد (۲۹). این مقیاس شامل ۲۲ گویه است که به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود و دامنه نمرات بین صفر تا ۲۲ تغییر می‌کند. نمرات بیشتر نشان‌دهنده علائم خودشیفتگی بیشتر است (۲۹). جکسون و کلاریج ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB ۰/۶۱ گزارش کردند (۲۹). همچنین راولینگز و همکاران ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB به دست آوردند. روایی هم‌زمان اختلال شخصیت مرزی با مقیاس‌های روان‌رنجورخویی و روان‌پریشی‌گرایی در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ بود (۳۲). در ایران محمدمزاده و همکاران ضریب پایایی بازآزمایی را برای مقیاس STB در فاصله چهار هفته ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۷ گزارش کردند (۳۳).

- مقیاس بهزیستی روان‌شناختی<sup>۴</sup> (ریف، ۱۹۸۹): برای اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی از مقیاس تدوین‌شده توسط ریف استفاده شد (۳۴). این مقیاس هیجده سؤال دارد و شش خرده‌مقیاس خودمختاری، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و تسلط بر محیط را می‌سنجد. سؤالات براساس طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بین ۱۸ تا ۱۰۸ تغییر پیدا می‌کند. نمرات بیشتر در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است (۳۴). آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف برای پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدفمندی در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شد (۳۴). این مقیاس در آغاز بر نمونه‌ای ۳۲۱ نفری اجرا شد و ضریب همسانی درونی بین خرده‌مقیاس‌ها ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر نمونه‌ای ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد (۳۴). در ایران، بیانی و همکاران پایایی این مقیاس را مورد آزمون قرار دادند و همسانی درونی آن با بهره‌گیری از رشد شخصی ۰/۷۸، پذیرش خود ۰/۷۱، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰ و خودمختاری ۰/۸۲ به دست آمد. همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس رضایت از زندگی<sup>۵</sup> ۰/۴۷، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد<sup>۶</sup> ۰/۵۸ و پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ<sup>۷</sup> ۰/۴۶ بود (۳۵).

- مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون<sup>۸</sup> (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳): برای اندازه‌گیری تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون استفاده شد (۱۸). این مقیاس را کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این مقیاس ۲۵ عبارت دارد که در طیف لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۲۵ قرار دارد. نمرات بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. این مقیاس

۵. Life Satisfaction Scale

۶. Oxford Happiness Questionnaire

۷. Rosenberg's Self-Esteem Questionnaire

۸. Connor-Davidson Resilience Scale

۱. Borderline Personality Scale

۲. Kline

۳. Borderline Personality Scale (Schizotypal Trait Questionnaire-B form (STB))

۴. Psychological Well-Being Scale

راهردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه‌کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود. برخلاف سایر پرسش‌نامه‌های مقابله‌ای که آشکارا بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسش‌نامه افکار فرد را پس از تجربه‌ای منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه، ابزاری خودگزارشی است که فرم بلند آن ۳۶ ماده دارد. در تحقیق حاضر از فرم کوتاه هیجده‌ماده‌ای آن استفاده شد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان به صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) انجام می‌شود. دامنه نمرات برای تنظیم شناختی هیجانی مثبت ۱۰ تا ۵۰ و برای تنظیم شناختی هیجانی منفی ۴۰ تا ۴ است. نمرات بیشتر در تنظیم شناختی هیجانی مثبت بیانگر راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجانی و نمرات بیشتر در تنظیم شناختی هیجانی منفی نشان‌دهندۀ استفاده از راهبردهای ناسازگارانۀ تنظیم هیجانی است. اجرای پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان نُه راهبرد شناختی ملامت خویش (ماده‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶)، نشخوارگری (ماده‌های ۷، ۸، ۹، ۱۰)، مثبت (ماده‌های ۱۱، ۱۲)، دیدگاه‌پذیری (ماده‌های ۱۳، ۱۴)، فاجعه‌پنداری (ماده‌های ۱۵، ۱۶) و ملامت دیگران (ماده‌های ۱۷، ۱۸) را ارزیابی می‌کند. هریک از زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه دو گزینه دارد که از طریق جمع‌بستن نمرات داده‌شده به هر عبارت نمره هر خرده‌مقیاس به دست می‌آید. هرچه نمره کسب‌شده بیشتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است (۳۹). گارنفسکی و کرایچ ضریب همسانی درونی هریک از خرده‌مقیاس‌ها را در حد مطلوب و بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۶ گزارش کردند و ضریب پایایی بازآزمایی را بین ۰/۴۸ تا ۰/۶۵ به دست آوردند. همچنین نتیجه تحلیل عاملی، نُه راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌پنداری و ملامت دیگران را به‌عنوان خرده‌مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجانی استخراج کردند که دارای ارزش‌های ویژه بیشتر از ۱ بودند و در مجموع توانستند ۶۸/۲ درصد از واریانس پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان را تبیین کنند (۴۰). یوسفی اعتبار پرسش‌نامه را در فرهنگ ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرد. روایی پرسش‌نامه از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات خرده‌مقیاس‌های افسردگی (۰/۳۵) و اضطراب (۰/۳۷) پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی<sup>۵</sup> بررسی شد که هر دو ضریب در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (۴۱).

برای تحلیل داده‌های این پژوهش، روش‌های آمار توصیفی و استنباطی به‌کار رفت. در بخش آمار توصیفی از کمترین و بیشترین نمره، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. سطح معناداری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ بود. از طرفی به‌منظور انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، پیش‌فرض‌های مربوط به حجم نمونه (حجم نمونه

دارای پنج خرده‌مقیاس تصور شایستگی فردی (هشت گویه)، تحمل عاطفه منفی (هفت گویه)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (پنج گویه)، کنترل (سه گویه) و تأثیرات معنوی (دو گویه) است (۱۸). کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کردند (۱۸). نمونه‌های پژوهش شامل نمونه‌های عادی (۵۷۷ نفر)، بیماران سرپایی مراقبت‌های اولیه (۱۳۹ نفر)، بیماران سرپایی روان‌پزشکی (۴۳ نفر)، بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی (۲۴ نفر) و بیماران با نشانگان استرس پس از حادثه (۲۲ نفر) در کارولینای شمالی بود. ثبات درونی برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۹ به دست آمد. روایی همگرا بین مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی کوباسا<sup>۱</sup> برابر با ۰/۸۳ بود. روایی واگرا بین پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و مقیاس تجارب جنسی آریزونا<sup>۲</sup> برابر با ۰/۳۰ - به دست آمد و سطح معناداری  $p=0/21$  در حد معناداری نبود. همچنین نتیجه تحلیل عاملی تأییدی پنج مقیاس با ارزش‌های ویژه، ۷/۴۷ (شایستگی فردی)، ۱/۵۶ (تحمل عاطفه منفی)، ۱/۳۸ (پذیرش مثبت تغییر و روابط مثبت ایمن)، ۱/۱۳ (کنترل) و ۱/۰۷ (تأثیرات معنوی) به دست آمد (۱۸). ضریب پایایی این مقیاس حاصل از روش بازآزمایی در فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۷ بود (۱۸). این مقیاس در ایران توسط محمدی هنجاریایی شد. وی برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ بهره‌گرفت و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرد (۳۶). پرسش‌نامه خوش‌بینی<sup>۳</sup> (شی‌یر و همکاران، ۱۹۹۴): برای اندازه‌گیری خوش‌بینی از پرسش‌نامه شی‌یر و همکاران، استفاده شد (۳۷). این پرسش‌نامه دارای ده سؤال است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه خوش‌بینی به صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) انجام می‌شود و دامنه نمرات بین صفر تا ۴۰ قرار دارد. نمرات بیشتر نشان‌دهندۀ خوش‌بینی بیشتر است. خوش‌بینی با طیف گسترده‌ای از سازه‌های مرتبط مانند عزت‌نفس و ناامیدی رابطه دارد که این مطلب بیانگر اعتبار همگرایی این پرسش‌نامه است (۱۷، ۳۷). به‌علاوه تحلیل عاملی خوش‌بینی مشخص کرد، این سازه عاملی مستقل و مجزا است (۱۷). شی‌یر و همکاران نشان دادند، خوش‌بینی به‌طور مثبت با خودتسلطی و حرمت خود و به‌طور منفی با اضطراب خصیصه‌ای و روان‌آزرده‌خویی همبسته است. همچنین، همسانی درونی پرسش‌نامه خوش‌بینی ۰/۷۸ به دست آمد که ضریب پذیرفتنی است. شی‌یر و همکاران پایایی پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی در فاصله ۲۸ ماه، ۰/۷۹ محاسبه کردند که نشان می‌دهد، آزمون از ثبات نسبی برخوردار است (۳۷). این پرسش‌نامه توسط کجیاف و همکاران در ایران هنجاریایی شد. نتایج به دست آمده مشخص کرد، ضریب روایی هم‌زمان بین مقیاس خوش‌بینی با افسردگی ۰/۶۴ و خودتسلطیایی ۰/۷۲ است (۳۸).

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۴</sup> (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶): پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و کرایچ تدوین شد (۳۹). این پرسش‌نامه، پرسش‌نامه‌ای چندبعدی است که برای شناسایی

5. General Health Questionnaire

1. Kobasa's Psychological Hardiness

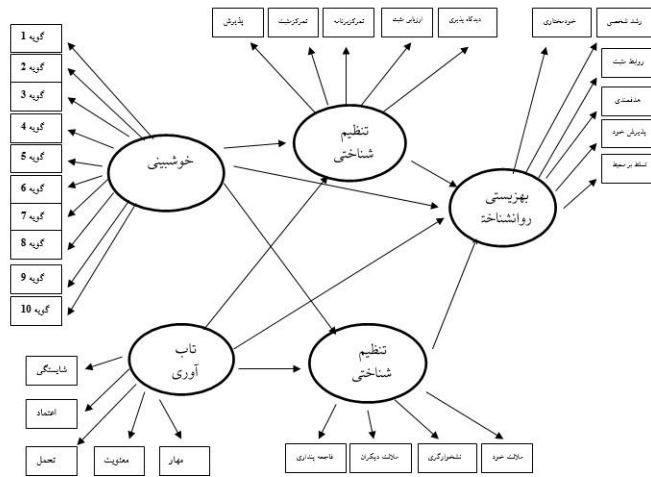
2. Arizona Sexual Experience Scale

3. Optimism Questionnaire

4. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

برازندگی<sup>۵</sup> با نقطه برش بزرگتر از ۰/۹۰ (۳۱)، با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و LISREL نسخه ۸/۸۰ به‌کار رفت. در ادامه مدل مفهومی پژوهش (مدل‌سازی معادلات ساختاری برای تبیین رابطه بین خوش‌بینی، تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی) در شکل ۱ آورده شده است.

۵۵۴ نفری)، نبود داده‌های گم‌شده و نرمال بودن داده‌ها (با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف) رعایت شد. برای آزمون برازش، مدل شاخص نکویی برازش مجذور کای با مقدار احتمال بزرگ‌تر از ۰/۰۵، جذر برآورد واریانس خطای تقریب<sup>۱</sup> با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۰۸، شاخص نکویی برازش<sup>۲</sup> با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹۰، شاخص تعدیل‌شده نکویی برازش<sup>۳</sup> با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی<sup>۴</sup> با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص نرم‌شده



شکل ۱. مدل مفهومی مفروض‌شده (مدل‌سازی ساختاری نقش میانجی تنظیم شناختی هیجانی در رابطه بین خوش‌بینی و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی)

### ۳ یافته‌ها

نمونه آماری تحقیق شامل ۳۶۱ نفر زن و ۱۹۳ نفر مرد با میانگین و انحراف معیار سنی  $26/91 \pm 4/80$  سال بود. از مجموع شرکت‌کنندگان در تحقیق ۱۷۷ نفر (۳۱/۷۶ درصد) در مقطع کاردانی، ۲۱۰ نفر (۳۷/۹۰ درصد) در مقطع کارشناسی، ۱۰۶ نفر (۱۹/۱۳ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد و ۶۱ نفر (۱۱/۰۱ درصد) در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و آزمون نرمالیتی کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	کولموگروف-اسمیرنوف	
					آماره	مقدار احتمال
شایستگی	۱۹/۱۱	۴/۱۹	۸	۲۴	۰/۰۶۶	۰/۱۰۴
اعتماد	۱۵/۹۶	۴/۱۱	۷	۲۱	۰/۱۰۷	۰/۰۵۲
تحمل	۶/۸۲	۱/۹۸	۳	۹	۰/۰۸۶	۰/۱۰۱
معنویت	۱۱/۳۱	۳/۳۱	۵	۱۵	۰/۰۹۰	۰/۱۹۸
مهار	۴/۱۸	۱/۶۰	۲	۶	۰/۴۱۵	۰/۰۸۳
پذیرش	۴/۳۱	۱/۱۵	۲	۷	۰/۳۸۱	۰/۰۸۴
تمرکز مثبت	۴/۰۵	۱/۲۸	۲	۷	۰/۲۶۵	۰/۰۸۷
تمرکز برنامه	۴/۳۸	۱/۴۲	۲	۸	۰/۱۷۲	۰/۰۹۳
ارزیابی مثبت	۴/۰۱	۱/۴۶	۲	۸	۰/۵۸۸	۰/۰۷۸
دیدگاه‌پذیری	۴/۲۴	۱/۳۱	۲	۸	۰/۳۳۲	۰/۰۸۵
فاجعه‌پنداری	۴/۷۷	۱/۳۵	۲	۸	۰/۰۷۳	۰/۱۰۲

4. Comparative fit index

5. Normed fit index

1. Root mean square error of approximation

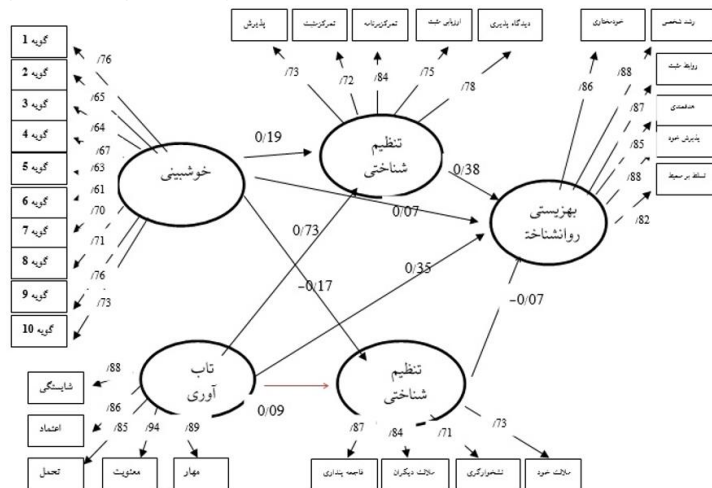
2. Goodness of fit index

3. Adjusted goodness of fit index

۰/۰۹۱	۰/۱۹۶	۷	۲	۱/۳۳	۴/۷۰	ملاطمت دیگران
۰/۱۰۵	۰/۰۶۴	۸	۲	۱/۳۷	۴/۷۳	نشخوار فکری
۰/۰۹۵	۰/۱۵۲	۷	۲	۱/۳۴	۴/۷۶	ملاطمت خود
۰/۰۹۸	۰/۱۰۱	۱۲	۳	۱/۹۳	۶/۳۴	خودمختاری
۰/۰۹۲	۰/۱۸۴	۱۲	۳	۱/۷۷	۶/۶۲	رشد شخصی
۰/۰۸۰	۰/۵۱۷	۱۱	۳	۱/۹۰	۶/۱۹	روابط مثبت
۰/۰۸۲	۰/۴۲۰	۱۱	۳	۱/۶۷	۶/۶۶	هدفمندی
۰/۰۹۶	۰/۱۳۸	۱۲	۳	۲/۰۰	۶/۳۶	پذیرش خود
۰/۱۰۶	۰/۰۵۸	۱۲	۳	۲/۰۵	۶/۴۴	تسلط بر محیط
۰/۰۷۹	۰/۵۵۲	۴	۱	۰/۸۴۳	۲/۳۹	گویه ۱
۰/۰۸۳	۰/۳۷۹	۴	۱	۰/۸۴۹	۲/۴۰	گویه ۲
۰/۰۸۱	۰/۴۸۵	۴	۱	۰/۸۸۲	۲/۳۸	گویه ۳
۰/۹۷	۰/۱۲۷	۴	۱	۰/۸۵۴	۲/۴۷	گویه ۴
۰/۱۰۰	۰/۰۸۸	۴	۱	۰/۸۸۵	۲/۴۶	گویه ۵
۰/۰۹۶	۰/۱۳۷	۴	۱	۰/۸۱۴	۲/۴۲	گویه ۶
۰/۲۰۰	۰/۰۴۳	۴	۱	۰/۸۰۷	۲/۴۱	گویه ۷
۰/۰۹۷	۰/۱۱۳	۴	۱	۰/۸۶۴	۲/۴۶	گویه ۸
۰/۲۰۰	۰/۰۴۸	۴	۱	۰/۸۶۸	۲/۴۹	گویه ۹
۰/۰۹۸	۰/۰۹۱	۴	۱	۰/۹۰۳	۲/۵۵	گویه ۱۰

به کار رفت. نتایج ضریب همبستگی نشان داد، از بین متغیرهای پژوهش، معنویت و دیدگاه‌پذیری و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی میزان بیشتری رابطه مستقیم با بهزیستی روان‌شناختی داشتند ( $p < 0.05$ ). از طرفی متغیرهای نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری دارای میزان کمتری رابطه معکوس با بهزیستی روان‌شناختی بودند ( $p < 0.05$ ).

به منظور بررسی نرمال بودن داده‌های پژوهش، آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف به کار رفت. براساس مقدار احتمال آزمون نرمالیتی کولموگوروف-اسمیرنوف، همه متغیرهای پژوهش در محدوده نرمال قرار داشت؛ بنابراین توزیع فرض نرمالیتی رد نشد ( $p > 0.05$ ). در ادامه، ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری



شکل ۲. مدل نهایی برازش شده به همراه ضرایب مسیر استاندارد شده جدول ۲. جدول شاخص‌های برازش مدل مطالعه شده در پژوهش حاضر

برآورد	مشخصه
۲/۸۴	نسبت مجذور خی به درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )
۰/۰۶۴	جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)
۰/۹۲	شاخص نکویی برازش (GFI)
۰/۹۰	شاخص تعدیل شده نکویی برازش (AGFI)
۰/۹۴	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
۰/۹۳	شاخص نرم‌شده برازندگی (NFI)

شاخص‌های برازش به دست آمده برای مدل آزمون شده در جدول ۲ نشان می‌دهد، شاخص RMSEA در مدل برآورد شده با میزان ۰/۰۶۴ از سطح پذیرفتنی برخوردار بود و دیگر شاخص‌های برازش یعنی CFI، (۰/۹۴) GFI، (۰/۹۲) NFI، (۰/۹۳) AGFI و (۰/۹۰)، همگی در سطح مناسبی قرار داشتند. مشخصه‌های نکویی برازش مشخص کرد، داده‌های پژوهش با ساختار عاملی این مدل دارای برازش مناسبی بود.

جدول ۳. اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر

اثرات مسیر	اثر مستقیم	آماره t	مقدار احتمال	اثر غیرمستقیم	مقدار احتمال	اثر کل	مقدار احتمال
خوش بینی ← بهزیستی روان‌شناختی الف	۰/۰۷۰	۲/۰۵۲	۰/۰۲۸	۰/۰۷۲	۰/۰۴۲	۰/۱۴۲	۰/۰۰۲
خوش بینی ← بهزیستی روان‌شناختی ب	۰/۰۷۰	۲/۰۵۲	۰/۰۲۸	۰/۰۱۱	۰/۱۲۶	۰/۰۸۱	۰/۰۱۴
خوش بینی ← تنظیم شناختی هیجانی مثبت	۰/۱۹۶	۴/۹۶۴	۰/۰۰۱				
خوش بینی ← تنظیم شناختی هیجانی منفی	-۰/۱۷۵	-۲/۸۲۷	۰/۰۰۸				
تاب‌آوری ← بهزیستی روان‌شناختی الف	۰/۳۵۱	۵/۷۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷	۰/۰۰۱
تاب‌آوری ← بهزیستی روان‌شناختی ب	۰/۳۵۱	۵/۷۱۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۱۸۷	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱
تاب‌آوری ← تنظیم شناختی هیجانی مثبت	۰/۷۳۳	۱۴/۱۹۸	۰/۰۰۱				
تاب‌آوری ← تنظیم شناختی هیجانی منفی	-۰/۰۹۰	-۱/۵۷۳	۰/۰۸۷				
تنظیم شناختی هیجانی مثبت ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۸۴	۷/۱۱۰	۰/۰۰۱				
تنظیم شناختی هیجانی منفی ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۰۷۵	-۲/۹۲۵	۰/۰۰۴				

الف: از طریق تنظیم شناختی هیجانی مثبت

ب: از طریق تنظیم شناختی هیجانی منفی

روان‌شناختی دارای رابطه معناداری است؛ از طرفی مؤلفه‌های خوش‌بینی مثل انتظارات مثبت<sup>۱</sup>، احساس نبود آسیب‌پذیری<sup>۲</sup>، سبک استتاجی<sup>۳</sup> و اعتماد به نفس زیاد<sup>۴</sup> با علائم افسردگی و اضطراب رابطه معناداری دارند (۴۲).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، خوش‌بینی در پایداری خلق و خوی مثبت و حل بهتر مسئله دارای نقش مهمی است. مشخص شد، خوش‌بینی ناشی از مدل خودتنظیمی، در خلق و خوی مثبت، حل مسئله سازگارانه و موفقیت تحصیلی و شغلی نقش مهمی ایفا می‌کند (۴۳). طبق این مدل، افراد خوش‌بین توانایی دارند که راه‌حل‌های مناسب در غلبه بر مشکلات را ترسیم کرده و برای غلبه بر موانع در رسیدن به اهداف خود تلاش کنند (۴۴). تحقیقات گسترده‌ای نشان داد، بین خوش‌بینی، عزت‌نفس، هیجانان مثبت و رضایت از زندگی رابطه مثبت وجود دارد و از طرفی بین این متغیرها با هیجانان منفی و افسردگی رابطه منفی مشاهده می‌شود (۴۴).

انتظارات مثبت و منفی درباره آینده برای درک آسیب‌پذیری در برابر اختلالات روانی، به‌ویژه اختلالات خلقی مهم است. مطالعات اخیر همبستگی معکوسی را بین خوش‌بینی و علائم افسردگی (۴۵) و نیز بین خوش‌بینی و افکار خودکشی نشان داد (۴۶). وندر ولدن و همکاران در تحقیقی رابطه بین خوش‌بینی و افسردگی را در قربانیان فاجعه‌ای طبیعی مطالعه کردند. نتایج نشان داد، درمقایسه با خوش‌بین‌ها، بدبین‌ها امید کمی به آینده دارند و بیشتر در معرض خطر اختلالات افسردگی و اضطراب، اختلال در عملکردهای اجتماعی و کیفیت زندگی ضعیف هستند (۴۷).

به نظر می‌رسد، خوش‌بینی و تاب‌آوری در بسیاری از مواقع با یکدیگر همراه است؛ یعنی بین این دو متغیر رابطه تعاملی وجود دارد. تاب‌آوری باعث خوش‌بینی و خوش‌بینی منجر به تاب‌آوری می‌شود. خوش‌بینی با

طبق نتایج جدول ۳، اثر غیرمستقیم خوش‌بینی ( $p=0/042$ )، تاب‌آوری ( $\beta=0/072$ ) و تنظیم شناختی هیجانی مثبت، در سطح  $p=0/001$  بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق تنظیم شناختی هیجانی مثبت، در سطح  $p=0/005$  معنادار بود؛ بنابراین با توجه به نتایج و سطح معناداری، تنظیم شناختی هیجانی مثبت در ارتباط بین خوش‌بینی و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی نقش میانجی معناداری داشت. همچنین، اثر غیرمستقیم خوش‌بینی ( $\beta=0/126$ )، تاب‌آوری ( $\beta=0/187$ ) و تنظیم شناختی هیجانی منفی، در سطح معناداری بیشتر از  $p=0/005$  غیرمعنادار بود.

#### ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مدل‌سازی معادلات ساختاری برای تبیین رابطه بین خوش‌بینی، تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت. با توجه به نتایج مشخص شد، خوش‌بینی، تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجانی مثبت و تنظیم شناختی هیجانی منفی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه معناداری داشتند. به علاوه خوش‌بینی با تنظیم شناختی هیجانی مثبت و منفی و همچنین تاب‌آوری با تنظیم شناختی هیجانی مثبت دارای رابطه معناداری بودند. از طرفی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجانی مثبت در ارتباط بین خوش‌بینی با بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی تأیید شد.

همسو با نتایج تحقیق، شی‌یر و کارور در مقاله مروری گزارش کردند، خوش‌بینی با بهزیستی روانی و جسمانی رابطه معناداری دارد (۱۷). راسموسن و همکاران در پژوهشی مروری دریافتند، خوش‌بینی با سلامت روانی و جسمانی دارای رابطه معناداری است (۱۶). همچنین نتایج بررسی کلیمن و همکاران نشان داد، خوش‌بینی با بهزیستی

3. Inferential style

4. Overconfidence

1. Positive expectations

2. Sense of invulnerability

سطوح بالاتر مقابله مؤثر و سطح پایین تر اجتناب همراه است (۴۸). شواهدی نشان داد، خوش بینی با برداشتن اقدامات پیشگیرانه برای محافظت از سلامتی فرد ارتباط دارد؛ درحالی که بدبینی با رفتارهای آسیب رسان به سلامتی همراه است (۴۹). فوناگی و همکاران دریافته اند، نبود تاب آوری یکی از ویژگی های اصلی اختلال شخصیت مرزی است و از انعطاف پذیر نبودن افراد برای روابط اجتماعی و نبود ارزیابی مجدد (یکی از ویژگی های تنظیم هیجانی) هنگام مواجهه با تجربیات منفی در تعاملات اجتماعی ناشی می شود (۵۰). تاب آوری ساختاری چندوجهی است. علاوه بر هیجان مثبت، تاب آوری نیز با حمایت اجتماعی بهتر، کنترل بیشتر و خوش بینی بیشتر همراه است (۵۱). افرادی که تاب آوری کمتری را گزارش می کنند، ممکن است در جنبه های دیگر تاب آوری دارای کمبودهایی باشند؛ اما از طریق هیجان مثبت برای تقویت بهزیستی روانی خود استفاده می کنند.

مدل های نظری تأثیرگذار بر اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد می کنند، تجربیات کودکی ناشی از تعامل بین فردی نامناسب علت اصلی بدتنظیمی هیجانی در این گروه از بیماران است (۵۲). لینهان براساس نظریه جامع زیستی-روانی-اجتماعی درباره اختلال شخصیت مرزی ادعا کرد، افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، توسط محیطی ناپایمان احاطه شده اند که در آن برقراری روابط با پاسخ های نامنظم، نامناسب و شدید توسط دیگران انجام می گیرد. همراه با علل زمینه ساز زیستی، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دچار آسیب هیجانی می شوند که منجر خواهد شد به: الف. افزایش حساسیت به محرک های هیجانی؛ ب. هیجانان به شدت شدید؛ ج. بازگشت آهسته به حالت هیجانی اولیه خود (۵۲). همچنین لینهان اظهار داشت، این پیشرفت بدتنظیمی هیجان سبب ایجاد اختلال در تنظیم رفتارهای بعدی و رفتارهایی می شود که کنترل آن ها دشوار است و در کارکرد فرد مبتلا اختلال به وجود می آورد (۵۲). همسو با این ادعا، کودری و همکاران مطالعه ای انجام دادند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هر روز دو بار وضعیت خویش را ارزیابی کردند. نتایج نشان داد، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای تنوع خلقی بیشتری از صبح تا عصر هستند (۵۳).

تنظیم هیجان نه تنها مشکلات هیجانی را کاهش می دهد، بلکه تحقیقات مشخص کرد، تنظیم هیجانی مثبت سبب ثبات و استحکام روانی و جسمی و نیز بهبود عملکرد کلی می شود (۵۴). افرادی که درقبال استرس تاب آوری زیادی دارند، ویژگی های شخصیتی را نشان می دهند که به تنظیم هیجانی مؤثر کمک می کند. این افراد با چشم اندازی خوش بینانه و درک اینکه کنترل حوادث زندگی را در اختیار دارند، دارای سبک مقابله ای فعال در مقابله با شرایط استرس زا هستند؛ همچنین خودپنداره مثبتی از خود نشان می دهند و حس معنا یا هدف در زندگی، دارند (۵۵، ۵۴). به طور خلاصه، افراد با تاب آوری بیشتر، نه تنها از واقعه ای استرس زا با خودتنظیمی هیجانی مثبتشان، به سلامتی عبور می کنند، بلکه آن ها این توانایی را دارند که تفسیر خود را از این رویداد استرس زا تغییر دهند و آن را فرصتی برای رشد شخصی خود بدانند (۵۴).

درمقابل، افراد دارای تنظیم هیجانی منفی در برابر استرس و اثرات منفی

آن دچار آسیب روان شناختی مزمن می شوند؛ همچنین اضطراب مزمن، گوش به زنگی، ترس، افکار تکرار شونده منفی، ناامیدی و درماندگی آموخته شده در آن ها به دنبال دارد (۵۵). هیجانان مثبت به تقویت تاب آوری کمک می کند که به نوبه خود، احساسات مثبت تری را به وجود می آورد. اونگ و همکاران پیشنهاد کردند، بیشتر بودن میزان تاب آوری با سلامت روانی همراه است و افراد دارای تاب آوری زیاد، تمایل دارند در طول روز درگیر رویدادهای مثبت تری شوند، خلق و خوی مثبت بیشتری را در طول این وقایع تجربه کنند و مدت زمان خلق و خوی مثبت آن ها طولانی تر باشد (۵۶). در مطالعه ای بر دانشجویان، تاب آوری نقش میانجی معناداری در ارتباط بین هیجان مثبت و افسردگی داشت (۵۷). به عبارت دیگر، هیجان مثبت، تاب آوری بیشتر را پیش بینی کرد و تاب آوری بیشتر نیز باعث کاهش افسردگی در دانشجویان شد (۵۷). در زمینه محدودیت های این پژوهش می توان گفت، پژوهش حاضر در بین دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت مرزی دانشگاه علامه طباطبائی در شهر تهران انجام شد و تعمیم نتایج دشوار است. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود و امکان تبیین روابط علت و معلولی بین متغیرها وجود نداشت. پیشنهاد می شود، برنامه ای مدون برای آموزش خوش بینی به صورت کارگاه های آموزشی و نیز تدوین کتابچه های متعددی در این زمینه برای دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته شود؛ همچنین گنجاندن مفهوم خوش بینی در برنامه های تحصیلی و نقش این عوامل در بهزیستی روان شناختی دانشجویان و دانش آموزان از طریق طرح های آموزشی و ساعت های پرورشی در مدارس صورت گیرد. نتایج این پژوهش مشخص کرد، تنظیم هیجانی می تواند سازه روان شناختی مهمی در پیش بینی نشانه های شخصیت مرزی باشد و در مداخلات بالینی می توان تنظیم هیجان را به عنوان هدف مفیدی برای کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفت.

## ۵ نتیجه گیری

باتوجه به نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می شود، خوش بینی، تاب آوری، تنظیم شناختی هیجانی مثبت و منفی با بهزیستی روان شناختی رابطه معناداری دارند؛ از طرفی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجانی مثبت در ارتباط بین خوش بینی با بهزیستی روان شناختی و تاب آوری با بهزیستی روان شناختی تأیید شده است.

## ۶ تشکر و قدردانی

از ریاست محترم دانشگاه و دانشجویان علامه طباطبائی که در اجرای پژوهش صمیمانه یاریگر بودند و از تمامی دوستانی که با نهایت صبر و حوصله در فرایند پژوهش همکاری داشتند، قدردانی می شود.

## ۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است. اخلاق پژوهش در این مطالعه کاملاً رعایت شد؛ به گونه ای که به مشارکت کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آن ها با رضایت کامل، پرسش نامه ها را در

محیطی آرام و بدون ذکر نام تکمیل کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم و چهارم در نگارش نسخه دست‌نویس همکار اصلی بودند. همه نویسندگان نسخه دست‌نویس نهایی را خواندند و تأیید کردند.

## References

1. Schatzberg AF, Nemeroff CB. The American psychiatric association publishing textbook of psychopharmacology. 5<sup>th</sup> edition. American Psychiatric Association Pub; 2017.
2. Jani S, Johnson RS, Banu S, Shah A. Cross-cultural bias in the diagnosis of borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin.* 2016;80(2):146–65. <https://doi.org/10.1521/bumc.2016.80.2.146>
3. Bateman AW, Krawitz R. Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals. First edition. Oxford University Press; 2013.
4. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord.* 2014;28(5):734–50. <https://doi.org/10.1521/pepi.2012.26.093>
5. Meaney R, Hasking P, Reupert A. Prevalence of borderline personality disorder in university samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Plos One.* 2016;11(5):e0155439. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155439>
6. Sauer SE, Baer RA. Validation of measures of biosocial precursors to borderline personality disorder: childhood emotional vulnerability and environmental invalidation. *Assessment.* 2010;17(4):454–66. <https://doi.org/10.1177/1073191110373226>
7. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mcnamara PM. Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health Promot Int.* 2015;30(1):77–87. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau086>
8. Joshanloo M, Daemi F. Self-esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well-being in Iran: spirituality and well-being. *Int J Psychol.* 2015;50(2):115–20. <https://doi.org/10.1002/ijop.12061>
9. Datu JAD. Forgiveness, gratitude and subjective well-being among filipino Adolescents. *Int J Adv Counselling.* 2014;36(3):262–73. <https://doi.org/10.1007/s10447-013-9205-9>
10. He F, Cao R, Feng Z, Guan H, Peng J. The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: a structural equation modelling analysis. *Plos One.* 2013;8(12):e82939. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082939>
11. Novak MA, Suomi SJ. Psychological well-being. In: Bezanson M, MacKinnon KC, Riley E, Campbell CJ, Nekaris KAIA, Estrada A, et al; editors. *The International encyclopedia of primatology.* Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2017. <https://doi.org/10.1002/9781119179313.wbprim0143>
12. Wang F, Lee EKO, Wu T, Benson H, Fricchione G, Wang W, et al. The effects of Tai Chi on depression, anxiety, and psychological well-being: a systematic review and meta-analysis. *IntJ Behav Med.* 2014;21(4):605–17. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9351-9>
13. Seligman MEP, Reivich K, Jaycox L, Gillham J. *The optimistic child.* Boston, Mass: Houghton Mifflin; 1995.
14. Carver CS, Scheier MF. Optimism, coping, and well-being. In: Cooper CL, Campbell Quick J; editors. *The handbook of stress and health: a guide to research and practice.* First edition. John Wiley & Sons; 2017.
15. Hanssen MM, Vanclief LMG, Vlaeyen JWS, Hayes AF, Schouten EGW, Peters ML. Optimism, motivational coping and well-being: evidence supporting the importance of flexible goal adjustment. *J Happiness Stud.* 2015;16(6):1525–37. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9572-x>
16. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Ann Behav Med.* 2009;37(3):239–56. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x>
17. Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cogn Ther Res.* 1992;16(2):201–28. <https://doi.org/10.1007/BF01173489>
18. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

19. Wright MO, Masten AS. Pathways to resilience in context. In: Theron LS, Liebenberg L, Ungar M; editors. *Youth resilience and culture*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2015. [https://doi.org/10.1007/978-94-017-9415-2\\_1](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9415-2_1)
20. Holdschlag A, Biernatzki J, Bornemann J, Bott L, Denker S, Diesener S, et al. *Social-ecological resilience on new providence (The Bahamas) a field trip report – summary*. Hamburg: Institute of Geography; 2012.
21. Riley JR, Masten AS. Resilience in context. In: Peters RDeV, Leadbeater B, McMahon RJ; editors. *Resilience in children, families, and communities*. Springer US; 2005. [https://doi.org/10.1007/0-387-23824-7\\_2](https://doi.org/10.1007/0-387-23824-7_2)
22. Di Fabio A, Palazzeschi L. Hedonic and eudaimonic well-being: the role of resilience beyond fluid intelligence and personality traits. *Front Psychol*. 2015;6:1367. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01367>
23. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Personality disorders and quality of life. A population study. *Compr Psychiatry*. 2006;47(3):178–84. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.002>
24. Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(9):933–41. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x>
25. Compas BE, Jaser SS, Bettis AH, Watson KH, Gruhn MA, Dunbar JP, et al. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: a meta-analysis and narrative review. *Psychol Bull*. 2017;143(9):939–91. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
26. Bookhout MK, Hubbard JA, Moore CC. Emotion regulation. In: Lochman JE, Matthys W; editors. *The Wiley handbook of disruptive and impulse-control disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017.
27. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: a meta-analytic review. *J Youth Adolescence*. 2017;46(2):261–76. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
28. Marroquín B, Tennen H, Stanton AL. Coping, emotion regulation, and well-being: intrapersonal and interpersonal processes. In: Robinson MD, Eid M; editors. *The happy mind: cognitive contributions to well-being*. Cham: Springer International Publishing; 2017. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-58763-9\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-58763-9_14)
29. Jackson M, Claridge G. Reliability and validity of a Psychotic Traits Questionnaire (STQ). *Br J Clin Psychol*. 1991;30(4):311–23. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00952.x>
30. Babaeefard M, Farahani MN, Hashemi Razini H. The relationship between five factor model of personality and symptoms of borderline personality disorder and schizotypal personality disorder in a non-clinical sample. *Research in Psychological Health*. 2015;9(3):2–12. [Persian] <http://rph.khu.ac.ir/article-1-2600-en.html>
31. Hooman HA. *Structural equation modeling with LISREL application*. Tehran: Samat Publications; 2006. [Persian]
32. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences* 2001;31:409-19. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00146-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00146-X)
33. Mohammadzadeh A, Goodarzi A, Taghavi R, Mollazadeh J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of Borderline Personality Scale (STB) in Shiraz University Students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2005;7(27&28):75–89. [Persian] [https://jfmh.mums.ac.ir/article\\_1842.html?lang=en](https://jfmh.mums.ac.ir/article_1842.html?lang=en)
34. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069–81
35. Bayani AA, Koocheky AM, Goodarzi H. The reliability and validity of The Satisfaction with Life Scale (SWLS). *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2007;2(10):259–65. [Persian] [https://jip.stb.iau.ir/article\\_512406.html?lang=en](https://jip.stb.iau.ir/article_512406.html?lang=en)
36. Mohammadi M. *Avamele mo'aser bar tabavari dar afraad maraz khatar soo'e masraf mavad* [Factors affecting resilience in people at risk of substance abuse] [PhD dissertation]. [Tehran, Iran]: University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare; 2005. [Persian]
37. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *J Pers Soc Psychol*. 1994;67(6):1063–78.
38. Kajbaf MB, Oreyzi HR, Khodabakhshi M. Standardization, reliability, and validity of optimism scale in esfahan and a survey of relationship between optimism, selfmastery, and depression Isfahan. *Psychological Studies*. 2006;2(1&2):51–68. [Persian] [https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article\\_1678.html?lang=en](https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1678.html?lang=en)
39. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Differ*. 2006;41(6):1045–53. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
40. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Eur J Psychol Assess*. 2007;23(3):141–9. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>

41. Yousefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students in Shiraz. *Journal of Research on Exceptional Children*. 2007;6(4):871–92. [Persian] <http://joec.ir/article-1-393-en.html>
42. Kleiman EM, Chiara AM, Liu RT, Jager-Hyman SG, Choi JY, Alloy LB. Optimism and well-being: a prospective multi-method and multi-dimensional examination of optimism as a resilience factor following the occurrence of stressful life events. *Cogn Emot*. 2017;31(2):269–83. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1108284>
43. Peterson C. The future of optimism. *Am Psychol*. 2000;55(1):44–55. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.44>
44. Ramnath, Singh S. Psychological well-being of young adults: the role of hope and optimism. *Journal of Xi'an University of Architecture & Technology*. 2019;4(5):1104–14.
45. Hart SL, Vella L, Mohr DC. Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health Psychol*. 2008;27(2):230–8. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.230>
46. Feng J, Li S, Chen H. Impacts of stress, self-efficacy, and optimism on suicide ideation among rehabilitation patients with acute pesticide poisoning. *Plos One*. 2015;10(2):e0118011. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118011>
47. van der Velden PG, Kleber RJ, Fournier M, Grievink L, Drogendijk A, Gersons BP. The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 2007;102(1-3):35-45. doi: [10.1016/j.jad.2006.12.004](https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.12.004)
48. Bonanno GA. Resilience in the face of potential trauma. *Curr Dir Psychol Sci*. 2005;14(3):135–8. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>
49. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(7):879–89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
50. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 1. borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Bord Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4(1):11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
51. Reich JW, Zautra AJ, Hall JS. *Handbook of adult resilience*. New York: The Guilford Press; 2010.
52. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr*. 1993;137:201–16.
53. Cowdry R, Gardner D, O'Leary K, Leibenluft E, Rubinow D. Mood variability: a study of four groups. *Am J Psychiatry*. 1991;148(11):1505–11. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1505>
54. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2):195–216. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195>
55. Bremner JD, Vermetten E, Vythilingam M, Afzal N, Schmahl C, Elzinga B, et al. Neural correlates of the classic color and emotional stroop in women with abuse-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2004;55(6):612–20. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.10.001>
56. Ong AD, Bergeman CS, Boker SM. Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *J Pers*. 2009;77(6):1777–804. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x>
57. Loh JMI, Schutte NS, Thorsteinsson EB. Be happy: the role of resilience between characteristic affect and symptoms of depression. *J Happiness Stud*. 2014;15(5):1125–38. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9467-2>