

Predicting personality disorders based on neglect and emotional exploitation in childhood with anger mediated in patients with hypertension

Maryam Kharamin  *

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Payame Noor University, South Tehran, Iran.

Mehdi Dehestani 

Master of Clinical Psychology, Payame Noor University, South Tehran, Iran.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the prediction of personality disorders based on neglect and emotional exploitation during childhood with mediated anger in hypertensive patients, which was a correlational method based on structural equation modeling. The statistical population of this study included all patients with hypertension referred to medical clinics in Tehran's 14, 15 and 16 district, that 300 individuals were selected and randomly selected. Data were collected using the Childhood Impact Questionnaire of Brestin et al. (1995), the Millon Multi-Axis Clinical Examination (1994) and Spielberger Anger Questionnaire (1999). The data were analyzed by structural equation modeling using SPSS and Amos software. The results showed a significant correlation between neglect and exploitation and personality disorders with a path coefficient of .422 and ($p=0/000$) and personality disorders and anger with a path coefficient of .754 and ($p=0/000$). The path analysis modeling model also showed the mediating role of anger between personality disorders and neglect and affective exploitation, as well as the effect of negligence and emotional exploitation on anger with a coefficient of .602 and ($p=0/000$) and the effect of anger on personality disorders has a direct effect of .754 and ($p=0/000$) as well as its total indirect effect. .895 . has been compared with the direct

* Corresponding Author: maryam.kharamin12@gmail.com

How to Cite: Kharamin, M., Dehestani, M. (2021). Predicting personality disorders based on neglect and emotional exploitation in childhood with anger mediated in patients with hypertension, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 11(44), 141-177.


impact of. /422 emotional exploitation and neglect in personality disorders is far more and significant.


Keywords: Personality Disorders, Affective Exploitation, Anger, Neglect, Hypertension.





پیش‌بینی اختلالات شخصیت بر اساس غفلت و بهره‌کشی عاطفی در کودکان با میانجیگری خشم در بیماران مبتلا به فشارخون

مهدی دهستانی *  دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه پیام نور، تهران جنوب، ایران.

مریم خرامین  کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه پیام نور، تهران جنوب، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی پیش‌بینی اختلالات شخصیت بر اساس غفلت و بهره‌کشی عاطفی در کودکانی با میانجیگری خشم در افراد با فشارخون بوده است که از حیث روش نوع همبستگی مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پزشکی منطقه ۱۴، ۱۵، ۱۶ تهران بودند (پاییز ۱۳۹۸) که تعداد ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ضربه‌های کودکی برنستاین و همکاران (۱۹۹۵)، آزمون بالینی چند محوری میلون (۱۹۹۴) و پرسشنامه خشم اسپیلبرگر (۱۹۹۹) بوده است. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و AMOS تحلیل شدند. نتایج نشان داد همبستگی معناداری بین متغیرهای غفلت و بهره‌کشی و اختلالات شخصیت با ضریب مسیر ۰/۴۲۲؛ و $(p=0/000)$ و اختلالات شخصیت و خشم با ضریب مسیر ۰/۷۵۴؛ و $(p=0/00)$ وجود دارد. الگوی مدل‌یابی تحلیل مسیر نشان‌دهنده نقش میانجی‌گری خشم بین اختلالات شخصیت و غفلت و بهره‌کشی عاطفی بود و تأثیر غفلت و بهره‌کشی عاطفی بر خشم دارای ضریب ۰/۶۰۲؛ و $(p=0/000)$ و تأثیر خشم بر اختلالات شخصیت دارای اثر مستقیم ۰/۷۵۴؛ و $(p=0/000)$ و تأثیر کل غیر مستقیم آن ۰/۸۹۵ بوده است که در مقایسه با تأثیر مستقیم ۰/۴۲۲؛ بهره‌کشی عاطفی و غفلت در اختلالات شخصیت به مراتب بیشتر و معنادار می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات شخصیت، بهره‌کشی عاطفی، خشم، غفلت، فشارخون.

مقدمه

فشارخون بالا به دلیل شیوع بالای آن در سراسر جهان یک مشکل عمده بهداشت عمومی است و یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی و سومین علت مرگ‌ومیر در دنیاست و مهم‌ترین مشخصه فشارخون، بی‌علامتی آن است که به آن قاتل خاموش می‌گویند (دکومو، یاکوبو، ادابایو، ال‌اسهیند، چیندو^۱، ۲۰۱۳)، از طرفی برای تشخیص آن، نیازی به تجهیزات پیشرفته نبوده و کنترل آن نیز با تغییراتی در شیوه زندگی و درمان دارویی به راحتی میسر است (چراغی، مهین دوست یگانه، دوستی ایرانی، سنگستانی، چراغی و همکاران، ۱۳۹۴). عدم درمان این بیماری، اغلب به عوارض مرگبار منتهی می‌شود (برونوالد، فوسی، کاسپر، هوسر، لانگو و همکاران^۲، ۲۰۰۵). فشارخون بالا به‌عنوان فشارخون شریانی غیرطبیعی بالا تعریف می‌شود. همچنین فشارخون سیستولیک بین ۱۳۹-۱۲۰ میلی‌متر جیوه و فشارخون دیاستولیک ۸۹-۸۰ به‌عنوان پیش فشارخون تعریف شده است (کومار، شنکار، سینگ^۳، ۲۰۱۶). فشارخون سیستولیک شکل غالب فشارخون بالا در افراد مسن است (باویشی، گوئل، مسرلی^۴، ۲۰۱۶). عواقب فشارخون بالا شامل: سکته مغزی، نارسایی قلبی، خونریزی داخلی مغز، بیماری‌های کلیوی و غیره می‌باشد، عوامل محیطی و ژنتیکی ممکن است به تفاوت منطقه‌ای و نژادی فشارخون، همچنین شیوع پرفشاری خون کمک کنند (مطلق، چمن، صادقی، اسلامی^۵، ۲۰۱۶). سازمان بهداشت جهانی^۶ تخمین زده است که ۴۰ درصد از بزرگ‌سالان در سراسر جهان دچار فشارخون هستند. افزایش فشارخون مسئول ۱۰/۵ میلیون مرگ در سطح جهان در سال ۲۰۱۶ است (لی، کیمف کانگف چو، چو و همکاران^۷، ۲۰۱۸). پیش‌بینی می‌شود از سال ۲۰۱۳ تا سال

1. Dokunmu, T. M., Yakubu, O. F., Adebayo, A. H., Olasehinde, G. I., & Chinedu, S. N
2. Braunwald, E., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L
3. Kumar, M. R., Shankar, R., & Singh
4. Bavishi, C., Goel, S., & Messerli, F. H
5. Motlagh, S. F. Z., Chaman, R., Sadeghi, E., & Eslami
6. World Health Organization (WHO)
7. Lee, J. H., Kim, S. H., Kang, S. H., Cho, J. H., Cho

۲۰۳۰ شیوع فشارخون ۷/۲ درصد افزایش یابد. طبق دستورالعمل فشارخون در انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۱۷ فشارخون سیستولیک ۱۳۰ میلی‌متری جیوه در همه سنین به‌عنوان فشارخون بالا در نظر گرفته شده است (ولتون، کاری، آرانو، کیسی، کولین و همکاران^۱، ۲۰۱۷). شیوع کلی فشارخون در خاورمیانه حدود ۲۹/۵ درصد است (مهتدی، کانان، اسکندرنیا، راهال، هالات^۲، ۲۰۱۸). بررسی‌های مختلف حاکی از افزایش چشمگیر شیوع پرفشاری خون در خاورمیانه است و بر اساس پیمایش ملی، عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در سال ۲۰۱۶، حدود ۳۰ درصد جمعیت بالای ۳۰ سال ایران مبتلا به فشارخون هستند، که بالغ بر ۱۵ میلیون نفر است. نکته قابل‌تأمل این است که از این تعداد فقط ۶۰ درصد از بیماری خود اطلاع دارند، نیمی از بیماران دارو دریافت می‌کنند و فقط فشارخون در ۱۹ درصد از این بیماران کنترل شده است (جلالی‌نیا، کسائیان، پیکری، مدیریان، قاجاریه و همکاران، ۱۳۹۶). یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهد که قرار گرفتن در معرض آسیب‌های دوران کودکی، می‌تواند یک عامل خطر برای ایجاد فشارخون بالا باشد که ۶۴ درصد از مردان مبتلا به فشارخون بالا آسیب دوران کودکی را تجربه کرده‌اند (اکبرگ، کج‌دسن، اید و همکاران^۳، ۱۹۹۰). بدرفتاری با کودک به هر عمل یا سلسله اعمال ارتكابی یا غفلت توسط والدین یا دیگر مراقبان که منجر به آسیب، یا احتمال آسیب و یا تهدید به آسیب کودک شود (لیب، پولوزی، ملانسون، سیمون و اریاس^۴، ۲۰۰۸) که به سوءاستفاده جسمی و جنسی و عاطفی و غفلت تقسیم می‌شود (ویت، برون، پلنر، براهلر، فگرت^۵، ۲۰۱۷). سوءرفتار جسمی شامل آسیب‌هایی مانند ضرب و شتم، سوختگی، ضربه به سر و سایر اشکال آسیب جسمانی است که حداقل به مدت ۰۲ ساعت دوام داشته باشد. سوءرفتار جنسی به‌عنوان خشونت جنسی علیه کودک در نظر گرفته می‌شود و شامل هر تعامل یا تماس بین کودک و بزرگسال است که در آن کودک برای ارضای جنسی

-
1. Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, et al
 2. Mouhtadi, B. B., Kanaan, R. M. N., Iskandarani, M., Rahal, M. K., & Halat, D. H
 3. Ekeberg O, Kjeldsen SE, Eide I, et al
 4. Leeb R. T., Paulozzi L. J., Melanson C., Simon T. R., & Arias I.
 5. Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M.

بزرگ‌سال مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرد. سوءرفتار عاطفی شامل تهدیدهای فراوان کلامی، تمسخر و عقاید خوارکننده است. سوءرفتار غفلت به سه شکل جسمانی (شامل نبود مراقبت بهداشتی، رها کردن، نظارت ناکافی و یا تغذیه نامناسب) است (گرشون و تربون^۱، ۲۰۱۸؛ لئو مریت^۲، ۲۰۱۸؛ میلر، چیانگ و هولیس^۳). نتایج در مطالعات دیگر، بیانگر ارتباط بین بدرفتاری دوران کودکی به‌عنوان عامل خطر برای فشارخون، دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی می‌باشد (گلیبرت، بریدینگ، مریسک، تامسن، فورد و همکاران^۴، ۲۰۱۵؛ عفیفی، موتا، مک‌میلان، سارین^۵، ۲۰۱۳). بر این اساس، در پژوهشی تحت عنوان ارتباط آسیب دوران کودکی و خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی در بزرگسالی در یک جامعه آماری از زنان نشان داده شد که افرادی که کمبود توجه، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، عدم مراقبت مادر، کمبود والدین در زندگی داشتند بعد از ۲۳ سال فشارخون سیستولیک و دیاستولیک را نشان دادند (اندرسون، فراسر، کالیاجتی، هاردی، لاولر و همکاران^۶، ۲۰۱۸). در پژوهشی دیگر، تحت عنوان فشارخون بالا در بزرگسالان مورد سوءاستفاده در دوران کودکی در بین جامعه آماری از زنانی که مورد سوءاستفاده جنسی و جسمی قرار گرفته بودند، نشان داده شد که از میان ۶۴ درصد از افرادی که قبل از ۱۸ سالگی مورد سوءاستفاده جنسی و جسمی قرار گرفتند ۱۷ درصد آن‌ها فشارخون بالا گزارش کردند. زنانی که سوءاستفاده جنسی را در دوران کودکی تجربه کردند ۲۰ درصد خطر ابتلا به فشارخون بالا و زنانی که سوءاستفاده جسمی شدید را در دوران کودکی تجربه کردند ۱۴ تا ۲۲ درصد خطر ابتلا به فشارخون بالا را نشان دادند. (ریلی، ریت، جان، هیبرت، لاولر و همکاران^۷، ۲۰۱۰). همچنین، قرار گرفتن در معرض خشونت بین فردی به

-
1. Gershun M, Terrebonne
 2. Liu Y, Merritt
 3. Miller, G. F., Chiang, L., & Hollis, N
 4. Gilbert L. K., Breiding M. J., Merrick M. T., Thompson W. W., Ford D. C., Dhingra S. S., & Parks S. E
 5. Afifi T. O., Mota N., MacMillan H. L., & Sareen J
 6. Anderson, E. L., Fraser, A., Caleyachetty, R., Hardy, R., Lawlor, D. A., & Howe, L. D
 7. Riley, E. H., Wright, R. J., Jun, H. J., Hibert, E. N., & Rich-Edwards, J. W

ویژه در دوران کودکی می‌تواند یک عامل خطر فشارخون بالا شود. برای مثال؛ در پژوهشی تحت عنوان مجموعه بدرفتاری‌های دوران کودکی و سلامت جسمی در یک نمونه مورد مطالعه در آلمان نشان داده شد که افراد مبتلا به فشارخون بالا در دوران کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند (کلمنز، هابر، لانگ، پلنر، بره‌لر و همکاران^۱، ۲۰۱۸). در پژوهشی دیگر، تحت عنوان تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی و فشارخون در بزرگسالی در یک دوره ۲۳ ساله در ۲۱۳ آفریقایی-آمریکایی و ۱۸۱ اروپایی-آمریکایی نشان داده شد، افرادی که در دوران کودکی چندین مورد آسیب را داشته‌اند افزایش سریع‌تری در فشارخون بعد از ۳۰ سالگی را نشان داده‌اند (سو، وانگ، پلاسک، تربیر، ایکس یو و همکاران^۲، ۲۰۱۵).

طبق تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی (DSM-5)، اختلال شخصیت الگوی پایداری از رفتار و تجربه درونی است که با انتظارات فرهنگی، به میزان قابل ملاحظه‌ای مغایرت دارد، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است، در دوران نوجوانی یا بزرگسالی آغاز می‌شود. در طی زمان پدیدار است و به پریشانی و یا اختلال منجر می‌شود و با علائمی چون بی‌ثباتی عاطفی، روابط آشفته، اشکال در کنترل خشم، تکانشگری، تمایلات خودکشی و رفتارهای آسیب به خود مشخص می‌شود که این علائم، نمودی از اختلال در هیجان و مشکلات تنظیم هیجانی است. مشخصه مشترک همه آن‌ها وجود اشکالاتی در تکوین یک خودپنداره مثبت و حفظ روابط صمیمی و سازنده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) انجمن روان‌پزشکی آمریکا، اختلال‌های شخصیت را بر اساس شباهت‌های توصیفی به سه خوشه عمده طبقه‌بندی می‌کند: خوشه (A) (پارانویایی، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی)، افراد مبتلا به این اختلال‌ها دارای رفتار غریب، نامتعارف و نامأنوس هستند. خوشه (B) (ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته)، افراد مبتلا به این اختلال‌ها اغلب نمایشی، هیجانی یا دمدمی به نظر می‌رسند. خوشه (C)

1. Clemens, V., Huber-Lang, M., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M
2. Su, S., Wang, X., Pollock, J. S., Treiber, F. A., Xu, X., Snieder, H., ... & Harshfield, G. A.

(اجتنابی، وابسته و وسواسی-جبری)، افراد مبتلا به این اختلال‌ها اغلب مضطرب یا بیمناک به نظر می‌رسند (اسکودول، ماری، بندر و الدهام^۱، ۲۰۱۵). اختلالات خوشه (B) به علت شیوع بالاتر و ویژگی‌های خود، از اهمیت خاصی برخوردارند و توجه بسیاری به خود جلب کرده‌اند. اختلالات شخصیت از مهمترین مشکلات اجتماعی و پزشکی است. شیوع این اختلالات در جمعیت عادی بین ۱۱ تا ۲۳ درصد تخمین زده شده که رقمی هشداردهنده است، یعنی بدون توجه به وضعیت اقتصادی-اجتماعی یا محل زندگی افراد، از هر ۴ تا ۱۰ نفر، یک نفر مبتلا به اختلال شخصیت است. این افراد در توان کارکردن و عشق ورزی و دوستی دچار مشکلات مزمن هستند، معمولاً سطح تحصیلات پایینتری دارند، مجردند، اعتیاد به دارو دارند و مبتلا به ناهنجاری‌های جنسی‌اند. آنان مشکلات زناشویی و خانوادگی دارند. بسیاری از جرائم شدید و خفیف توسط این بیماران صورت می‌گیرند و بسیاری از زندانیان، مبتلا به نوعی اختلال شخصیت هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی، در ایجاد اختلال‌های شخصیت، نقش دارند، از عوامل محیطی که ممکن است در ایجاد اختلالات شخصیت مؤثر باشد، می‌توان به روابط خانوادگی، شیوه‌های فرزند پروری، کیفیت روابط اجتماعی و تجارب دوران کودکی، اشاره کرد. تجارب دوران کودکی به ویژه سوء رفتار دوران کودکی^۲، می‌تواند نقش مهمی در ایجاد نشانه‌های اختلالات شخصیت داشته باشد. مطالعات گسترده به رابطه بین اختلالات شخصیت و بهره‌کشی عاطفی پرداخته‌اند و نتایج نشان می‌دهد که رابطه قوی بین اختلالات شخصیت و بهره‌کشی عاطفی و غفلت در دوران کودکی وجود دارد؛ و هر چه این عوامل در دوران کودکی فرد زیادتر باشد می‌توان انتظار وجود اختلالات شخصیت در بزرگسالی را پیش‌بینی کرد. در یک بررسی از جمعیت استرالیا ۶/۵ درصد از جمعیت بزرگسال آن مبتلا به یک اختلال شخصیت هستند؛ که ۱/۲ درصد از آن‌ها مبتلا به اختلال پارانوئید هستند (جکسون و بورگس^۳، ۲۰۰۰). طبق

-
1. Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M.
 2. child abuse – Child Maltreatment
 3. Jackson HJ, Burgess

مطالعات، نرخ شیوع اختلال پارانوئید در نروژ ۲/۴ درصد گزارش شد و ترومای دوران کودکی به‌عنوان یک عامل خطر برای این اختلال معرفی شده است. طبق مطالعات، بی‌توجهی عاطفی و غفلت پیش‌بینی‌کننده علائم اختلال پارانوئید در نوجوانی و بزرگسالی است (جکسون و بورگس، ۲۰۰۰). در یک مطالعه از بیماران مراجعه‌کننده به روان‌پزشکی، اختلال پارانوئید با سوءاستفاده جنسی و جسمی در ارتباط بود (جکسون و بورگس، ۲۰۰۰). دلیسی^۱ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی، بین جمعیتی در ایالت متحده، نشان دادند که تجارب نامطلوب دوران کودکی منجر به اختلال شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی می‌شود. در یک بررسی، تحت عنوان رابطه تجربه انواع مختلف سوء رفتار دوران کودکی و اختلال‌های شخصیت خوشه B در یک جامعه آماری از دانشجویان دانشگاه تبریز نشان داده شد که ابعاد مختلف سوء رفتار با اختلال‌های شخصیت خوشه B رابطه دارند و نشانه‌های اختلال شخصیت بر اساس تجربه سوء رفتار قابل پیش‌بینی است (ا قدم، علیلو، رضایی، ۱۳۹۲). در پژوهش دیگری، تحت عنوان اختلال شخصیت مرزی و کودک‌آزاری نشان داده شد که کودکانی که در دوران کودکی مورد بی‌توجهی، غفلت، سوءاستفاده‌های جنسی قرار گرفته‌اند بیشتر در خطر ابتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند (کاتان، روسی، لافریدی، کاتان^۲، ۲۰۱۷)؛ و همچنین در پژوهشی، تحت عنوان آسیب دوران کودکی در بروز اختلال شخصیت مرزی در مجارستان نشان داده شد که تجربیات نامطلوب کودکی (غفلت، سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جنسی) در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شیوع بیشتری داشتند و مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده اختلال شخصیت مرزی، سوءاستفاده جنسی و بی‌توجهی می‌باشد (مرضا، پاپ، کوریترن^۳، ۲۰۱۵). عمده مطالعات مربوط به اختلال شخصیت مرزی نقش تجارب اولیه زندگی بخصوص رابطه والد-کودک را در ایجاد اختلال شخصیت مرزی برجسته ساخته‌اند. در این راستا تحقیقات

1. DeLisi

2. Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A

3. Merza, K., Papp, G., & Kuritárné Szabó, I.

گذشته - نگر تأثیرات تجارب ارتباطی سال‌های ابتدایی زندگی به ویژه غفلت و بدرفتاری‌های اولیه از سوی والدین و افراد نزدیک را در ایجاد روابط بین فردی آشفته، پرتعارض و پرتنش در بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داده‌اند (پروگی^۱، ۲۰۰۳).

از بین انواع آزار دوران کودکی، آزار هیجانی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا در مقایسه با انواع دیگر کودک‌آزاری به‌سختی شناسایی می‌شود. پژوهش‌های متعددی رابطه بین آزار هیجانی دوران کودکی با اختلال شخصیت را تأیید می‌کنند (وندیک، فورد، وان سون، فرانک، وان در هارت^۲، ۲۰۱۳). بیش از ۹۱ درصد از افرادی که تشخیص اختلال شخصیت گرفته‌اند، گزارش داده‌اند در کودکی تجربه انواع بدرفتاری اطرافیان را داشته‌اند که شامل سطوح مختلف آزار جنسی، آزار جسمی و آزار هیجانی بوده است. در پژوهشی نشان داده شد، زنانی که اختلال شخصیت مرزی دارند، در مقایسه با خواهران خود که این اختلال را ندارند، سطوح بالاتری از کودک‌آزاری را تجربه کرده‌اند. این پژوهش وجود رابطه بین کودک‌آزاری و اختلال شخصیت مرزی را نشان می‌دهد (لاپورت، پاریس، گاتمن، روسل و کورا^۳، ۲۰۱۲).

عوامل مختلفی در بدرفتاری دوران کودکی نقش دارد. این عوامل شامل عوامل روانی نظیر اختلالات شخصیتی و اختلالات عصبی (هاگبورگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ لائولیک، آدم و براون^۵، ۲۰۱۶؛ دی آکیونی فریرا^۶ و همکاران، ۲۰۱۸)، مشکلات روانی و افسردگی و اضطراب (جاکسون، هافهینز، استون، فلمینگ، گابریلی^۷، ۲۰۱۷)، تحمل پایین در برابر ناکامی و ناتوانی در کنترل خشم (کلیونس، بارنت، فلورنس، مور^۸، ۲۰۱۵)،

-
1. Perugi
 2. Van Dijke, A., Ford, J. D., van Son, M., Frank, L., & van der Hart
 3. Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., Russell, J., & Correa, J. A
 4. Hagborg
 5. Laulik, S., Allam, J., & Browne, K
 6. de Aquino Ferreira
 7. Jackson, Y., Huffhines, L., Stone, K. J., Fleming, K., & Gabrielli, J.
 8. Klevens, J., Barnett, S. B. L., Florence, C., & Moore, D

تندخویی و تجربه مورد آزار قرار گرفتن در دوران کودکی (پریندلی، هاموند، پوتنام-هورنستین^۱، ۲۰۱۸) دانست. عوامل خانوادگی نظیر الگوگیری از والدین خشن (کاپلی^۲، ۲۰۱۸)، فقدان نظارت در محیط خانواده (فرای، فنگک، ایلوت، کیسی، ژنگک^۳، ۲۰۱۸)، کنترل بیش‌ازحد خانوادگی و آزادی افراطی در سیستم تربیتی (کومینگس^۴، ۲۰۱۸)، خلل در روابط عاطفی والد-فرزندی (مک کلوی، سلیگ، ویتساید-منسل^۵، ۲۰۱۷)، فقدان اصول تربیتی و پرورشی منسجم و فزونی درگیری‌ها و تعارضات والدینی (پاتواردان، هورلی، تامسون، ماسون، رینگل^۶، ۲۰۱۷) و تجربه مورد آزار قرارگرفتن در دوران کودکی (واندرپوت، اسنیک، دان سولینگ^۷، ۲۰۱۷) و عوامل محیطی و اجتماعی شامل فقر و ناتوانی اقتصادی (فوجی و لی روکس^۸، ۲۰۱۸)، بیکاری و تنش مالی (پلتون^۹، ۲۰۱۵)، خلل‌های سیستم آموزشی و محیط ناسالم و خشن (دویو و امسیگیونی^{۱۰}، ۲۰۱۸) و نگرش فرهنگی مثبت و یا خنثی (پلامر و فلدمان^{۱۱}، ۲۰۱۷)، نیز در شیوع پدیده کودک‌آزاری نقش دارند. در اقدامی بی‌سابقه پژوهشگرانی، با جمع‌آوری اطلاعات از بیشتر کشورهای بولگاریا، آلبانی، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کرواسی، جمهوری یوگسلاوی، یونان و رومانی، صربستان و ترکیه نشان دادند که در بین ۴۲۱۹۴ نفری از کودکان ۱۱، ۱۳ و ۱۶ ساله بیش از ۵۰ درصد نمونه شیوعی را برای خشونت روانی و جسمی گزارش کرده‌اند؛ که در بسیاری از کشورها میزان سوءاستفاده جنسی مردان بیشتر از زنان است (نیکولایدیس، پترولاکی، زاروکوستا، تسیریگوتی، هازازاج و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۸).

1. Prindle, J. J., Hammond, I., & Putnam-Hornstein,
2. Kepple
3. Fry, D., Fang, X., Elliott, S., Casey, T., Zheng, X., Li, J., ... & McCluskey, G
4. Cummings
5. McKelvey, L. M., Selig, J. P., & Whiteside-Mansell, L
6. Patwardhan, I., Hurley, K. D., Thompson, R. W., Mason, W. A., & Ringle, J. L.
7. van der Put, C. E., Assink, M., & van Solinge, N. F. B
8. Fouche & le Roux
9. Pelton
10. Dube & McGiboney
11. Palmer & Feldman
12. Nikolaidis, G., Petroulaki, K., Zarokosta, F., Tsirigoti, A., Hazizaj, A

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که اختلالات شخصیت با کودک‌آزاری و غفلت (باتل، شی، چانسون، یین، زوتنیک و همکاران^۱، ۲۰۰۶)، تجارب نامطلوب دوران کودکی به شدت به علائم اختلال شخصیت مرتبط می‌باشد (مارتین بلانکو، سولر، ویلاتا، فلیو-سولر، الیکز و همکاران^۲، ۲۰۱۴). هوک^۳ و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهشی تحت عنوان سوء‌تغذیه بدرفتاری دوران کودکی مرتبط با علائم اختلال شخصیت در بزرگسالی در شرکت‌کنندگان باربادوس با سن ۴۷ ساله نشان دادند که اختلال‌های پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال و اجتنابی با بدرفتاری دوران کودکی رابطه دارند. کودک‌آزاری در کوتاه‌مدت علاوه بر این که در رشد مغز تأثیر می‌گذارد باعث اختلال در دستگاه عصبی ایمنی می‌شود (ودر، ژانگ، جنسن، یانگ و سیمن^۴، ۲۰۱۴). این امر در نهایت منجر به اختلال اجتماعی، احساسی، شناختی و رفتاری در کودک‌آزار می‌شود. کودکی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی و محکم برای سلامت روان ضعیف افراد است (ایوانس و کاسلز^۵، ۲۰۱۴). افراد بالغ و نوجوانانی که در دوران کودکی مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند ریسک بالایی برای بروز طیف وسیعی از مشکلات روانی شامل افسردگی، اضطراب، خودکشی، اختلالات خوردن و سوءاستفاده از دارو دارند (گریگر^۶، ۲۰۱۶). مطالعات سیسیل و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده است که علائم روانی به‌طور خطی با افزایش تعداد سوء رفتارها بالا می‌رود. در عوض کودکانی که تحت سوء رفتار فیزیکی قرار می‌گیرند بیشتر مشکلاتی نظیر کاهش تمرکز، بیش‌فعالی، سوء‌مصرف مواد و رفتارهای ضداجتماعی از خود نشان می‌دهند (وان^۷، ۲۰۱۵).

یکی از آثار طولانی‌مدت، سوءاستفاده در دوران کودکی خشم و عصبانیت می‌باشد. در واقع تحقیقات نشان داده‌اند که سوءاستفاده در دوران کودکی بر پیامدهای روان‌شناختی

-
1. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick, et al
 2. Martin-Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu-Soler A, Elices M, Perez V, et al
 3. Hock
 4. Weder, N., Zhang, H., Jensen, K., Yang, B. Z., Simen
 5. Evans and Cassells
 6. Greger
 7. Van

آن‌ها در سنین بالاتر تأثیر دارد؛ که می‌توان به خشونت اشاره کرد (سیفسدوتیر، اسگیدستور، گگادجنسون، سیگودسون^۱، ۲۰۱۳؛ سولاکگلو، درایور، بلشاو^۲، ۲۰۱۸). درباه عوامل به جود آورنده خشم نظریه‌های مختلفی وجود دارد، از جمله؛ نظریه فشار که پیروان آن به وجه اجتماعی ناکامی‌ها و فشارهای وارد شده بر فرد توجه کرده و از این منظر خشونت را تبیین کرده‌اند (کالن و آگنیو، ۲۰۰۲؛ فران ورث، مارگارت، میچل^۳، ۱۹۸۹)، در این دیدگاه، ریشه انحرافات اجتماعی و خصوصاً خشونت، در ناکامی‌های تجربه شده است. درنظریه ناکامی: اگر فردی در نیل به هدف خود با شکست مواجه شود ناکامی حاصل، احتمال پاسخ پرخاشگرانه او را افزایش می‌دهد. طبق این نظریه، مهم‌ترین عامل در ایجاد پرخاشگری از میان همه عوامل ممکن ناکامی است، ولی این به آن معنا نیست که ناکامی همواره به پرخاشگری منجر می‌شود یا اینکه ناکامی تنها علت پرخاشگری است (آرونسون^۴، ۱۳۸۹). نظریه بی‌سازمانی و آشفتگی اجتماعی، خشونت را به‌عنوان پیامد بی‌نظمی و بی‌انضباطی حاکم بر فضای زندگی فرد می‌نگرند (کالن و آگنیو^۵، ۲۰۰۲).

درواقع خشم یا ترس احساسی است که بلافاصله در کسی که خطا در حق او اتفاق افتاده نسبت به طرف مقابل به وجود می‌آید. این احساسات منفی که نشان‌دهنده نبخشدن هستند نه فقط حل نشده باقی می‌مانند، بلکه این امکان وجود دارد که در اثر نشخوار ذهنی، گسترده‌تر شوند (ورثینگتون و اسپرز^۶، ۲۰۰۴). از طرفی اما به نظر می‌رسد که خشم و عصبانیت به‌عنوان هیجان اصلی در اختلال شخصیت می‌باشد (اسکوت، رایت، بنی، لازاروس، پیکونی و همکاران^۷، ۲۰۱۷) و درواقع این بدرفتاری دوران کودکی است که موجب خشم و عصبانیت می‌شود و در نهایت اختلال شخصیت نمایان می‌شود. ازطرفی کیفیت تجربه و کنترل هیجان خشم، نقش مهمی را در تنظیم روابط صمیمانه و تعاملات بین

1. Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F
2. Solakoglu, O., Driver, N., & Belshaw, S.
3. Farnworth, Margaret and Michael J. Leiber (1989). Strain Theory Revised
4. Aronson
5. Cullen and Agnew
6. Worthington
7. Scott, L. N., Wright, A. G. C., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Pilkonis, P. A.

فردی و اجتماعی ایفاء می‌کند. به‌عنوان مثال شواهد به‌دست آمده از تحقیقات روان‌شناختی، حاکی از آن است که حملات خشم سهم عمده‌ای در مشکلات بین فردی در محیط خانوادگی و شغلی دارند. نظریه پردازانی مانند لینهان^۱ و گاندرسون^۲ و لینکز^۳ که اختلال در روابط صمیمانه را یکی از ویژگی‌های محوری اختلال شخصیت مرزی می‌دانند به نقش مهم تجربه خشم شدید در آشفتگی روابط صمیمانه این بیماران اشاره کرده‌اند. همچنان که که طبق شواهد بالینی به‌دست آمده نیز افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب در تنظیم هیجان خشم به ویژه در روابط بین فردی دچار مشکل هستند. اگرچه پژوهش‌های بسیاری رابطه بین آزار دوران کودکی و اختلالات شخصیت را نشان می‌دهند، این موضوع به معنای آن نیست که تمام قربانیان بدرفتاری کودکی به این اختلالات مبتلا می‌شوند (کو، کوری، متکالف، فیتپاتریک، گودویل^۴، ۲۰۱۵). برای افراد دارای این اختلال، خشم واکنش اغراق‌آمیز به رویدادها بسیار رایج است. مطالعات انجام شده در ایران، نشان می‌دهد که بین بهره‌کشی عاطفی دوران کودکی و اختلال شخصیت رابطه معناداری وجود ندارد و اما بین این دو با وجود میانجیگری تنظیم هیجان رابطه وجود دارد (پورشهریار، علیزاده، رجائی نیا، ۱۳۹۷). همچنین در مطالعات دیگری، تحت عنوان روابط ساختاری کودک آزاری و بد تنظیمی هیجانی با نشانه‌های شخصیت مرزی نشان داده شد که بین کودک آزاری عاطفی و نشانه‌های شخصیت مرزی ارتباط معنی دار وجود دارد (موسوی هندی، علیلو، مدنی، ۱۳۹۷)؛ و در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی، فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه و بد تنظیمی هیجانی با اختلال شخصیت مرزی نشان داده شد که تجارب ترومای دوران کودکی و بد تنظیمی هیجانی پیش‌بینی‌های خوبی برای اختلال شخصیت مرزی هستند (علیلو، هاشمی، بیرامی، بخشی پور، شریفی، ۱۳۹۳). بر اساس مفهوم‌سازی بالینی روابط بین فردی شدیداً آشفته و بی‌ثباتی هیجانی به‌ویژه تجربه خشم شدید از مهم‌ترین ملاک‌های تشخیصی اختلالات شخصیت به‌شمار می‌روند.

1 . Linehan

2 . Gunderson

3 . Links

4 . Kho, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A.

بی‌ثباتی هیجانی عموماً به هیجانات منفی مربوط می‌شود. لذا با توجه به اهمیت مطالب بیان شده، این پرسش مطرح می‌شود که آیا می‌توان اختلال شخصیت را بر اساس غفلت و بهره‌کشی عاطفی در دوران کودکی از طریق میانجیگری خشم پیش‌بینی کرد؟

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از حیث روش از نوع همبستگی مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پزشکی منطقه ۱۴، ۱۵، ۱۶ شهر تهران بودند (پاییز ۱۳۹۸). حداقل حجم نمونه برای مدل‌یابی معادلات ساختاری ۳۰۰ نفر پیشنهاد شده است (کلین^۱، ۲۰۱۵) که از جامعه فوق ۳۰۰ نفر به صورت روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه: (۱) افرادی که سواد خواندن و نوشتن داشتند، (۲) سنین بالای ۲۰ سال.

ملاحظات اخلاقی: مسائل اخلاقی این پژوهش شامل گرفتن رضایت آگاهانه از هریک از شرکت‌کنندگان، برخورد با هر یک از شرکت‌کنندگان در نهایت احترام، اطمینان دادن به آن‌ها در عدم افشای اطلاعات و حفظ رازداری و دادن زمان مناسب برای پر کردن پرسشنامه‌ها بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه ضربه‌های کودکی (CTQ): برنستاین و همکاران نخستین بار این پرسشنامه را تدوین کردند (برنستاین^۲ و همکاران، ۲۰۰۳)؛ و نسخه دوم ۵۳ ماده‌ای آن را در ۱۹۹۵ تدوین کردند. این پرسشنامه چهار مؤلفه را بررسی می‌کند: آزار جسمی^۳، آزار هیجانی^۴،

1. Kline
2. Bernstein
3. Physical Abuse(PA)
4. Emotional Abuse(EA)

غفلت جسمی^۱ و غفلت هیجانی^۲ و در مجموع ۵۳ ماده دارد. آزار جسمی عبارت است از ایجاد جراحت عمدی یا وارد آوردن ضربه‌های جسمی به کودک کمتر از ۱۸ سال، به‌وسیله یک فرد بزرگ‌تر، به گونه‌ای که احتمال خطر مرگ، آسیب دیدن یا به خطر افتادن سلامت جسمی کودک یا قطع یکی از اعضای بدن وی وجود داشته باشد. رفتار زیان‌آور جسمی به‌طور معمول به‌صورت کبودی، سوختگی و شکستگی، زخم‌های شکمی نمایان می‌شود. آزار هیجانی عبارت است از تحقیر کردن، دست انداختن مصراانه و پایدار، حمله‌های کلامی و نگاهی منفور و بی‌ارزش به کودک. غفلت جسمی عبارت است از کوتاهی در برآوردن نیازهای اساسی برای زیستن، شامل غذا، مسکن، لباس، آموزش و مراقبت‌های پزشکی. غفلت هیجانی عبارت است از کوتاهی در فراهم کردن نیازهای عاطفی موردنیاز و شکست مراقبان در ارائه نیازهای روانی - عاطفی اساسی مانند عشق، تشویق، تعلق و حمایت. به‌منظور نمره‌گذاری ماده‌ها از یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای استفاده شد. ضریب پایایی پرسشنامه ضربه کودک برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۱ می‌باشد. به‌منظور اعتباریابی پرسشنامه مذکور از روش تحلیل عوامل استفاده شده است که عوامل به‌دست آمده منطبق با خرده مقیاس‌های پرسشنامه بودند (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین روایی هم‌زمان مقیاس‌های غفلت فیزیکی و هیجانی با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودک به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۳۶ گزارش شده است؛ و درنهایت آلفای کرونباخ برای مطالعه حاضر ۰/۸۹ محاسبه شد.

آزمون بالینی چند محوری میلون 3 (MCMII III): آزمون چند محوری میلون توسط تئودور میلون^۳، ساخته شد و نسخه سوم آزمون میلون^۴ در (۱۹۹۴) معرفی شد. یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بله/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را

1. Physical Neglect(PN)
2. Emotional Neglect(EN)
3. Theodore Millon
4. Millon clinical multiaxial inventory

می‌سنجد و برای بزرگ‌سالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. این مقیاس تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای بالینی شخصیت، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید. این تست در ایران توسط شریفی هنجاریابی شده است. (شریفی، ۲۰۰۹) در مورد پایایی این تست در نسخه فارسی به شیوه بازآزمایی برای مقیاس‌های اختلال‌های شخصیت همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ با متوسط ۷۸ درصد به‌دست‌آمده است. روایی آزمون از طریق تحلیل عاملی تأییدشده و اعتبار آن از طریق همسانی درونی و بازآزمایی مناسب گزارش شده است به‌نحوی که ضرایب اعتبار بازآزمایی بالایی با میانه ۰/۹۱ برای میلیون گزارش شده است (مارانت^۱، ۲۰۰۵). در مورد مقیاس‌های نشانگان بالینی همبستگی متوسطی از دامنه ۰/۴۴ تا ۰/۹۵ با متوسط ۸۰ درصد به‌دست‌آمده است (شریفی، ۲۰۰۹). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه چشم اسپیلبرگر^۲ (STAXI-2): پرسشنامه بیان حالت - صفت چشم در سال ۱۹۹۹ تجدیدنظر شد که ۱۳ آیتم از فرم ۴۴ آیتمی بیشتر دارد و در موقعیت‌های بالینی و پژوهش‌های ناظر بر چشم، به‌طور وسیع مورد استفاده قرار می‌گیرد. این سیاهه یک مقیاس مداد کاغذی است که برای گروه سنی ۱۵ سال به بالا قابل اجرا است و دارای ۵۷ آیتم، شش مقیاس و پنج خرده مقیاس و یک شاخص بیان چشم که یک اندازه کلی از بیان و کنترل چشم فراهم می‌کند (خداایاری فرد، غلامعلی لواسانی، اکبری زرد خانه، لیاقت، ۱۳۸۸)؛ که ماده‌های آن در سه بخش تنظیم شده است؛ بخش اول با عنوان "همین حالا احساس می‌کنم" به‌اندازه‌گیری چشم حالت می‌پردازد و شامل ۱۵ ماده و مقیاس چشم حالت و زیر مقیاس‌های؛ احساس چشمگینانه، تمایل به بروز کلامی چشم، تمایل به بروز فیزیکی چشم می‌باشد. بخش دوم با عنوان "به‌طور معمول احساس می‌کنم" که به اندازه‌گیری چشم صفت اختصاص دارد و شامل ۱۰ ماده و مقیاس چشم صفت و دو زیر

1. Marnat
2. Spielberger

مقیاس؛ خلق و خوی خشمگینانه و واکنش خشمگینانه می‌باشد؛ و بخش سوم با عنوان " به‌طور معمول وقتی عصبانی و خشمگین هستم، چه واکنش یا رفتاری دارم" که بروز و کنترل خشم را می‌سنجد که شامل ۳۲ ماده و چهار مقیاس؛ بروز خشم بیرونی، بروز خشم درونی، کنترل خشم بیرونی، کنترل خشم درونی، می‌باشد. کلیه مقیاس‌ها بر اساس لیکرت ۴ گزینه‌ای نمره دهی می‌شوند که بر این اساس امتیاز کل ابزار دارای محدوده ۲۲۱-۵۷ و در شاخص کلی بیان خشم دارای دامنه صفر تا ۹۶ است (بقایبی لاکه، خلعتبری، ۱۳۸۹). پایایی این پرسشنامه در ضریب آلفا برای مقیاس‌ها و خرده مقاس‌های ناظر بر حالت خشم و صفت خشم، بالاتر از ۰/۸۴ (=۰/۸۸ میانگین) (اسپیلبرگر؛ نقل از نویدی، ۱۳۸۷)؛ و برای مقیاس‌های بیان خشم (برون‌ریزی خشم، درون‌ریزی خشم)، کنترل خشم (کنترل برون‌ریزی خشم، کنترل درون‌ریزی خشم) و شاخص کلی خشم بالاتر از ۰/۷۳ (=۰/۸۲ میانگین) گزارش شده است (نویدی، ۱۳۸۷) و مجموعه شواهد فراهم شده به وسیله مطالعات مختلف که در راهنمای عملی STAXI-2 به آن‌ها استناد شده است، نشان می‌دهد که این پرسشنامه از روایی رضایت بخشی نیز برخوردار است به‌طوری که اندازه KMO برای مقیاس خشم در دختران ۰/۸۵۷ و برای پسران ۰/۹۲۸ محاسبه شده است (نویدی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

روش اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوز از مراکز بهداشتی موردنظر در خصوص اجرای طرح، با مراجعه به نمونه‌ها و توضیح هدف مطالعه و اخذ رضایت شفاهی از آن‌ها، کسانی که شرایط پاسخگویی به آزمون را داشته بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه وارد مطالعه شدند. با اجرای آزمون‌ها معیارهای هر پرسشنامه برای هر فرد ثبت شد و مسائل اخلاقی این پژوهش، نیز اجرا شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-24 نسخه ۲۴ و AMOS-22 انجام شد. به طوری که داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی به شرط برقراری مفروضه‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری (نرمالیت، همبستگی و نیکویی برازش مدل) ارائه شدند.

یافته‌ها

در بخش آمار توصیفی به یافته‌های جمعیت شناختی بر اساس متغیرهای جنس و سن و تحصیلات پرداخته شد که در یک دید کلی قابل ذکر است. جنسیت شرکت‌کنندگان شامل: ۶۳٪ زن و ۳۷٪ مرد می‌باشد. سن شرکت‌کنندگان سن ۲۰-۳۰ سال (۲۸ درصد)، سن ۳۰-۴۰ سال (۳۵ درصد)، سن ۴۰-۵۰ سال (۲۰ درصد) و بالای ۵۰ سال (۹ درصد) می‌باشد. تحصیلات شرکت‌کنندگان شامل: زیردیپلم (۲۷ درصد)، دیپلم (۴۵ درصد)، کارشناسی (۲۳ درصد) و کارشناسی ارشد (۱۵ درصد) می‌باشد. وضعیت اشتغال شرکت‌کنندگان شامل: بیکار (۸ درصد)، کارگر (۲۵ درصد)، کارمند (۱۴ درصد)، خانه‌دار (۳۲ درصد)، شاغل در خانه (۱۰ درصد)، بازنشسته (۵ درصد) و آزاد (۷ درصد) می‌باشد. وضعیت اقتصادی شرکت‌کنندگان شامل: ضعیف (۳۵ درصد)، متوسط (۴۲ درصد) و کمی مرفه (۱۱ درصد) می‌باشد. مرفه (۱۲ درصد) و مرفه (۱۱ درصد) می‌باشد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

| جنسیت | سن | تحصیلات | وضعیت اشتغال | وضعیت اقتصادی |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| زن (۶۳٪) ۱۸۹ نفر | ۲۰-۳۰ ساله (۲۸٪) ۸۴ نفر | زیر دیپلم (۲۷٪) ۸۱ نفر | بیکار (۸٪) ۲۴ نفر | ضعیف (۳۵٪) ۱۰۵ نفر |
| | ۳۰-۴۰ ساله (۳۵٪) ۱۰۵ نفر | دیپلم (۴۵٪) ۱۳۵ نفر | کارگر (۲۵٪) ۷۵ نفر | متوسط (۴۲٪) ۱۲۶ نفر |
| مرد (۳۷٪) ۱۱۱ نفر | ۴۰-۵۰ ساله (۲۸٪) ۸۴ نفر | کارشناسی (۲۳٪) ۶۹ نفر | کارمند (۱۴٪) ۴۲ نفر | کمی مرفه (۱۲٪) ۳۶ نفر |
| | ۵۰ و بالاتر (۹٪) ۲۷ نفر | کارشناسی ارشد (۵٪) ۱۵ نفر | خانه‌دار (۲۳٪) ۶۹ نفر | مرفه (۱۱٪) ۳۳ نفر |

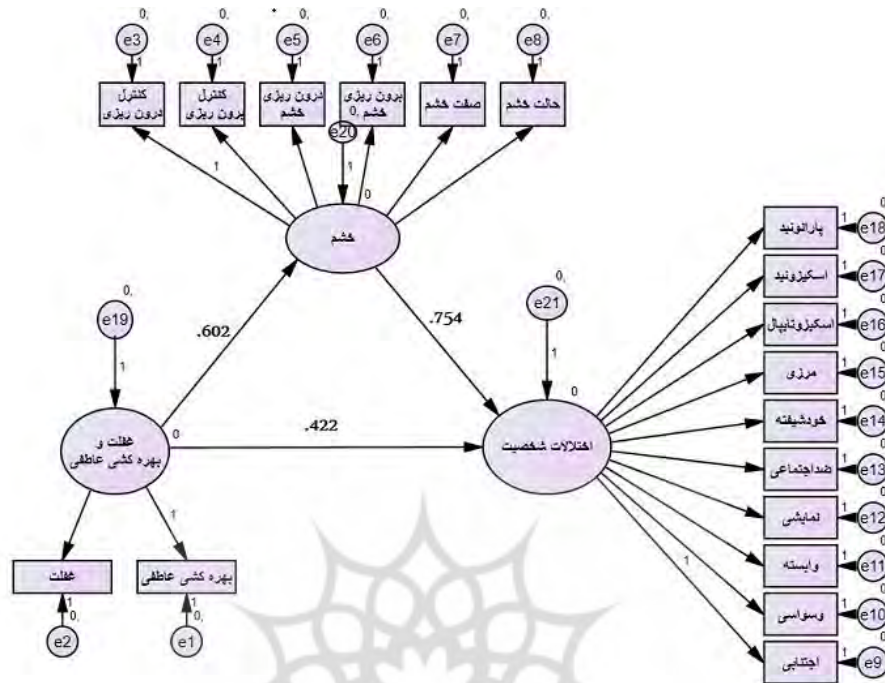
| | | | | |
|--|--------------------|--|--|--|
| | شاغل در خانه (۱۰٪) | | | |
| | ۳۰ نفر | | | |
| | بازنشسته (۵٪) | | | |
| | ۱۵ نفر | | | |
| | آزاد (۱۵٪) | | | |
| | ۴۵ نفر | | | |

آمار توصیفی، شامل: میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش می‌باشد. برای بررسی توزیع نرمالی داده‌های پژوهش از چولگی و کشیدگی استفاده شد، به طوری که کشیدگی به ارتفاع توزیع داده‌ها اشاره می‌کند و چولگی، تقارن و عدم تقارن توزیع را نشان داده است. در چولگی، بازه داده‌ها باید بین مقادیر (۳- و ۳) و در کشیدگی، توزیع داده‌ها باید در بازه (۷- و ۷) قرار گیرد تا نرمال باشد (آبارشی و حسینی، ۱۳۹۱). می‌توان از نتایج استنباط کرد که همه متغیرهای پژوهش در چولگی و کشیدگی در بازه مشخص قابل قبول قرار داشته‌اند؛ بنابراین، همه متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند. همچنین آزمون همبستگی برای سنجش ارتباط دو متغیر استفاده شد که اگر سطح معناداری در این آزمون از ۰۰۵ کمتر باشد رابطه معنادار است. حال اگر ضریب همبستگی مثبت باشد رابطه مستقیم بین دو متغیر برقرار است و اگر این ضریب منفی باشد رابطه معکوس بین دو متغیر برقرار است. با توجه به نتایج می‌توان نتیجه گرفت که بین خشم و بهره‌کشی عاطفی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ($t=0/456$) و بین خشم و هر یک از اختلال‌های شخصیت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به طوری که بین خشم و اختلال پارانوئید ($t=0/774$)، بین خشم و اختلال اسکیزوئید ($t=0/402$)، بین خشم و اختلال اسکیزوتایپال ($t=0/310$)، بین خشم و اختلال شخصیت مرزی ($t=0/216$)، بین خشم و اختلال شخصیت ضداجتماعی ($t=0/406$)، بین خشم و اختلال خودشیفته ($t=0/198$)، بین خشم و اختلال نمایشی ($t=0/432$)، بین خشم و اختلال وابسته ($t=0/510$)، بین خشم و اختلال اجتنابی ($t=0/329$) و بین خشم و اختلال وسواسی ($t=0/215$)، رابطه وجود دارد.

جدول ۲. آزمون همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| بهره‌کشی عاطفی | خشم | پارانوئید | اسکیزوئید | اسکیزوتایپال | مرزی | خودشیفته | نمایشی | ضداجتماعی | وابسته | وسواسی | اجتنابی | |
|----------------|-------|-----------|-----------|--------------|-------|----------|--------|-----------|--------|--------|---------|---|
| بهره‌کشی عاطفی | ۱ | | | | | | | | | | | |
| خشم | /.۴۵۶ | ۱ | | | | | | | | | | |
| پارانوئید | /.۲۳۴ | /.۷۷۴ | ۱ | | | | | | | | | |
| اسکیزوئید | /.۳۲۱ | /.۴۰۲ | /.۶۵۳ | ۱ | | | | | | | | |
| اسکیزوتایپال | /.۲۱۶ | /.۳۱۰ | /.۷۲۰ | /.۵۴۳ | ۱ | | | | | | | |
| مرزی | /.۵۴۳ | /.۲۱۶ | /.۲۳۱ | /.۲۳۹ | /.۱۶۵ | ۱ | | | | | | |
| خودشیفته | /.۴۳۰ | /.۱۹۸ | /.۲۳۱ | /.۱۰۹ | /.۲۱۹ | /.۴۳۲ | ۱ | | | | | |
| نمایشی | /.۱۲۵ | /.۴۳۲ | /.۱۲۹ | /.۳۲۱ | /.۳۲۱ | /.۴۲۱ | /.۴۰۲ | ۱ | | | | |
| ضداجتماعی | /.۴۰۹ | /.۴۰۶ | /.۱۲۳ | /.۱۲۹ | /.۲۸۷ | /.۵۴۲ | /.۳۰۷ | /.۴۳۲ | ۱ | | | |
| وابسته | /.۲۰۹ | /.۵۱۰ | /.۱۹۸ | /.۱۸۷ | /.۴۳۱ | /.۲۱۹ | /.۱۲۱ | /.۲۱۶ | /.۱۲۱ | ۱ | | |
| وسواسی | /.۴۳۱ | /.۲۱۵ | /.۲۱۸ | /.۱۶۵ | /.۱۲۹ | /.۲۱۸ | /.۳۲۱ | /.۲۲۲ | /.۲۴۶ | /.۲۱۹ | ۱ | |
| اجتنابی | /.۲۱۰ | /.۳۲۹ | /.۳۲۱ | /.۱۲۲ | /.۲۱۶ | /.۳۲۱ | /.۲۰۹ | /.۲۳۱ | /.۲۱۹ | /.۴۰۹ | /.۳۸۹ | ۱ |

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



شکل ۱: مدل ساختاری در حالت نهایی

ارزیابی برازش مدل در مدل ساختاری

در مدل‌های اندازه‌گیری نشان داده شد که متغیرهای پنهان می‌توانند با استفاده از متغیرهای قابل مشاهده اندازه‌گیری شوند. پس‌ازاین اطمینان در این قسمت با استفاده از مدل ساختاری به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود. در این مدل هدف بررسی روابط بین متغیرهای پنهان می‌باشد.

جدول ۳. نتایج شاخص‌های برازش مدل ساختاری

| شاخص‌ها | مقدار شاخص | آستانه برازش قابل قبول |
|-----------------|------------|------------------------|
| شاخص‌های مطلق | .881 | GFI > 0.9 |
| | .763 | AGFI > 0.8 |
| | .000 | P-VALUE > 0.08 |
| شاخص‌های تطبیقی | .911 | TLI > 0.9 |
| | .885 | NFI > 0.9 |
| | | RFI > 0.9 |

| شاخص‌ها | مقدار شاخص | آستانه برازش قابل قبول |
|----------------|------------|------------------------|
| | .921 | IFI>0.9 |
| | .931 | CFI>0.9 |
| شاخص‌های مقتصد | 2/307 | CMIN/DF<3 |
| | .689 | PNFI>0.05 |
| | .078 | RMSEA<0.08 |

مطابق جدول بالا آستانه برازش قابل قبول برای هر یک از شاخص‌ها ارائه شده است. به طوری که برای شاخص (GFI) مقدار قابل قبول باید نزدیک به یک باشد؛ و هرچه به یک نزدیک‌تر باشد یعنی مدل انطباق بهتری دارد. پس مقدار این شاخص در مطالعه حاضر ۰/۸۸۱ می‌باشد، پس قابل قبول است (آبارشی و حسینی، ۱۳۹۱). شاخص (AGFI) در جدول درجه پیچیدگی مدل را ارائه می‌دهد و باید بیش از ۰/۸ باشد که در مطالعه حاضر این مقدار ۰/۷۶۳ محاسبه شده است. P-value از ۰/۰۵ باید بیشتر باشد تا قابل قبول باشد که این مقدار ۰/۰۰۰ محاسبه شده است. شاخص (TLI) میزان انطباق مدل را نشان می‌دهد که هرچه به یک نزدیک‌تر باشد انطباق بهتر است که در این پژوهش این مقدار ۰/۹۱۱ می‌باشد که از حد قابل قبول بیشتر است. مقدار شاخص (NFI) میزان یکسان بودن مدل مفهومی با مدل را نشان می‌دهد که هرچه به یک نزدیک‌تر باشد تفاوت این دو مدل را نشان می‌دهد؛ و در پژوهش حاضر این مقدار ۰/۸۸۵ محاسبه شده که قابل قبول است. شاخص (RFI) میزان حمایت داده‌های تجربی از مدل نظری را نشان می‌دهد که هرچه به یک نزدیک‌تر باشد این حمایت بیشتر است؛ که در پژوهش حاضر مقدار ۰/۹۲۱ محاسبه شده است. شاخص (CFI) مقدار نرمال شده شاخص بهنجار بنتلر-بونت می‌باشد که هرچه به یک نزدیک‌تر باشد انطباق مدل بهتر است که در مطالعه ما این مقدار ۰/۹۳۱ محاسبه شده است. شاخص (RMSE) سعی در حل مشکل پیچیدگی مدل را نشان می‌دهد که مقادیر قابل قبول آن باید از ۰/۰۸ کمتر باشد. در پژوهش حاضر ۰/۶۸۹ محاسبه شد. شاخص CMIN/DF از تقسیم مقدار کای مربع به درجه آزادی است و مقادیر قابل قبول آن

۱ تا ۳ در نظر گرفته شده است؛ که در پژوهش حاضر این شاخص ۲/۳۰۷ محاسبه شده است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیونی در مدل ساختاری

| مسیر | ضرایب غیراستاندارد | خطای استاندارد | نسبت بحرانی | P |
|-------------------------|--------------------|----------------|-------------|-----|
| خشم <--- | .۴۶۸ | .۰۳۹ | ۱۲/۰۸۳ | *** |
| اختلالات شخصیت <--- | .۳۶۲ | .۰۱۵ | ۲۳/۹۸۳ | *** |
| اختلالات شخصیت <--- | .۲۲۱ | .۰۱۶ | ۱۳/۸۱۲ | *** |
| کنترل برون ریز خشم <--- | -.۷۶۵ | .۰۶۳ | -۱۲/۱۴۲ | *** |
| درون ریزی خشم <--- | .۷۶۵ | .۰۸۷ | ۸/۷۹۳ | *** |
| برون‌ریزی خشم <--- | .۵۴۳ | .۰۵۷ | ۹/۵۲۶ | *** |
| صفت خشم <--- | .۴۵۳ | .۰۵۳ | ۱۵/۱۰۰ | *** |
| حالت خشم <--- | .۶۵۴ | .۰۳۰ | ۲۱/۸۰۰ | *** |
| اجتنابی <--- | .۴۳۲ | .۰۱۲ | ۳۶/۰۰۰ | *** |
| وسواسی <--- | .۴۰۵ | .۰۹۱ | -۴/۵۰۱ | *** |
| وابسته <--- | .۲۳۱ | .۰۱۱ | ۲۱/۰۰۰ | *** |
| نمایشی <--- | .۱۳۲ | .۰۱۴ | ۹/۴۲۸ | *** |
| ضداجتماعی <--- | .۳۵۴ | .۰۴۳ | ۸/۲۳۲ | *** |
| خودشیفته <--- | .۴۰۹ | .۰۵۳ | ۷/۷۱۶ | *** |
| مرزی <--- | .۶۵۴ | .۰۶۵ | ۱۰/۰۶۱ | *** |
| اسکیزوتایپال <--- | .۱۲۱ | .۰۰۹ | ۱۳/۴۴۱ | *** |
| اسکیزوتیپد <--- | .۱۰۴ | .۰۰۸ | ۱۳/۰۰۱ | *** |
| پارانویید <--- | .۲۰۹ | .۰۰۱ | ۱۷/۴۱۶ | *** |

پس از بررسی مدل ساختاری و اطمینان از اینکه برازش مدل نیکو است لذا ضرایب بین متغیرها و مسیرها برآورد شد. نتایج برآورد مسیرها در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵. ضرایب رگرسیونی استاندارد مدل ساختاری

| برآورد | مسیر | |
|--------|------|-----------------------|
| ۰/۶۰۲ | <--- | غفلت و بهره‌کشی عاطفی |
| ۰/۷۵۴ | <--- | خشم |
| ۰/۴۴۲ | <--- | غفلت و بهره‌کشی عاطفی |
| -۰/۸۲۱ | <--- | غفلت و بهره‌کشی عاطفی |
| ۰/۹۹۱ | <--- | خشم |
| ۰/۸۲۱ | <--- | خشم |
| ۰/۷۵۴ | <--- | خشم |
| ۰/۹۱۲ | <--- | خشم |
| ۰/۷۰۳ | <--- | اختلالات شخصیت |
| ۰/۷۲۱ | <--- | اختلالات شخصیت |
| ۰/۵۲۱ | <--- | اختلالات شخصیت |
| ۰/۴۲۱ | <--- | اختلالات شخصیت |
| ۰/۶۵۴ | <--- | اختلالات شخصیت |
| ۰/۷۹۰ | <--- | اختلالات شخصیت |
| ۰/۹۰۳ | <--- | اختلالات شخصیت |
| ۰/۴۳۹ | <--- | اختلالات شخصیت |
| ۰/۴۰۳ | <--- | اختلالات شخصیت |
| ۰/۵۶۵ | <--- | اختلالات شخصیت |

جدول ۶. اثرات مستقیم، غیرمستقیم، اثر کل

| اثر کل | اثر غیرمستقیم | اثر مستقیم | مسیر |
|--------|---------------|------------|---|
| | | ۰/۴۴۲ | رابطه غفلت و بهره‌کشی عاطفی و اختلالات شخصیت |
| | | ۰/۶۰۲ | رابطه غفلت و بهره‌کشی عاطفی و خشم |
| | | ۰/۷۵۴ | رابطه خشم و اختلالات شخصیت |
| ۰/۸۹۵ | ۰/۴۵۳ | | خشم میانجی بین بهره‌کشی عاطفی به اختلالات شخصیت |

با توجه به ضرایب رگرسیونی ارائه‌شده در جدول بالا اگر در مسیری این ضریب مثبت باشد می‌توان نتیجه گرفت که بین دو متغیر رابطه مستقیم وجود دارد؛ و اگر این ضریب

منفی باشد نشان‌دهنده رابطه معکوس بین این دو متغیر است. نسبت بحرانی با تقسیم کردن ضرایب رگرسیونی بر خطای استاندارد می‌توان به این نسبت دست‌یافت. باید این ضریب محاسبه‌شده از $1/96$ بیشتر باشد تا این رابطه معنادار باشد؛ و همچنین ستون دیگر این جدول مقدار معناداری را نشان می‌دهد که اگر این مقدار از $0/05$ کمتر باشد رابطه‌ها معنادار هستند. به طوری که در جدول فوق این علامت به صورت $***$ نشان داده شده است که نشان می‌دهد این رابطه با اطمینان $99,9\%$ معنادار می‌باشد. با توجه به جداول بالا می‌توان استنباط کرد که رابطه بین غفلت و بهره‌کشی عاطفی و اختلالات شخصیت دارای ضریب مسیر $0/422$ ؛ و $(p=0/000)$ است. پس فرضیه قابل تأیید می‌باشد؛ و همچنین می‌توان استنباط کرد که رابطه بین اختلالات شخصیت و خشم دارای ضریب مسیر $0/754$ ؛ و $(p=0/00)$ می‌باشد و این ضریب معنادار است. پس فرضیه قابل تأیید می‌باشد. و تأثیر غفلت و بهره‌کشی عاطفی بر خشم دارای ضریب $0/602$ ؛ و $(p=0/000)$ می‌باشد و همچنین تأثیر خشم بر اختلالات شخصیت دارای اثر مستقیم $0/754$ ؛ و $(p=0/000)$ می‌باشد و همچنین تأثیر کل غیرمستقیم آن $0/895$ می‌باشد که در مقایسه با تأثیر مستقیم $0/422$ ، بهره‌کشی عاطفی و غفلت در اختلالات شخصیت به مراتب بیشتر و معنادار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش پیش‌بینی اختلالات شخصیت بر اساس غفلت و بهره‌کشی عاطفی در دوران کودکی با میانجیگری خشم در بیماران مبتلا به فشارخون است که بر اساس یافته‌ها بین اختلالات شخصیت و غفلت و بهره‌کشی عاطفی در دوران کودکی، رابطه وجود دارد. نتایج این یافته‌ها با پژوهشگران زیادی همسو است. در این صورت یانگ فرض کرده است که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ذهنیت طرح‌واره مرکزی دارند که محافظ بی‌تفاوت، کودک‌عصبانی / کودک‌رهاشده (که بعداً به دلیل نقش آزار در شکل‌گیری اختلال به کودک‌رهاشده / آسیب‌دیده تبدیل شد) و والد تنبیه‌گر در ذهنیت کودک تکانشی، فرد به شکل تکانشگرانه‌ای برای رفع نیازهایش عمل می‌کند و به صورت شدیدی خشمگین، تکانشی، خوارکننده و پرتماً می‌باشد. در واقع کودکانی که دارای

والدین بی‌تفاوت یا رهاشده بوده‌اند در ذهنیت خود از روش‌های تکانشگری برای رفع نیازهای خود در آینده استفاده می‌کند و خود موجب شکل‌گیری اختلالات شخصیت می‌شود (آپفلوم، رگالاتو، هرمن، تیتلبوم، گاگلیسی، ۲۰۱۳). در تبیین یافته‌ها می‌توان بیان کرد که وقتی فردی استرس شدیدی در طی دوران کودکی تحمل می‌کند فرد به‌جای اینکه از راهبردهای مؤثر برای تنظیم هیجان‌ات خود استفاده کند، دست به فعالیت‌های تکانشی می‌زند تا رنج روانی خود را کاهش دهد (کونکلین و همکاران، ۲۰۰۶) و علائمی چون بی‌ثباتی عاطفی، روابط آشفته، اشکال در کنترل خشم، تکانشگری، تمایلات خودکشی و رفتارهای آسیب‌به‌خود را از خود نشان می‌دهد که این علائم نمودی از اختلال در هیجان و مشکلات تنظیم هیجانی است؛ و همچنین بین خشم و غفلت و بهره‌کشی عاطفی در دوران کودکی، رابطه وجود دارد، تجربه زیستی هیجانی بخش عمده و مهم زیادی از زندگی روزمره افراد را تشکیل می‌دهد. تجربه هیجانی به‌گونه‌ای خاص می‌تواند نشانگر برخی خصیصه‌ها یا اختلال‌های روانی باشد که در این صورت مشکلات زیادی را برای افراد در بر خواهد داشت (برادی، آدم و لهر، ۲۰۱۰). یکی از زمینه‌های مورد بررسی، رابطه این اختلال‌ها با هیجان‌های مختلف است. هرچند هیجان‌ها می‌توانند باعث سازگاری مطلوب با محیط شوند اما دارای جنبه‌های آسیب‌شناسانه نیز می‌باشند. تکانه‌های هیجانی ناهماهنگ با محیط، نامتناسب با زمینه و با شدت نامتناسب پیامدهای بدی به همراه دارند. درواقع آشفتگی‌های هیجانی در اشکال گوناگون، ویژگی مرکزی آسیب‌شناسی است (روتبرگ، ۲۰۰۷). به‌طور خاص، برخی از والدین تجربیات هیجانی کودک و ابراز هیجانی کودک (مانند: خشم، اضطراب، غم) را نوعی رویداد منفی قلمداد می‌کنند که باید از آن اجتناب کرد. در این صورت، والد نسبت به هیجان‌های کودک بی‌اعتنا می‌شود یا از آن‌ها انتقاد می‌کند، یا تحمل خود را در برابر آن‌ها از دست می‌دهد. این دیدگاه هیجانی منفی، در تعاملات والدین به دیگران نیز منتقل می‌شوند. این سبک از مریگیری هیجانی باعث می‌شود که فرد طرح‌واره‌های هیجانی غیر انطباقی از قبیل کنترل ناپذیری، احساس گناه، بی‌حسی هیجانی، نشخوار فکری درباره هیجان منفی را گسترش

دهد (گاتمن و همکاران، ۱۹۹۶). پژوهش‌های قبلی نشان داده است که توانایی تنظیم هیجان در اوایل زندگی در چارچوب مبادلات هیجانی بین فردی بین مراقبان و کودک گسترش می‌یابد. کیفیت مبادلات هیجانی کودک مراقبت‌کننده عامل مهمی در ظرفیت تنظیم هیجان بزرگ‌سالی است (ها و همکاران، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد که آسیب‌های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی‌های تنظیم هیجانی به شیوه‌ای سالم می‌شود. آسیب‌های دوران کودکی، به‌ویژه آسیب‌های بین فردی تکرار شده بین مراقب و کودک، با اکتساب مهارت‌های تنظیم هیجانی مناسب تداخل می‌کنند (بورنز و همکاران، ۲۰۱۰؛ هبرت و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، استرس‌های مداوم در زندگی کودک، سیستم‌های عصبی مرکزی را که در پاسخ‌دهی به استرس و تنظیم هیجان درگیرند، حساس می‌سازند. (جانگ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین خشم می‌تواند در رابطه بین غفلت و بهره‌کشی عاطفی میانجیگری کند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که لینهان مطرح می‌کند، وقتی افراد در محیط خانوادگی بی‌اعتبار کننده بزرگ می‌شوند به بیماری پذیری زیستی در تنظیم هیجان‌هایشان شکل دادند و این بیماری پذیری زیستی در سوء تنظیم هیجان از راه تعامل با تجارب بی‌اعتبارسازی به پیدایش اختلالات شخصیت کمک می‌کند. در یک محیط بی‌اعتبار کننده به احساسات شخص اهمیت داده نمی‌شود و به آن بی‌توجهی می‌شود یعنی تلاش‌های شخص برای بیان و انتقال احساسات نادیده گرفته می‌شود و یا حتی تنبیه می‌شود (دیویدسون و جانسون، ۲۰۰۷). از سوی دیگر یانگ بیان می‌کند که طرح‌واره‌های ناسازگار احتمالاً هسته اصلی، اختلال‌های شخصیت می‌باشند؛ که اختلال‌های شخصیت با علائمی چون بی‌ثباتی عاطفی، روابط آشفته، اشکال در کنترل خشم، تکانشگری، تمایلات خودکشی و رفتارهای آسیب به خود مشخص می‌شود که این علائم نمودی از اختلال در هیجان و مشکلات تنظیم هیجانی است. برای مثال رفتارهای خودآسیب‌رسان که در این افراد بسیار شایع است، زمانی انجام می‌شود که فرد استرس شدیدی را تجربه کند. در این صورت فرد به‌جای اینکه از راهبردهای مؤثر برای تنظیم هیجان‌ات خود استفاده کند، دست به فعالیت‌های تکانشی می‌زند تا رنج روانی خود را کاهش دهد (کونکلین، برادی و وستن،

۲۰۰۶). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویراست پنجم (دیاستونیک، ۲۰۱۳) نیز نشان می‌دهد که اغلب اختلال‌ها با آشفتگی هیجانی همراه هستند. یکی از هیجان‌های اصلی که کارکرد آسیب‌شناسانه نیز دارد هیجان خشم است. خشم به دلیل بررسی کمتر در پیشینه‌های پژوهشی دارای ابعاد مبهمی است که نیاز به بررسی دارد، با این وجود در دیدگاه‌های جدید این هیجان به‌عنوان نقطه مشترک بسیاری از اختلال‌ها توصیف شده است (کاسلیو-روینریا، ۲۰۱۶). کودک برای اینکه خودش را با شرایط وفق دهد، احساساتش را نادیده می‌گیرد و یا بین خود و نیازهای عاطفی‌اش، فاصله ایجاد می‌کند. این راهبرد مقابله‌ای با وجود اینکه در شرایط ناایمن هیجانی که کودک در آن قرار دارد، انطباقی است اما هنگامی که در طول زمان از آن استفاده شود سبب ضعف آگاهی هیجانی در فرد می‌شود. به همین سبب است که غفلت بیش از دیگر بدرفتاری‌ها، نوجوان را در جایگاه خطر افزایش تنظیم عاطفه مختل شده قرار می‌دهد که این نیز به‌نوبه خود علائم اختلالات درون نمود را به وجود می‌آورد (پولتی و همکاران، ۲۰۱۱).

در پژوهش حاضر با توجه به عدم بررسی عوامل اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی روی متغیرهای پژوهش و همچنین عدم بررسی تفاوت‌های جنسیتی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این عوامل مورد بررسی قرار گیرد و همچنین با توجه به نتایج حاصل شده پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌های آموزشی برای والدین و مربیان و مؤسساتی که در ارتباط با کودک هستند جهت آشنایی با تربیت صحیح کودک برگزار شود و آموزش‌های عمومی برای عوام و اختصاصی برای این بیماران از کودکی تا نوجوانی و همچنین والدین انجام شود. همچنین به والدین مهارت‌های مقابله‌ای با خشم طی کارگاه‌های آموزشی، آموزش داده شود؛ که در این میان نقش رسانه‌های گروهی برای ترویج فرهنگ صحیح فرزند پروری بسیار زیاد است. با عنایت به اینکه کودک آزاری نتایج کوتاه‌مدت و بلندمدتی نظیر ابتلا به اختلال‌های شخصیت دارد این امر می‌تواند به‌عنوان یکی از اولویت‌های بهداشتی درمانی در کشورهای جهان مورد ارزیابی قرار گیرد. لازم است برنامه‌هایی برای یاد دادن

۱۷۰ | مطالعات روان‌شناسی بالینی | سال یازدهم | شماره ۴۴ | پاییز ۱۴۰۰

مهارت‌های زندگی و همچنین قوانینی ضروری برای جلوگیری از بروز کودک‌آزاری در نظر گرفته شود.



منابع

- آرونسون، ای. (۲۰۰۱) *روان‌شناسی اجتماعی*، ترجمه حسین شکرکن، ۱۳۸۹، تهران: رشد
- جلالی نیا، شیرین؛ کسانیان، امیر؛ پیکری، نیلوفر؛ مدیریان؛ میترا؛ قاجاریه، صدف؛ قاسمیان، انوشه؛ احمدوند، علیرضا؛ رضایی، نازیلا (۱۳۹۶) مطالعه چالش‌ها و درس‌های آموخته‌شده از شش دوره اجرایی پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران، *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۲۰(۲):۱۹۴-۱۸۶.
- چراغی، پروین؛ و مهین دوست یگانه، زهره؛ دوستی ایرانی، امین؛ و سنگستانی، مهتا؛ چراغی، زهرا؛ خزلی، مهدی (۱۳۹۴) بررسی شیوع پرفشاری خون و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان، *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۱(۳):۸۶-۷۳.
- سیدمهدوی اقدم میر روح‌الله، علیلو مجید محمود، رضائی امید. (۱۳۹۲) رابطه تجربه انواع مختلف سوء رفتار دوره کودکی و اختلال‌های شخصیت خوشه B. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۴ (۳): ۲۱۰-۲۱۸
- گنجی، مهدی (۱۳۹۲) *اختلالات شخصیت، گنجی، حمزه، آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. تهران: ساوالان. ص ۲۵۸.
- محمود علیلو، مجید؛ هاشمی، تورج؛ بیرامی، منصور؛ بخشی پور، عباس؛ شریفی، امین (۱۳۹۳) مجید بررسی رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی، فقدان‌ها و جدایی‌های اولیه و بدتنظیمی هیجانی با اختلال شخصیت مرزی، *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۱(۲): ۶۵-۸۸
- موسوی هندری، طلیعه؛ محمودعلیلو، مجید؛ مدنی، یاسر (۱۳۹۷) روابط ساختاری کودک‌آزاری و بدتنظیمی هیجانی با نشانه‌های شخصیت مرزی، *مجله روان‌شناسی*، ۲۲(۲): ۲۰۱-۱۸۸.
- نویدی، احد (۱۳۸۵) *تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های خود نظم دهی، سازگاری و سلامت عمومی پسران دوره متوسطه شهر تهران*. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.

Afifi T. O., Mota N., MacMillan H. L., & Sareen J. (2013). Harsh physical punishment in childhood and adult physical health. *Pediatrics*, 132(2), e333-340.

Anderson, E. L., Fraser, A., Caleyachetty, R., Hardy, R., Lawlor, D. A., & Howe, L. D. (2018). Associations of adversity in childhood and risk

factors for cardiovascular disease in mid adulthood. *Child abuse & neglect*, 76, 138-148.

- Apfelbaum, S., Regalado, P., Herman, L., Teitelbaum, J., & Gagliesi, P. (2013). Comorbidity between bipolar disorder and cluster B personality disorders as indicator of affective dysregulation and clinical severity. *Actas espanolas de psiquiatria*, 41(5), 269-278.
- Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, et al. (2004) Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Personal Disord*. 18(2):193–211.
- Bavishi, C., Goel, S., & Messerli, F. H. (2016). Isolated systolic hypertension: an update after SPRINT. *The American journal of medicine*, 129(12), 1251-1258.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Brady, R. E., Adams, T. G., & Lohr, J. M. (2010). Disgust in Contamination-Based Obsessive–Compulsive Disorder: A Review and Model. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1295-1305.
- Braunwald, E., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (2001). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw Hill.
- Cassello Robbins, C., & Barlow, D. H. (2016). Anger: The unrecognized emotion in emotional disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 66-85.
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattane, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC psychiatry*, 17(1), 221.
- Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D. & McCrery, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse Negl*, 63, 106-119
- Clemens, V., Huber-Lang, M., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1510278.
- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 69-77.
- Cullen, F. T., Agnew, R., & Wilcox, P. (2006). *Criminological theory: Past to present: Essential readings*. New York: Oxford University Press.

- Cummings, J. A. (2018). Transformational change in parenting practices after child interpersonal trauma: A grounded theory examination of parental response. *Child abuse & neglect*, 76, 117-128.
- Davidson C, Johnson N. (2007). *Abnormal psychology. 10th Ed. New York: John Wiley. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. England, London: American Psychiatric Association. 2013.
- De Aquino Ferreira, L. F., Pereira, F. H. Q., Benevides, A. M. L. N., & Melo, M. C. A. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: a systematic review. *Psychiatry research*, 262, 70-77.
- Debowska, A.,
- Dokunmu, T. M., Yakubu, O. F., Adebayo, A. H., Olasehinde, G. I., & Chinedu, S. N. (2018). Cardiovascular Risk Factors in a Suburban Community in Nigeria. *International journal of hypertension*, 2018.
- Dube, S. R., & McGiboney, G. W. (2018). *Education and learning in the context of childhood abuse, neglect and related stressor: The nexus of health and education*. *Child abuse & neglect*, 75, 1.
- Ekeberg O, Kjeldsen SE, Eide I, et al. (1990) Childhood traumas and psychosocial characteristics of 50-year old men with essential hypertension. *J Psychosom Res.*34(6):643-9.
- Evans, G. W., & Cassells, R. C. (2014). Childhood poverty, cumulative risk exposure, and mental health in emerging adults. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 287-296.
- Farnworth, Margaret and Michael J. Leiber (1989). *Strain Theory Revised*
- Fouche, A., & le Roux, L. M. (2018). Social workers' views on pre-trial therapy in cases of child sexual abuse in South Africa. *Child abuse & neglect*, 76, 23-33.
- Fry, D., Fang, X., Elliott, S., Casey, T., Zheng, X., Li, J., ... & McCluskey, G. (2018). The relationships between violence in childhood and educational outcomes: a global systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 75, 6-28.
- Gibb BE, Wheeler R, Alloy LB, Abramson LY. Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *J Pers Disord* 2001; (15): 505-11.
- Gilbert L. K., Breiding M. J., Merrick M. T., Thompson W. W., Ford D. C., Dhingra S. S., & Parks S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: An update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(3), 345-349.

- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology, 10*(3), 243.
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Klöckner, C. A., & Jozefiak, T. (2017). Childhood maltreatment, psychopathology and well-being: The mediator role of global self-esteem, attachment difficulties and substance use. *Child abuse & neglect, 70*, 122-133.
- Gunderson JG, Links PS. Borderline personality disorder: a clinical guide. 2nd ed. American Psychiatric Publishing. Inc. 2008; p. 18-20.
- Jackson, Y., Huffhines, L., Stone, K. J., Fleming, K., & Gabrielli, J. (2017). Coping styles in youth exposed to maltreatment: Longitudinal patterns reported by youth in foster care. *Child abuse & neglect, 70*, 65-74.
- Kepple, N. J. (2018). Does parental substance use always engender risk for children? Comparing incidence rate ratios of abusive and neglectful behaviors across substance use behavior patterns. *Child abuse & neglect, 76*, 44-55.
- Klevens, J., Barnett, S. B. L., Florence, C., & Moore, D. (2015). Exploring policies for the reduction of child physical abuse and neglect. *Child abuse & neglect, 40*, 1-11.
- Kline R. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Kumar, M. R., Shankar, R., & Singh, S. (2016). Hypertension among the adults in rural Varanasi: a cross sectional study on prevalence and health seeking behaviour. *Indian Journal of Preventive & Social Medicine, 47*(1-2), 6-6.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect, 39*, 147-155.
- Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., Russell, J., & Correa, J. A. (2012). Using a sibling design to compare childhood adversities in female patients with BPD and their sisters. *Child maltreatment, 17*(4), 318-329.
- Laulik, S., Allam, J., & Browne, K. (2016). Maternal borderline personality disorder and risk of child maltreatment. *Child abuse review, 25*(4), 300- 313.
- Lee, J. H., Kim, S. H., Kang, S. H., Cho, J. H., Cho, Y., Oh, I. Y., ... & Kim, C. H. (2018). Blood Pressure Control and Cardiovascular Outcomes: Real-world Implications of the 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline. *Scientific reports, 8*(1), 13155.

- Leeb R. T., Paulozzi L. J., Melanson C., Simon T. R., & Arias I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*.
- Leeb R. T., Paulozzi L. J., Melanson C., Simon T. R., & Arias I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*.
- Linehan M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: *Guilford Press*. 1993; p. 62-3.
- Martin-Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu-Soler A, Elices M, Perez V, et al. Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2014;55(2):311–318.
- McKelvey, L. M., Selig, J. P., & Whiteside-Mansell, L. (2017). Foundations for screening adverse childhood experiences: Exploring patterns of exposure through infancy and toddlerhood. *Child abuse & neglect*, 70, 112-121.
- Merza, K., Papp, G., & Kuritárné Szabó, I. (2015). The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *The European Journal of Psychiatry*, 29(2), 105-118.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S. E., Grossman, S. D., & Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*. John Wiley & Sons.
- Motlagh, S. F. Z., Chaman, R., Sadeghi, E., & Eslami, A. A. (2016). Self-care behaviors and related factors in hypertensive patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(6).
- Mouhtadi, B. B., Kanaan, R. M. N., Iskandarani, M., Rahal, M. K., & Halat, D. H. (2018). Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors associated with hypertension in Lebanese adults: A cross sectional study. *Global cardiology science & practice*, 2018(1).
- Nikolaidis, G., Petroulaki, K., Zarokosta, F., Tsirigoti, A., Hazizaj, A., Cenko, E., ... & Ajdukovic, M. (2018). Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to violence in 9 Balkan countries: the BECAN study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(1), 1.
- Palmer, D., & Feldman, V. (2017). Toward a more comprehensive analysis of the role of organizational culture in child sexual abuse in institutional contexts. *Child abuse & neglect*, 74, 23-34.
- Patwardhan, I., Hurley, K. D., Thompson, R. W., Mason, W. A., & Ringle, J. L. (2017). Child maltreatment as a function of cumulative family risk: Findings from the intensive family preservation program. *Child abuse & neglect*, 70, 92-99.
- Pelton, L. H. (2015). The continuing role of material factors in child maltreatment and placement. *Child Abuse & Neglect*, 41, 30-39.
- Pelton, L. H. (2015). The continuing role of material factors in child maltreatment and placement. *Child Abuse & Neglect*, 41, 30-39.

- Perugi G, Toni C, Maria, Traversoa Ch., (2003). Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline–bipolar II connection. *J Affect Disord.* 2003; 73(1-2): 87-98.
- Pourshahriar, H., Alizade, H., & Rajaeinia, K. (2018). Childhood Emotional Abuse and Borderline Personality Disorder Features: The Mediating Roles of Attachment Style and Emotion Regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(2), 148-163.
- Prindle, J. J., Hammond, I., & Putnam-Hornstein, E. (2018). Prenatal substance exposure diagnosed at birth and infant involvement with child protective services. *Child abuse & neglect*, 76, 75-83.
- Riley, E. H., Wright, R. J., Jun, H. J., Hibert, E. N., & Rich-Edwards, J. W. (2010). Hypertension in adult survivors of child abuse: observations from the Nurses' Health Study II. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(5), 413-418.
- Rottenberg, J. E., & Johnson, S. L. (2007). *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science*. American Psychological Association.
- Scott, L. N., Wright, A. G. C., Beene, J. E., Lazarus, S. A., Pilkonis, P. A., & Stepp, S. D. (2017). Borderline personality disorder symptoms and aggression: A within-person process model. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 429-440.
- Sharifi A. The guidance of MCMI-III. Tehran: Ravansanji; 2009. (Persian).
- Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F. (2013). Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: The mediating role of anger and depressed mood. *Journal of Adolescence*, 36, 1227-1236.
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: a clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 606-613.
- Solakoglu, O., Driver, N., & Belshaw, S. H. (2018). The effect of sexual abuse on deviant behaviors among Turkish adolescents: the mediating role of emotions. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(1), 24-49.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2TM: Professional manual (2nd Ed.)*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Su, S., Wang, X., Pollock, J. S., Treiber, F. A., Xu, X., Snieder, H., ... & Harshfield, G. A. (2015). Adverse childhood experiences and blood pressure trajectories from childhood to young adulthood: The Georgia stress and Heart study. *Circulation*, 131(19), 1674-1681.

- van der Put, C. E., Assink, M., & van Solinge, N. F. B. (2017). Predicting child maltreatment: A meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child abuse & neglect*, 73, 71-88.
- van Dijke, A., Ford, J. D., van Son, M., Frank, L., & van der Hart, O. (2013). Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with borderline personality disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 217.
- Weder, N., Zhang, H., Jensen, K., Yang, B. Z., Simen, A., Jackowski, A., ... & O'Loughlin, K. (2014). Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(4), 417-424.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., ... & MacLaughlin, E. J. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCN A guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127-e248.
- Willmott, D., Boduszek, D., & Jones, A. D. (2017). What do we know about child abuse and neglect patterns of co-occurrence? *A systematic review of profiling studies and recommendations for future research. Child Abuse & Neglect*, 70, 100-111.
- Witt A., Brown R. C., Plener P. L., Braehler E., & Fegert J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(p), 47.
- World Health Organization (WHO). World health day. 2013 [On Line]. Available From: <http://www.who.int/world-health-day/en/>.

استناد به این مقاله: دهستانی، مهدی، خرامین، مریم. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اختلالات شخصیت بر اساس غفلت و بهره‌کشی عاطفی در کودکان با میانجیگری خشم در بیماران مبتلا به فشارخون، مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۴۴)، ۱۴۱-۱۷۷.

DOI: 10.22054/JPE.2021.52860.2175



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی