



The Relationship between Childhood Maltreatment and Dysregulated Behaviors of Individuals with Bipolar Disorder: The Mediating Role of Cognitive Processes

Akram Zarei Goonyani¹, Ahmad Mansouri², Qasem Ahi¹, Seyed Abdolmajid Bahreinian¹, Fahime Saied³

1. Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

2. (Corresponding author) * Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

3. Department of Psychiatry, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Research has increasingly shown a relation between childhood maltreatment and the dysregulated behaviors observed in individuals, yet the mediating factors in this relationship have received little attention. Thus, the primary aim of this study is to explore the role of cognitive processes as mediators in the relationship between childhood maltreatment and the dysregulated behaviors of individuals with bipolar disorder.

Methods and Materials: This study employed a descriptive and correlational research design. The statistical population consisted of all individuals with bipolar disorder who were hospitalized at Razi Psychiatric Hospital during the years 2023-2024. A total of two hundred individuals were selected for the research sample using convenience sampling. Data collection tools included the following: the Binge Eating Severity Scale (Gormally et al., 1982), the Deliberate Self-Harm Inventory (Gratz, 2001), the Alcohol Use Disorders Identification Test (Saunders et al., 1989), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Cognitive Abilities Questionnaire (Nejati, 2013), the Difficulties in Emotion Regulation Scale- Short Form (Kaufman et al., 2016), the Acceptance and Action Questionnaire (Bond et al., 2011), and the Levels of Self-Criticism Scale (Thompson & Zuroff, 2004). Data analysis was conducted using SPSS and LISREL software, employing Pearson correlation and structural equation modeling techniques.

Findings: The study's results indicated that cognitive processes—including cognitive ability, self-criticism, experiential avoidance, and difficulties in emotion regulation—play a mediating role in the relationship between childhood maltreatment and dysregulated behaviors, such as alcohol consumption, binge eating, and non-suicidal self-injury, in individuals with bipolar disorder. The statistical fit of the model was strong, with the following indices: CFI= 0.96, NNFI= 0.95, IFI= 0.96, GFI= 0.92, and RMSEA= 0.072.

Conclusions: People with bipolar disorder who experienced childhood maltreatment often exhibit dysregulated behaviors due to cognitive processes. Therefore, clinical interventions focusing on cognitive processes are essential in preventing maladaptive behaviors in this population.

Keywords: Bipolar disorder, childhood maltreatment, cognitive processes, dysregulated behaviors.

Citation: Zarei Goonyani A, Mansouri A, Ahi Q, Bahreinian SA, Saied F. **The Relationship between Childhood Maltreatment and Dysregulated Behaviors of Individuals with Bipolar Disorder: The Mediating Role of Cognitive Processes.** Res Behav Sci 2025; 22(4): 623-638.

* Ahmad Mansouri,

Email: mansoury_am@yahoo.com

رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم شده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی: نقش واسطه‌ای فرایندهای شناختی

اکرم زارعی گونیانی^۱، احمد منصوری^۲، قاسم آهی^۱، سید عبدالمجید بحرینیان^۱، فهیمه سعید^۱

۱- گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲- نویسنده مسئول* گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۳- گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: درحالی‌که شواهد رو به رشدی از رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم شده حمایت می‌کنند، اما توجه اندکی به عوامل واسطه‌ای آن شده است. از این رو، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای فرایندهای شناختی در رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم شده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی رازی در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود که از این میان ۲۰۰ نفر به شیوه در دسترس به‌عنوان نمونه پژوهش گزینش شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس شدت پرخوری (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲)، سیاهه خود آسبیبی تعددی و آگاهانه (گراتز، ۲۰۰۱)، آزمون غربالگری اختلال مصرف الکل (ساندرز و همکاران، ۱۹۸۹)، پرسشنامه آسیب دوره کودکی (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، پرسشنامه توانایی‌های شناختی (نجاتی، ۱۳۹۲)، فرم کوتاه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (کافمن و همکاران، ۲۰۱۶)، پرسشنامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) و مقیاس سطوح خود انتقادی (تامپسون و زاروف، ۲۰۰۴) بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای اس.پی. اس. اس و لیزرل و همچنین روش‌های همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد فرایندهای شناختی (توانایی شناختی، خود انتقادی، اجتناب تجربه‌ای و دشواری در تنظیم هیجان) در رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم شده (نوشیدن الکل، پرخوری و خودزنی غیرخودکشی) افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نقش واسطه‌ای دارند (RMSEA= ۰/۰۷۲، GFI= ۰/۹۲، IFI= ۰/۹۶، NNFI= ۰/۹۵، CFI= ۰/۹۶).

نتیجه‌گیری: افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با تجربه بدرفتاری دوره کودکی به واسطه فرایندهای شناختی، رفتارهای بد تنظیم شده را تجربه می‌کنند؛ از این رو مداخله‌های بالینی مرتبط با فرایندهای شناختی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از رفتارهای بد تنظیم شده در این گروه داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، بدرفتاری دوره کودکی، رفتار بد تنظیم شده، فرایندهای شناختی

ارجاع: زارعی گونیانی اکرم، منصوری احمد، آهی قاسم، بحرینیان سید عبدالمجید و سعید فهیمه. رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم شده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی: نقش واسطه‌ای فرایندهای شناختی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۴): ۶۲۸-۶۲۳

*- احمد منصوری،

ایمان‌نامه: mansoury_am@yahoo.com

مقدمه

اختلال دوقطبی^۱ یک اختلال هیجانی است که با دوره‌های مانیای عودکننده (اختلال دوقطبی نوع یک) یا هیپومانیا (اختلال دوقطبی نوع دو) متناوب با دوره‌های افسردگی مشخص می‌شود (۱). یک توزیع دووجهی از شروع اختلال دوقطبی پیشنهاد شده است که اوج آن در ۲۴-۱۵ سال و ۴۵-۵۴ سال است (۲). سیر اختلال دوقطبی بین جنس‌ها متفاوت است و زنان دوره‌های افسردگی، مانیا مختلط و دوره‌های سریع را بیشتر از مردان تجربه می‌کنند (۳). بعضی از معیارهای تشخیصی اختلال دوقطبی را می‌توان به‌وسیله یک سری از رفتارهای بد تنظیم‌شده^۲ مشخص کرد. بد تنظیمی رفتاری به رفتارهایی اشاره دارد که به‌سختی قابل کنترل هستند و در عملکرد افراد مبتلا، اختلال ایجاد می‌کنند. همچنین راهی را برای تغییر توجه فرد از حالات هیجانی ناخوشایند فراهم می‌کنند (۴). شواهد نشان می‌دهد که رفتارهای خاصی مانند خودزنی غیرخودکشی^۳، پرخوری^۴، نوشیدن الکل^۵ و سایر رفتارهای تکانشی ممکن است نتیجه اختلال در تنظیم شناختی هیجان‌ها باشند و ممکن است به‌عنوان عملکردهای تنظیم‌کننده هیجان عمل کنند (۵، ۶). اگرچه این رفتارها به‌ظاهر متفاوت هستند، اما به نظر می‌رسد که عملکرد مشابهی دارند: فرار یا اجتناب از تجربه هیجانی منفی (۷). رفتارهای بد تنظیم‌شده می‌توانند سیر بالینی اختلال دوقطبی را بدتر کنند و بر عملکرد روانی-اجتماعی و کیفیت زندگی تأثیر منفی بگذارند (۸). از این رو به راهبردهای درمانی خاصی نیاز است، اما پیش از آن، ارزیابی و بررسی عوامل و متغیرهای مرتبط با رفتارهای بد تنظیم‌شده در افراد مبتلا به این اختلال و تعیین مکانیسم اثرگذار آن‌ها بر یکدیگر اهمیت بسزایی دارد.

سابقه بدرفتاری دوره کودکی^۶ در میان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که رفتارهای بد تنظیم‌شده را گزارش کرده‌اند، وجود دارد (۹، ۱۰). بدرفتاری‌های این دوره یک مشکل رایج در سراسر جهان است که به‌عنوان سوءاستفاده (هیجانی، روانی و جنسی)، غفلت (هیجانی و جسمی) یا سایر رفتارهای آسیب‌رسان به بقاء،

سلامت و رشد کودک تعریف شده‌اند (۱۱). این بدرفتاری‌ها اثرهای نامطلوبی بر سلامت روان و جسم در بزرگسالی دارند (۱۲، ۱۳). نتایج فراتحلیل‌ها حاکی از آن است که بدرفتاری دوره کودکی با سطوح بالاتر افسردگی، اضطراب، تکانش‌گری و خودکشی مرتبط است (۱۶-۱۴). علاوه بر این پیشینه پژوهشی از رابطه بین پرخوری در میان بازماندگان این بدرفتاری‌ها حمایت می‌کند (۱۷، ۱۸). یک پژوهش نرخ بالای استفاده از مشروبات الکلی را در میان افراد دارای تجربه بدرفتاری دوره کودکی گزارش کرده است (۱۹). شواهد گسترده‌ای نیز وجود دارد که نشان می‌دهد، بدرفتاری‌های این دوره خطر خودزنی غیرخودکشی را در بزرگسالی افزایش می‌دهند (۲۱-۲۰). همچنین نرخ بالای بدرفتاری‌های دوره کودکی در افراد مبتلا به هر دو نوع اختلال دوقطبی (با تخمین شیوع ۵۷ درصد) گزارش شده است؛ بدرفتاری‌های این دوره با تغییرات عصبی مرتبط است که احتمالاً خطر ابتلا به اختلال دوقطبی را افزایش می‌دهد (۹، ۲۳). درحالی‌که شواهد رو به رشدی از رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم‌شده حمایت می‌کنند، مکانیسم‌ها و مسیرهایی که از طریق آن بدرفتاری‌های کودکی می‌تواند رفتارهای بد تنظیم‌شده در بزرگسالی را در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تحت تأثیر قرار دهد، به‌خوبی شناخته نشده است.

تلاش‌ها برای شناسایی مکانیسم‌هایی که بدرفتاری‌های دوره کودکی را به پیامدهای آسیب‌شناسی روانی مرتبط می‌کنند، عمدتاً بر فرآیندهای شناختی-هیجانی^۷ متمرکز شده‌اند (۲۴). به‌طورکلی فرآیندهای شناختی عوامل حائز اهمیت در مدل‌های شناختی آسیب‌شناسی روانی‌اند و بیان‌گر آن هستند که علائم رفتاری، خلقی و شناختی هنگامی ایجاد می‌شود که باورها و شناخت‌های ناسازگار به‌وسیله رویدادهای زندگی در فرد شکل بگیرند (۲۵). سوپرکود و هاوتون^۸ مدلی را ارائه کردند که در آن پیشنهاد شده است، پیش‌آیندها (آسیب) و فرآیندهای آسیب‌شناختی (به‌عنوان مثال خود انتقادی^۹ و مشکلات تنظیم هیجان^{۱۰}) ممکن است در ایجاد خودزنی غیرخودکشی و پرخوری نقش داشته باشند (۲۶). خود انتقادی شامل درون‌نگری سخت‌گیرانه و مداوم، ارزیابی به‌شدت انتقادگرانه از رفتار، ناتوانی

7. cognitive and emotional processes

8. Svirko & Hawton

9. self-criticism

10. difficulties in emotion regulation

1. bipolar disorder

2. behavioral dysregulation

3. Non-Suicidal Self-Injuries (NSSI)

4. binge eating

5. drinking alcohol

6. childhood maltreatment

انتقال از حالت‌های بی‌تأثیر به حالت آسیب به خود مرتبط است (۴۴).

اجتناب تجربه‌ای^۱ عامل مهم دیگری است که می‌تواند به‌عنوان میانجی رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و پیامدهای منفی بزرگسالی در نظر گرفته شود. اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان عدم تمایل به در تماس ماندن با تجارب آزاردهنده درونی، همراه با تلاش برای کنترل یا اجتناب از تجارب آزاردهنده درونی تعریف می‌شود (۴۵). نتایج یک مطالعه نشان داد، اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان یک عامل واسطه‌ای در رابطه بین آسیب دوره کودکی و رفتار مشکل‌ساز عمل می‌کند (۴۶). در حقیقت اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای تنظیم هیجان ناسازگار در نظر گرفته می‌شود که در آن افرادی که در ابتدا با کنترل حالات خلقی درونی خود مشکل دارد، در تلاش برای فرار از پریشانی شدید منفی و در نتیجه بازبایی و رسیدن به حالات خلقی مثبت‌تر و یا خنثی کردن پریشانی درگیر نوشیدن الکل (۴۷)، خودزنی غیرخودکشی (۴۸) و پرخوری (۴۹) می‌شوند. با در نظر گرفتن این نکته که روابط بین متغیرهای ذکرشده بیشتر در گروه‌های جمعیتی عادی و به‌ندرت در جمعیت‌های بالینی موردتوجه قرار گرفته است؛ لذا این فرض قابل‌تصور است که شاید بتوان به نتایج مشابهی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نیز دست یافت.

بر اساس آنچه بیان شد، نقش بدرفتاری‌های دوره کودکی را نمی‌توان در سبب‌شناسی مشکلات روان‌شناختی نادیده گرفت. این امر به‌ویژه در گروه افراد مبتلا به اختلال‌های دوقطبی، به دلیل نرخ بالای شیوع بدرفتاری‌های دوره کودکی (۲۳) اهمیت بسزایی دارد. باین‌حال بررسی ادبیات پژوهش حاکی از آن است که توجه اندکی به عوامل واسطه‌ای آن شده است. در همین راستا با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بر نقش واسطه‌ای فرایندهای شناختی (تنظیم هیجان، اجتناب تجربه‌ای و خود انتقادگری) در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی با رفتارهای بد تنظیم‌شده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تمرکز شده است. نتایج این پژوهش دارای اهمیت بالینی خواهد بود و می‌تواند به طراحی مداخله‌های درمانی کارآمدتر برای کاهش رفتارهای بد تنظیم‌شده در میان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و به‌تبع آن بار اجتماعی ناشی از آن کمک شایانی نماید.

در حس رضایت از موفقیت‌های فردی، نگرانی مداوم درباره اشتباه و خطا و واکنش‌های منفی درباره شکست است که خود را به‌صورت خود تنبیهی و خصومت در برابر خود نشان می‌دهد (۲۷). بر اساس پیشینه پژوهشی، افراد با تجربه بدرفتاری‌های دوره کودکی، تمایل به انتقاد از و سرزنش بیش‌ازحد خود دارند (۲۸، ۲۹). علاوه بر این نشان داده شده است افرادی که مکرراً خود انتقادگر هستند، نوشیدن الکل (۳۰) بالاتر است و گرایش بیشتری به رفتارهای خودزنی غیرخودکشی (۲۲، ۳۱) دارند.

تنظیم هیجان به مجموعه اقداماتی اشاره دارد که افراد (آگاهانه یا ناخودآگاه) برای تأثیرگذاری بر تجربه هیجانی خود انجام می‌دهند (۳۲). مشکلات در تنظیم هیجان به‌عنوان فقدان یا کمبود در هر یک یا همه این توانایی‌ها- پذیرش پاسخ‌های هیجانی، انجام رفتار هدفمند، کنترل تکانه، آگاهی هیجانی، دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان و وضوح هیجانی- تعریف می‌شود (۳۳). اگرچه فرایندهای متعددی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌های روانی از جمله استفاده آسیب‌زا از الکل، پرخوری و خودزنی غیرخودکشی دخیل هستند، مدل‌های رشدی نشان می‌دهد که اختلال در فرایندهای تنظیم هیجان یک مکانیسم کلیدی است که بدرفتاری دوره کودکی را با شروع و یا تداوم آسیب‌های روانی مرتبط می‌کند. در همین رابطه نتایج یک پژوهش نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان را در رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و شدت مصرف الکل تأیید کرده است (۳۴). در پژوهش‌های دیگر نقش تنظیم هیجان بر خودزنی غیرخودکشی (۲۲، ۳۷-۳۵) و پرخوری (۳۸) مورد تأیید قرار گرفته است. علاوه بر این، بر اساس مدل خود آسیبی اختلال در رشد کودک-از جمله رشد شناختی، نتیجه تجارب آزاردهنده‌ای است که کودک متحمل شده است (۳۹). مطابق این مدل، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بدرفتاری دوره کودکی بر رشد عصبی فرد تأثیر می‌گذارد، در نتیجه عملکرد و اندازه مغز را کاهش می‌دهد و منجر به کاهش توانایی‌های شناختی می‌شود (۴۰، ۴۱). اگرچه مشخص شده است که توانایی شناختی پایین با مصرف کمتر مشروبات الکلی مرتبط است، اما در این گروه مصرف مکرر الکل به‌شدت با ویژگی‌های نامطلوب سلامتی مرتبط هست (۴۲). همچنین توانایی‌های شناختی به‌شدت در رفتار خوردن نقش دارند، زیرا امکان تعدیل محرک‌های لذت‌گرایانه دریافت غذا را فراهم می‌کنند (۴۳). نتایج یک پژوهش نیز نشان داد توانایی شناختی پایین با افزایش خطر

1. experiential avoidance

نمره‌گذاری می‌شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۸ متغیر است. نمره بالاتر از ۲۷ اختلال پرخوری شدید را نشان می‌دهد. آن‌ها اعتبار این مقیاس را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان ۰/۹۲ گزارش کردند (۵۲). در ایران موتابی و همکاران در بررسی روایی هم‌زمان نسخه فارسی حساسیت ۸۴/۶ درصد و ویژگی ۸۰/۸ درصد را در شناسایی اختلال پرخوری گزارش کردند. اعتبار مقیاس به روش بازآزمایی ۰/۷۱ و همسانی درونی ۰/۸۵ بوده است (۵۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بود.

سیاهه خود آسیبی تعمدی و آگاهانه^۴: ابزاری ۱۷

ماده‌ای است که توسط گراتز^۵ در سال ۲۰۰۱ طراحی شده است. نمره‌گذاری این سیاهه به شکل ۱ (بلی) و ۰ (خیر) است. وی اعتبار این سیاهه را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۲ و آزمون-بازآزمون (دو تا چهار هفته) ۰/۶۸ گزارش کرد. همچنین نشان داد که از روایی همگرا و افتراقی مناسبی (۰/۴۳- ۰/۳۵ = پرسشنامه آسیب به خود کلی؛ ۰/۴۸ - ۰/۴۰ = مقیاس سازمان شخصیت مرزی؛ ۰/۲۵ - ۰/۲۱ = پرسشنامه مطلوبیت اجتماعی مارلو-کرون) برخوردار است (۵۴). اعتبار نسخه فارسی این آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۳ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی آن‌ها پس از حذف سؤال‌های ۲، ۵، ۱۳ و ۱۴ رضایت‌بخش بوده است (۳۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ بود.

آزمون غربالگری اختلال مصرف الکل^۶: ابزاری ۱۰

ماده‌ای است که در سال ۱۹۸۹ توسط ساندرز^۷ و همکاران ساخته شده و سه حوزه رفتارها یا الگوهای مصرف مخاطره‌آمیز، علائم وابستگی و مصرف زیان‌بار الکل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر ماده بر روی یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (تقریباً هرروز) نمره‌گذاری می‌شود. نمره نهایی این آزمون بین صفر تا ۴۰ متغیر است. نمره بالاتر نشانگر مشکلات مصرف الکل بیشتر است. آن‌ها در یک پروژه مشترک با حمایت سازمان جهانی بهداشت، اعتبار آن را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ گزارش کردند. بررسی روایی هم‌زمان نشان داد بین رفتار نوشیدن (وابستگی) و میانگین

مواد و روش‌ها

این پژوهش بنیادی، توصیفی از نوع همبستگی است که بر اساس روش مدل یابی معادلات ساختاری روابط بین متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری پژوهش، تمامی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی رازی شهر تهران در بازه زمانی آذرماه ۱۴۰۲ تا مرداد سال ۱۴۰۳ بود که از بین آن‌ها ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حداقل حجم نمونه برای مدل یابی ۲۰۰ نفر است (۵۰). پس از اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند و هماهنگی با مسئولین بیمارستان روان‌پزشکی رازی شهر تهران، مراجعان بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان روان‌پزشکی رازی شهر تهران بر اساس ارجاع روان‌پزشک، پرونده پزشکی، مصاحبه روانشناس مورد بررسی قرار گرفتند و در صورت دارا بودن معیارهای ورود به پژوهش و تمایل به همکاری به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حداقل سن شرکت‌کننده‌ها ۲۰ سال و تشخیص اولیه اختلال دوقطبی بر پایه مصاحبه تشخیصی بر اساس نسخه بازنگری شده پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (۵۱) بود. ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به مشارکت در پژوهش و وجود پرسشنامه‌های مخدوش (عدم پاسخ به حداقل ۵ درصد از سؤال‌های یک پرسشنامه) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و LISREL نسخه ۸/۸ استفاده شد.

رفتارهای بد تنظیم‌شده: برای بررسی رفتارهای بد

تنظیم‌شده از سه پرسشنامه زیر استفاده شد:

مقیاس شدت پرخوری^۲: ابزاری ۱۶ ماده‌ای است که

توسط گورمالی^۳ و همکاران در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است. دارای دو خرده مقیاس تظاهرات رفتاری و احساسات/شناخته پیرامون یک دوره پرخوری است. هر یک از ماده‌ها از صفر تا ۳

4. Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)

5. Gratz

6. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

7. Saunders

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)

2. Binge Eating Severity (BES)

3. Gormally

(تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. وی اعتبار پرسشنامه را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، $0/83$ گزارش کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس حافظه $0/75$ ، کنترل مهاری و توجه انتخابی $0/62$ ، تصمیم‌گیری $0/61$ ، برنامه‌ریزی $0/57$ ، توجه پایدار $0/53$ ، شناخت اجتماعی $0/43$ و انعطاف‌پذیری شناختی $0/45$ به‌دست‌آمده است. روایی هم‌زمان آزمون از طریق همبستگی معدل تحصیلی و خرده مقیاس‌های آزمون $0/18$ تا $0/32$ گزارش شده است (۵۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر $0/84$ بود.

فرم کوتاه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۴:

ابزاری ۱۸ ماده‌ای که توسط کافمن^۵ و همکاران در سال ۲۰۱۶ تدوین شده است. این مقیاس دارای شش خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی است. هر یک از ماده‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس $0/70$ و برای خرده مقیاس‌ها $0/78$ تا $0/91$ بوده است (۶۰). ساختار شش عاملی نسخه فارسی این مقیاس تأیید شده است. همچنین نشان داده شده است که این مقیاس اعتبار مناسبی ($0/85$ = ضریب آلفای کرونباخ) دارد (۳۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر $0/75$ بود.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم^۶: ابزاری ۷

ماده‌ای است که توسط بوند^۷ و همکاران در سال ۲۰۱۱ تدوین شده است. این پرسشنامه پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری هر یک از مواد آن بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (به‌هیچ‌وجه) تا ۷ (همیشه) انجام می‌شود. بر این اساس حداقل و حداکثر نمره ۷ تا ۴۹ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر و اجتناب بالاتر است. آن‌ها اعتبار آزمون را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) $0/84$ و به روش بازآزمایی (سه تا ۱۲ ماهه) به ترتیب $0/81$ و $0/79$ گزارش کردند. این پرسشنامه همچنین از روایی افتراقی

مصرف روزانه الکل ($I=0/53$) و همچنین بین الگوی مصرف مخاطره‌آمیز و مشکلات مصرف الکل ($I=0/50$) همبستگی نسبتاً قوی وجود دارد (۵۵). اعتبار نسخه فارسی این آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) بسیار عالی ($0/96$) بوده است. همچنین بررسی اعتبار آن به روش بازآزمایی ($0/64$) نیز مناسب بوده است (۵۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر $0/62$ بود.

پرسشنامه آسیب دوره کودکی^۱: ابزاری ۲۸ ماده‌ای

است که توسط برنستاین^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این پرسشنامه پنج نوع از بدرفتاری‌های دوره کودکی یعنی سوءاستفاده جنسی، جسمی، هیجانی و همچنین غفلت هیجانی و جسمی را می‌سنجد. هر یک از ماده‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین حداقل و حداکثر نمره ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده آسیب بیشتر است. در پژوهش آن‌ها اعتبار پرسشنامه به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای ابعاد سوءاستفاده هیجانی، جسمی، جنسی، غفلت هیجانی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با $0/87$ ، $0/86$ ، $0/95$ ، $0/89$ و $0/78$ گزارش شده است. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان آسیب‌های کودکی در دامنه $0/59$ تا $0/78$ بوده است (۵۷). اعتبار نسخه فارسی این آزمون به روش بازآزمایی $0/90$ و $0/6$ تا $0/86$ با میانگین $0/79$ گزارش شده است. همچنین پرسشنامه آسیب دوره کودکی با پرسشنامه سلامت عمومی روایی هم‌گرای قابل قبولی داشته است (۵۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر $0/81$ بود.

فرایندهای شناختی: فرایندهای شناختی با استفاده از

چهار پرسشنامه زیر مورد ارزیابی قرار گرفت:

پرسشنامه توانایی‌های شناختی^۳: ابزاری ۳۰ ماده‌ای

است که توسط نجاتی در سال ۱۳۹۲ تهیه شده است. این پرسشنامه ۷ عامل حافظه، کنترل مهاری و توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر ماده بر روی یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵

4. Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form (DERS-SF)

5. Kaufman

6. Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)

7. Bond

1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

2. Bernstein

3. Cognitive Abilities Questionnaire (CAQ)

میانگین سنی نمونه برابر $36/73$ با انحراف معیار $9/67$ است. میانگین مدت زمان ابتلا به اختلال دوقطبی برابر $7/47$ سال با انحراف معیار $5/39$ بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین متغیرهای بدر رفتاری دوره کودکی، فرایندهای شناختی و رفتارهای بد تنظیم‌شده همبستگی مثبت وجود دارد ($p < 0/05$). بین فرایندهای شناختی و مصرف الکل رابطه وجود ندارد ($p > 0/05$). از سوی دیگر، بررسی شاخص‌های نرمال بودن داده‌ها نشان می‌دهد که شاخص‌های کشیدگی و چولگی به ترتیب کمتر از $3 \pm$ و $10 \pm$ هستند (65). نتایج مدل یابی معادلات ساختاری اولیه نشان داد که اثر مستقیم بدر رفتاری‌های دوره کودکی بر رفتارهای بد تنظیم‌شده معنادار نیست ($t = 0/61$, $\beta = 0/06$, $p < 0/05$). با وجود این اثر مستقیم بدر رفتاری‌های دوره کودکی بر فرایندهای شناختی ($t = 7/15$, $\beta = 0/59$, $p < 0/05$) و همچنین اثر مستقیم فرایندهای شناختی بر رفتارهای بد تنظیم‌شده ($t = 4/82$, $\beta = 0/52$, $p < 0/05$) معنادار است. اثر غیرمستقیم بدر رفتاری دوره کودکی بر رفتارهای بد تنظیم‌شده از طریق فرایندهای شناختی معنادار بود ($t = 4/15$, $\beta = 0/30$, $p < 0/05$). شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش غیرهنجاری، برازش افزایشی، برازش نسبی، نیکویی برازش و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب برای مدل برازش شده به ترتیب برابر $(p = 0/00001)$ $105/41$ ، $0/96$ ، $0/93$ ، $0/95$ ، $0/96$ ، $0/90$ ، $0/92$ و $0/73$ بود. بر اساس منابع موجود (50) شاخص‌های برازش باید بزرگ‌تر از $0/90$ و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب کم‌تر از $0/08$ باشد. اگرچه مدل از برازش مطلوبی برخوردار است اما به دلیل غیر معنادار بودن اثر مستقیم بدر رفتاری دوره کودکی بر رفتارهای بد تنظیم‌شده اصلاح مدل انجام شد. نتایج مربوط به اصلاح مدل در شکل ۱ و همچنین جدول‌های ۲ و ۳ ارائه شده است.

($I = 0/97$) مناسبی برخوردار است (61). اعتبار نسخه فارسی این آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) $0/85$ بوده است. همچنین، ضریب آلفای نیمه اول، دوم و همبستگی بین دومین به ترتیب برابر $0/82$ ، $0/71$ و $0/60$ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش این پرسشنامه بوده است (62). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر $0/77$ بود.

مقیاس سطوح خود انتقادی^۱: ابزاری ۲۲ ماده‌ای است

که توسط تامپسون و زاروف^۲ در سال 2004 ساخته شده است. این مقیاس دو سطح از خود انتقادی یعنی خود انتقادی درونی و خود انتقادی مقایسه‌ای را می‌سنجد. هر یک از ماده‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از 22 تا 154 متغیر است. آن‌ها اعتبار آزمون را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خود انتقادی مقایسه‌ای $0/78$ و برای خود انتقادی درونی $0/84$ گزارش کردند. در بررسی روایی هم‌زمان دریافتند که خود انتقادی مقایسه‌ای و درونی با یکدیگر همبستگی متوسطی ($I = 0/44$) دارند (63). اعتبار نسخه فارسی این مقیاس به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خود انتقادی درونی $0/87$ ، مقایسه‌ای $0/55$ و کل آزمون $0/83$ گزارش شده است. بررسی روایی هم‌زمان آن نشان داده است که رابطه بین مؤلفه‌های مقیاس خود انتقادی با خرده مقیاس‌های پرسشنامه مشکلات بین شخصی معنادار است (64). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برابر $0/62$ بود.

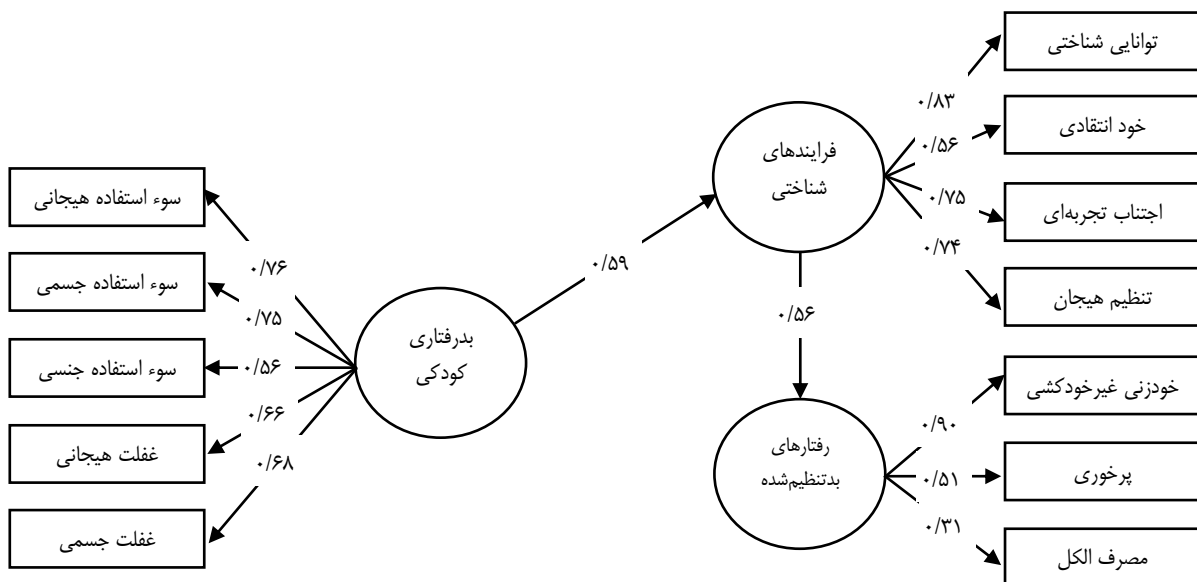
یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل 152 مرد (76 درصد) و 48 زن (24 درصد) است. همچنین از نظر وضعیت تأهل 134 نفر مجرد (67 درصد)، 44 نفر متأهل (22 درصد) و 22 نفر طلاق گرفته (11 درصد) بودند. از نظر تحصیلات 24 نفر ابتدایی (12 درصد)، 80 نفر سیکل (40 درصد)، 66 نفر دیپلم (33 درصد)، 16 نفر فوق دیپلم (8 درصد)، 8 نفر کارشناسی (4 درصد) و 6 نفر کارشناسی ارشد (3 درصد) بودند. تعداد 128 نفر (64 درصد) از شرکت‌کنندگان گزارش کردند که اقدام به خودکشی نداشتند، اما 72 نفر (36 درصد) نمونه حداقل سابقه یک‌بار خودکشی داشتند. همچنین

1. Levels of Self-Criticism Scale (LSCS)
2. Thompson & Zuroff

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱- سوءاستفاده هیجانی	-												
۲- سوءاستفاده جسمی	۰/۶۰**	-											
۳- سوءاستفاده جنسی	۰/۴۷**	۰/۴۲**	-										
۴- غفلت هیجانی	۰/۴۶**	۰/۴۵**	۰/۳۲**	-									
۵- غفلت جسمی	۰/۴۶**	۰/۴۷**	۰/۳۹**	۰/۵۸**	-								
۶- بدرفتاری دوره کودکی	۰/۷۹**	۰/۸۰**	۰/۶۷**	۰/۷۴**	۰/۷۳**	-							
۷- توانایی‌های شناختی	۰/۳۰**	۰/۳۹**	۰/۲۱**	۰/۲۸**	۰/۳۲**	۰/۴۳**	-						
۸- سطوح خود انتقادی	۰/۲۳**	۰/۱۹**	۰/۰۸	۰/۱۷*	۰/۲۲**	۰/۲۵**	۰/۴۸**	-					
۹- اجتناب تجربه‌ای	۰/۳۸**	۰/۳۸**	۰/۱۴*	۰/۴۲**	۰/۳۴**	۰/۴۶**	۰/۶۱**	۰/۳۸**	-				
۱۰- تنظیم هیجان	۰/۳۵**	۰/۴۱**	۰/۱۷*	۰/۳۰**	۰/۲۳**	۰/۴۱**	۰/۵۸**	۰/۴۱**	۰/۵۹**	-			
۱۱- مصرف الکل	۰/۱۶*	۰/۲۰**	۰/۰۸	۰/۲۲**	۰/۰۹	۰/۱۸**	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۰۶	۰/۱۲	-		
۱۲- خودزنی غیر خودکشی	۰/۲۵**	۰/۲۵**	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۱۹**	۰/۳۱**	۰/۵۰**	۰/۳۳**	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۰/۲۷**	-	
۱۳- پرخوری	۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۱۴*	۰/۲۲**	۰/۱۴*	۰/۱۷*	۰/۲۰**	۰/۱۶*	۰/۱۲	۰/۲۱**	۰/۲۵**	۰/۴۶**	-
میانگین	۱۱/۴۷	۱۱/۷۹	۸/۸۱	۱۳/۸۵	۱۱/۹۴	۵۷/۶۰	۸۳/۴۶	۸۹/۸۰	۲۸/۱۲	۴۲/۹۲	۹/۶۳	۳/۲۰	۳/۷۶
انحراف استاندارد	۴/۳۰	۵	۴/۳۶	۴/۴۵	۳/۷۴	۱۵/۶۸	۱۶/۳۹	۱۹/۱۰	۸/۷۱	۱۰/۴۶	۵/۶۸	۳/۱۰	۴/۱۰
کجی	۰/۶۰	۰/۴۶	۱/۴۲	۰/۰۵	۰/۳۵	۰/۳۷	۰/۴۵	۰/۳۷	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۵۸	۱/۴۹	۱/۹۱
کشیدگی	۰/۲۲	۰/۵۶	۱/۵۳	۰/۴۴	۰/۷۱	۰/۴۶	۱/۳۵	۱/۶۵	۰/۱۰	۰/۲۴	۰/۶۱	۲/۵۶	۴/۶۶



شکل ۱. مدل اصلاح شده مربوط به نقش واسطه‌ای فرایندهای شناختی در رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم شده

جدول ۲. اثرات مستقیم و غیرمستقیم مربوط به مدل اصلاح شده

اثرات	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	β	T	p
مستقیم	بدرفتاری دوره کودکی	فرایندهای شناختی	۰/۵۹	۷/۲۴	<۰/۰۵
	فرایندهای شناختی	رفتارهای بد تنظیم‌شده	۰/۵۶	۶/۸۶	<۰/۰۵
غیرمستقیم	بدرفتاری دوره کودکی	رفتارهای بد تنظیم‌شده از طریق فرایندهای شناختی	۰/۳۳	۵/۴۸	<۰/۰۵

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل نهایی

شاخص	RSMEA	CFI	NFI	NNFI	IFI	RFI	GFI
ملاک برازش	۰/۰۸*	۰/۹۰*	۰/۹۰*	۰/۹۰*	۰/۹۰*	۰/۹۰*	۰/۹۰*
آماره	۰/۰۷۲	۰/۹۶	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۰	۰/۹۲

شکل ۱ و نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر مستقیم بدرفتاری‌های دوره کودکی بر فرایندهای شناختی ($p < 0/05$)، همچنین اثر مستقیم فرایندهای شناختی بر رفتارهای بد تنظیم‌شده ($t = 7/24, \beta = 0/59, p < 0/05$)، و همچنین اثر مستقیم بدرفتاری دوره کودکی بر رفتارهای بد تنظیم‌شده از طریق فرایندهای شناختی معنادار بود ($t = 5/48, \beta = 0/33, p < 0/05$)، شاخص‌های خلی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش غیرهنجاری، برازش افزایشی، برازش نسبی، نیکویی برازش و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب برای مدل برازش شده به ترتیب برابر ($p = 0/0002$) $0/05/44, 0/96, 0/92, 0/95, 0/96, 0/90, 0/92, 0/92$ بود. با توجه به اینکه شاخص‌های برازش بزرگ‌تر از $0/90$ و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب کم‌تر از $0/08$ (50)، لذا مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. این نتایج نشان می‌دهد که فرایندهای شناختی در رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم‌شده نقش واسطه‌ای دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای فرایندهای شناختی در رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتار بد تنظیم‌شده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بود. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های قبلی نشان داد بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و فرایندهای شناختی ($22, 28, 34, 46$) و همچنین فرایندهای شناختی با رفتارهای بد تنظیم‌شده ($22, 30, 35, 36, 37, 38, 48$) رابطه وجود دارد. پژوهش‌های قبلی نشان دادند که افراد دارای تجربه بدرفتاری دوره کودکی تمایل به سرزنش بیش‌ازحد (28) و خود انتقادی (29) دارند. دشواری‌هایی را در تنظیم هیجان‌های خود تجربه می‌کنند ($22, 34, 36$) و از

تجارب نامطلوب و آزاردهنده درونی خود اجتناب می‌کنند (45). همچنین این فرایندهای شناختی با خودزنی غیرخودکشی ($22, 29, 31, 35, 36, 48$)، نوشیدن الکل ($30, 34, 47$) و پرخوری ($38, 49$) مرتبط هستند. دیگر یافته پژوهش نشان داد که فرایندهای شناختی واسطه رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم‌شده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است. اگرچه پژوهشی همسو با این یافته‌ها مشاهده نشد؛ اما نتایج برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که دشواری در تنظیم هیجان و تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی واسطه رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و خودزنی غیرخودکشی هستند (22). همچنین دشواری در تنظیم هیجان واسطه رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و شدت مصرف الکل است (34). قادری و همکاران دریافته‌اند که خود انتقادی و تحمل‌پریشانی میانجی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودزنی غیرخودکشی در نوجوانان هستند (29). انواری و منصوره دریافته‌اند که دشواری در تنظیم هیجان واسطه رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیرخودکشی و رفتارهای خودکشی است (37). به اعتقاد سوپرکود و هاوتون نیز پیش‌آیندها (آسیب) و فرایندهای آسیب‌شناختی (خود انتقادی و دشواری در تنظیم هیجان) ممکن است در ایجاد خودزنی غیرخودکشی و پرخوری نقش داشته باشند (26).

در تبیین رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و فرایندهای شناختی می‌توان گفت که بدرفتاری‌های دوره کودکی تجاربی فراتر از توانایی‌های هیجانی کودک هستند که بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان آثار مخربی دارند. یکی از این اثرها، اختلال‌های هیجانی است که به‌موجب آن کودک به بدتنظیمی هیجانی (انکار، بی‌حسی هیجانی) اتکا می‌کند تا بتواند بقایای روانی خود را تنظیم کند؛ سوءاستفاده جنسی، هیجانی و غفلت در

دوران کودکی می‌تواند بر شناخت افراد تأثیر گذاشته و با شکل‌گیری تحریف‌ها و خطاهای شناختی سبب ناتوانی مزمن در مقابله با نوسان هیجان‌ها شود و در نتیجه با افزایش اختلال‌های هیجانی سبب دشواری و شکست در به‌کارگیری راهبردهای سازگار تنظیم هیجان شود (۲۶). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بدرفتاری دوران کودکی ممکن است باعث افزایش انتقاد از خود در بزرگسالی شود (۲۸). این نشان می‌دهد که افراد در مواجهه با بدرفتاری دوران کودکی ممکن است نگرش‌ها و باورهای انتقادی و منفی را که در ابتدا توسط مرتکب آن‌ها تداوم می‌یابد، نسبت به خود درونی کنند و به دنبال آن ممکن است تمایل به ایجاد یک طرح‌واره منفی نسبت به خود داشته باشند که منجر به آسیب‌پذیری بیشتر در برابر مشکلات هیجانی و بین فردی می‌شود. برای مثال، کودکانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند ممکن است این باور را درونی کنند که در نتیجه آزار، کثیف یا شرم‌انگیز هستند؛ که نمونه‌ای از انتقاد از خود است (۲۸، ۲۹).

در تبیین رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و اجتناب تجربه‌ای نیز می‌توان گفت بدرفتاری‌های این دوره می‌توانند باعث ایجاد تجارب یا رویدادهای دردناکی مانند تکرار تصاویر یا یادآوری رویداد، تشدید حالات فیزیولوژیکی و افزایش ترس و اضطراب شوند. تماس با این رویدادها ممکن است باعث ایجاد تلاش‌هایی برای تغییر، سرکوب یا کنترل شکل یا شدت آن‌ها شود؛ به طوری که تنفر فرد نسبت به تجربه کاهش یابد. این امر می‌تواند استفاده از راهبردهای اجتنابی را حفظ یا افزایش دهد. افراد دارای سابقه بدرفتاری‌های دوره کودکی که اغلب از راهبردهای اجتنابی چون اجتناب از گفتگو در مورد سوءاستفاده یا رویدادهای بعدی استفاده می‌کنند، ممکن است در واقع از تجربه و پردازش آزاری که برای بهبودی و درمان آسیب کودک نقش اساسی دارد، جلوگیری کنند (۴۶). بر اساس پیشینه پژوهش نیز بدرفتاری با کودک در واقع با سطوح بالاتر اجتناب تجربه‌ای مرتبط است (۴۵، ۴۶). بر این اساس افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که بدرفتاری‌های دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، اختلال بیشتری را در فرایندهای شناختی گزارش می‌کنند؛ این افراد در شناسایی هیجان‌ها مشکل دارند، اختلال‌های هیجانی بیشتری را گزارش می‌کنند و از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان از جمله اجتناب تجربه‌ای و خود انتقادی بیشتر استفاده می‌کنند.

نتایج پژوهش نشان داد که فرایندهای شناختی و رفتاری‌های بد تنظیم شده در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی مرتبط هستند. در تبیین این یافته و بر اساس مدل اجتناب تجربه‌ای می‌توان گفت که افراد با ویژگی اجتناب تجربه‌ای نمی‌توانند یا نمی‌خواهند منابع یا تجارب درون روانی منفی یا ناخوشایند از جمله شناخت‌های ناخواسته (مانند خاطره‌ها و باورها)، تصاویر ذهنی (مانند آتش‌سوزی جنگل‌ها و تصادفات وسایل نقلیه)، احساسات ناخوشایند (مانند خشم و ترس) و/یا حس‌های بدنی (مانند گرسنگی، عرق کردن) را که می‌توانند رفتارهای فرار و/یا اجتناب را اعمال کنند، تحمل کنند (۴۶). به این ترتیب، افراد درگیر رفتارهای اجتنابی ممکن است بتوانند در کوتاه‌مدت، افکار و/یا هیجان‌های ناراحت‌کننده خود را با فرار یا اجتناب از موقعیت‌ها، فعالیت‌ها و/یا افرادی که مسئول رشد آن‌ها هستند، خاتمه دهد. به‌عنوان مثال، شخص غمگین و اندوهگین ممکن است سعی کند با استفاده از نوشیدن الکل برخی از هیجان‌های دشوار و طاقت‌فرسای خود را کنترل یا از آن‌ها اجتناب کند (۴۶، ۴۵)؛ بنابراین اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای تنظیم هیجان ناسازگار در نظر گرفته می‌شود که در آن افرادی که در ابتدا با کنترل تجارب و حالات خلقی درونی خود مشکل دارند، در تلاش برای فرار از پریشانی شدید و در نتیجه بازیابی و دستیابی به حالات خلقی مثبت و یا کاهش پریشانی، درگیر رفتارهای بد تنظیم‌شده‌ای چون خودزنی غیرخودکشی، نوشیدن الکل و پرخوری می‌شوند (۴۷، ۴۸، ۴۹). با وجود این و بر اساس مدل اجتناب تجربه‌ای، رفتارهای بد تنظیم‌شده خود از جمله خودزنی غیرخودکشی را به‌گونه‌ای منفی تقویت می‌کنند (۶۶). حمایت‌های نظری و تجربی نیز برای نقش خود انتقادی در رفتارهای بد تنظیم‌شده وجود دارد (۲۲، ۳۰، ۳۱). بر اساس این پژوهش‌ها، افراد ممکن است رفتارهای بد تنظیم‌شده‌ای چون خودزنی غیرخودکشی، نوشیدن الکل و پرخوری را به‌عنوان وسیله‌ای برای تنظیم هیجان/شناخت و اثرات اجتماعی انتخاب کنند، زیرا به‌طور هم‌زمان وسیله‌ای برای تنبیه خود به خاطر برخی اعمال اشتباه یا پاسخ به نفرت کلی از خود یا تحقیر خود فراهم می‌کنند (۲۲، ۲۶، ۳۰). در تبیین رابطه بین تنظیم هیجان و رفتارهای بد تنظیم‌شده نیز می‌توان گفت که دشواری در تنظیم هیجان، به‌ویژه از نظر مدیریت هیجان‌های ناراحت‌کننده و رهایی از استرس/فشار هیجانی، شایع‌ترین دلیل ارتکاب رفتارهای بد تنظیم‌شده است (۲۲، ۳۵، ۳۷، ۳۸). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که حالت‌های هیجانی مشخصی

قبل و بعد از ارتکاب رفتارهای بد تنظیم شده وجود دارد. هیجان‌های قبل از ارتکاب شامل هیجان‌های با بار منفی تر (مانند خشم، اضطراب و افسردگی) است درحالی که پس از ارتکاب شامل هیجان‌های مثبت بیشتر و کاهش هیجان‌های منفی قبلی است (۲۲، ۳۵). بر این اساس هدف از ارتکاب رفتارهای بد تنظیم شده‌ای چون پرخوری، نوشیدن الکل و خودزنی غیرخودکشی، تسکین هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های مثبت است (۳۷، ۳۸). در مجموع به نظر می‌رسد تلاش افراد مبتلا به اختلال دوقطبی برای بهبود منابع شناختی (توانایی شناختی، تنظیم هیجان، خود انتقادی و اجتناب تجربه‌ای)، ممکن است منجر به ارتکاب رفتارهای بد تنظیم شده‌ای مانند خودزنی غیرخودکشی، نوشیدن الکل و پرخوری شود.

در نهایت در تبیین اثر واسطه‌ای فرایندهای شناختی در رابطه بین بدر رفتاری دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم شده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌توان گفت یکی از مکانیسم‌هایی که بدر رفتاری دوران کودکی را به آسیب‌های روانی مرتبط می‌کند، دشواری در تنظیم هیجان است (۲۶). قرار گرفتن در معرض بدر رفتاری‌های دوره کودکی با دشواری در تنظیم هیجان در طول زندگی فرد - یک ویژگی اساسی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است - از جمله دسترسی کمتر به راهبردهای تنظیم هیجان، عدم پذیرش هیجان‌ها و وضوح کمتر هیجان‌ها مرتبط است (۲۵). علاوه بر این بدر رفتاری با استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگار در دوران بزرگسالی از جمله سرکوب و نشخوار فکری که به نوبه خود خطر آسیب‌های روانی عمومی را واسطه می‌کنند، همراه است (۳۴). مدل تنظیم هیجان پرخوری نیز فرض می‌کند که افراد دارای مشکلات پرخوری، هیجان‌های شدیدتر و مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجان تجربه می‌کنند. در حقیقت پرخوری به عنوان تلاشی ناسازگار برای تنظیم هیجان‌ها مفهوم‌سازی شده است (۳۸). به طور مشابه و بر اساس این چارچوب زمانی که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هیجان شدیدی را تجربه می‌کنند، ممکن است برانگیختگی آن‌ها نیاز به خروجی داشته باشد، به ویژه اگر فرد برای کاهش شدت هیجان تلاش کند؛ سپس برخی ممکن است استفاده از الکل و یا خودزنی غیرخودکشی را برای تنظیم هیجان‌های منفی خود انتخاب کنند (۳۴، ۳۵).

در تبیین اثر واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای نیز می‌توان گفت بدر رفتاری‌های دوره کودکی مانند سایر اشکال آسیب می‌توانند

باعث رویدادهای فردی دردناکی مانند تکرار تصاویر یا یادآوری رویدادها، تشدید حالات فیزیولوژیکی و افزایش ترس و اضطراب شوند. در این شرایط افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است اقدام به اجتناب از تجارب درون روانی ناخوشایند خود نمایند؛ به عبارت دیگر تلاش‌هایی را برای تغییر، سرکوب یا کنترل شکل یا شدت آن‌ها انجام دهد تا تجربه ناخوشایندشان کاهش یابد. این امر می‌تواند استفاده از راهبردهای اجتنابی را به عنوان یکی از علائم اختلال دوقطبی، ترغیب کند (۴۶). اجتناب نشان‌دهنده یک راهبرد مستقل است که توسط فرد به عنوان وسیله‌ای برای تنظیم هیجان‌ها - یک مکانیسم محافظت از خود برای کاهش پیامدهای فاجعه‌بار بالقوه - استفاده می‌شود؛ بنابراین اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک راهبرد کوتاه‌مدت مؤثر برای تنظیم ابراز هیجان و جلوگیری سریع از حالات هیجانی منفی ناخواسته در افراد عمل می‌کند (۴۵). بر این اساس به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با تجربه بدر رفتاری دوره کودکی در تلاش برای فرار از رویدادهای تجربی منفی به انجام رفتارهای بد تنظیم شده‌ای چون نوشیدن الکل، خودزنی غیرخودکشی و پرخوری گرایش بالاتری دارند (۴۷، ۴۸، ۴۹).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که بدر رفتاری در دوران کودکی با نقص توانایی‌های شناختی در بزرگسالی مرتبط است و نشان داد که تغییرات شناختی در بزرگسالی ممکن است در گرایش به رفتارهای بد تنظیم شده اثرگذار باشد. نتایج پژوهش‌ها با افراد سالم و افراد مبتلا به روان‌پریشی حاکی از آن است که افراد در زمان تجربه بدر رفتاری در دوران کودکی عملکرد شناختی ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند و بدر رفتاری بیشتر در دوران کودکی با اختلال‌های شناختی بیشتری همراه بوده است (۴۰، ۴۱). از سویی دیگر مشخص شده است که توانایی‌های شناختی پایین از طریق مشارکت در راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار می‌تواند بر خطر آسیب به خود یا خودزنی غیرخودکشی، پرخوری و نوشیدن الکل تأثیر بگذارد (۴۴-۴۲).

در تبیین اثر واسطه‌ای خود انتقادی نیز می‌توان گفت افراد با رفتارهای بد تنظیم شده (و به طور خاص خودزنی) اغلب گزارش می‌دهند که این کار را به منظور تنبیه خود یا ابراز تنفر از خود و رفتارهای خودآزار دهنده انجام می‌دهند؛ که تلاشی برای مقابله خاص با هیجان‌های منفی و احساساتی مانند شرم است. در واقع تنبه خود با درگیر شدن در رفتارهای بد تنظیم شده (خودزنی غیرخودکشی، نوشیدن الکل و پرخوری) ممکن است نوع خاصی از راهبردهای تنظیم هیجان را برای کاهش هیجان‌ها و

ارائه دهد. در نهایت محدود بودن نمونه پژوهش به افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در بیمارستان رازی شهر تهران، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. لذا تکرار پژوهش در سایر جوامع و شهرها می‌تواند نتایج درخور توجهی را در پی داشته باشد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این مقاله بدون حمایت مالی نهادهای و سازمان‌های پژوهشی و غیر پژوهشی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و عدم هرگونه آسیب به آن‌ها بود. علاوه بر این پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.BIRJAND.REC.1402.002 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول در جمع‌آوری داده‌ها و آماده‌سازی نسخه اولیه مقاله مشارکت داشته است. نویسنده دوم و سوم راهنمایی و همچنین نویسنده چهارم و پنجم مشاوره این پژوهش را بر عهده داشته‌اند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله نویسنده اول است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین تمامی مسئولین بیمارستان رازی شهر تهران تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

شناخت‌ها مانند انتقاد از خود تشکیل دهد (۲۶). انتقاد از خود یا افکاری که با شرم، خودآگاهی و حقارت مشخص می‌شوند با رفتارهای بد تنظیم‌شده مرتبط هستند (۲۲، ۳۰، ۳۱)، به‌طوری‌که افراد دارای سابقه خودزنی، نسبت به افرادی که هرگز خود را مجروح نکرده‌اند، سطوح بالاتری از خود انتقادی را دارند (۲۲، ۳۱). علاوه بر این، پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که انتقاد از خود ممکن است تمایل فرد را برای تنبیه خود افزایش دهد (۲۸، ۲۹). با توجه به آنچه ذکر شد مشارکت در رفتارهای بد تنظیم‌شده ممکن است یک راهبرد خود تنبیهی خاص باشد که از طریق آن افراد سعی می‌کنند با افکار خود انتقادی کنار بیایند. در حقیقت تجربه بدرفتاری دوره کودکی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی موجب می‌گردد آن‌ها نسبت به شخصیت خود دیدگاه منفی پیدا کنند و تمایل دارند خود را مورد سرزنش و انتقاد قرار دهند که در نهایت منجر به انجام رفتارهای بد تنظیم‌شده‌ای مانند نوشیدن الکل، خودزنی غیرخودکشی و پرخوری می‌گردد.

در مجموع، این نتایج نشان می‌دهد که فرآیندهای شناختی (توانایی شناختی، خود انتقادی، اجتناب تجربه‌ای و دشواری در تنظیم هیجان) تحت تأثیر بدرفتاری‌های دوره کودکی می‌توانند به‌طور مشترک بر افزایش رفتارهای بد تنظیم‌شده (نوشیدن الکل، پرخوری و خودزنی غیرخودکشی) در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تأثیر بگذارند. نتایج پژوهش حاضر از نقش فرایندهای شناختی در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و رفتارهای بد تنظیم‌شده در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی حمایت می‌کند. بر اساس این نتایج افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با تجربه بدرفتاری‌های دوره کودکی به‌واسطه فرایندهای شناختی، رفتارهای بد تنظیم‌شده را تجربه می‌کنند؛ از این‌رو مداخله‌های بالینی مرتبط با فرایندهای شناختی می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از انجام رفتارهای بد تنظیم‌شده در این گروه جمعیتی داشته باشد. پژوهش حاضر دارای چند محدودیت است. اول آنکه، در این پژوهش برای بررسی روابط علی از پژوهش‌های مقطعی و توصیفی از نوع همبستگی استفاده شد. لذا پژوهش‌های آتی می‌توانند با استفاده از طرح‌های طولی، اطلاعات دقیق‌تری در مورد روابط علی متغیرها ارائه کنند. دوم، گردآوری داده‌های پژوهش محدود به ابزارهای خودگزارشی بود، این امر می‌تواند با سوگیری و تحریف در پاسخ‌دهی افراد نمونه همراه باشد. از این‌رو استفاده از سایر روش‌های جمع‌آوری داده مثل مصاحبه یا تکالیف آزمایشی می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری را

References

1. Carvalho AF, Hsu CW, Vieta E, Solmi M, Marx W, Berk M, Liang CS, Tseng PT, Wang LJ. Mortality and lithium-protective effects after first-episode mania diagnosis in bipolar disorder: A nationwide retrospective cohort study in Taiwan. *Psychother Psychosom.* 2024;93(1):36-45.
2. Solmi M, Sharma MS, Osimo EF, Fornaro M, Bortolato B, Croatto G, Miola A, Vieta E, Pariante CM, Smith L, Fusar-Poli P. Peripheral levels of C-reactive protein, tumor necrosis factor- α , interleukin-6, and interleukin-1 β across the mood spectrum in bipolar disorder: A meta-analysis of mean differences and variability. *Brain Behav Immun.* 2021;97:193-203.
3. Miola A, Cattarinussi G, Antiga G, Caiolo S, Solmi M, Sambataro F. Difficulties in emotion regulation in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022;302:352-60.
4. Conwell Y, Duberstein PR, Hirsch JK, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Health status and suicide in the second half of life. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;25(4):371-9.
5. Favieri F, Marini A, Casagrande M. Emotional regulation and overeating behaviors in children and adolescents: a systematic review. *Behav Sci.* 2021;11(1):11.
6. Garke MÅ, Isacson NH, Sörman K, Bjureberg J, Hellner C, Gratz KL, Berghoff CR, Sinha R, Tull MT, Jayaram-Lindström N. Emotion dysregulation across levels of substance use. *Psychiatry Res.* 2021;296:113662.
7. Seah TH, Coifman KG. Emotion differentiation and behavioral dysregulation in clinical and nonclinical samples: A meta-analysis. *Emotion.* 2022;22(7):168-97.
8. Sharma A, McClellan J. Emotional and behavioral dysregulation in severe mental illness. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2021;30(2):415-29.
9. Guillen-Burgos H, Moreno-Lopez S, Acevedo-Vergara K, Pérez-Florez M, Pachón-García C, Gálvez-Flórez JF. Risk of childhood trauma exposure and severity of bipolar disorder in Colombia. *Int J Bipolar Disord.* 2023;11(1):7.
10. Zhang Y, Hu Z, Hu M, Lu Z, Yu H, Yuan X. Effects of childhood trauma on nonsuicidal self-injury in adolescent patients with bipolar II depression. *Brain Behav.* 2022;12(11):e2771.
11. World Health Organization. Child maltreatment. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/childmaltreatment#:~:text=It%20includes%20all%20types%20of,of%20responsibility%2C%20trust%20or%20power.>
12. Baldwin JR, Wang B, Karwatowska L, Schoeler T, Tsaligopoulou A, Munafò MR, Pingault JB. Childhood maltreatment and mental health problems: A systematic review and meta-analysis of quasi-experimental studies. *Am J Psychiatry.* 2023;180(2):117-26.
13. Saba SK, Godwin J, Hong SH, Pan T, Chang Y, Brindle E, Herrenkohl TI. Associations between childhood maltreatment and physiological dysregulation in adulthood: Methodological decisions and implications. *Child Abuse Negl.* 2023;144:106369.
14. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med.* 2019;49(7):1057-78.
15. Liu RT. Childhood maltreatment and impulsivity: A meta-analysis and recommendations for future study. *J Abnorm Child Psychol.* 2019;47(2):221-43.
16. Gallo EA, Munhoz TN, de Mola CL, Murray J. Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2018;79:107-14.
17. Friedman JK, Yoon CY, Tavernier RE, Mason SM, Neumark-Sztainer D. Associations of childhood maltreatment with binge eating and binge drinking in emerging adult women. *Prev Med Rep.* 2023;33:102217.
18. Martin S, Strodl E. The relationship between childhood trauma, eating behaviours, and the mediating role of metacognitive beliefs. *Appetite.* 2023;188:106975.

19. Stangeland H, Aakvaag HF, Baumann-Larsen M, Wentzel-Larsen T, Storheim K, Zwart JA, Dyb G, Stensland SØ. Problematic alcohol use in young adults exposed to childhood trauma: The Trøndelag Health (HUNT) Study. *J Trauma Stress*. 2023;36(5):968-79.
20. Xie X, Li Y, Liu J, et al. The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescents with depressive disorders. *Psychiatry Res*. 2024;331:115638.
21. Huang C, Yuan Q, Ge M, Sheng X, Yang M, Shi S, Cao P, Ye M, Peng R, Zhou R, Zhang K. Childhood trauma and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: the mediating role of psychological sub-health. *Front Psychiatry*. 2022;13:798369.
22. Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri S, Mansouri A, Shahabizadeh F. The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *Int Arch Health Sci*. 2020;7(2):96-103.
23. Kirsch DE, Tretyak V, Radpour S, Weber WA, Nemeroff CB, Fromme K, Strakowski SM, Lippard ET. Childhood maltreatment, prefrontal-paralimbic gray matter volume, and substance use in young adults and interactions with risk for bipolar disorder. *Sci Rep*. 2021;11(1):123.
24. Dodge KA, Crick NR. Social information-processing bases of aggressive behavior in children. *Pers Soc Psychol Bull*. 1990;16(1):8-22.
25. Corry J, Green M, Roberts G, Fullerton JM, Schofield PR, Mitchell PB. Does perfectionism in bipolar disorder pedigrees mediate associations between anxiety/stress and mood symptoms? *Int J Bipolar Disord*. 2017;5(1):34.
26. Svirko E, Hawton K. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(4):409-21.
27. Löw CA, Schauenburg H, Dinger U. Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2020;75:101808.
28. Rostami M, Sabbagh K, Shirkhani M. Investigating the mediating role of emotion regulation difficulty in the relationship between traumatic childhood experiences and self-criticism in adulthood. *IJBS*. 2023;17(1):16-23. [In Persian].
29. Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri S, Mansoori A, Shahabizadeh F. The mediating role of self-criticism and distress tolerance in relationship between attachment styles and non-suicidal self-injury behaviors in adolescents. *Res Behav Sci*. 2020;17(4):552-37. [In Persian].
30. Richardson CM, Hoene TH, Rigatti HL. Self-critical perfectionism and daily drinking to cope with negative emotional experiences among college students. *Pers Individ Differ*. 2020;156:109773.
31. Nagy LM, Shanahan ML, Baer RA. An experimental investigation of the effects of self-criticism and self-compassion on implicit associations with non-suicidal self-injury. *Behav Res Ther*. 2021;139:103819.
32. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(4):387-401.
33. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26:41-54.
34. Dutcher CD, Vujanovic AA, Paulus DJ, Bartlett BA. Childhood maltreatment severity and alcohol use in adult psychiatric inpatients: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;48:42-50.
35. Shamsabadi A, Ahi Q, Bahreinian SA, Mansouri A, Shahabizadeh F. The mediating role of difficulties in emotion regulation and personality organization in the relationship between object relations and non-suicidal self-injury. *Rooyesh*. 2023;12(6):151-62. [In Persian].
36. Shahani S, Mansouri A. The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between borderline personality traits and non-suicidal self-injury in students. *Clinical Psychology and Personality*. 2023;21(940):33-42. [In Persian].

37. Anvari SM, Mansouri A. The relationship between cyberbullying victimization and non-suicidal self-injury and suicide behaviors in adolescents: The mediating role of emotion regulation. *Clinical Psychology and Personality*. 2023;21(2):129-38. [In Persian].
38. Ansari N, Shakiba S, Ebrahimzadeh Mousavi M, Mohammadkhani P, Aminoroaya S, Sabzainpoor N. Role of emotional dysregulation and childhood trauma in emotional eating behavior. *JPCP*. 2018;6(1):21-8. [In Persian].
39. Briere J. A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse. In: Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T, editors. *The APSAC handbook on child maltreatment*. Sage; 1996.
40. Su Y, D'Arcy C, Yuan S, Meng X. How does childhood maltreatment influence ensuing cognitive functioning among people with the exposure of childhood maltreatment? A systematic review of prospective cohort studies. *J Affect Disord*. 2019;252:278-93.
41. Büetiger JR, Michel C, Kaess M, Kindler J. Childhood maltreatment and its association with cognitive ability in young people suspected to be at clinical high risk of psychosis. *Psychopathology*. 2023; 56(1-2):17-28.
42. Degerud E, Ystrom E, Tambs K, Ariansen I, Mørland J, Magnus P, Smith GD, Næss Ø. The interplay between cognitive ability, alcohol consumption, and health characteristics. *Psychol med*. 2018;48(12):2011-22.
43. Iceta S, Rodrigue C, Legendre M, Daoust J, Flaudias V, Michaud A, Bégin C. Cognitive function in binge eating disorder and food addiction: a systematic review and three-level meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;111:110400.
44. Iveson MH, Ball EL, Whalley HC, Deary IJ, Cox SR, Batty GD, John A, McIntosh AM. Childhood cognitive ability and self-harm and suicide in later life. *SSM Popul Health*. 2024;25:101592.
45. Hayes-Skelton SA, Eustis EH. Experiential avoidance. In: Abramowitz JS, Blakey SM (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms*. American Psychological Association, 2020.
46. Roche AI, Kroska EB, Miller ML, Kroska SK, O'Hara MW. Childhood trauma and problem behavior: Examining the mediating roles of experiential avoidance and mindfulness processes. *J Am Coll Health*. 2019;67(1):17-26.
47. Borgogna NC, Spencer SD, Johnson DA, Brasil KM, McDermott RC, Kraus SW, Buchanan JA. The development and validation of the experiential avoidance rating scale (EARS): A self-report questionnaire that might actually measure experiential avoidance. *J Contextual Behav Sci*. 2023;30:121-31.
48. Haywood SB, Hasking P, Boyes ME. Associations between non-suicidal self-injury and experiential avoidance: A systematic review and Robust Bayesian meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023;325:470-9.
49. Peschel SK, Fürtjes S, Voss C, Sigrist C, Berwanger J, Ollmann TM, Kische H, Rückert F, Koenig J, Beesdo-Baum K. Temporal associations between experiential avoidance and disordered eating behaviors in adolescents and young adults: findings from an epidemiological cohort study with ecological momentary assessment. *Eat Weight Disord*. 2023;28(1):58.
50. Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage; 2016.
51. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Ed, Text Revision*. American Psychiatric Association; 2022.
52. Gormally JI, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*. 1982;7(1):47-55.
53. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. *Iran J Psychiatry*. 2009;4(4):143-6. [In Persian].
54. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001;23:253-63.

55. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
56. Noorbakhsh S, Shams J, Faghihimohamadi M, Zahiroddin H, Hallgren M, Kallmen H. Psychometric properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and prevalence of alcohol use among Iranian psychiatric outpatients. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2018;13(1):5.
57. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003;27(2):169-90.
58. Garrusi B, Nakhaee N. Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychol Rep*. 2009;104(2):509-16.
59. Nejati V. Cognitive abilities questionnaire: Development and evaluation of psychometric properties. *Advances in Cognitive Sciences* 2013;15(2):11-19. [In Persian].
60. Kaufman EA, Xia M, Fosco G, Yaptangco M, Skidmore CR, Crowell SE. The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *J Psychopathol Behav Assess*. 2016;38(3):443-55.
61. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676-88.
62. Mansouri A, Khodayari Fard M, Besharat M, Gholamali Lavasani M. Moderating and mediating role of spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies in the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of generalized anxiety disorder: Developing a conceptual model. *Res Behav Sci*. 2018;16(2):130-42. [In Persian].
63. Thompson R, Zuroff DC. The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Pers Individ Dif*. 2004;36(2):419-30.
64. Mousavi ASH, Ghorbani N. Self-knowledge, self-criticism and psychological health. *Journal of Psychological Studies*. 2007;2(3):75-91. [In Persian].
65. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed). Guilford Press; 2011.
66. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther*. 2006;44(3):371-94.



© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited