



## The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Relationship between Child Maltreatment and Female Sexual Dysfunction

Nasibe Mansouri<sup>1</sup>, Mohammad Reza Saffarian Tosi<sup>2</sup>, Ahmad Mansouri<sup>3</sup>

1. PhD Student in Counseling, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

2. (Corresponding author)\* Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

### Abstract

**Aim and Background:** Sexual dysfunction is one of the most common disorders among women and is usually associated with by a clinically significant disturbance in a person's ability to respond sexually or to experience sexual pleasure. Therefore, the main purpose of this study was to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between childhood maltreatment and female sexual dysfunction.

**Methods and Materials:** The research was descriptive-correlational. Its statistical population included all married female students of Shahroud universities. Four hundred married female students in Shahroud universities were selected by multi-stage cluster sampling. Participants responded to the female sexual function index (FSFI), cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), and the self-report measures of child abuse (CASRS). The present research data were analyzed using SPSS and LISREL software and structural equation modeling method.

**Findings:** The results of this study showed that there are a significant relation between childhood maltreatment, sexual dysfunction and cognitive emotion regulation. In addition, cognitive emotion regulation mediated the relationship childhood maltreatment and female sexual dysfunction.

**Conclusions:** The results of the present study support the hypothesis that negative cognitive emotion regulation strategies mediate the relationship between childhood maltreatment and female sexual dysfunction.

**Keywords:** Emotion regulation, Neglect, Sexual dysfunction, Sexual abuse.

**Citation:** Mansouri N, Saffarian Tosi MR, Mansouri A. **The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Relationship between Child Maltreatment and Female Sexual Dysfunction.** Res Behav Sci 2020; 18(2): 202-212.

\* Mohammad Reza Saffarian Tosi,  
Email: [mansoury\\_am@yahoo.com](mailto:mansoury_am@yahoo.com)

# نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان

نسبیه منصوری<sup>۱</sup> ID، محمدرضا صفاریان طوسی<sup>۲</sup> ID، احمد منصوری<sup>۳</sup> ID

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)\* استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** کژکاری جنسی یکی از اختلال‌های شایع در بین زنان است و معمولاً با ناراحتی چشمگیر بالینی در توانایی پاسخ‌دهی جنسی فرد یا تجربه لذت جنسی همراه است. از این‌رو هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری آن شامل کلیه دانشجویان زن متأهل دانشگاه‌های شهرستان شاهرود بود. چهارصد دانشجوی زن متأهل دانشگاه‌های شاهرود به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقیاس خود گزارشی کودک‌آزاری پاسخ دادند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و به کمک روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان، بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان رابطه وجود دارد ( $p < 0.05$ ). علاوه بر این، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان میانجی رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان هستند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر از این فرض حمایت می‌کند که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان میانجی رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان هستند.

**واژه‌های کلیدی:** تنظیم هیجان، غفلت، کژکاری جنسی، سوء استفاده جنسی.

**ارجاع:** منصوری نسبیه، صفاریان طوسی محمدرضا، منصوری احمد. نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۲): ۲۱۲-۲۰۲.

\*- محمدرضا صفاریان طوسی

رایان نامه: [mansoury\\_am@yahoo.com](mailto:mansoury_am@yahoo.com)

## مقدمه

کژکاری جنسی<sup>۱</sup> یکی از اختلال‌های بسیار شایع در مردان و زنان است (۱). این کژکاری‌ها گروه ناهمگنی از اختلال‌ها هستند که معمولاً با ناراحتی چشمگیر بالینی در توانایی پاسخ‌دهی جنسی فرد یا تجربه لذت جنسی مشخص می‌شوند (۲). شواهد موجود نشان می‌دهد که کژکاری جنسی وضعیت بسیار شایعی در زنان است و شامل اختلال میل جنسی کم‌کار، اختلال برانگیختگی، اختلال ارگاسم و اختلال درد جنسی می‌شود (۳). این اختلال‌ها دائمی یا اکتسابی و هم‌چنین فراگیر یا موقعیتی هستند (۲). اختلال میل جنسی کم‌کار شایع‌ترین شکایت جنسی در مطالعات همه‌گیرشناسی است (۴). نرخ بروز و شیوع این اختلال متنوع است و دامنه آن ۳۰ تا ۵۰ درصد و هم‌چنین ۲۵/۸ تا ۹۱ درصد گزارش شده است (۳، ۴). نرخ شیوع کژکاری‌های جنسی در زنان دانشجوی جوان ۲۳ درصد گزارش شده است (۵). در یک مطالعه دیگر نرخ شیوع این مشکلات در زنان دانشجوی دارای سابقه خشونت جنسی ۸۳ درصد بوده است (۶). در یک پژوهش انجام شده در مورد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران شیوع این اختلال ۳۱ درصد برانگیختگی، اختلال ارگاسم و اختلال درد جنسی به ترتیب ۳۳، ۱۶/۵، ۲۵ و ۴۵/۵ درصد بوده است (۷).

این کژکاری‌ها چند علیتی یا زیستی-روانی-اجتماعی هستند (۱، ۴، ۸، ۹). برای مثال می‌توان به شرایط طبی-پزشکی (مثل، سرطان‌ها، دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های عفونی، آسیب نخاع)، زنان و زایمان (مثل، زایمان، تعداد زایمان‌ها، عدم تعادل هورمونی هیپوترکتومی، تخمدان)، روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، اختلال وسواس اجبار)، سبک زندگی (مثل، فعالیت جسمی، سیگار کشیدن، مصرف دارو و الکل)، جمعیت‌شناختی (مثل، سن، تحصیلات، درآمد) و سایر عوامل (مثل، جهت‌گیری جنسی، سوءاستفاده جنسی، نگرش‌های جنسی منفی، تصویر بدنی منفی) اشاره کرد (۹). اگرچه در پژوهش فوق به نقش عوامل فرهنگی و اجتماعی در بعد سایر عوامل اشاره شده است، اما مطالعات دیگر نشان داده‌اند که عوامل فرهنگی و اجتماعی نقش مهمی در کژکاری جنسی زنان فرهنگ‌های مختلف و مسلمان دارند (۱۰، ۱۱). گارتو و

همکاران نشان دادند که سابقه قربانی شدن جنسی، قومیت، مصرف قرص‌های ضدبارداری و مصرف بالکل با کژکاری‌های جنسی رابطه دارند (۶). مک کول و همکاران (۱۲) نیز با بررسی ۱۵۵ مطالعه انجام‌شده در ۴۱ کشور جهان دریافتند که عوامل خطر ساز عمده این کژکاری‌ها در زنان شامل سلامت جسمی و روانی پایین، استرس، مشکلات دستگاه تناسلی، سقط‌جنین، نارضایتی از رابطه، سوءاستفاده جنسی، مسائل مذهبی، ختنه یا نقص عضو دستگاه تناسلی است. در مقابل، سن بالاتر از دواج، ورزش، محبت روزانه، ارتباط صمیمی، داشتن تصویر بدنی مثبت و آموزش جنسی جزو عوامل محافظت‌کننده بودند.

یکی دیگر از عوامل خطر ساز و مرتبط با کژکاری‌های جنسی زنان بدرفتاری‌های دوره کودکی<sup>۲</sup> به‌خصوص آزار یا سوءاستفاده جنسی است (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶). بدرفتاری با کودکان به سوءاستفاده یا غفلت از افراد زیر ۱۸ سال اشاره دارد. هم‌چنین شامل همه بدرفتاری‌های جسمی و یا هیجانی، سوءاستفاده جنسی، غفلت، و بهره‌کشی می‌شود که منجر به آسیب واقعی یا بالقوه به سلامت، بقا، رشد و یا شأن کودک می‌شود (۱۷). این بدرفتاری‌ها با اختلال‌های روان‌شناختی متعدد دیگری از جمله اختلال‌های خلقی، اضطرابی، مصرف مواد، و تجزیه‌ای رابطه دارند (۱۸). گرچه رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی یا کودک‌آزاری دوره کودکی با کژکاری‌های جنسی به‌خوبی تأیید شده است (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶)، اما توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. یکی از عوامل فرایندهایی که می‌تواند میانجی این رابطه باشد، تنظیم شناختی هیجان است.

تنظیم شناختی هیجان<sup>۳</sup> به راهبردهای شناختی هشیار برای مقابله با اطلاعات برانگیزاننده هیجان و بخش شناختی مقابله اشاره دارد. این راهبردها در توانایی افراد جهت مدیریت و تنظیم هیجان‌ها یا احساسات و حفظ کنترل بر هیجان‌ها و یا تحت تأثیر قرار نرفتن به‌وسیله آن‌ها پس از رویدادهای تهدیدکننده و استرس‌زا مهم هستند (۱۹). گارنفسکی و همکاران (۱۹، ۲۰) ۹ راهبرد تنظیم شناختی هیجان را مطرح کرده‌اند که به دو گروه سازش یافته/مثبت (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت‌شماری، برنامه‌ریزی) و سازش نایافته/منفی (خود سرزنش‌گری، نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی، دیگر سرزنش

2. child maltreatment  
3. cognitive emotion regulation

1. sexual dysfunction

به‌عنوان افراد نمونه پژوهش انتخاب شدند. حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مدل‌یابی ۲۰۰ نفر است. با وجود این، ۱۰۰، ۲۰۰، ۳۰۰، ۵۰۰ و ۱۰۰۰ نفر به ترتیب ضعیف، نسبتاً مناسب، خوب، خیلی خوب و عالی است (۲۶). ملاک‌های ورود شامل دانشجوی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری بودن، گذشتن حداقل یک سال از ازدواج و رضایت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج شرکت‌کنندگان وجود پرسشنامه‌های ناقص بود. ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و عدم هرگونه آسیب به آن‌ها بود. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و به کمک روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. از پرسشنامه‌های زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

**شاخص عملکرد جنسی زنان:** ابزاری است که توسط روزن همکاران برای اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان ساخته شده است. این شاخص ۱۹ ماده‌ای عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه از جمله میل جنسی، اوج لذت جنسی، تهییج جنسی، رطوبت مهبل، رضایتمندی و درد جنسی ارزیابی می‌کند. نمره بالاتر در این شاخص نشانگر عملکرد بهتر جنسی است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های آزمون ۰/۸۹ و بالاتر گزارش شده است (۲۷). در پژوهش محمدی، حیدری و فقیه زاده ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های آزمون ۰/۷۰ و بالاتر بوده است. همچنین این آزمون از روایی افتراقی مناسبی برخوردار بوده است (۲۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ نمره کل آزمون ۰/۸۹ بود. پس از حذف خرده مقیاس درد جنسی، نتایج تحلیل عاملی تأییدی ( $NFI=0/99$ ,  $CFI=1$ ),  $NFI=0/99$ ,  $NNFI=0/99$ ,  $RFI=0/98$ ,  $IFI=0/96$ ,  $GFI=0/99$  و  $RMSEA=0/066$ ) خوب بود.

### پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان:

ابزاری است که توسط گارنفسکی و کراج ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۸ ماده‌ای از نوع لیکرت پنج‌درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همواره) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین، شامل دو گروه راهبردهای مثبت (شامل، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری و پذیرش) و منفی (خود سرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی) تنظیم شناختی هیجان است. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برای خرده مقیاس‌ها

گری) تقسیم می‌شوند. نتایج موجود نشان می‌دهد که استفاده از راهبردهای شناختی مثل نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی و خود سرزنش‌گری افراد را نسبت به مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرتر می‌سازد، درحالی‌که استفاده از راهبردهای دیگر از جمله ارزیابی مجدد مثبت آسیب‌پذیری آن‌ها را کمتر می‌کند (۲۱). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد عوامل مرتبط با پردازش شناختی از جمله حواس‌پرستی و تمرکز توجه، افکار خود‌آیند و شناخت جنسی، اسنادهای علی به رویدادهای جنسی منفی، انتظارات مربوط به کارایی، اضطراب عملکرد و تقاضاها با کژکاری جنسی رابطه دارند (۲۲). حسین سوارزاده و منصور (۸) دریافتند که بین نمره کل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی (خود سرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی) با شاخص کژکاری جنسی و مؤلفه‌های میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و رضایت جنسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد رابطه وجود دارد. سرانجام، شواهد موجود نشان می‌دهد که بین آسیب‌ها و بدرفتاری‌های دوره کودکی با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پژوهش‌های مختلف رابطه وجود دارد (۸، ۱۸، ۲۳، ۲۴، ۲۵).

با توجه به شیوع کژکاری‌های جنسی در زنان عادی و دانشجو (۳، ۴، ۵، ۶، ۷)، پیامدهای ناشی از این کژکاری‌ها (۸)، نقش فرهنگ و تفاوت‌های فرهنگی در کژکاری جنسی (۱۰)، و اهمیت شناسایی مکانیسم‌های میانجی رابطه بین سوءاستفاده از کودک و آسیب‌های روانی برای ایجاد مداخله‌های زودهنگام مؤثر (۱۸)، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان انجام گردید.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری آن شامل کلیه دانشجویان زن متأهل مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه‌های شاهرود بود. چهارصد دانشجوی زن متأهل دانشگاه‌های شاهرود به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای شروع از بین کلیه دانشگاه‌های شهرستان شاهرود دو دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود و دانشگاه صنعتی شاهرود به تصادف انتخاب شد. سپس از هر دانشگاه دو دانشکده انتخاب و دانشجویان زن متأهل آن

روایی مناسبی برخوردار است (۳۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده مقیاس‌های غفلت و آزارهای جسمی، جنسی و هیجانی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۰، ۰/۹۴، ۰/۸۸ و ۰/۸۵ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای ساختار ۴ عاملی این مقیاس (NFI=۰/۹۹، CFI=۱، NNFI=۰/۹۹، RFI=۰/۹۹، GFI=۰/۹۹ و RMSEA=۰/۰۵۸) خوب بود.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن دانشجویان شرکت‌کننده ۲۷/۶۴±۴/۸۹ بود. مدت ازدواج شرکت‌کنندگان ۱ تا ۱۲ سال بود. در جدول ۱ یافته‌های جمعیت شناختی دیگر گزارش شده است. در جدول ۲ نیز ضرایب همبستگی و میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش گزارش شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد بین متغیرهای بدرفتاری دوره کودکی و راهبردهای منفی تنظیم هیجان با کژکاری جنسی زنان رابطه وجود دارد ( $p < 0.05$ ). بعلاوه، بین بدرفتاری دوره کودکی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان رابطه وجود دارد ( $p < 0.05$ ). نتایج تحلیل عاملی تأییدی در قسمت ابزارهای پژوهش گزارش شده است.

۰/۶۷ تا ۰/۸۱ بوده است. همچنین، این پرسشنامه از روایی قابل قبولی برخوردار است (۲۱). در پژوهش خدایاری فرد و همکاران اعتبار نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن ۰/۶۳ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. اعتبار راهبردهای مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۴ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای ساختار دو عاملی (NFI=۰/۹۴، CFI=۰/۹۶، NNFI=۰/۹۵، RFI=۰/۹۳، GFI=۰/۹۴ و RMSEA=۰/۰۵) و ۹ عاملی (NFI=۰/۹۶، CFI=۰/۹۸، NNFI=۰/۹۷، RFI=۰/۹۴، GFI=۰/۹۶ و RMSEA=۰/۰۴) خوب بوده است (۲۹). در پژوهش حاضر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت و منفی ۰/۸۷ و ۰/۸۶ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای راهبردهای منفی حاکی از برآزش کامل ساختار چهار عاملی آن داشت.

**مقیاس خود گزارشی کودک‌آزاری:** ابزاری ۳۸ ماده‌ای است که توسط محمدخانی و همکاران تهیه شده است. این پرسشنامه از نوع لیکرت چهاردرجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (همواره) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین، شامل چهار خرده مقیاس غفلت، آزار جسمی، آزار جنسی و آزار هیجانی است. اعتبار نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. آن‌ها گزارش کردند که این مقیاس از

جدول ۱. داده‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد		
تحصیلات	کارشناسی	۲۱۴	۵۴	طبقه اجتماعی	پایین	۱۰	۲/۵
	کارشناسی ارشد	۱۵۹	۴۰		متوسط به پایین	۲۵	۶
	دکتری	۲۳	۶		متوسط	۲۵۲	۶۴
	شاغل	۱۲۷	۳۲		متوسط به بالا	۱۰۹	۲۷/۵
شغل	بیکار	۲۶۹	۶۸				

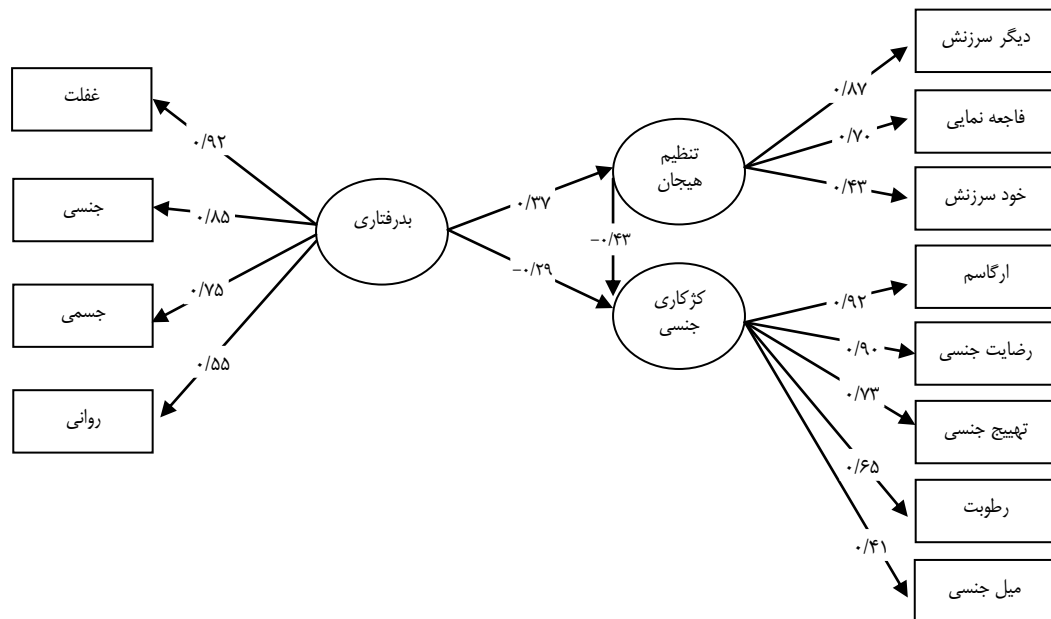
بدررفتاری دوره کودکی بر کژکاری جنسی از طریق تنظیم شناختی هیجان منفی ۰/۱۶ است ( $p < 0.05$ )،  $\beta = -0.16$ ،  $t = 4.32$ ). شاخص‌های خی دو، CFI، NFI، NNFI، IFI و RMSEA برای مدل برآزش شده به ترتیب برابر (۰/۰۰۰۰۰۱) ۳/۱۹/۹۱، ۰/۹۲، ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۸۸ و ۰/۱۱۶ بود. اگر شاخص‌های برآزش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند و شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب کمتر از ۰/۸ باشد (۳۱)، مدل برآزش شده از برآزش به نسبت مطلوبی برخوردار

نتایج حاصل از مدل یابی معادلات ساختاری در شکل ۱ ارائه شده است. شکل ۱ نشان می‌دهد که بدررفتاری دوره کودکی پیش‌بینی کننده کژکاری جنسی ( $p < 0.05$ )،  $\beta = -0.29$ ،  $t = -4.63$  است و تنظیم شناختی هیجان منفی ( $p < 0.05$ )،  $\beta = 0.37$ ،  $t = 6.47$  است. تنظیم شناختی هیجان منفی ( $p < 0.05$ )،  $\beta = -0.43$ ،  $t = -5.47$  نیز پیش‌بینی کننده کژکاری جنسی است. اثر بدررفتاری دوره کودکی و تنظیم شناختی هیجان منفی بر کژکاری جنسی به ترتیب ۰/۲۹ و ۰/۴۳ بود. اثر غیرمستقیم

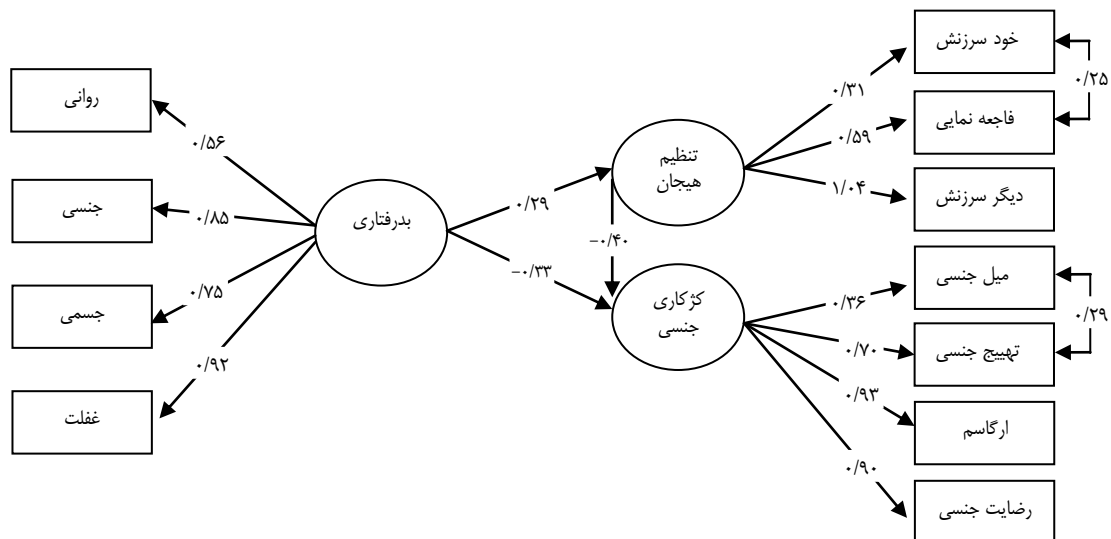
جدول ۲. شاخص های توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

شماره	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷
۱- آزار روان شناختی	-																
۲- آزار جنسی	-.۶۳ <sup>***</sup>	-															
۳- آزار جسمی	-.۸۹ <sup>***</sup>	-.۶۹ <sup>***</sup>	-														
۴- غفلت	-.۴۸ <sup>***</sup>	-.۴۴ <sup>***</sup>	-.۴۸ <sup>***</sup>	-													
۵- نمره کل بد رفتاری	-.۸۰ <sup>***</sup>	-.۸۵ <sup>***</sup>	-.۸۷ <sup>***</sup>	-.۷۶ <sup>***</sup>	-												
۶- خود سرزنش گری	-.۷۵ <sup>***</sup>	-.۸۳ <sup>***</sup>	-.۸۰ <sup>***</sup>	-.۷۴ <sup>***</sup>	-.۶۳ <sup>***</sup>	-											
۷- نشخوار فکری	-.۸۸ <sup>***</sup>	-.۰۷	-.۱۴ <sup>***</sup>	-.۰۳	-.۱۰۳ <sup>***</sup>	-.۰۴ <sup>***</sup>	-										
۸- فاجعه نامایی	-.۴۴ <sup>***</sup>	-.۱۳ <sup>***</sup>	-.۳۴ <sup>***</sup>	-.۰۹۵	-.۶۳ <sup>***</sup>	-.۴۳ <sup>***</sup>	-.۵۱ <sup>***</sup>	-									
۹- دیگر سرزنش گری	-.۷۳ <sup>***</sup>	-.۸۸ <sup>***</sup>	-.۸۰ <sup>***</sup>	-.۶۱ <sup>***</sup>	-.۰۳ <sup>***</sup>	-.۳۳ <sup>***</sup>	-.۲۷ <sup>***</sup>	-.۶۱ <sup>***</sup>	-								
۱۰- تنظیم هیجان منفی	-.۸۳ <sup>***</sup>	-.۱۳ <sup>***</sup>	-.۲۰ <sup>***</sup>	-.۸۵ <sup>***</sup>	-.۰۹ <sup>***</sup>	-.۷۳ <sup>***</sup>	-.۸۰ <sup>***</sup>	-.۸۵ <sup>***</sup>	-.۷۴ <sup>***</sup>	-							
۱۱- میل جنسی	-.۸۳ <sup>***</sup>	-.۱۳ <sup>***</sup>	-.۱۳ <sup>***</sup>	-.۰۹	-.۱۶ <sup>***</sup>	-.۰۴	-.۰۱	-.۰۱	-.۱۰۷ <sup>***</sup>	-.۰۲	-						
۱۲- تمییز جنسی	-.۷۵ <sup>***</sup>	-.۴۳ <sup>***</sup>	-.۲۰ <sup>***</sup>	-.۲۰ <sup>***</sup>	-.۳۳ <sup>***</sup>	-.۱۲ <sup>***</sup>	-.۰۲	-.۲۱ <sup>***</sup>	-.۲۴ <sup>***</sup>	-.۲۴ <sup>***</sup>	-.۵۴ <sup>***</sup>	-					
۱۳- رضایت جنسی	-.۷۲ <sup>***</sup>	-.۰۷	-.۲۰ <sup>***</sup>	-.۱۲ <sup>***</sup>	-.۲۶ <sup>***</sup>	-.۱۷ <sup>***</sup>	-.۰۶	-.۲۳ <sup>***</sup>	-.۲۳ <sup>***</sup>	-.۲۶ <sup>***</sup>	-.۲۵ <sup>***</sup>	-.۱۵۶ <sup>***</sup>	-				
۱۴- اوج لذت جنسی	-.۷۳ <sup>***</sup>	-.۴۳ <sup>***</sup>	-.۲۸ <sup>***</sup>	-.۱۹ <sup>***</sup>	-.۴۵ <sup>***</sup>	-.۱۷ <sup>***</sup>	-.۰۵	-.۱۸ <sup>***</sup>	-.۲۴ <sup>***</sup>	-.۲۵ <sup>***</sup>	-.۲۵ <sup>***</sup>	-.۶۷ <sup>***</sup>	-.۵۸ <sup>***</sup>	-			
۱۵- رضایت مدتی	-.۷۳ <sup>***</sup>	-.۲۵ <sup>***</sup>	-.۲۵ <sup>***</sup>	-.۲۵ <sup>***</sup>	-.۳۹ <sup>***</sup>	-.۲۵ <sup>***</sup>	-.۰۴	-.۳۳ <sup>***</sup>	-.۵۵ <sup>***</sup>	-.۲۹ <sup>***</sup>	-.۳۳ <sup>***</sup>	-.۶۱ <sup>***</sup>	-.۵۸ <sup>***</sup>	-.۸۴ <sup>***</sup>	-		
۱۶- درد جنسی	-.۸۰۶ <sup>***</sup>	-.۱۱ <sup>***</sup>	-.۸۳ <sup>***</sup>	-.۰۷	-.۰۷	-.۰۶	-.۲۳ <sup>***</sup>	-.۰۷	-.۰۸	-.۰۸	-.۰۱	-.۰۷	-.۰۰۱	-.۰۰۹	-.۰۰۸	-	
۱۷- نمره کل کربداری	-.۷۵ <sup>***</sup>	-.۲۷ <sup>***</sup>	-.۰۴ <sup>***</sup>	-.۳۳ <sup>***</sup>	-.۴۱ <sup>***</sup>	-.۱۶ <sup>***</sup>	-.۰۵	-.۲۳ <sup>***</sup>	-.۲۶ <sup>***</sup>	-.۲۷ <sup>***</sup>	-.۵۳ <sup>***</sup>	-.۷۸ <sup>***</sup>	-.۷۴ <sup>***</sup>	-.۸۴ <sup>***</sup>	-.۸۳ <sup>***</sup>	-.۳۳ <sup>***</sup>	-
میانگین	۷/۰۱	۱/۳۳	۳/۰۶	۸/۱۵	۱۹/۲۵	۵/۲۸	۶/۲۹	۵/۳۶	۴/۲۸	۳/۳۲	۶/۸۱	۱۴/۲۰	۱۴/۸۷	۱۱/۱۶	۱۲/۰۸	۷/۱۹	۶/۱۳
انحراف استاندارد	۷/۸۸	۲/۶۰	۳/۸۸	۶/۳۰	۱۷/۱۶	۲/۲۵	۱/۹۷	۲/۲۸	۲/۲۸	۶/۸۰	۱/۴۹	۳/۰۴	۲/۷۶	۲/۵۳	۳/۱۲	۳/۷۷	۱۱/۱۳

است. با توجه به پایین بودن برخی شاخص ها، اصلاح مدل انجام شد (شکل ۲).



شکل ۱. مدل برازش شده مربوط به نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری های دوره کودکی و کژکاری جنسی



شکل ۲. مدل اصلاح شده مربوط به نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری های دوره کودکی و کژکاری جنسی

کودکی و تنظیم شناختی هیجان منفی بر کژکاری جنسی به ترتیب ۰/۳۳ و ۰/۴۰ بود. اثر غیرمستقیم بدرفتاری دوره کودکی بر کژکاری جنسی از طریق تنظیم شناختی هیجان منفی ۰/۱۲ است (t=۳/۶۱،  $\beta=-0.12$ ،  $p<0.05$ ). شاخص های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم نشده، برازش

شکل ۲ نشان می دهد که بدرفتاری دوره کودکی پیش بینی کننده کژکاری جنسی (t=-۴/۸۹،  $\beta=0.33$ ،  $p<0.05$ ) و تنظیم شناختی هیجان منفی (t=۵/۹۹،  $\beta=0.29$ ،  $p<0.05$ ) است. تنظیم شناختی هیجان منفی (t=-۴/۵۳،  $\beta=0.40$ ،  $p<0.05$ ) نیز پیش بینی کننده کژکاری جنسی است. اثر بدرفتاری دوره

افزایشی، نیکویی برازش و جذر میانگین مجزورات خطای تقریب برای مدل برازش شده به ترتیب برابر  $(p=0/000001)$  ۰/۲۷/۴۶، ۰/۹۷، ۰/۹۶، ۰/۹۵، ۰/۹۷، ۰/۹۴ و ۰/۰۷۶ بود. نتایج فوق نشان می‌دهد که مدل برازش شده از برازش مطلوبی برخوردار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه رابطه بین بدررفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان به خوبی تأیید شده است، اما توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. از این‌رو پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدررفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان انجام شد. نتایج نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان میانجی این رابطه هستند. اگرچه پژوهشی همسو با نتایج پژوهش حاضر مشاهده نگردید، اما نتایج این پژوهش مشابه مطالعات قبلی (۱۸، ۲۴، ۲۵، ۳۲، ۳۳، ۳۴) نشان داد که تنظیم هیجان می‌تواند میانجی رابطه بین بدررفتاری‌های دوره کودکی و آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، نشانه‌های شخصیت مرزی، خودزنی غیر خودکشی و همچنین ولع و مصرف الکل باشد. مطالعات فوق نشان دادند افراد دارای تجارب آسیب‌زا یا بدررفتاری‌های دوره کودکی نقایص بیشتری در تنظیم هیجان دارند، عاملی که خود میانجی رابطه بین بدررفتاری‌های دوره کودکی و انواع آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی است. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات قبلی نشان داد که بدررفتاری‌های دوره کودکی با کژکاری جنسی (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی (۸، ۱۸، ۲۳، ۲۴، ۲۵) مرتبط هستند؛ به عبارت دیگر افراد دارای سابقه بدررفتاری دوره کودکی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی بیشتری استفاده می‌کنند و همچنین کژکاری‌های جنسی شدیدتری را تجربه می‌کنند. نتایج همچنین مشابه مطالعات قبلی (۸، ۲۲) نشان داد بین راهبردهای تنظیم شناختی منفی و کژکاری جنسی رابطه وجود دارد، از این‌رو افرادی که از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی تری استفاده می‌کنند احتمالاً کژکاری جنسی شدیدتری را تجربه می‌کنند.

کیم و چیکتی معتقدند که رفتار والدین و مراقبان و سبک دلبستگی ناشی از آن (دلبستگی نایمن) نقش مهمی در تنظیم هیجان دارد. آنها دریافتند کودکان دارای تجربه بدررفتاری در دوره خردسالی نقایص بیشتری در تنظیم هیجان‌های خود

نسبت به کودکان فاقد تجربه بدررفتاری و حتی کودکان دارای این تجربه در سنین دیگر، داشتند. آنها در تبیین رابطه بین بدررفتاری‌ها و بدن‌تنظیمی هیجانی تأکید کردند که تغییرات عصب زیست‌شناختی در مغز و سیستم استرس زیستی (مثل، قشر پیش‌پیشانی و قطعه گیجگاهی کوچکتر، مدار هیپوتالاموس-هیپوفیز، فوق کلیوی) نیز ممکن است اتفاق افتد. در نهایت کودکان دارای تجربه بدررفتاری مشکلاتی در تنظیم هیجان دارند و در نتیجه مشکلاتی درونی سازی شده بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۳). جنسین و همکاران نیز معتقدند که تنظیم هیجان یکی از تکالیف رشدی مهم کودکان است و تعامل اولیه با مراقبان نقش مهمی در شکل‌گیری آن دارد. در خانواده‌های بدرفتار والدین نمی‌توانند الگوهای نقشی مناسبی برای تنظیم هیجان موثر باشند، زیرا به جای پاسخ مناسب به پاسخ‌های هیجانی کودکان خود آنها را نادیده می‌گیرند یا تنبیه می‌کنند. در این محیط‌ها کودکان تنظیم هیجان موفقیت‌آمیز را یاد نمی‌گیرند، لذا این مشکل می‌تواند تا بزرگسالی ادامه پیدا کند و منجر به آسیب‌های روانی در افراد گردد (۳۳).

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت افرادی که با انواع بدررفتاری‌های دوره کودکی از جمله سوءاستفاده جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت مواجهه شده‌اند تمایل بیشتری برای استفاده از راهبردهای منفی و ناسازگارانه جهت تنظیم هیجان‌های ناشی از این تجربه تهدیدکننده دارند. برای مثال آن‌ها افکاری در رابطه با جنبه‌های وحشتناک آنچه تجربه کرده‌اند دارند (فاجعه‌نمایی). آن‌ها افکاری در رابطه با سرزنش خود یا محیط و دیگران به خاطر آنچه تجربه کرده‌اند (سرزنش خود و دیگران)، دارند. آنها احتمالاً والدینی داشته‌اند که الگوی مناسبی در تنظیم هیجان نبوده‌اند. آنها والدینی داشته‌اند که سبب شکل‌گیری سبک دلبستگی نایمن و حتی تغییرات عصب زیست‌شناختی در مغز و سیستم استرس زیستی در آنها شده‌اند. عواملی که در نهایت باعث شده است آنها راهبردهای تنظیم هیجان موثر را در مواجهه با عوامل استرس‌زا یا رویدادهای منفی زندگی خود یاد نگیرند (۲۳، ۳۳). این راهبردهای منفی تنظیم هیجان (مثل، فاجعه‌نمایی، خود سرزنش‌گری و دیگر سرزنش‌گری) کمک می‌کنند که افراد در زندگی بعدی خود کژکاری‌های جنسی را تجربه کنند. این راهبردها می‌توانند طی یا پس از این تجربه تهدیدکننده یا منفی ادامه پیدا کنند. این یافته همسو با مطالعات قبلی نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های شناختی مثل فاجعه‌نمایی، خود سرزنش‌گری و دگر سرزنش‌گری پس از مواجهه با

گروه‌های دیگر به خصوص جمعیت‌های بالینی باید احتیاط کرد. بعلاوه، پژوهش‌های طولی و همچنین پژوهش در مورد جمعیت‌های بالینی می‌تواند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم سازند. مسائل جنسی از جمله سازه‌هایی هستند که پاسخ‌دهندگان ممکن است به دلایل مختلف از بیان آن پرهیز کنند. در این پژوهش برای سنجش متغیرها از پرسشنامه‌های خود گزارشی مداد-کاغذی استفاده شد که به‌نوبه خود می‌تواند نتایج پژوهش را به دلایل مختلف از جمله سوگیری تحت تأثیر قرار دهد. توجه به دو محدودیت اخیر به‌خصوص در حوزه مسائل جنسی در نتیجه‌گیری‌ها و تعمیم یافته‌ها کمک کننده است.

### تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است. از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، واحد شاهرود و همچنین دانشگاه صنعتی شاهرود تقدیر و تشکر می‌شود.

رویدادهای منفی زندگی افراد را نسبت به مشکلات هیجانی و سایر آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی آسیب‌پذیرتر می‌کند (۲۱). در زمینه کژکاری جنسی، بارلو و همکاران برخلاف نظریه‌های قبلی نقش اضطراب را به‌عنوان یک عامل علی اولیه در این اختلال به‌حداقل می‌رسانند و بر فرایندهای شناختی دخیل در فهم و شروع و تداوم اختلال‌های جنسی تأکید دارند (۳۵). بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد عوامل مرتبط با پردازش شناختی از جمله حواس‌پرتی و تمرکز توجه، افکار خود آیند و شناخت جنسی، اسنادهای علی به رویدادهای جنسی منفی، انتظارات مربوط به کارایی، اضطراب عملکرد و تقاضاها با کژکاری جنسی رابطه دارند (۲۲). لذا نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات قبلی (۸، ۲۲، ۳۵) نشان می‌دهد که عوامل شناختی نقش مهمی در کژکاری‌های جنسی بعدی افراد دارند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است. ابتدا، این پژوهش به‌صورت مقطعی در مورد گروهی از دانشجویان مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه‌های شهرستان شاهرود انجام شد، بنابراین در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر

### References

1. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Risk factors for sexual dysfunction among women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(2):153-67.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female sexual dysfunction: A systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual Medicine Reviews*. 2019;7(2):223-50.
4. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female sexual dysfunction. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017;40(2):267-84.
5. Cerentini TM, Rosa VLL, da Luz Goulart C, Latorre GFS, Caruso S, Sudbrack CA. Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women- a cross-sectional study. *Sexual and Relationship Therapy*. 2020; Published online.
6. Garneau-Fournier J, McBain S, Torres T, Turchik J. Sexual dysfunction problems in female college students: Sexual victimization, substance use, and personality factors. *Journal of Sex Marital Therapy*. 2017;43(1):24-39.
7. Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *RJMS*. 2013;19(105):59-66. [In Persian].
8. Hossein Savarzade MA, Mansouri A. The relationship between generalized anxiety disorder's symptoms and trans-diagnostic factors with sexual function disorder in women. *Journal of Women and Culture*. 2018;10(35):75-89. [In Persian].
9. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. *Archives of Women's Mental Health*. 2015;18(3):423-43.
10. Heinemann J, Atallah S, Rosenbaum T. The impact of culture and ethnicity on sexuality and sexual function. *Current Sexual Health Report*. 2016;8:144-50.
11. Rahman S. Female sexual dysfunction among Muslim women: Increasing awareness to improve overall evaluation and treatment. *Sexual Medicine Reviews*. 2018;6(4):535-47.

12. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sexual Medicine Reviews*. 2016;4(3):197-212.
13. Swaby AN, Morgan KA. The relationship between childhood sexual abuse and sexual dysfunction in Jamaican adults. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2009;18(3):247-66.
14. Tekin A, Meriç C, Sağbilge E, Kenar J, Yayla S, Özer ÖA, et al. The relationship between childhood sexual/physical abuse and sexual dysfunction in patients with social anxiety disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2016;70(2):88-92.
15. O'Loughlin JI, Rellini AH, Brotto LA. How does childhood trauma impact women's sexual desire? Role of depression, stress, and cortisol. *Journal of Sex Research*. 2019;1-12.
16. Bornefeld-Ettmann P, Steil R, Lieberz KA, Bohus M, Rausch S, Herzog J, et al. Sexual functioning after childhood abuse: The influence of post-traumatic stress disorder and trauma exposure. *Journal of Sex Medicine*. 2018;15(4):529-38.
17. World Health Organization. Child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: <http://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment>.
18. Weissman DG, Bitran D, Miller AB, Schaefer JD, Sheridan MA, McLaughlin KA. Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*. 2019;31(3):899-915.
19. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*. 2018;32(7):1401-08.
20. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(8):1311-27.
21. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*. 2006;41(6):1045-53.
22. Tavares IM, Moura CV, Nobre PJ. The role of cognitive processing factors in sexual function and dysfunction in women and men: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*. 2020;8(3):403-30.
23. Kim J, Cicchetti D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(6):706-16.
24. Khoramimanesh S, Mansouri A. The mediating role of cognitive emotion regulation and spiritual coping in the relationship between the history of trauma and symptoms of borderline personality. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2019;17(1):1-11. [In Persian].
25. Khosravani V, Samimi Ardestani SM, Sharifi Bastan F, Mohammadzadeh A, Amirinezhad A. Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*. 2019;104197.
26. Hooman HA. Analysis of multivariate data in behavioral research. Tehran: Peyke Farhang Publication; 2006. [In Persian].
27. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26(2):191-208.
28. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh*. 2008;7(3):269-78. [In Persian].
29. Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat MA, 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. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2018;16(2):130-42. [In Persian].
30. Mohamadkhani P, Mohammadi M, Nazari M, Salavati M. Preparation, validity and reliability of self-report measures of child abuse (CASRS) students in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2003;17:26-38.

31. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2006.
32. 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. *International Archives of Health Sciences*. 2020;7:96-103.
33. Jennissen S, Holl J, Mai H, Wolff S, Barnow S. Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*. 2016;62:51-62.
34. Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*. 2017;213:44-50.
35. Barlow DH, Durand VM. *Abnormal psychological: An integrative approach*. New York: Cengage Learning; 2014.