



The Mediating Role of Mentalization in the Relationship Between Childhood Trauma and Emotion Dysregulation Among Young Adults

Saber Karami¹, Asiye Moradi², Kamran Yazdanbakhsh³

1. PhD student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. E-mail: saberkaramiac.razi@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. Email: asie.moradi@razi.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. E-mail: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 09 February 2026

Received in revised form 11 March 2026

Accepted 27 March 2026

Published Online 22 June 2026

Keywords:

young adults, mentalization, childhood trauma, emotion dysregulation.

ABSTRACT

Background: Young adulthood, as a sensitive and transitional developmental period, is accompanied by extensive biological, social, and psychological changes. Psychological distress and emotion dysregulation are among the common problems experienced during this stage and may be influenced by early attachment experiences. Mentalization, as a core capacity for understanding and regulating emotions, may elucidate the pathway through which early traumatic experiences contribute to emotional difficulties. However, limited research has examined the mediating role of mentalization in this relationship, especially among Iranian young adults.

Aims: The present study aimed to investigate the mediating role of mentalization in the relationship between childhood trauma and emotion dysregulation among young adults in the city of Kermanshah.

Methods: This applied study employed a descriptive–correlational design using structural equation modeling. The statistical population consisted of all young adults residing in Kermanshah, from whom 462 participants were selected through convenience sampling. Data were collected using the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 1994), the Mentalization Questionnaire (Dimitrijević et al., 2018), and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz & Roemer, 2004). Data analysis was conducted using descriptive and inferential statistics, Pearson correlation coefficients, and structural equation modeling with SPSS-27 and AMOS-24. The significance level was set at 0.05.

Results: The results of the structural equation model indicated that childhood trauma had a significant direct negative effect on mentalization ($\beta = -0.35$) and a significant direct positive effect on emotion dysregulation ($\beta = 0.30$). In addition, mentalization exerted a significant direct negative effect on emotion dysregulation ($\beta = -0.34$). Bootstrap analysis demonstrated that the indirect effect of childhood trauma on emotion dysregulation through mentalization was significant ($\beta = -0.18, p < 0.01$).

Conclusion: The findings indicate that mentalization plays a significant mediating role in the relationship between childhood trauma and emotion dysregulation. Enhancing mentalization capacity may serve as an effective intervention strategy to mitigate the negative emotional consequences of childhood trauma among young adults.

Citation: Karami, S., Moradi, A., & Yazdanbakhsh, K. (2026). The mediating role of mentalization in the relationship between childhood trauma and emotion dysregulation among young adults. *Journal of Psychological Science*, 25(160), 1-17. [10.66224/jps.25.160.5](https://doi.org/10.66224/jps.25.160.5)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 160, 2026

© The Author(s). DOI: [10.66224/jps.25.160.5](https://doi.org/10.66224/jps.25.160.5)



✉ **Corresponding Author:** Asiye Moradi, Assistant Professor, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

E-mail: asie.moradi@razi.ac.ir, Tel: (+98)9183340896

Extended Abstract

Introduction

Young adulthood is a sensitive developmental period characterized by profound behavioral, cognitive, and neurobiological changes that may have long-lasting effects on mental health (Reynolds et al., 2023; Granata et al., 2022). One of the major challenges during this period is emotion dysregulation, which refers to difficulties in understanding, modulating, and managing emotions and is manifested in patterns such as impulsivity, emotional suppression, and poor control over negative emotions (Gross, 2014; Paulus et al., 2021). Empirical evidence indicates that emotion dysregulation plays a central role in the development and maintenance of various mental disorders, interpersonal difficulties, and high-risk behaviors in young adulthood (Weiss et al., 2015; Garofalo et al., 2017; Mekuriaw et al., 2025).

Among the risk factors associated with emotion dysregulation, childhood trauma holds a prominent position (Dye, 2018). Adverse childhood experiences, including abuse, neglect, and stressful family and social events, have been consistently linked to a wide range of internalizing and externalizing problems in young adulthood (Cohen & Thakur, 2021; Moraes et al., 2018). These experiences, which show high prevalence both globally and in Iran (World Health Organization, 2022; Hosseinzadeh et al., 2021), may increase psychological vulnerability by disrupting emotional awareness and emotion regulation capacities (Armbruster-Genç et al., 2025; Downey & Crummy, 2022).

Mentalization is a key developmental mechanism that may explain the relationship between childhood trauma and emotion dysregulation, as it refers to the ability to understand and interpret one's own and others' mental states (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2019). Research suggests that early adverse experiences can disrupt or delay the development of mentalization, which in turn is associated with difficulties in emotional processing and regulation (Ensink et al., 2015). Despite its importance, most previous studies have focused on clinical populations, and the mediating role of

mentalization in the association between childhood trauma and emotion dysregulation among young adults has received limited attention. Therefore, the present study aimed to examine both the direct and indirect effects of childhood trauma on emotion dysregulation through mentalization among young adults in Kermanshah.

Method

The present study employed a descriptive–correlational design using a structural equation modeling (SEM) approach. The statistical population consisted of all young adults residing in Kermanshah, from whom 462 participants were selected through non-random convenience sampling. The sample size was determined based on methodological recommendations for SEM, which suggest a minimum of 200–400 participants or at least 10–15 cases per free parameter to ensure stable parameter estimation and adequate model fit (Kline, 2023). Inclusion criteria included an age range of 18 to 35 years and informed voluntary participation, while exclusion criteria comprised incomplete questionnaires and self-reported histories of psychiatric disorders. Data were analyzed using SPSS version 27 and AMOS version 24, with the significance level set at 0.05.

Data were collected using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 1994), the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004), and the Mentalization Questionnaire (MentS; Dimitrijević et al., 2018). All instruments demonstrated acceptable psychometric properties, including well-established factor structures and satisfactory reliability coefficients in both original and Persian versions. In the present study, Cronbach's alpha coefficients indicated adequate internal consistency for all measures. Previous research has confirmed the convergent and discriminant validity of these instruments, supporting their suitability for assessing childhood trauma, emotion dysregulation, and mentalization capacity among young adults.

Results

A total of 462 participants took part in the study, of whom 66% were female and 34% were male, with a

mean age of 23.55 years. The majority of participants were single (81.2%) and held a bachelor's degree (70.8%). Descriptive statistics indicated that the level of childhood trauma in the sample was moderate, with emotional neglect showing the highest and physical abuse the lowest mean among trauma subscales. Emotion dysregulation was observed at a considerable level, particularly in the dimension of limited access to emotion regulation strategies, whereas mentalization capacity was relatively favorable. Examination of skewness and kurtosis, the Kolmogorov–Smirnov test, boxplots and scatterplots, tolerance and variance inflation factor indices, and the Durbin–Watson statistic confirmed normality of distributions, absence of influential outliers, linearity of relationships, lack of multicollinearity, and independence of errors, supporting the suitability of the data for structural equation modeling.

Correlation analyses revealed a significant negative relationship between childhood trauma and mentalization ($r = -0.34$) and a significant positive relationship between childhood trauma and emotion dysregulation ($r = 0.38$). In addition, mentalization was significantly and negatively associated with emotion dysregulation ($r = -0.37$). The results of the structural equation model indicated that childhood trauma had a direct positive effect on emotion dysregulation and a direct negative effect on mentalization, while mentalization significantly reduced emotion dysregulation and served as a mediator in this relationship. Overall, the model explained 28% of the variance in emotion dysregulation. Model fit indices demonstrated an acceptable to good fit (RMSEA = 0.078; NFI = 0.93; CFI = 0.93; IFI = 0.95; TLI = 0.93; AGFI = 0.89).

Table1. Direct Effects Among the Study Variables

Path	Path Coefficient (β)	Standard Error	p-value
Childhood Trauma → Mentalization	-0.35	0.063	0.001
Childhood Trauma → Emotion Dysregulation	0.30	0.048	0.001
Mentalization → Emotion Dysregulation	-0.34	0.047	0.001

As shown in Table 1, childhood trauma had a significant direct negative effect on mentalization ($\beta = -0.35$, $p = 0.001$) and a significant direct positive effect on emotion dysregulation ($\beta = 0.30$, $p = 0.001$).

In addition, mentalization exerted a significant direct negative effect on emotion dysregulation ($\beta = -0.34$, $p = 0.001$).

Table2. Results of the Indirect Path Based on Bootstrap Analysis

Indirect Path	Path Coefficient (β)	p-value	Hypothesis
Childhood Trauma → Mentalization → Emotion Dysregulation	-0.18	0.001	Supported

According to the results presented in Table 2, the indirect effect of childhood trauma on emotion dysregulation through mentalization was significant ($\beta = -0.18$, $p = 0.001$). Therefore, it can be concluded that childhood trauma influences emotion dysregulation indirectly via mentalization.

Conclusion

The findings of the present study indicated that childhood trauma significantly and directly increases emotion dysregulation among young adults. This result is consistent with developmental models of emotion regulation, which conceptualize emotion regulation as an acquired skill that develops through

early interactions with primary caregivers (Gross, 2014; Gratz & Roemer, 2004). Childhood maltreatment, neglect, and abuse deprive individuals of opportunities to learn adaptive emotion regulation strategies, leading to the consolidation of maladaptive emotional patterns across development. Consistent with previous Iranian and international studies, including, Hosseinzadeh et al. (2021), Heleniak et al. (2016), and Kim and Cicchetti (2010), this finding highlights emotion dysregulation as a core mechanism linking childhood trauma to later psychological difficulties.

Another key finding was that childhood trauma was significantly associated with reduced mentalization

capacity. This result aligns with mentalization theory, which posits that the development of mentalization depends on secure attachment relationships and caregivers' sensitive reflection of the child's mental states (Bateman & Fonagy, 2019). Experiences of maltreatment and emotional neglect disrupt this developmental process, resulting in unstable and negative representations of the self and others and impairments in understanding emotions and intentions. This finding is consistent with prior research by Safarimosavi et al. (2021), Alijani et al. (2024), Farjami et al. (2024), and Ensink et al. (2015), underscoring mentalization as a vulnerable developmental capacity in the context of childhood trauma.

The central finding of this study demonstrated that mentalization plays a significant mediating role in the relationship between childhood trauma and emotion dysregulation. According to attachment–mentalization developmental models, trauma undermines the attachment system, which in turn disrupts the development of mentalization, and deficits in mentalization subsequently reduce individuals' ability to identify, understand, and regulate emotions (Bateman, 2004). This result is consistent with previous studies, including Alijani et al. (2024), Farjami et al. (2024), and Schabik et al. (2023), indicating that mentalization functions as a regulatory mechanism that explains how the effects of childhood trauma are transmitted to emotional difficulties. Although the findings overall supported the proposed model, limitations such as convenience sampling, the cross-sectional design, and reliance on self-report measures suggest that future research should employ longitudinal designs, multi-informant assessments, and include clinical samples and other age groups to enhance the generalizability of the results.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral dissertation in Psychology at Razi University. To ensure adherence to ethical research principles, data collection was conducted only after obtaining informed consent from all participants. Participants were assured of the confidentiality of their personal information and were informed that the results would be reported anonymously, without any identifying details.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors hereby express their sincere appreciation to all participants who took part in this study.



نقش میانجی ذهنی سازی در رابطه بین تجربه ترومای دوران کودکی و بدتنظیمی هیجانی در جوانان

صابر کرمی^۱، آسیه مرادی^۲، کامران یزدانبخش^۳

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. رایانامه: saberkaramiac.razi@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. رایانامه: asie.moradi@razi.ac.ir

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. رایانامه: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

ناریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

بازنگری: ۱۴۰۴/۱۲/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۰۷

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:

جوانان،

ذهنی سازی،

تجربه ترومای کودکی،

بدتنظیمی هیجانی.

زمینه: جوانی به‌عنوان مرحله‌ای انتقالی و حساس، با تغییرات گسترده زیستی، اجتماعی و روانی همراه است. بدتنظیمی هیجانی از جمله مشکلات شایع در دوره جوانی است که تحت تأثیر تجارب اولیه کودکی قرار می‌گیرد. ذهنی‌سازی به‌عنوان ظرفیتی کلیدی در درک و تنظیم هیجان‌ها، می‌تواند مسیر اثرگذاری تجارب تروماتیک اولیه بر مشکلات هیجانی را تبیین کند. بااین‌حال، پژوهش‌های اندکی نقش میانجی ذهنی‌سازی را در این رابطه، به‌ویژه در جمعیت جوانان ایرانی، مورد بررسی قرار داده‌اند.

هدف: پژوهش حاضر باهدف نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین تجربه ترومای دوران کودکی و بدتنظیمی هیجانی در جوانان شهر کرمانشاه انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی جوانان ۲۰ تا ۳۵ سال ساکن شهر کرمانشاه بود که ۴۶۲ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه ترومای دوران کودکی (برنشتاین و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسشنامه ذهنی‌سازی (دیمتریویچ و هم، کاران ۲۰۱۸) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (گراتز و رومر، ۲۰۰۴) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از آمار توصیفی و استنباطی، ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS نسخه ۲۴ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج مدل معادلات ساختاری نشان داد که ترومای دوران کودکی اثر مستقیم منفی و معناداری بر ذهنی‌سازی ($\beta = -۰/۳۵$) و اثر مستقیم مثبت و معناداری بر بدتنظیمی هیجانی ($\beta = ۰/۳۰$) دارد. همچنین ذهنی‌سازی اثر مستقیم منفی و معناداری بر بدتنظیمی هیجانی نشان داد ($\beta = -۰/۳۴$). نتایج آزمون بوت‌استرپ بیانگر معنادار بودن اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر بدتنظیمی هیجانی از طریق ذهنی‌سازی بود ($p < ۰/۰۱$, $\beta = ۰/۱۸$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد ذهنی‌سازی نقش میانجی معناداری در رابطه بین تجربه ترومای دوران کودکی و بدتنظیمی هیجانی ایفا می‌کند. این نتایج بر اهمیت توجه به توسعه ظرفیت ذهنی‌سازی در برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی تأکید می‌کند و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی می‌تواند به‌عنوان راهبردی مؤثر در کاهش پیامدهای هیجانی منفی ناشی از ترومای دوران کودکی در جوانان مورد توجه قرار گیرد.

استناد: کرمی، صابر؛ مرادی، آسیه؛ و یزدانبخش، کامران (۱۴۰۵). نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین تجربه ترومای دوران کودکی و بدتنظیمی هیجانی در جوانان. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱، ۱۶۰-۱۷.

DOI: 10.66224/jps.25.160.5. ۱۴۰۵، شماره ۲۵، ۱۶۰



✉ نویسنده مسئول: آسیه مرادی. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. رایانامه: asie.moradi@razi.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۸۳۳۴۰۸۹۶

مقدمه

جوانی دوره‌ای از زندگی است که از نظر تکاملی شامل گذار از نوجوانی و بلوغ به بزرگسالی است (رینولدز و همکاران، ۲۰۲۳). این دوره با تغییرات رفتاری، شناختی و عصبی زیستی قابل توجهی همراه است که پیامدهای آن می‌تواند تأثیرات عمیق و پایداری بر ابعاد مختلف زندگی فرد برجای گذارد (گرنیت و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از چالش‌های اساسی این دوره، بدتنظیمی هیجانی^۱ است؛ به گونه‌ای که جوانان در تعدیل، درک و مدیریت هیجان‌های خود با دشواری مواجه می‌شوند (پائولوس و همکاران، ۲۰۲۱). بدتنظیمی هیجانی به ناتوانی در استفاده مؤثر از راهبردهای سازگارانه برای مدیریت هیجان‌ها اشاره دارد و شامل الگوهایی مانند سرکوب، سرزنش خود، تکانشگری و ناتوانی در مهار هیجان‌های منفی است (گراس، ۲۰۱۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بدتنظیمی هیجانی یکی از مؤلفه‌های محوری در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از اختلالات روانی، مشکلات بین‌فردی و رفتارهای پرخطر در جوانی محسوب می‌شود (مکوریو و همکاران، ۲۰۲۵؛ ویس و همکاران، ۲۰۱۵؛ گاروفالو و همکاران، ۲۰۱۷). با وجود آنکه هر نوجوان و جوانی به‌طور بالقوه در معرض خطر ابتلا به مشکلات روان‌شناختی و عاطفی قرار دارد، برخی عوامل زمینه‌ای می‌توانند احتمال بروز این مشکلات را به‌طور معناداری افزایش دهند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از مهم‌ترین این عوامل، تجربه ترومای دوران کودکی^۲ است (دای، ۲۰۱۸). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که آسیب‌ها و تجارب تروماتیک دوران کودکی با طیف گسترده‌ای از مشکلات درونی سازی شده و برونی‌سازی شده در دوران جوانی ارتباط معنادار دارند (کوهن و تاکور، ۲۰۲۱؛ مورائس و همکاران، ۲۰۱۸). تجارب تروماتیک دوران کودکی می‌توانند منجر به ایجاد نقص‌هایی در ظرفیت هیجانی، از جمله آگاهی هیجانی و تنظیم هیجان شوند (آرم‌بروستر-گنج و همکاران، ۲۰۲۵).

تجارب نامطلوب دوران کودکی به رویدادهای آسیب‌زای زندگی اطلاق می‌شود که پیش از ۱۸ سالگی رخ می‌دهند (گودارد، ۲۰۲۱؛ مندل و همکاران، ۲۰۲۱) و به‌عنوان تجارب ناخوشایند مکرر تعریف می‌شوند که نشان‌دهنده انحراف از محیط مورد انتظار رشد بوده و مستلزم سازگاری فرد هستند (آنتونیو و همکاران، ۲۰۲۳). این تجارب می‌توانند شامل تجربیات

1. emotional dysregulation

مستقیم، مانند سوءاستفاده فیزیکی، عاطفی، کلامی یا جنسی و غفلت از کودک و یا تجربیات غیرمستقیم نظیر طلاق والدین، ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی، سوء مصرف مواد و یا حبس باشند (تازووار و همکاران، ۲۰۲۳). اگرچه تجارب نامطلوب دوران کودکی تنها زیرمجموعه‌ای از کل آسیب‌های دوران کودکی محسوب می‌شوند، اما سایر عوامل نظیر قلدری، فقر، بلایای طبیعی، ناآرامی‌های مدنی، نژادپرستی و آسیب‌های پزشکی نیز به‌عنوان اشکال مهمی از ترومای دوران کودکی شناخته می‌شوند که در برخی پژوهش‌های اولیه کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (کریکینز و همکاران، ۲۰۲۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجارب نامطلوب دوران کودکی با شیوع بیشتری در جمعیت‌هایی مشاهده می‌شوند که در معرض خطرات بالاتر سلامت روان قرار دارند؛ جمعیت‌هایی که اغلب با کاهش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و افزایش محرومیت اجتماعی-اقتصادی مواجه هستند (کاستینی و همکاران، ۲۰۱۶؛ موریس و همکاران، ۲۰۱۹). این تجارب به‌عنوان یک بحران مهم بهداشت عمومی شناخته می‌شوند و بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۲)، سالانه حدود یک میلیارد کودک در سراسر جهان در معرض آن قرار می‌گیرند. در ایالات متحده، ۶۴ درصد از بزرگسالان و کودکان گزارش داده‌اند که حداقل یک مورد از تجارب نامطلوب دوران کودکی را تجربه کرده‌اند و ۱۵ درصد سابقه تجربه چهار مورد یا بیشتر را داشته‌اند (پیشگیری از تجارب نامطلوب دوران کودکی، ۲۰۲۲). این گروه‌ها در معرض خطر قابل توجهی برای ابتلا به اختلالات سلامت روان و بیماری‌های همبود قرار دارند. در فاصله سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۲، بیش از ۲۴/۸۰۰ مورد کودک‌آزاری در انگلیس و ولز گزارش شده است که نشان‌دهنده افزایشی معادل ۱۱/۶ درصد نسبت به دوره پیشین است (ریچاردسون، ۲۰۲۴).

در ایران، اگرچه تاکنون پژوهش جامع و ملی در زمینه کودک‌آزاری انجام نشده است، اما بررسی‌های موجود شیوع بالای این پدیده را در خانواده‌های ایرانی نشان می‌دهد (حسین‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). تجارب آسیب‌زای دوران کودکی نظیر سوءاستفاده فیزیکی، هیجانی و رفتاری، بیانگر نقص و اختلال در الگوی دل‌بستگی میان مراقب و کودک هستند که از طریق غفلت هیجانی، سوءاستفاده کلامی و فقدان وابستگی عاطفی شکل

2. childhood trauma experience

افرادی که در سال‌های آغازین زندگی خود تجارب تروماتیک را تجربه کرده‌اند، از ظرفیت ذهنی‌سازی کمتری برخوردار بوده و همین امر می‌تواند به بدتنظیمی هیجانی در آن‌ها منجر شود (نوویلر و همکاران، ۲۰۲۳).

مجموع شواهد فوق بر اهمیت نقش ذهنی‌سازی در تنظیم هیجان تأکید دارد. از این رو، شناسایی سازوکارهای مؤثر بر تنظیم هیجان در قالب یک مدل مفهومی می‌تواند به درک عمیق‌تر فرایندهای زیربنایی و نیز توسعه و بهبود برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای کمک کند. از سوی دیگر، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های مرتبط با ذهنی‌سازی عمدتاً در بافت‌های بالینی خاص، مانند اختلالات شخصیت یا مصرف مواد، انجام شده و جمعیت جوانان کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. انجام پژوهش حاضر می‌تواند به درک جامع‌تری از تجربه ترومای دوران کودکی در جوانان منجر شده و زمینه‌ساز توسعه رویکردها و برنامه‌های مداخله‌ای در حوزه روان‌شناسی و روان‌پزشکی جوانان و بهبود وضعیت روانی-اجتماعی این افراد باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر باهدف رفع خلأ پژوهشی موجود، در پی پاسخ به این سؤال است که آیا تجربه ترومای دوران کودکی به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم از طریق ذهنی‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی در جوانان شهر کرمانشاه تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی جوانان (۲۰ تا ۳۵) سال ساکن شهر کرمانشاه بود که از بین آنان ۴۶۲ نفر به عنوان نمونه پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به الزامات روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تعیین شد؛ به گونه‌ای که بر اساس توصیه‌های روش‌شناختی، حداقل حجم نمونه بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ نفر یا حداقل ۱۰ تا ۱۵ نفر به ازای هر پارامتر آزاد مدل برای دستیابی به برآوردهای پایا و برازندگی مناسب مدل ضروری است (کلاین، ۲۰۲۳). از این رو، حجم نمونه ۴۶۲ نفر، باهدف افزایش توان آماری، دقت برآورد پارامترها و کاهش خطای اندازه‌گیری، انتخاب گردید و برای اجرای تحلیل‌های مبتنی بر SEM مناسب ارزیابی شد. معیارهای

می‌گیرند (شیفلر و همکاران، ۲۰۱۹). این شرایط می‌تواند مانع رشد و تحول ظرفیت‌های اساسی روان‌شناختی از جمله خودکفایی، احساس خودکارآمدی، تنظیم هیجان و ظرفیت‌های ذهنی‌سازی شوند (علیجانی و همکاران، ۱۴۰۳). ساختار شخصیت و هسته خودادراکی افرادی که در طول رشد در معرض ترومای پیچیده قرار گرفته‌اند، اغلب حول هیجان‌هایی مانند خشم، شرم و ترس شکل می‌گیرد و این افراد در تنظیم این هیجان‌ها با مشکلات جدی مواجه می‌شوند (دونی و کرومی، ۲۰۲۲).

مطالعات پیشین نشان داده‌اند که سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی می‌تواند در فرایندهای شناختی و تنظیم هیجان اختلال ایجاد کرده و به مشکلاتی در پیش‌بینی پیامدهای رفتار، درک و بیان احساسات و همچنین در رشد همدلی و مهارت‌های اجتماعی در کودکان و نوجوانان منجر شود (اسد و همکاران، ۲۰۲۰؛ کیم و سچتی، ۲۰۱۰). ریچاردسون و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که تجارب نامطلوب و آسیب‌های دوران کودکی از طریق افزایش تکانشگری عمومی و اختلال در تنظیم هیجان، احتمال بروز رفتارهای تکانشی در بزرگسالی را افزایش می‌دهند. همچنین اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با ترومای دوران کودکی که اغلب با کودک‌آزاری همراه است، تأثیرات منفی قابل توجهی بر کارکردهای شناختی و هیجانی فرد دارد (فان و کانگ، ۲۰۲۵).

در این میان، یکی از سازوکارهای اساسی که می‌تواند رابطه بین تجربه ترومای دوران کودکی و بدتنظیمی هیجانی را تبیین کند، ذهنی‌سازی^۱ است (فرجامی و همکاران، ۱۴۰۳؛ هلنیاک و همکاران، ۲۰۱۶؛ بیتن و فوناگی، ۲۰۰۴). ذهنی‌سازی به توانایی فرد در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران بر اساس افکار، باورها، نیازها، هیجان‌ها و خواسته‌ها اشاره دارد (بتن و فوناگی، ۲۰۱۹). ناملایمات دوران کودکی می‌تواند موجب اختلال یا تأخیر در رشد این توانایی شوند و این تأخیر با مشکلاتی در درک و پردازش هیجان‌ها همراه است (حفاظی طریقه و نجفی؛ ۱۴۰۳؛ انسیتک و همکاران، ۲۰۱۵) فرجامی و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند که جوانان، علی‌رغم تجربه آسیب‌های دوران کودکی و ناگویی هیجانی، در صورت برخوردار بودن از ظرفیت بالای روان‌شناختی، بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرایندهای درونی، توانایی تنظیم هیجان را خواهند داشت (عسگری زاده و همکاران، ۲۰۲۳). بر این اساس، به نظر می‌رسد

^۱. mentalization

ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در بازه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال و مشارکت داوطلبانه و آگاهانه در پژوهش بود و معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و وجود سابقه تشخیص بیماری‌های روان‌پزشکی که از طریق خودگزارشی و بررسی پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پیش از انجام تحلیل‌های آماری، شناسایی و اعمال شد.

ابزار

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ): پرسشنامه ترومای دوران کودکی که توسط برنشتاین و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده است و یک ابزار خودگزارشی ۲۸ گویه‌ای است که ۲۵ گویه آن پنج مؤلفه اصلی سوءاستفاده هیجانی (سؤال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، سوءاستفاده جسمی (سؤال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوءاستفاده جنسی (سؤال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، غفلت هیجانی (سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸) و غفلت جسمی (سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) را می‌سنجد و ۳ گویه به منظور شناسایی پاسخ‌دهی تدافعی و انکار تجارب آسیب‌زا در نظر گرفته شده است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» نمره‌گذاری می‌شوند؛ دامنه نمرات هر زیرمقیاس ۵ تا ۲۵ و نمره کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است که نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر تجربه ترومای دوران کودکی می‌باشند. در نسخه اصلی، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (برنشتاین و همکاران، ۱۹۹۴) و همسانی درونی مطلوب ابزار مورد تأیید قرار گرفته است. در ایران، این پرسشنامه توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۱) هنجاریابی شده و ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۷ گزارش شده است و روایی همگرای آن از طریق همبستگی معنادار با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر تأیید شده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS): پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان که توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) ساخته شده و یک ابزار خودگزارشی ۳۶ گویه‌ای است که دشواری‌های تنظیم هیجان را در قالب شش مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (سؤال‌های ۲۵، ۲۳، ۲۱، ۱۲، ۱۱، ۲۹)، دشواری در رفتار هدفمند (سؤال‌های ۱۳، ۲۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳)، دشواری در

کنترل تکانه (سؤال‌های ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۳)، فقدان آگاهی هیجانی (سؤال‌های ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (سؤال‌های ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶) و عدم وضوح هیجانی (سؤال‌های ۱، ۴، ۷، ۹) ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «تقریباً هرگز (۱)» تا «تقریباً همیشه (۵)» نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمره کل بین ۳۶ تا ۱۸۰ است؛ به طوری که نمرات بالاتر نشان‌دهنده بدتنظیمی هیجانی بیشتر می‌باشند. در نسخه اصلی، پایایی همسانی درونی ۰/۹۳ و پایایی باز آزمایی چهار تا هشت هفته‌ای ۰/۸۸ گزارش شده است (گراتز و روئمر، ۲۰۰۴). نسخه فارسی این مقیاس توسط حسینی (۱۳۸۹) اعتباریابی شده و ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل ۰/۹۲ گزارش شده است؛ همچنین روایی همگرای آن از طریق همبستگی معنادار با مقیاس هیجان‌خواهی زاگرمین تأیید گردیده است (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار است.

پرسشنامه ذهنی سازی (MentS): پرسشنامه که توسط دیمتریوف و همکاران (۲۰۱۸) طراحی شده و شامل ۲۸ گویه است که در قالب سه زیرمقیاس ذهنی‌سازی مرتبط با خود (۸ گویه)، ذهنی‌سازی مرتبط با دیگران (۱۰ گویه) و انگیزش برای ذهنی‌سازی (۱۰ گویه) ارزیابی می‌شود. گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «کاملاً نادرست» تا «کاملاً درست» نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده ظرفیت بالاتر ذهنی‌سازی هستند. در نسخه اصلی، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۴ گزارش شده است (دیمتریوف و همکاران، ۲۰۱۸). این ابزار در ایران هنجاریابی شده و ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ گزارش گردیده است (صفری و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین، روایی همگرای آن از طریق همبستگی معنادار با سبک‌دل‌بستگی ایمن، ذهن‌آگاهی و شناخت اجتماعی و روایی واگرای آن از طریق همبستگی منفی با سبک‌های دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی تأیید شده است و تحلیل عاملی تأییدی برازش مناسب الگوی سه عاملی را

3. Mentalization Scale

1. Childhood Trauma Questionnaire

2. Difficulties in Emotion Regulation Scale

است. میانگین سنی افراد نمونه ۲۳/۵۵ سال با انحراف معیار ۵/۱۱ بود و دامنه سنی شرکت کنندگان از ۱۵ تا ۳۶ سال متغیر بود که بیانگر حضور طیف سنی جوان در پژوهش حاضر است. از نظر وضعیت تأهل، بیشترین فراوانی مربوط به افراد مجرد با ۳۷۵ نفر (۸۱/۲ درصد) بود و پس از آن افراد متأهل با ۸۴ نفر (۱۸/۲ درصد) قرار داشتند، درحالی که افراد مطلقه با ۳ نفر (۰/۶ درصد) کمترین سهم را در میان شرکت کنندگان داشتند. بررسی سطح تحصیلات نشان داد که اکثریت افراد نمونه دارای مدرک کارشناسی بودند (۳۲۷ نفر؛ ۷۰/۸ درصد) و پس از آن، به ترتیب افراد دارای مدرک دیپلم (۶۳ نفر؛ ۱۳/۶ درصد) و کارشناسی ارشد (۴۵ نفر؛ ۹/۷ درصد) قرار گرفتند؛ همچنین افراد دارای مدرک دکتری (۲۰ نفر؛ ۴/۳ درصد) و ابتدایی (۷ نفر؛ ۱/۵ درصد) کمترین فراوانی را به خود اختصاص دادند.

نشان داده است (طاهری و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تأیید شد.

روش اجرا

در ابتدا با رعایت ملاک‌های ورود نمونه‌ها انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه آماری، توضیحات لازم توسط پژوهشگر به شرکت کنندگان ارائه شد و پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه، پرسشنامه‌ها توزیع و جمع‌آوری شدند. در این مطالعه جهت بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرها از روش معادلات ساختاری استفاده شد. تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ و نرم‌افزار آماری AMOS نسخه ۲۴ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

از مجموع ۴۶۲ نفر شرکت‌کننده، ۱۵۷ نفر (۳۴ درصد) پسر و ۳۰۵ نفر (۶۶ درصد) دختر بودند که نشان‌دهنده غلبه جنسیت مؤنث در ترکیب نمونه

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
سوء استفاده جنسی	۷/۴۷	۳/۷۸	-۰/۲۹۴	-۰/۵۸۶
سوء استفاده جسمی	۶/۰۶	۲/۵۹	۱/۱۴	۳/۶۴
سوء استفاده عاطفی	۶/۱۶	۲/۸۸	۱/۱۲	۳/۳۵
غفلت عاطفی	۹/۰۱	۴/۱۸	۱/۳۶	۱/۶۴
غفلت جسمی	۷/۱۶	۲/۸۶	۱/۵۹	۲/۰۹
نمره کل ترومای دوران کودکی	۳۵/۸۸	۱۳/۴۵	۱/۱۵	۴/۹۵
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۱/۹۵	۵/۳۷	۱/۰۷	۰/۸۳۸
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۴/۱۴	۴/۷۵	۰/۱۱۵	-۰/۵۹۳
دشواری در کنترل تکانه	۱۴/۱۱	۵/۲۴	۰/۵۵۵	-۰/۰۶۶
فقدان آگاهی هیجانی	۱۳/۶۹	۴/۳۵	۰/۲۹۱	-۰/۵۵۵
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۱۸/۳۶	۷/۰۸	۰/۶۵۳	-۰/۱۹۴
عدم وضوح هیجانی	۶/۵۶	۲/۷۳	۰/۷۲۰	۰/۱۴۱
نمره کل بدتنظیمی هیجان	۶۵/۱۳	۲۱/۱۹	۰/۶۱۰	-۰/۰۲۱
ذهنی سازی مرتبط با خود	۲۴/۲۰	۳/۳۲	-۰/۹۱۷	۱/۵۳
ذهنی سازی مرتبط با دیگران	۱۹/۵۱	۲/۸۵	-۰/۳۴۸	۰/۰۲۷
انگیزه‌مندی	۱۹/۴۹	۳/۰۲	-۰/۳۲۹	-۰/۱۲۴
نمره کل ذهنی سازی	۶۳/۲۱	۷/۷۱	-۰/۶۱۹	۰/۸۸۱

کل ترومای دوران کودکی با میانگین ۳۵/۸۸ و انحراف معیار ۱۳/۴۵ گزارش شده است. در میان خرده مقیاس‌های ترومای دوران کودکی، بیشترین میانگین مربوط به غفلت عاطفی و کمترین میانگین مربوط به

براساس شاخص‌های توصیفی ارائه‌شده در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که سطح تجربه ترومای دوران کودکی در نمونه مورد بررسی در دامنه متوسط قرار دارد؛ به طوری که نمره

سوءاستفاده جسمی بوده است. همچنین، نمره کل بدتنظیمی هیجانی با میانگین ۶۵/۱۳ و انحراف معیار ۲۱/۱۹ بیانگر وجود سطح قابل توجهی از دشواری در تنظیم هیجان در شرکت کنندگان است که در این میان، مؤلفه دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده است. از سوی دیگر، نمره کل ذهنی سازی با میانگین ۶۳/۲۱ و انحراف معیار ۷/۷۱ نشان دهنده سطح نسبتاً مطلوب ظرفیت ذهنی سازی در نمونه است؛ به طوری که زیرمقیاس ذهنی سازی مرتبط با خود بیشترین میانگین را در میان مؤلفه‌های این سازه نشان می‌دهد. بررسی مقادیر کجی و کشیدگی برای تمامی متغیرها حاکی از آن است که این شاخص‌ها در دامنه قابل قبول قرار دارند و توزیع داده‌ها از نرمالیت نسبی برخوردار است. پیش از برازش مدل مفهومی پیشنهادی و به منظور اطمینان از مناسب بودن داده‌ها برای اجرای تحلیل مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری، پیش‌فرض‌های آماری اساسی به صورت مرحله‌ای بررسی شد. در ابتدا، توزیع نمرات متغیرها از نظر نرمال بودن با بهره‌گیری از آزمون

کولموگروف-اسمیرنوف مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج آن عدم معناداری آزمون ($P > 0.05$) و در نتیجه، نرمال بودن داده‌ها را نشان داد. هم‌زمان، با بررسی نمودارهای جعبه‌ای، وجود داده‌های پرت یا مشاهدات دورافتاده مؤثر مشاهده نشد. در گام بعد، برای بررسی مفروضه خطی بودن روابط میان متغیرها، نمودارهای پراکنش ترسیم و الگوی روابط خطی تأیید گردید. به منظور ارزیابی هم‌خطی چندگانه میان متغیرهای مستقل، شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس محاسبه شد که قرار داشتن مقادیر تحمل بالاتر از ۰/۱ و مقادیر VIF کمتر از ۱۰ نشان دهنده نبود هم‌خطی مسئله‌ساز در داده‌ها بود. در نهایت، برای بررسی استقلال خطاها و عدم خودهمبستگی باقیمانده‌ها، از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که قرارگیری مقدار این شاخص در دامنه قابل قبول ۱/۵ تا ۲/۵، استقلال مشاهدات را تأیید کرد. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه‌های لازم برای اجرای تحلیل‌های اصلی پژوهش به طور کامل رعایت شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

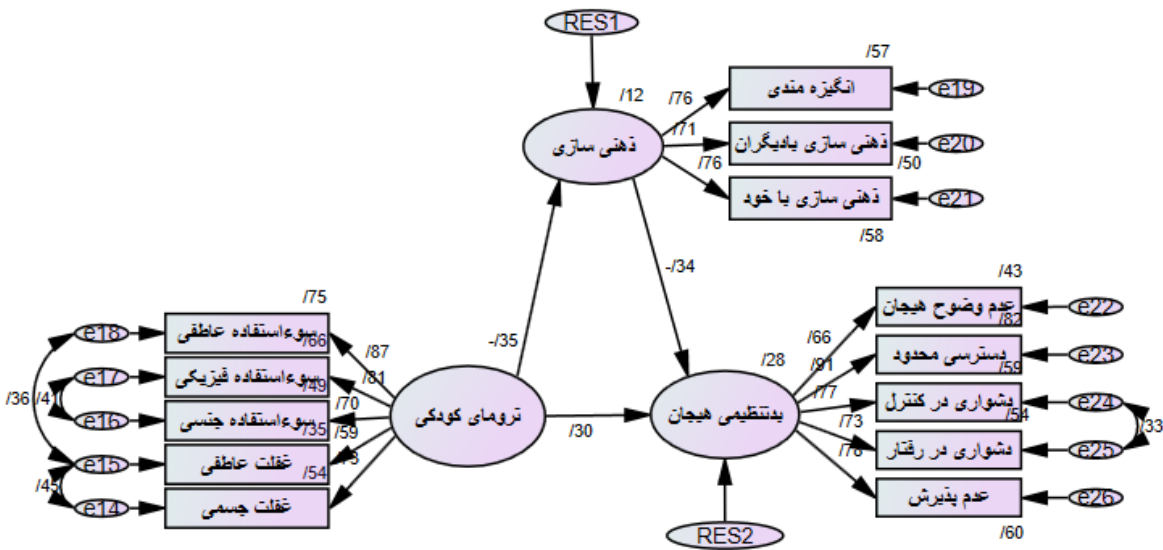
ردیف	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	
سوءاستفاده جنسی	۱																	
سوءاستفاده جسمی	۰/۷۰۲ ^{***}	۱																
سوءاستفاده عاطفی	۰/۶۱۴ ^{***}	۰/۷۳۸ ^{***}	۱															
غفلت عاطفی	۰/۶۵۴ ^{***}	۰/۴۶۵ ^{***}	۰/۴۰۳ ^{***}	۱														
غفلت جسمی	۰/۶۲۲ ^{***}	۰/۶۰۷ ^{***}	۰/۵۰۹ ^{***}	۰/۶۷۳ ^{***}	۱													
ترومای دوران کودکی	۰/۸۱۴ ^{***}	۰/۸۲۳ ^{***}	۰/۷۶۳ ^{***}	۰/۸۱۵ ^{***}	۰/۸۲۴ ^{***}	۱												
عدم پذیرش	۰/۳۷۷ ^{***}	۰/۳۰۲ ^{***}	۰/۲۵۹ ^{***}	۰/۳۴۵ ^{***}	۰/۳۱۸ ^{***}	۰/۳۹۵ ^{***}	۱											
دشواری در رفتار هدفمند	۰/۳۷۳ ^{***}	۰/۲۳۶ ^{***}	۰/۱۹۷ ^{***}	۰/۳۳۱ ^{***}	۰/۲۶۸ ^{***}	۰/۳۵۳ ^{***}	۰/۵۷۵ ^{***}	۱										
دشواری در کنترل تکانه	۰/۲۹۳ ^{***}	۰/۱۷۱ ^{***}	۰/۱۷۷ ^{***}	۰/۲۴۳ ^{***}	۰/۱۸۲ ^{***}	۰/۲۶۸ ^{***}	۰/۴۹۲ ^{***}	۰/۷۰۴ ^{***}	۱									
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۲۵۷ ^{***}	۰/۱۱۹ ^{***}	۰/۰۸۵ ^{***}	۰/۲۳۱ ^{***}	۰/۱۰۹ ^{***}	۰/۲۰۸ ^{***}	۰/۴۴۶ ^{***}	۰/۷۰۰ ^{***}	۰/۷۰۸ ^{***}	۱								
دسترسی محدود به راهبرد	۰/۳۹۱ ^{***}	۰/۲۹۷ ^{***}	۰/۲۸۰ ^{***}	۰/۲۷۴ ^{***}	۰/۳۰۰ ^{***}	۰/۳۷۷ ^{***}	۰/۵۳۴ ^{***}	۰/۷۰۲ ^{***}	۰/۵۲۴ ^{***}	۰/۶۰۳ ^{***}	۱							
عدم وضوح هیجانی	۰/۴۴۱ ^{***}	۰/۳۹۸ ^{***}	۰/۲۷۹ ^{***}	۰/۳۶۶ ^{***}	۰/۴۱۴ ^{***}	۰/۳۴۰ ^{***}	۰/۶۷۹ ^{***}	۰/۵۵۱ ^{***}	۰/۷۲۵ ^{***}	۰/۶۶۱ ^{***}	۰/۷۰۳ ^{***}	۱						
بدتنظیمی هیجان	۰/۴۰۲ ^{***}	۰/۲۶۲ ^{***}	۰/۲۳۳ ^{***}	۰/۳۳۷ ^{***}	۰/۲۷۶ ^{***}	۰/۳۷۷ ^{***}	۰/۶۷۸ ^{***}	۰/۹۱۸ ^{***}	۰/۸۵۸ ^{***}	۰/۸۲۴ ^{***}	۰/۸۲۴ ^{***}	۰/۵۵۲ ^{***}	۱					
انگیزه‌مندی	۰/۲۷۹ ^{***}	۰/۲۱۸ ^{***}	۰/۱۷۱ ^{***}	۰/۳۱۸ ^{***}	۰/۳۲۳ ^{***}	۰/۳۲۵ ^{***}	۰/۴۷۱ ^{***}	۰/۳۶۷ ^{***}	۰/۳۲۸ ^{***}	۰/۲۸۴ ^{***}	۰/۳۲۱ ^{***}	۰/۴۱۰ ^{***}	۰/۴۱۴ ^{***}	۱				

ردیف	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷
ذهنی سازی با دیگران	۰/۱۶۶ ^{***}	۰/۲۰۹ ^{***}	۰/۱۳۶ ^{***}	۰/۲۸۹ ^{***}	۰/۳۰۱ ^{***}	۰/۲۷۰ ^{***}	۰/۳۱۴ ^{***}	۰/۱۷۴ ^{***}	۰/۱۵۳ ^{***}	۰/۱۴۷ ^{***}	۰/۱۴۷ ^{***}	۰/۲۰۷ ^{***}	۰/۵۲۳ ^{***}	۰/۵۲۳ ^{***}	۰/۳۸۹ ^{***}		
ذهنی سازی با خود	۰/۱۵۳ ^{***}	۰/۱۵۸ ^{***}	۰/۱۳۱ ^{***}	۰/۲۶۶ ^{***}	۰/۳۰۸ ^{***}	۰/۲۵۰ ^{***}	۰/۳۷۰ ^{***}	۰/۲۷۶ ^{***}	۰/۲۴۹ ^{***}	۰/۲۳۵ ^{***}	۰/۲۲۳ ^{***}	۰/۳۱۱ ^{***}	۰/۵۲۳ ^{***}	۰/۵۲۳ ^{***}	۰/۴۶۷ ^{***}		
ذهنی سازی	۰/۲۲۷ ^{***}	۰/۲۳۱ ^{***}	۰/۱۷۴ ^{***}	۰/۳۴۷ ^{***}	۰/۳۷۱ ^{***}	۰/۳۳۵ ^{***}	۰/۴۶۱ ^{***}	۰/۳۲۸ ^{***}	۰/۲۹۳ ^{***}	۰/۲۶۷ ^{***}	۰/۲۷۷ ^{***}	۰/۳۷۱ ^{***}	۰/۳۷۲ ^{***}	۰/۸۷۳ ^{***}	۰/۸۶۱ ^{***}	۰/۵۷۳ ^{***}	

***= $p < 0.001$ و **= $p < 0.01$ و *= $p < 0.05$

که معنی دار شد. بین ذهنی سازی و بدتنظیمی هیجان رابطه منفی و معنی داری $r = -0.37$ به دست آمد.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که بین ترومای دوران کودکی و ذهنی سازی رابطه منفی معنی داری $r = -0.33$ به دست آمد. همچنین ضریب همبستگی بین ترومای دوران کودکی و بدتنظیمی هیجان نیز $r = 0.38$ به دست آمد



شکل ۱. مدل معادلات ساختاری با نقش میانجیگری ذهنی سازی

می دهد و نقش میانجی در این رابطه ایفا می کند. در مجموع متغیرها 0.28 از تغییرات بدتنظیمی هیجان را پیش بینی می کنند. در جدول ۳ نتایج برازش مدل پژوهش نشان داده شده است.

در شکل ۱ مدل معادلات ساختاری، ترومای دوران کودکی اثر مستقیم و بر بدتنظیمی هیجان دارند و همزمان اثر منفی و معناداری بر ذهنی سازی نشان می دهند. ذهنی سازی نیز به طور معناداری بدتنظیمی هیجان را کاهش

جدول ۳. نتایج برازش مدل پژوهش

شاخص های برازش	معیار پذیرش	مقدار مشاهده شده	وضعیت برازش
مجذور کای به درجه آزادی X^2/df	خوب < 0.3 قابل قبول < 0.5	۲/۷۹	برازش مطلوب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	> 0.90	۰/۹۲۸	برازش مطلوب
شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)	> 0.80	۰/۸۸۷	برازش مطلوب
شاخص برازش نرم شده (NFI)	> 0.90	۰/۹۳۴	برازش مطلوب
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	> 0.90	۰/۹۵۰	برازش مطلوب
شاخص برازش افزایشی (IFI)	> 0.90	۰/۹۵۱	برازش مطلوب

شاخص‌های برازش	مقدار مشاهده شده	معیار پذیرش	وضعیت برازش
شاخص توکر-لونیس (TLI)	۰/۹۳۳	$> ۰/۹۰$	برازش مطلوب
ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)	۰/۰۷۸	$< ۰/۰۸$	برازش عالی

همان‌گونه که مشاهده می‌کنید مدل پیشنهادی از برازش عالی برخوردار است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، معتبرترین شاخص برازش RMSEA است که این میزان ۰/۰۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده برازش مدل است.

سایر شاخص‌های برازش نیز مانند NFI، CFI، JFI، TLI و AGFI به ترتیب ۰/۹۳۳، ۰/۹۳۳، ۰/۹۳۳، ۰/۹۳۳ و ۰/۸۹ به دست آمد که نشان‌دهنده این است که مدل موردنظر از برازش مناسبی برخوردار است.

جدول ۴. اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش

مسیر	ضرایب مسیر	خطای معیار	p
ترومای دوران کودکی -> ذهنی سازی	-۰/۳۵	۰/۰۶۳	۰/۰۰۱
ترومای دوران کودکی -> بدتنظیمی هیجان	۰/۳۰	۰/۰۴۸	۰/۰۰۱
ذهنی سازی -> بدتنظیمی هیجان	-۰/۳۴	۰/۰۴۷	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۴ اثر مستقیم ترومای دوران کودکی بر ذهنی سازی ۰/۳۵- و بر بدتنظیمی هیجان ۰/۳۰+ است. همچنین اثرات مستقیم ذهنی

سازی بر بدتنظیمی هیجان ۰/۳۴- به دست آمد. در جدول ۵ نتایج آزمون بوت استرپ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج مربوط به مسیر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیرهای غیرمستقیم	ضرایب مسیر	p	فرضیه
ترومای دوران کودکی ← ذهنی سازی ← بدتنظیمی هیجان	-۰/۱۸	۰/۰۰۱	تأیید شد

بر اساس نتایج جدول ۵ اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی به بدتنظیمی هیجان از طریق ذهنی سازی ۰/۱۸- به دست آمده است که معنادار شد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت ترومای دوران کودکی به واسطه ذهنی سازی بر بدتنظیمی هیجان تأثیر می‌گذارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش میانجی ذهنی سازی در رابطه بین تجربه ترومای دوران کودکی و بدتنظیمی هیجانی در جوانان شهر کرمانشاه انجام شد. یافته نخست پژوهش حاضر نشان داد که تجربه ترومای دوران کودکی به‌طور مستقیم و معنادار بدتنظیمی هیجانی را در جوانان افزایش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش آرم بروستر-گنج و همکاران (۲۰۲۵)، کوهن و تاکور (۲۰۲۱)، حسین زاده و همکاران (۱۴۰۰)، مورایس و همکاران (۲۰۱۹) و دای (۲۰۱۸) همسو است. این یافته از منظر نظری با مدل‌های تحولی تنظیم هیجان نیز همسو است. بر اساس چارچوب نظری گراس (۲۰۱۴)، تنظیم هیجان مهارتی اکتسابی است که در بستر تعامل‌های

اولیه کودک با مراقبان اصلی شکل می‌گیرد. در صورتی که این تعامل‌ها با غفلت، بدرفتاری یا سوءاستفاده همراه باشد، فرصت لازم برای یادگیری شناسایی، پذیرش و تعدیل هیجان‌ها از کودک سلب می‌شود و در نتیجه، الگوهای ناسازگار تنظیم هیجان در طول رشد تثبیت می‌گردد. نتایج پژوهش موریس و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که انواع تروماهای دوران کودکی با پیامدهای شدید هیجانی و رفتاری در بزرگسالی، از جمله افسردگی و رفتارهای خود آسیب‌زا، ارتباط معناداری دارند که بدتنظیمی هیجانی می‌تواند یکی از سازوکارهای زیربنایی این رابطه باشد. همچنین حسین زاده و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که بدرفتاری در اوان کودکی به‌طور مستقیم با بدتنظیمی هیجانی مرتبط است و این متغیر نقش کلیدی در تبیین مشکلات روان‌شناختی بزرگسالی ایفا می‌کند. در سطح بین‌المللی نیز یافته‌های کیم و چیکتی (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که تجربه بدرفتاری و غفلت در کودکی با اختلال در مسیر رشد تنظیم هیجان و افزایش آسیب‌پذیری روانی در نوجوانی و بزرگسالی همراه است. تجارب آسیب‌زای اولیه، به‌ویژه در روابط دل‌بستگی، کودک را در معرض محیطی قرار می‌دهد که

هیجان‌های او نادیده گرفته یا تنبیه می‌شوند. در چنین شرایطی، کودک به‌جای یادگیری راهبردهای سازگار تنظیم هیجان، به استفاده از راهبردهای ناکارآمدی مانند اجتناب، سرکوب یا انفجار هیجانی روی می‌آورد. این الگوها در صورت عدم مداخله تا جوانی و بزرگسالی تداوم یافته و به شکل بدتنظیمی هیجانی پایدار بروز می‌کنند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که تجربه ترومای دوران کودکی به‌طور معنادار با کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی مرتبط است. این یافته با نتایج پژوهش فرجامی و همکاران (۱۴۰۳)، صفری و موسوی (۱۴۰۰)، هلنیاک و همکاران (۲۰۱۶) و انسینک و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. همچنین این یافته با نظریه ذهنی‌سازی فونانگی و همکاران همخوانی دارد (بیتمن و فونانگی، ۲۰۰۴). بر اساس این دیدگاه، رشد ذهنی‌سازی به کیفیت روابط دل‌بستگی اولیه وابسته است و مراقبان پاسخگو و ایمن از طریق بازتاب‌دهی حالات ذهنی کودک، به شکل‌گیری توانایی درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران کمک می‌کنند (بیتمن و فونانگی، ۲۰۱۹). همچنین علیجانی و همکاران (۱۴۰۳) و فرجامی و همکاران (۱۴۰۳) گزارش کردند که تجربه ترومای کودکی با کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی همراه است و این نقص نقش مهمی در تبیین مشکلات هیجانی و رفتاری ایفا می‌کند. در مقابل، بدرفتاری، غفلت هیجانی و سوءاستفاده، این فرایند تحولی را مختل می‌کند. در مطالعات خارجی نیز انسینک و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که تجربه تروما در بستر رابطه مراقب-کودک با اختلال در عملکرد بازتابی و ذهنی‌سازی همراه است. کودکانی که در معرض تروما قرار می‌گیرند، اغلب در محیطی رشد می‌کنند که حالات ذهنی آن‌ها یا نادیده گرفته می‌شود یا به‌صورت تحریف‌شده بازتاب می‌یابد. این امر منجر به شکل‌گیری بازنمایی‌های ناپایدار و منفی از خود و دیگران می‌شود و توانایی کودک برای معنا دادن به هیجان‌ها، نیت‌ها و رفتارها تضعیف می‌گردد. در نتیجه، ذهنی‌سازی به‌عنوان یک ظرفیت رشدی، به‌طور کامل شکل نمی‌گیرد یا در شرایط استرس‌زا دچار فروپاشی می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که بین ذهنی‌سازی با بدتنظیمی هیجانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. به این معنا که با افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی، بدتنظیمی هیجانی کاهش می‌یابد. این نتیجه با نتایج مطالعات عسگری زاده و همکاران (۲۰۲۳) و نوویلر و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین یافته‌ها می‌توان بیان کرد ذهنی‌سازی مهارت و توانایی فرد برای درک،

تفسیر و بازنمایی حالت‌های درونی خود و دیگران اطلاق می‌شود (بیتمن و فونانگی، ۲۰۱۹). افرادی که در درک، تفسیر و بازنمایی حالت‌های ذهنی خود و دیگران نقص دارند هیجان‌ها به‌صورت مبهم، شدید و تهدید کننده تجربه می‌کنند و فرد توانایی نام‌گذاری، معنابخشی و پردازش شناختی را از دست می‌دهد در شرایط استرس‌زا از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌نماید پاسخ هیجانی که از خود بروز می‌دهد بیشتر به‌صورت واکنشی، تکانشی و وابسته به موقعیت ظاهر می‌گردد و بیشتر از دیگر افراد در تجربه، کنترل و مدیریت هیجان‌ها دچار دشواری می‌شوند افزون بر این، افرادی که ضعف در ذهنی‌سازی دارند ممکن است نیت‌ها و رفتار دیگران تهدید کننده یا خصمانه تفسیر کنند در نتیجه برانگیختگی هیجانی و استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان در آن‌ها شدت یابد همه این‌ها زمینه بروز بدتنظیمی هیجانی را فراهم می‌کنند (گراس، ۲۰۱۴)؛ بنابراین به سبب برخورداری از ظرفیت ذهنی‌سازی افراد قادر هستند که هیجان‌های خود را به‌خوبی شناسایی، تفسیر و مدیریت کنند و از واکنش‌های هیجانی تکانشی خودداری نمایند به‌طوری‌که در شرایط استرس‌زا از مکانیسم‌های پخته‌تر استفاده کنند و توانایی تنظیم هیجان را داشته باشند.

در نهایت یافته محوری پژوهش حاضر نشان داد که ذهنی‌سازی نقش میانجی معناداری در رابطه بین تجربه ترومای دوران کودکی و بدتنظیمی هیجانی ایفا می‌کند. از منظر نظری، این یافته با مدل‌های تحولی دل‌بستگی-ذهنی‌سازی فونانگی همخوان است. بر اساس این مدل‌ها، تروما از طریق مختل‌سازی سیستم دل‌بستگی، رشد ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند و نقص در ذهنی‌سازی به‌نوبه خود، توانایی فرد برای شناسایی، درک و تنظیم هیجان‌ها را کاهش می‌دهد (بیتمن و فونانگی، ۲۰۰۴). این نتیجه با پژوهش حفاظی طرقله و نجفی (۱۴۰۳) همسو است. همچنین فرجامی و همکاران (۱۴۰۳) نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی را در ارتباط بین تجربه تروما و رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان تأیید کردند. صفری موسوی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند تجارب آسیب‌زا و سبک‌های دل‌بستگی نایمن به‌طور غیرمستقیم از طریق تضعیف فرایندهای ذهنی، از جمله ذهنی‌سازی، بر آسیب‌های روان‌شناختی اثر می‌گذارند. ذهنی‌سازی به‌عنوان یک مکانیسم تنظیم‌کننده، به فرد امکان می‌دهد هیجان‌های ناخوشایند را به‌جای واکنش‌های تکانشی، از طریق معنا دادن و درک ذهنی مدیریت کند. در افرادی که تجربه ترومای کودکی دارند، کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی باعث

منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام، محمود، ثقیلاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۷۵-۲۸۲. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2090-fa.html>
- حسین زاده، میکائیل؛ دهستانی، مهدی؛ و صحراگرد، مهدی. (۱۴۰۰). نقش میانجی‌گری بدتنظیمی هیجانی در رابطه بین بدرفتاری در اوان کودکی و افسردگی اساسی در بزرگسالی زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مشاوره شهر تبریز، *مجله دست آوردهای روان‌شناسی بالینی*، ۲(۷)، ۴۰-۲۵. <https://doi.org/10.22055/jacp.2022.41918.1247>
- حسینی، جعفر (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲(۳)، ۷۳-۴۸. [doi: 10.22075/jcp.2017.2031](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031)
- حفاظی طریقه، لایلا و نجفی، محمود (۱۴۰۳). رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی در دانش آموزان: نقش میانجی ذهنی سازی و ذهن آگاهی. *مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۲۱(۵۶)، ۵۱-۲۷. [DOI: 10.22111/JEPS.2024.49554.5798](https://doi.org/10.22111/JEPS.2024.49554.5798)
- صفری موسوی، سید سینا، صادقی، مسعود، سپهوندی، محمدعلی. (۱۴۰۰). مدل علی سبک دل‌بستگی نایمن و تجارب آسیب‌زا با میانجیگری ذهن آگاهی بر ذهنی سازی. *فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۲(۴۶)، ۸۵-۹۸. [doi: 10.30495/jpmm.2022.27975.3395](https://doi.org/10.30495/jpmm.2022.27975.3395)
- طاهری، آلاله؛ مظاهری، محمدعلی و ذبیح زاده، عباس (۱۴۰۰). تبیین آسیب‌شناختی توده بدنی بالا در دختران نوجوان مبتلابه چاقی بر اساس مدل الگوهای پردازش حسی. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۸(۷۰)، ۱۴۰-۱۲۹. <https://sanad.iau.ir/journal/jip/Article/691717>
- عزیزی، علیرضا، میرزایی، آزاده، و شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸. <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-608-fa.html>
- علیجانی، ساره؛ فراهانی، حجت‌الله؛ مجیدی نسب، زهرا (۱۴۰۳). روابط ساختاری تجربه ترومای کودکی با بدتنظیمی هیجانی در افراد تحت درمان با متادون: نقش میانجی ذهنی سازی. *نشریه روان پرستاری*، ۶(۱۲)، ۴۷-۵۵. <http://ijpn.ir/article-1-2386-fa.html>
- فرجامی مریم؛ فرجامی، زهرا؛ شکیبایی نژاد، آرام و پاییزی لایلا (۱۴۰۳). تدوین مدل رفتارهای خودآسیبی براساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با میانجیگری ذهنی سازی در نوجوانان. *روان پرستاری*، ۱۲(۱): ۵۰-۶۳. <http://ijpn.ir/article-1-2356-fa.html>

می‌شود هیجان‌ها به صورت خام، شدید و غیرقابل کنترل تجربه شوند که این امر به افزایش بدتنظیمی هیجانی می‌انجامد؛ بنابراین، ذهنی‌سازی حلقه واسطی است که چگونگی انتقال اثرات تروما به مشکلات هیجانی را تبیین می‌کند. نتایج پژوهش حاضر به‌طور کلی از مدل پیشنهادی تحقیق حمایت کرد و نشان داد که تجربه ترومای دوران کودکی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم و از طریق کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی، بر بدتنظیمی هیجانی در جوانان شهر کرمانشاه اثرگذار است. این یافته‌ها بر اهمیت نقش فرایندهای تحولی دل‌بستگی و ذهنی‌سازی در پیامدهای روان‌شناختی تجارب آسیب‌زای اولیه تأکید دارند. درنهایت، با توجه به محدودیت‌های پژوهش از جمله استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، مقطعی بودن طرح پژوهش و استفاده از ابزارهای خودگزارشی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های ارزیابی چند منبعی مانند مصاحبه‌های بالینی و طرح‌های طولی استفاده شود و سایر گروه‌های سنی و نمونه‌های بالینی نیز مورد بررسی قرار گیرند تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشگاه رازی است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی است.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مشارکت کنندگانی که در این پژوهش شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Alijani S, Farahani H, Majidinasab Z. (2025). Structural Relationships of Childhood Trauma Experience with Emotional Dysregulation in Methadone Treated Individuals: The Mediating Role of Mentalization. *IJPN*; 12 (6):45-58 <http://ijpn.ir/article-1-2386-fa.html> (in persian).
- Antoniou, G., Lambourg, E., Steele, J. D., & Colvin, L. A. (2023). The effect of adverse childhood experiences on chronic pain and major depression in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *British journal of anaesthesia*, 130(6), 729–746. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.03.008>
- Armbruster-Genç, D. J., Spilger, E., & Basten, U. (2025). Emotion regulation after childhood maltreatment: Suppression tendency and reappraisal capacity. *Child Abuse & Neglect*, 166, 107511. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107511>
- Asgarizadeh, A., Sharp, C., & Ghanbari, S. (2023). Shame-coping clusters: comparisons regarding attachment insecurities, mentalizing deficits, and personality pathology, controlling for general emotion dysregulation. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 10(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00231-2>
- Assed, M. M., Khafif, T. C., Belizario, G. O., Fatorelli, R., Rocca, C. C. D. A., & de Pádua Serafim, A. (2020). Facial emotion recognition in maltreated children: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1493-1509.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità: una guida pratica al trattamento*. Raffaello Cortina.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Castagné, R., Delpierre, C., Kelly-Irving, M., Campanella, G., Guida, F., Krogh, V., Palli, D., Panico, S., Sacerdote, C., Tumino, R., Kyrtopoulos, S., Hosnijeh, F. S., Lang, T., Vermeulen, R., Vineis, P., Stringhini, S., & Chadeau-Hyam, M. (2016). A life course approach to explore the biological embedding of socioeconomic position and social mobility through circulating inflammatory markers. *Scientific reports*, 6, 25170. <https://doi.org/10.1038/srep25170>
- Cohen, J. R., & Thakur, H. (2021). Developmental consequences of emotional abuse and neglect in vulnerable adolescents: A multi-informant, multi-wave study. *Child abuse & neglect*, 111, 104811. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104811>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of personality assessment*, 100(3), 268-280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100237. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381-392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>.
- Ebrahimi, H., Dezhkam, M., & Saghataleslam, T. (2013). Childhood traumas and suicide attempts in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4), 275–282. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2090-fa.html> (in persian).
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *The British journal of developmental psychology*, 33(2), 203–217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>
- Fan, L., & Kang, T. (2025). Early childhood trauma and its long-term impact on cognitive and emotional development: a systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*, 57(1), 2536199. [doi: 10.1080/07853890.2025.2536199](https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2536199)

- Farjami M, Farjami Z, Shakibaeinezhad A, Paezy L. (2024). Formulation The Model of Self-Injurious Behaviors Based on The Experience of Childhood Trauma and Alexithymia With The Mediation Of Mentalization In Adolescents. *IJPN*; 12 (1):50-63. <http://ijpn.ir/article-1-2356-fa.html> (in persian).
- Garofalo, C., Velotti, P., Zavattini, G. C., & Kosson, D. S. (2017). Emotion dysregulation and interpersonal problems: The role of defensiveness. *Personality and Individual Differences*, 119, 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.07.007>
- Goddard A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 35(2), 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>
- Granata, L., Gildawie, K. R., Ismail, N., Brenhouse, H. C., & Kopec, A. M. (2022). Immune signaling as a node of interaction between systems that sex-specifically develop during puberty and adolescence. *Developmental cognitive neuroscience*, 57, 101143. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2022.101143>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). The Guilford Press.
- Hasani J. (2011). The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*, 2(3), 47-83. [doi: 10.22075/jcp.2017.2031](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031) (in persian).
- Heleniak, C., Jenness, J. L., Stoep, A. V., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Cognitive therapy and research*, 40(3), 394–415. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z>
- Hefazi Torghabeh, L., Najafi, M. (2024). The relationship between childhood trauma and suicidal thoughts instudents:the mediating role of mentalization and mindfulness. *Journal of Educational Psychology Studies*, 21 (56),27-51. [DOI: 10.22111/JEPS.2024.49554.5798](https://doi.org/10.22111/JEPS.2024.49554.5798) (in persian).
- Hosseinzadeh, M., Hossein Zadeh, M., Dehestani, M., & Sahragard, M. (2021). The Role of Mediating Emotional Dysregulation in The Relationship between Early Childhood Misbehavior and Major Depression in Adulthood Women Referring to Medical Centers and Counseling in Tabriz. *Clinical Psychology Achievements*, 7(2), 23-40. <https://doi.org/10.22055/jacp.2022.41918.1247> (in persian).
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kirkinis, K., Pieterse, A. L., Martin, C., Agiliga, A., & Brownell, A. (2021). Racism, racial discrimination, and trauma: a systematic review of the social science literature. *Ethnicity & health*, 26(3), 392–412. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1514453>
- Mekuriaw, B. Y., Getnet, B., Seid, E., Teferi, T., Alemwork, A., Aschale, M., & Tsega, A. (2025). Prevalence and associated factors of psychological distress among caregivers of children with malnutrition: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25(1), 505. [doi: 10.1186/s12889-025-21692-w](https://doi.org/10.1186/s12889-025-21692-w)
- Mendel, W. E., Sperlich, M., & Fava, N. M. (2021). "Is there anything else you would like me to know?": Applying a trauma-informed approach to the administration of the adverse childhood experiences questionnaire. *Journal of community psychology*, 49(5), 1079–1099. <https://doi.org/10.1002/jcop.22562>
- Moraes, C. L., Sampaio, P. F., Reichenheim, M. E., & Veiga, G. V. D. (2018). The intertwined effect of lack

- of emotional warmth and child abuse and neglect on common mental disorders in adolescence. *Child abuse & neglect*, 83, 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.008>
- Morris, G., Berk, M., Maes, M., Carvalho, A. F., & Puri, B. K. (2019). Socioeconomic Deprivation, Adverse Childhood Experiences and Medical Disorders in Adulthood: Mechanisms and Associations. *Molecular neurobiology*, 56(8), 5866–5890. <https://doi.org/10.1007/s12035-019-1498-1>
- Nonweiler, J., Torrecilla, P., Kwapil, T. R., Ballespí, S., & Barrantes-Vidal, N. (2023). I don't understand how I feel: mediating role of impaired self-mentalizing in the relationship between childhood adversity and psychosis spectrum experiences. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1268247. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1268247>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional dysregulation in children and adolescents with psychiatric disorders. A narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 628252. [doi: 10.3389/fpsy.2021.628252](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252)
- Preventing adverse childhood experiences: data to action (PACE:D2A) [Violence prevention|Injurycenter|CDC. (2022). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/preventing-ace-datatoaction.html>. Accessed 18 Jul 2022.
- Reynolds, L. M., Hernandez, G., MacGowan, D., Popescu, C., Nouel, D., Cuesta, S., Burke, S., Savell, K. E., Zhao, J., Restrepo-Lozano, J. M., Giroux, M., Israel, S., Orsini, T., He, S., Wodzinski, M., Avramescu, R. G., Pokinko, M., Epelbaum, J. G., Niu, Z., Pantoja-Urbán, A. H., ... Flores, C. (2023). Amphetamine disrupts dopamine axon growth in adolescence by a sex-specific mechanism in mice. *Nature communications*, 14(1), 4035. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-39665-1>
- Richardson, T., Egglisshaw, A. & Sood, M. (2024). Does Childhood Trauma Predict Impulsive Spending in Later Life? An Analysis of the Mediating Roles of Impulsivity and Emotion Regulation. *Journ Child Adol Trauma*, 17, 275–281. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00600-7>
- Safarimousavi, S. S., Sadeghi, M., & Sepahvandi, M. A. (2021). A causal model of insecure attachment style and traumatic experiences with the mediating role of mindfulness on mentalization. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, 12(46), 85–98. <https://doi.org/10.30495/jpmm.2022.27975.3395> (in persian).
- Sheffler, J. L., Piazza, J. R., Quinn, J. M., Sachs-Ericsson, N. J., & Stanley, I. H. (2019). Adverse childhood experiences and coping strategies: identifying pathways to resiliency in adulthood. *Anxiety, stress, and coping*, 32(5), 594–609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1638699>
- Tzouvara, V., Kupdere, P., Wilson, K., Matthews, L., Simpson, A., & Foye, U. (2023). Adverse childhood experiences, mental health, and social functioning: A scoping review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 139, 106092. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106092>
- Taheri, A., Mazaheri, M. A., & Zabihzadeh, A. (2021). Pathological explanation of high body mass index in obese adolescent girls based on the sensory processing patterns model. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 18(70), 129–140. <https://sanad.iau.ir/journal/jip/Article/691717> (in persian).
- Weiss, N. H., Sullivan, T. P., & Tull, M. T. (2015). Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. *Current opinion in psychology*, 3, 22-29. [doi: 10.1016/j.copsy.2015.01.013](https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.01.013)
- Williams -Butler, A., Howard, T., Anthony, W. L., & Duron, J. (2023). Adverse Childhood Experiences, sexual debut and substance use among Black justice -involved youth: The imperative of trauma -informed sexuality education. *Children and Youth Services Review*, 147, 106 -127.
- World Health Organization. Violence against children. (2022). <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-children>. Accessed 3 Oct 2022.