



The Role of Mediating Emotional Dysregulation in The Relationship between Early Childhood Misbehavior and Major Depression in Adulthood Women Referring to Medical Centers and Counseling in Tabriz

Mikaeil Hossein Zadeh^{1*}, Mehdi Dehestani², Mehdi Sahragard³

1- Ph.D, Department of Psychology, Nabi Akram Non-Profit Institute, Tabriz, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Citation: Hossein Zadeh, M., Dehestani, M., & Sahragard, M. (2021). The role of mediating emotional dysregulation in the relationship between early childhood misbehavior and major depression in adulthood women referring to medical centers and counseling in Tabriz. *Clinical Psychology Achievements*, 7(2), 23-40.

Abstract

This study aimed to investigate the mediating role of emotional dysregulation in the relationship between early childhood misbehavior and major depression in adulthood of women referred to clinical and counseling centers in Tabriz city. The method of this research was descriptive and based on the mediation model. The statistical population was women with severe depression in Tabriz city who had been referred to medical and counseling centers and received the diagnosis for this disorder. Among them, a sample was selected by non-random sampling method, and Beck Depression Test (BDI-II) was used for accurate diagnosis. And after confirming the said disorder, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and Difficulty Emotional Regulation Scale (DERS) were administered to the selected sample. After collecting the data, using SPSS.26 and AMOS.26 software, the first to fourth hypotheses were analyzed using path analysis. The results obtained from the path analysis showed that the total path coefficient between trauma and depression, emotion dysregulation and depression, and trauma and emotion dysregulation ($\beta=0.333$, $p < 0.01$) was positive and significant at the 0.01 level. The use of Baron and Kenny's formula also showed that the coefficient of the indirect path between trauma and depression through emotional dysregulation was positive and significant at the 0.01 level ($P < 0.01$, $\beta = 0.199$). It was concluded that emotion dysregulation positively and significantly mediates the effect of trauma on depression. However, because the trauma was significantly and directly related to depression, this mediation was partial.

Keywords: depression, early childhood misbehavior, emotional dysregulation, trauma

* **Corresponding Author:** Mikaeil Hossein Zadeh

E-mail: ehsan.7431@gmail.com





نقش میانجی‌گری بدتنظیمی هیجانی در رابطه بین بدررفتاری در اوان کودکی و افسردگی اساسی در بزرگسالی زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مشاوره شهر تبریز

میکائیل حسین‌زاده^{۱*}، مهدی دهستانی^۲، مهدی صحراگرد^۳

- ۱- دکتری روان‌شناسی، مؤسسه غیرانتفاعی نبی‌اکرم(ص)، تبریز، ایران
- ۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
- ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

چکیده

هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی‌گری بدتنظیمی هیجانی در رابطه بین بدررفتاری در اوان کودکی و افسردگی اساسی در بزرگسالی زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مشاوره شهر تبریز بود. روش این پژوهش از نوع توصیفی و مبتنی بر مدل میانجی‌گری بود و جامعه آماری آن زنان دارای افسردگی اساسی شهر تبریز که به مراکز درمانی و مشاوره مراجعه و تشخیص این اختلال را دریافت کرده بودند بود و از میان این جامعه آماری، نمونه‌ای به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و برای تشخیص‌گذاری دقیق از تست افسردگی بک (BDI-II) استفاده و پس از تأیید ابتلا به اختلال مذکور، پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی (CTQ) و مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS)، بر روی نمونه انتخابی اجرا و داده‌های حاصله پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS.26 و AMOS.26 فرضیه‌های اول تا چهارم با استفاده از تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل مسیر نشان داد که ضریب مسیر کل بین تروما و افسردگی، بین بدتنظیمی هیجان و افسردگی همچنین بین تروما و بدتنظیمی هیجان ($\beta=0/333, p<0/01$) مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است. استفاده از فرمول بارون و کنی نیز نشان داد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین تروما و افسردگی از طریق بدتنظیمی هیجان مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است ($\beta=0/199, p<0/01$). چنین نتیجه‌گیری شد که بدتنظیمی هیجان اثر تروما بر افسردگی را به‌صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. بااین‌حال چون تروما به‌طور معنی‌دار و مستقیم با افسردگی ارتباط دارد این میانجی‌گری از نوع جزئی است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، بدررفتاری اوان کودکی، بدتنظیمی هیجانی، تروما

مقدمه

به دنبال تغییرات بنیادین و سریع حال حاضر، جهان شاهد تغییرات عمده در اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی است به گونه‌ای که بیماری‌های روانی در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ زودرس هستند (هاشمی نظری، خسروی، فقیه‌زاده و اعتمادزاده، ۱۳۸۶). شیوع بالای این بیماری‌ها و ناتوانی طولانی‌مدت و مزمن همراه آنها باعث شناخته شدن این مشکلات در تمامی جوامع بشری به عنوان یک اولویت بهداشتی است چراکه موجب افت قابل ملاحظه‌ای در عملکرد شغلی، تحصیلی، اجتماعی و یا خانوادگی انسان شده و یا آرامش درونی او را به طور بارزی برهم می‌ریزد (شریعتی، یونسین و واش، ۱۳۸۶). اختلالات خلقی (که گاهی اختلالات عاطفی نیز نامیده می‌شود) طبقه مهمی از بیماری‌های روان‌پزشکی هستند. خلق را با صفت‌های گوناگونی توصیف می‌نمایند: افسرده، غمگین، تهی، ملانکولیک، ناراحت، تحریک‌پذیری سلول، بالا، سرخوش، مانیک، شاد، و صفات زیادی که همگی ماهیتشان توصیفی هست. خلق (mood) حال و هوای احساسی یا هیجانی نافذ و پایداری است که رفتار و درک فرد از جهان را تحت تأثیر می‌دهد. عاطفه (affect) به تظاهر بیرونی خلق اطلاق می‌شود. خلق می‌تواند بی‌ثبات بوده و سریعاً بین قطب‌های مخالف (غم و شادی) نوسان دارد. دیگر نشانه‌ها و علائم اختلالات خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و کارکردهای نباتی (از قبیل خواب، فعالیت جنسی، و سایر نظم‌های زیستی). تغییرات خلقی تقریباً همیشه باعث اختلال در کارکردهای بین‌فردی، اجتماعی و شغلی بیمار می‌شود. اختلالات خلقی شایع‌اند (Sadock et al., 2018). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، افسردگی (depression) نوعی احساس غم مداوم و عدم علاقه به فعالیت‌هایی است که افراد به طور طبیعی از انجام آن لذت می‌برند (World Health Organization, 2017). در جدیدترین مطالعات، اختلال افسردگی اساسی (major depressive disorder) در بین اختلالات روان‌پزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را داشته است. شیوع طول عمر افسردگی اساسی ۵ تا ۱۷ درصد است. تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها دیده شده که شیوع افسردگی اساسی در زنان دوبرابر مردان است (Sadock et al., 2018). سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد تا سال (۲۰۱۵) میلادی، آمار جهانی مبتلایان به افسردگی، با ۱۸/۴ درصد افزایش در مقایسه با سال (۲۰۰۵) به ۳۲۲ میلیون نفر رسید. این آمار زنگ خطری برای همه کشورهای است تا در رویکردهای خود نسبت به بهداشت و سلامت روانی تجدیدنظر کرده و با فوریت به درمان آن اقدام کنند. کاهش و افت بهره‌وری مربوط به افسردگی اغلب بار مالی زیادی ایجاد می‌نماید به طوری که طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، هزینه سالانه مقابله با آثار آن یک تریلیون دلار برآورد شده است. براساس پیش‌بینی‌ها در کشورهای توسعه‌یافته حدود نیمی از مردم به افسردگی مبتلا هستند هرچند بسیاری از آنها روند تشخیص و مداوا را طی نکرده‌اند. آمار این افراد در کشورهای کمتر توسعه‌یافته به ۸۰ تا ۹۰ درصد می‌رسد. براساس اعلام سازمان جهانی بهداشت هر دلاری که در بهبود روند درمان سرمایه‌گذاری کنند ۴ دلار در روند بهره‌وری و سلامت بهتر صرفه‌جویی می‌شود (World Health Organization, 2017). افسردگی هنگامی به یک مشکل جدید بدل می‌شود که بعد از گذشت هفته‌ها هیچ بهبودی در وضعیت روانی فرد قابل مشاهده نیست (Townsend et al., 2019).

خانواده یک نظام اجتماعی است که در آن گروهی از افراد به سبب ازدواج، تولیدمثل و پرورش فرزندان در حال زندگی با همدیگر هستند. این سازمان اجتماعی در طول تاریخ نقشی حیاتی در رشد و پیشرفت و اجتماعی شدن انسان داشته و خانواده زمینه‌ساز رشد و تعادل جسمی، روانی و اجتماعی انسان است (موسوی، ۱۳۸۹) عوامل و روابط خانوادگی تأثیر بسیار مهم و حیاتی بر شخصیت کودک دارند به گونه‌ای که به یکی از مهم‌ترین عوامل خانوادگی مؤثر بر سلامت روانی افراد، روابط و تعاملات والد-فرزندی و شیوه‌های فرزندپروری هست (De Kazdin & Whitley, 2006). از شایع‌ترین و پیچیده‌ترین مسائل روانی-اجتماعی جامعه امروزی کودک‌آزاری است. (Los Reyes & Kazdin, 2006).

تجربه‌های ناگوار دوران کودکی، آثار و پیامدهای درازمدت و ناخوشایندی در زمینه تحول و سازگاری شخصیت کودک در دوران بزرگسالی برجا می‌گذارد (Anda et al., 2006). این پدیده در جوامع مختلف دارای طیف گسترده‌ای بوده و از شدت و ضعف برخوردار بوده و در مجموع کودک‌آزاری به راه‌های گوناگونی از جمله کار، بهره‌کشی، آزار و اذیت کودکان به‌وسیله پدر و مادر، یا ناپدری و نامادری، نابرداری و ناخواهری، نظام آموزشی ناکارآمد و ... مشخص شده است (Windham & Rosenberg, 2004). بدرفتاری (misbehavior) با کودکان یک مشکل گسترده بین‌المللی است و پیامدهای ناشی از آن با هم تفاوت دارند (li & zabin, 2012) بدرفتاری با کودک اصطلاحی عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک‌آزاری (child abuse)، غفلت (neglect)، آزار جسمی (physical abuse)، آزار جنسی (sexual abuse)، بی‌توجهی (carelessness)، آزار هیجانی (emotional abuse) و به‌تازگی خشونت خانوادگی (family violence) کاربرد دارد (Bücker et al., 2012). کودک‌آزاری روی کودکان از هر نژاد، رنگ، طبقه اجتماعی و مذهب چشمگیر بوده، بر تمامی سنین (پیش از تولد، نوزادی، کودکی، نوجوانی، جوانی و بزرگسالی) تأثیر دارد (Branco et al., 2010). تحقیقات گسترده‌ای نشان داده که هر نوع بدرفتاری در دوران کودکی با پیامدهای منفی بزرگسالی رابطه داشته و کودک‌آزاری به هر شکلی که انجام شود با توجه به نوع، شدت، مدت و فراوانی، به اختلالات و آسیب‌های روانی منجر خواهد شد (Lansford et al., 2002). کودک‌آزاری و پیامدهای آن بخش زیادی از مطالعات و پژوهش‌های کشورهای مختلف را به خود اختصاص داده به‌نحوی که از سال ۱۹۹۰ به بعد، روان‌شناسان، جامعه‌شناسان، پزشکان، روان‌پزشکان، و مددکاران اجتماعی سالانه بیش از ۵۰۰ مقاله در رابطه با موضوع کودک‌آزاری منتشر کرده‌اند که این پژوهش‌ها خود شاهدی بر اهمیت موضوع است (Bornner & Walker, 1999). در کنار مکانیسم‌های شناختی، مکانیسم‌های هیجانی نیز می‌توانند به دنبال بدرفتاری‌های روان‌شناختی از راه‌های گوناگونی که مهم‌ترین آنها اختلال در رشد مهار تنظیم هیجان‌هاست باعث ایجاد علایم روان‌شناختی به‌ویژه افسردگی در بزرگسالی شود (Coates & Messman-Moore, 2014). تحقیقات نشان داده‌اند که عملکرد والدین بر شکل‌گیری افکار، رفتار و هیجانات کودکان تأثیری معنادار دارد. براساس مدل آسیب‌پذیری-استرس در آسیب‌شناسی روانی، پژوهش‌های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به منزله عوامل زمینه‌ساز آسیب‌پذیری فرد بررسی کرده‌اند (Harris & Curtin, 2002). هرچند در کشور ما تاکنون پژوهش جامع و گسترده‌ای درباره رفتار کودک‌آزاری انجام نشده ولی بررسی‌های انجام شده شیوع بالای این رفتار را در بین خانواده‌های ایرانی نشان می‌دهد (خوشایبی و همکاران، ۱۳۸۶؛ زهرابی‌مقدم و همکاران، ۱۳۹۱؛ میری و همکاران، ۱۳۸۴؛ ویژه فعال و همکاران، ۱۳۸۶). نتایج پژوهش ریڈل و همکاران (Radell et al., 2021) با عنوان مروری کلی به آزار جسمی، روانی و جنسی و تأثیر روانی آنها بر قربانیان نشان داد که سواستفاده موجب آسیب‌پذیری انواع مشکلات روحی و جسمی است و سواستفاده روانی به‌شدت با افسردگی ارتباط دارد. روشن است که کودک‌آزاری بر کیفیت زندگی (Jud et al., 2013) سلامت جسمی (Hussey et al., 2006؛ Lanier et al., 2010)، سلامت روانی (Springer et al., 2007؛ Schilling et al., 2007؛ Fergusson et al., 2008؛ Kumar et al., 2020؛ Moran et al., 2004؛ Dube et al., 2003؛ Topitzes et al., 2007) و سلامت رفتاری قربانی (al., 2007) و سلامت رفتاری قربانی (al., 2007؛ Thompson et al., 2002؛ Moran et al., 2004؛ Dube et al., 2003؛ Topitzes et al., 2007) پیامدهای منفی برجای می‌گذارد. روان‌شناسی سلامت در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نحوه مواجهه با تنیدگی و چالش‌های زندگی در بهبود وضعیت سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی افراد قائل شده و یکی از بهترین شیوه‌ها را تقویت پاسخ‌های مقابله‌ای و توانمندی‌های شناختی آنان اعلام می‌کند (Alloy & Riskind, 2006) توانایی سازگاری افراد در رویارویی با تنیدگی، مشکلات زندگی شخصی و معضلات اجتماعی برابر نیست. در محیط مشابه اجتماعی بعضی اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش‌برانگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و دچار افسردگی، اضطراب، استرس، رفتارهای ضداجتماعی و خودکشی می‌شوند، درحالی‌که عده‌ای

دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیت‌ها برآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف کرده یا آن را پشت سر بگذارند. هر اندازه چنین ظرفیتی بالاتر یا بیشتر باشد به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی و اجتماعی خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه مثبت، سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات خویش اقدام کند (Ingram et al., 1998). تنظیم هیجانی نقش مهمی در زندگی افراد داشته و تنظیم هیجانی شامل فرایندهای درونی و بیرونی هست که برای تعدیل هیجانات مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین تنظیم هیجانی دامنه گسترده‌ای از پاسخ‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیک را در برمی‌گیرد. در تنظیم هیجان افراد تلاش می‌کنند که بر نوع هیجان و نحوه تجربه و بیان آن و شدت فرایندهای رفتاری یا جسمانی آن تأثیر داشته باشند (Garnefski, & Kraaij, 2006) تنظیم مؤثر و مناسب هیجانات، پیش‌بینی‌کننده سازگاری مثبت است (Gross, 2002) تنظیم هیجان با بهزیستی و سلامت روان بالا ارتباط دارد (Gross & Thompson, 2007). تجربه هیجان بدون تردید مهم‌ترین جنبه از زندگی روزانه ماست، هیجان‌ها تمایلات موقعیت-پاسخ شامل حالت‌های احساسی، الگوی ادراک، پردازش اطلاعات و واکنش‌های فیزیولوژیکی و تعاملی است که در پاسخ به چالش‌های فیزیکی و اجتماعی ویژه به وقوع می‌پیوندد (Noah et al., 2016) تنظیم هیجان اشاره دارد به توانایی تنظیم، ارزیابی، درک و اصلاح واکنش‌های هیجانی در یک رفتاری که برای عملکرد سازشی مفید هست (Gross & Thompson, 2007). دشواری در تنظیم هیجان (بدتنظیمی هیجان) باعث به‌کارگیری راهبردهای سازش‌نا یافته برای پاسخ‌دهی به هیجان‌ها می‌شود. عدم‌پذیرش پاسخ هیجانی، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجه با آشفتگی‌های هیجانی، عدم وضوح هیجانی، دسترسی محدود به راهبردها و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه‌ای از این راهبردها هستند (Tull et al., 2009). از آنجایی که تعریف تنظیم هیجانی شامل مدیریت رفتار علاوه بر تنظیم تجربه هیجان است روشن است که دشواری در تنظیم هیجان فقط شامل فرایندهای عاطفی نیست بلکه فرایندهای شناختی را نیز در برمی‌گیرد. زیرا توانایی شناختی موجب شکل‌گیری زندگی هیجانی در انسان می‌شود (Berenbaum et al., 2003). در واقع رشد توانایی‌های کودک برای درک و مدیریت هیجان‌های خود به‌شدت به حمایت مراقبت‌کننده و پاسخگویی وی به نیازهای کودک مرتبط است (Vilhena-Churchill et al., 2014). مراقبت‌کننده پاسخگو به کودک کمک می‌کند که یاد بگیرد ناکامی را تحمل نماید و همچنین به رشد راهبردهای مناسب برای مقابله با موقعیت‌های پریشان‌کننده کمک می‌کند (Coates & Messman-Moore, 2014) از سوی دیگر بی‌توجهی مراقبت‌کننده یا تجربه بدرفتاری از سوی وی تأثیرات منفی قابل‌توجهی بر رشد تنظیم هیجان‌ها دارد که می‌تواند زمینه آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی را ایجاد کند (Vilhena-Churchill et al., 2014) به عبارت دیگر ممکن است افسردگی به دلیل عدم تنظیم هیجانات منفی مانند غمگینی و ناامیدی یا شاید به دلیل استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه مانند اجتناب هیجانی ایجاد گردد (Coates & Messman-Moore, 2014). برخی مطالعات پیشنهاد می‌دهند که دو مکانیسم، تمرکز بر طرح‌واره‌های شناختی و اختلال در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند مسیرهای نویددهنده‌ای برای مطالعه در زمینه ارتباط بین افسردگی و بدرفتاری‌های روان‌شناختی در دوران کودکی باشد (Coates & Messman-Moore, 2014). باتوجه به بحث مطرح شده هدف این پژوهش بررسی تعیین نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین بدرفتاری اوان کودکی و نشانه‌های افسردگی اساسی در بزرگسالی زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مشاوره شهر تبریز بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر با عنوان نقش میانجی‌گری بدتنظیمی هیجانی در رابطه بین بدرفتاری در اوان کودکی و افسردگی اساسی در بزرگسالی زنان شهر تبریز و از نوع توصیفی و مبتنی بر مدل میانجی‌گری بود و جامعه آماری آن زنان دارای افسردگی اساسی شهر تبریز که به مراکز درمانی و مشاوره مراجعه و تشخیص این اختلال را دریافت کرده بودند بود و از

میان این جامعه آماری نمونه‌ای به تعداد حدود ۲۳۹ نفر با استفاده از جدول مورگان و با توجه به حجم جامعه آماری و به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و برای تشخیص‌گذاری دقیق از تست افسردگی بک استفاده و پس از تأیید ابتلا به اختلال مذکور، پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی (CTQ) برنستاین و همکاران (Bernstein et al., 2003) و مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی گراتز و رومر (Gratz & Roemer, 2004) بر روی نمونه انتخابی اجراء و داده‌های حاصله پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS.26 و AMOS.26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این پرسش‌نامه توسط Bernstein و همکاران در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسش‌نامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی است. این پرسش‌نامه هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل استفاده است. این پرسش‌نامه پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارت‌اند از سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، و غفلت عاطفی و جسمی. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسش‌نامه بکار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند بکار می‌رود. در پژوهش برنستاین و همکاران (Bernstein et al., 2003) ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (Bernstein et al., 2003). در ایران محمودنژاد و همکاران (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ نسخه اصلی این پرسش‌نامه برای خرده‌مقیاس‌های خرده‌مقیاس‌های آزار جنسی (۰/۵۸)، آزار جسمی (۰/۶۳)، آزار عاطفی (۰/۷۱)، غفلت جسمانی (۰/۴۵) و غفلت هیجانی (۰/۸۰). همچنین ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

توجه: در این پژوهش به دلیل بار فرهنگی، سؤال‌های سوءاستفاده جنسی حذف شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک (ویرایش دوم) (Beck Depression Inventory-II): پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) یک ویرایش از پرسش‌نامه افسردگی و یک شاخص خود-گزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی است (Beck et al., 1966) این ویرایش به منظور هماهنگی بیشتر با ملاک شخصیتی برای دوره افسردگی عمده در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) گسترش یافت. همچنین BDI-II در تعدادی از کشورها و فرهنگ‌ها اعتباریابی و ترجمه شده است (Al-Musawi, 2001)؛ (Ghassemzadeh et al., 2005). بک و همکاران (Beck et al., 1966) ویرایش دوم ابزار BDI-II را منتشر کردند که تعدادی از ماده‌ها بر اساس شباهت زیاد با ملاک افسردگی عمده در DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) تجدیدنظر شدند. این ابزار یک شاخص ۲۱ ماده‌ای از نشانه‌های خود-گزارشی افسردگی است که برای نوجوانان و بزرگسالان استفاده می‌شود. همچنین چهارچوب زمانی نشانه برای BDI II-همهانگ با ملاک موقتی DSM-IV برای اختلال افسردگی عمده یک تا دو هفته است (ویلسون ون وورهایس و بلامتریت، ۲۰۰۰).

اجرای پرسش‌نامه به صورت فردی است و از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا میزان افسردگی خود را در پرسش‌نامه بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای از "صفر" (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا "۳" (افسردگی شدید) درجه‌بندی کنند. نمره کل BDI-II با جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید (از صفر تا ۶۳) که نمره بالاتر بیانگر افسردگی بیشتر است

(رجبی و همکاران، ۱۳۸۰). مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسش‌نامه افسردگی بک‌ویرایش دوم BDI-II در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. برای مطالعه فرم ایرانی BDI-II به‌وسیله رجبی و همکاران (۱۳۹۱) از روش همسانی درونی استفاده شد. مقدار ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ برای عامل‌های اول ۰/۸۴ و دوم ۰/۷۸ هست بنابراین یافته‌ها حاکی از اعتبار رضایت‌بخش پرسش‌نامه افسردگی ایرانی بک‌ویرایش فارسی BDI-II بود. در پژوهش طاهری‌تنجانی و همکاران (۱۳۹۳) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مناسب ارزیابی و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده بالای ۰/۷۰ برآورد شد. نمره‌های به‌دست آمده را جمع کرده و سپس براساس جدول زیر قضاوت کنید.

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۰	۳۱/۵	۶۳

نمره بین ۰ تا ۲۱: میزان افسردگی افراد در حد پایینی هست.

نمره بین ۲۱ تا ۴۲: میزان افسردگی افراد در حد متوسطی هست.

نمره بالاتر از ۴۲: میزان افسردگی افراد در حد بالایی هست.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale): پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان توسط گراتز و رومر (Gratz and Roemer) در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است. این پرسش‌نامه یک مقیاس ۳۶ سؤالی است که الگوهای تنظیم هیجان را در قالب شش خرده‌مقیاس (عدم‌پذیرش، پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجانی، و کمبود صراحت هیجانی) می‌سنجد و بیش از هر چیز بر مشکلات در تنظیم هیجان تأکید دارد (مظلوم و همکاران، ۱۳۹۳). Gratz and Roemer پایایی این پرسش‌نامه را براساس بازآزمایی، ۰/۸۸ و همسانی درونی مقیاس را براساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. پایایی نسخه فارسی این مقیاس را براساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند و داده‌های حاصل از همبستگی این مقیاس با مقیاس هیجان‌خواهی زاگرم‌ن نیز روایی همگرایی مقیاس را تایید کرده است. در پژوهش (مظلوم و همکاران، ۱۳۹۳) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۷۵ به‌دست آمد. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که مشخص کنند هر عبارت چقدر در مورد آن‌ها کاربرد دارد. پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از یک تا پنج قرار می‌گیرد: تقریباً هرگز: نمره ۱ گاهی اوقات: نمره ۲ تقریباً نیمی از اوقات: نمره ۳ بیشتر اوقات: نمره ۴ تقریباً همیشه: نمره ۵.

یافته‌ها

پژوهش حاضر به دنبال «پیش‌بینی افسردگی براساس ترومای کودکی با میانجی‌گری بدتنظیمی هیجان» بود. ابتدا متغیرها توصیف و پیش‌فرض‌های استفاده از رگرسیون چندمتغیری بررسی شدند. فرضیه‌های پژوهش با استفاده از تحلیل میانجی‌گری با روش بارون-کنی آزمون شدند. تمام محاسبات با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و AMOS 26 آزمون شدند. یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در جدول زیر ارائه شده است.

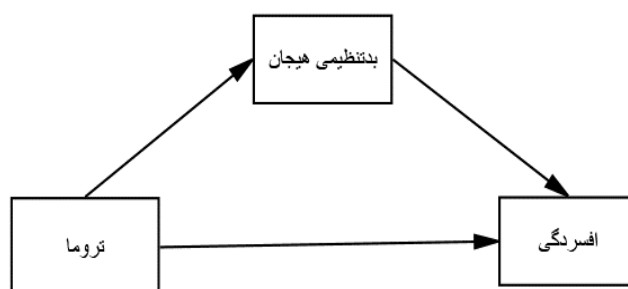
جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
بدتنظیمی هیجانی-عدم‌پذیرش	۱۷/۱۷	۴/۶۳	۰/۶۳
بدتنظیمی هیجانی-پاسخ‌های هیجانی	۱۹/۹۹	۳/۹۸	۰/۶۴
بدتنظیمی هیجانی-اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف	۱۵/۶۴	۳/۴۹	۰/۵۰
بدتنظیمی هیجانی-مشکلات کنترل تکانه	۱۴/۸۸	۳/۲۴	۰/۳۸
بدتنظیمی هیجانی-کمبود آگاهی هیجانی	۱۵/۹۷	۳/۲۳	۰/۴۸
بدتنظیمی هیجانی-محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجانی	۱۴/۷۰	۲/۶۰	۰/۱۷
بدتنظیمی هیجانی-کمبود صراحت هیجانی	۱۴/۷۰	۲/۶۰	۰/۱۷
بدتنظیمی هیجانی-نمره کل	۹۸/۳۴	۱۵/۸۹	۰/۸۵
تروما-آزار عاطفی	۵/۳۵	۱/۷۰	۰/۳۲
تروما-آزار جسمانی	۶/۸۸	۲/۱۳	۰/۲۶
تروما-غفلت عاطفی	۱۴/۱۶	۴/۲۴	۰/۵۲
تروما-غفلت جسمانی	۹/۲۷	۲/۹۱	۰/۳۰
تروما-نمره کل	۴۲/۲۴	۸/۴۸	۰/۷۳
افسردگی-نمره کل	۱۳/۰۰۱	۷/۸۷	۰/۸۲

جدول ۱ علاوه بر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که براساس آن ضرایب آلفای کرونباخ همه متغیرها و مؤلفه‌ها نزدیک یا بالاتر از ۰/۷ است. این موضوع بیانگر آن است که گویه‌های پرسش‌نامه‌های به‌کار گرفته شده برای سنجش متغیرهای پژوهش حاضر از همسانی درونی قابل قبولی برخوردارند.

آزمون فرضیه‌های تحقیق

مدل مفهومی زیر مورد آزمون قرار گرفت:



شکل ۱. مدل مفهومی تحلیل مسیر میانجی‌گری رابطه ترومای کودکی با افسردگی از طریق بدتنظیمی هیجان

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل مفهومی پژوهش

شاخص‌های برازندگی	مدل اندازه‌گیری اصلاح شده	نقطه برش	نتیجه
مجذور کای	۲۶۵/۵۳	-	
درجه آزادی مدل	۱۲۷	-	
χ^2/df	۲/۰۹۱	کمتر از ۳	تأیید
GFI	۰/۹۰۷	۰/۹۰ >	تأیید
AGFI	۰/۸۷۵	۰/۸۵۰ >	تأیید
CFI	۰/۹۱۶	۰/۹۰ >	تأیید
RMSEA	۰/۰۷۹	۰/۰۸ <	تأیید

جدول ۲ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی به‌دست‌آمده از برازش قابل‌قبول مدل اندازه‌گیری اولیه با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند. پس از اطمینان از برازش مطلوب مدل اندازه‌گیری در مرحله بعد شاخص‌های برازندگی مدل مفهومی تحلیل مسیر برآورد و مورد ارزیابی قرار گرفت. در مدل تحلیل مسیر چنین فرض شده بود که تروما به‌صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری بدتنظیمی هیجان بر افسردگی اثر دارد. نتایج نشان داد که مدل مفهومی تحلیل مسیر با داده‌های گردآوری شده برازش قابل‌قبول دارد. جدول ۴-۵ ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیر میان متغیرهای مشاهده‌شده در مدل

متغیرهای علی	ضرایب مسیر	بدتنظیمی هیجان	افسردگی
	مستقیم	۰/۶۰۷**	۰/۳۳۳**
تروما	غیرمستقیم	-	۰/۱۹۹
	کل	**۰/۶۰۷	**۰/۱۳۴
	مستقیم	-	۰/۳۲۸**
بدتنظیمی هیجان	غیرمستقیم	-	-
	کل	-	۰/۳۲۸**

فرضیه اول: تروما بر افسردگی زنان در بزرگسالی اثر دارد. جدول فوق نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل میان تروما و افسردگی ($\beta=۰/۳۳۳, p < ۰/۰۱$) مثبت و در سطح $۰/۰۱$ معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه اول نتایج نشان داد که تروما به‌صورت مثبت و معنادار بر افسردگی اثر دارد. **فرضیه دوم:** بدتنظیمی هیجان بر افسردگی زنان در بزرگسالی اثر دارد. جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین بدتنظیمی هیجان و افسردگی ($\beta=۰/۳۳۳, p < ۰/۰۱$) مثبت و در سطح $۰/۰۱$ معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه دوم چنین نتیجه‌گیری شد که بدتنظیمی هیجان به‌صورت منفی و معنادار بر افسردگی اثر دارد. **فرضیه سوم:** تروما بر بدتنظیمی هیجان اثر دارد. جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین تروما و بدتنظیمی هیجان ($\beta=۰/۶۰۷, p < ۰/۰۱$) مثبت و در سطح $۰/۰۱$ معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه سوم چنین نتیجه‌گیری شد که تروما به‌صورت مثبت و معنادار بر بدتنظیمی هیجان اثر دارد. **فرضیه چهارم:** تروما با میانجی‌گری بدتنظیمی هیجان بر افسردگی زنان در بزرگسالی اثر دارد.

استفاده از فرمول بارون و کنی نشان داد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین تروما و افسردگی از طریق بدتنظیمی هیجان مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است ($\beta=0/199, P < 0/01$). بدین ترتیب در آزمون فرضیه چهارم چنین نتیجه‌گیری شد که بدتنظیمی هیجان اثر تروما بر افسردگی را به صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. با این حال چون تروما به طور معنی‌دار و مستقیم با افسردگی ارتباط دارد این میانجی‌گری از نوع جزئی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گری بدتنظیمی هیجانی در رابطه بین بدرفتاری در اوان کودکی و افسردگی اساسی در بزرگسالی زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مشاوره شهر تبریز بود و تلاش گردید تا با استفاده از ابزارهای پژوهش سهم بدتنظیمی‌های هیجانی و بدرفتاری‌های اوایل کودکی در بروز اختلال افسردگی اساسی مورد بررسی قرار گیرد. فرضیه اول: بدرفتاری اوان کودکی (تروما) بر افسردگی در بزرگسالی زنان اثر دارد. نتایج به دست آمده از تحلیل مسیر نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل میان تروما و افسردگی مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه اول نتایج نشان داد که تروما به صورت مثبت و معنادار بر افسردگی اثر دارد. که با این یافته فرضیه اول تأیید می‌شود. این یافته با یافته‌های (Trent et al. (2019؛ Schilling et al. (2007؛ Mancini et al. (1995؛ مشرفیان دهکردی (۱۳۹۶)؛ رستمی و همکاران (۱۳۹۳)؛ میکائیلی و زمانلو (۱۳۹۱)؛ راهب و همکاران (۱۳۸۸)؛ لعلی و عابدی (۱۳۸۷)؛ بهرامی و طاهباز (۱۳۸۶) همسو می‌باشد. (Trent et al. (2019) اعلام نمودند که قرار گرفتن در معرض رفتارهای تهدیدآمیز والدین در دوران کودکی، نوجوانان را بیشتر در معرض خطر افسردگی قرار می‌دهد. با این حال ارتباط بین رفتارهای تهدیدآمیز والدین و علائم افسردگی در بیماران بستری در معرض ضربه و عوامل بالقوه‌ای که باعث تشدید اثرات مضر چنین فرزندپروری می‌شوند هنوز کشف نشده است. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت با توجه به افزایش حساسیت عمومی در مورد تنبیه جسمانی، احتمالاً خانواده‌ها کمتر به تنبیه و بدرفتاری بدنی متوسل می‌شوند. در عوض کودکان بیشتر در معرض بدرفتاری کلامی، تحقیر و خشونت عاطفی قرار می‌گیرند. علاوه بر این به نظر می‌رسد، اغلب خانواده‌ها نیازهای جسمی فرزندان خود از قبیل خوراک و پوشاک را در حد توان خویش تأمین می‌نمایند لذا وقوع غفلت جسمی خیلی زیاد نیست. اما ممکن است نسبت به نیازهای عاطفی و روانی فرزندان خود بی‌توجه باشند که باعث افزایش غفلت عاطفی می‌گردد. فرضیه دوم: بدتنظیمی هیجان بر افسردگی در بزرگسالی زنان اثر دارد. یافته‌های تحلیل مسیر نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین بدتنظیمی هیجان و افسردگی مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه فرعی چهارم چنین نتیجه‌گیری شد که بدتنظیمی هیجان به صورت منفی و معنادار بر افسردگی اثر دارد. این یافته نیز فرضیه دوم را تأیید می‌کند. یافته‌های تحقیق حاضر با نتایج به دست آمده از تحقیقات (Showers et al. (2006؛ Coohy (2006؛ Guterman & Lee (2005؛ Taylor (2005؛ Ireland et al. (2002؛ Margolin (2000؛ Erickson et al. (1998؛ Wodarski et al. (1990؛ Pollack et al. (2000؛ کودکانی که از لحاظ جسمی و روانی مورد غفلت واقع شده‌اند، نسبت به همسن و سالان خود، مشکلات درخور توجهی در سازگاری شخصی و رفتارهای پرخطر هیجانی از جمله اعتیاد دارند. آن‌ها در تحقیقات خود نشان دادند که بین داشتن سابقه اعتیاد با کودک‌آزاری ناشی از غفلت، ارتباط معنی‌داری وجود داشته است؛ ارتباط عاطفی اعضای خانواده از طریق آگاهی یافتن از احساسات همدیگر و ابراز عواطف به یکدیگر، در خانواده‌های افراد معتاد نسبت به

افراد عادی، در پایین‌ترین سطح است. این موضوع در ایجاد گرایش به اعتیاد و رفتار بزهکارانه در آنان مؤثر است و می‌توان چنین نتیجه گرفت که پایین بودن سطح ابراز عواطف در خانواده، نقش تعیین‌کننده در گرایش نوجوانان به سمت اعتیاد دارد. ارتباط صمیمانه، روابط صحیح خانوادگی، ثبات خانوادگی و همچنین کمک به همدلی خانواده و نداشتن تعارض والدین باعث می‌شود که کودکان و نوجوانان کمتر دست به بزهکاری بزنند (خسروانی، ملک‌پور، عابدی و حریری، ۱۳۹۱). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که افسردگی تحت‌تأثیر راهبردهایی است که افراد برای تنظیم هیجان‌تشان به کار می‌برند. به‌علاوه وجود استرس‌های زندگی این رابطه را تشدید می‌کند. برخی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از جمله مصیبت‌بار تلقی کردن، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و نشخوار فکری اثر بیشتری بر افسردگی دارد و پیش‌بینی‌کننده این اختلال به‌شمار می‌روند. این جمله بدین معناست شیوه‌ای که هر فرد برای تنظیم هیجان‌تاش به کار می‌برد، روی حالات هیجانی او تأثیر می‌گذارد. اگر فردی هر بار که با مشکل روبه‌رو شد آن را فاجعه‌بار و وحشتناک بداند، منفعلانه تسلیم شود و به نشخوار فکری پردازد، استفاده از این شیوه‌های شناختی، خلق منفی و افسرده را در او تقویت خواهد کرد. در مقابل افرادی که بعد از رویارویی با مشکلات سعی می‌کنند ذهن خود را معطوف به فعالیت‌ها، اهداف و برنامه‌هایشان کنند نتایج هیجانی مثبت و بهتری کسب خواهند کرد. فرضیه سوم: بدرفتاری اوان کودکی بر بدتنظیمی هیجان در بزرگسالی زنان اثر دارد. همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین تروما و بدتنظیمی هیجان مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه فرعی پنجم چنین نتیجه‌گیری شد که تروما به‌صورت مثبت و معنادار بر بدتنظیمی هیجان اثر دارد. این یافته نیز فرضیه سوم را مورد تأیید قرار می‌دهد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقاتی از جمله (Showers et al., 2006)؛ Taylor (2005)؛ Khamis (2000) و بخش‌علیان (۱۳۷۷) همخوانی دارد. آن‌ها در تحقیقات خود نشان دادند که آزارهای عاطفی دوران کودکی با رفتارهای ناسازگارانه و رفتارهای پرخطر همچون اعتیاد در نوجوانی رابطه دارد. سرزنش خود، احساس گناه به‌خاطر حادثه رخ داده و مشکل در تنظیم هیجان‌ت، از دیگر مشکلات کودکان آزرده است. کودکان آزرده عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس پایینی دارند و خود را کمتر از دیگران می‌دانند. اما یافته‌های محمدپور و همکاران (۱۳۹۵) بیانگر این است که بین بدرفتاری روان‌شناختی با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با دشواری در تنظیم هیجان رابطه مثبت معنادار وجود داشت. اما بین بدرفتاری روان‌شناختی با افسردگی رابطه معنی‌داری وجود نداشت. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که بدرفتاری روان‌شناختی به‌واسطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجانی افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین مسیر مستقیم بدرفتاری روان‌شناختی به افسردگی معنی‌دار نبود. کودکانی که از آن‌ها غفلت شده است در معرض خطر دل‌بستگی قرار دارند. این کودکان دچار دل‌بستگی ناامن هستند. ۸۲ درصد کودکان آزرده دل‌بستگی سازمان‌نیافته دارند (نقوی و همکاران، ۱۳۸۴). بدرفتاری و غفلت می‌تواند تأثیر منفی بر ثبات هیجانی، مهارت‌های حل مسئله و توانایی انطباق با موقعیت‌های جدید و استرس‌زا داشته باشد. این صفات شاید به‌این دلیل است که این کودکان دل‌بستگی سالمی به مراقبان خود ندارند و به همین دلیل از دیگران کناره‌گیری و اجتناب می‌کنند. اختلالات دل‌بستگی این کودکان منجر به مشکلات ارتباطی بعدی می‌شود (Bernet, 2010). با توجه به یافته‌های تحقیقات، برخورد مناسب با کودکان دارای اهمیت ویژه‌ای است و سوءرفتار با کودکان منجر به شکل‌گیری ویژگی‌های شخصیتی نامناسب و افزایش رفتارهای پرخطر در آن‌ها خواهد شد. فرضیه چهارم: بدرفتاری اوان کودکی (تروما) با میانجی‌گری بدتنظیمی هیجان بر افسردگی در بزرگسالی زنان اثر دارد. استفاده از فرمول بارون و کنی نشان داد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین تروما و افسردگی از طریق بدتنظیمی

هیجان مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بدین ترتیب در آزمون این فرضیه چنین نتیجه‌گیری شد که بدتنظیمی هیجان اثر تروما بر افسردگی را به صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. باین حال چون تروما به طور معنی‌دار و مستقیم با افسردگی ارتباط دارد این میانجی‌گری از نوع جزئی است. با این یافته فرضیه چهارم نیز مورد پذیرش قرار می‌گیرد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که اثر میانجی‌گری بدتنظیمی هیجانی در رابطه بین راه‌های تطابق با بدرفتاری در اوان کودکی و افسردگی در بزرگسالی معنی‌دار می‌باشد. یافته‌های این بررسی با نتایج پژوهش‌های (Radell et al. (2021؛ Aldao (2010؛ et al. (2010؛ Öngen (2010؛ D'Avanzato et al. (2013؛ Gotlib & Joormann (2010؛ بشرپور، عطارد، عینی (۱۳۹۶)؛ بدان‌فیروز و همکاران (۱۳۹۶)؛ علی‌اکبری و همکاران (۱۳۹۴)؛ صالحی و همکاران (۱۳۹۴)؛ فخاری و همکاران (۱۳۹۲)؛ اسماعیل‌زاده مشکی و زینالی (۱۳۹۹) و Garrison et al. (2020) همسو می‌باشد. نتایج پژوهش (Radell et al. (2021 نشان داد که سؤاستفاده موجب آسیب‌پذیری انواع مشکلات روحی و جسمی است و سؤاستفاده روانی به شدت با افسردگی ارتباط دارد. یکی از عوامل احتمالی تأثیرگذار بر اختلالات خلقی از جمله افسردگی، وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی است (Gross, 2008). نقص در تنظیم هیجانی به عنوان یک عامل خطر مهم در ایجاد و نگهداری افسردگی نقش دارد (Berking et al., 2011).

نتایج حاصل از این بررسی نشان می‌دهد که بدرفتاری اوان کودکی با افسردگی اساسی در بزرگسالی رابطه دارد و بدتنظیمی هیجانی نیز به عنوان میانجی در بروز افسردگی نقش دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که تنظیم هیجان در طول دامنه‌ای از تجربیات اجتماعی شدن و در طول دوره رشد، مخصوصاً کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرد و فرد برای کنترل هیجانی خود از راهبردهایی استفاده می‌کند. در این راستا والدین منابع اولیه اجتماعی شدن هیجان هستند و والدگری همراه با سوءرفتار به تنظیم ضعیف هیجان در کودکان منجر می‌شود. یک محیط نامعتبر هیجانی جایی است که هیجان‌ات کودک نادیده گرفته شده و تنبیه می‌شود و چنین محیطی شناسایی، بیان و مدیریت هیجان را دچار مشکل می‌کند. هنگامی که محیط تربیت‌کننده که از نظر عاطفی با سوءرفتار همراه است و مدام کودک را تحقیر، سرزنش و نقد می‌کند سبب می‌شود تا کودک الگوی مناسبی برای یادگیری نحوه درست تنظیم هیجان نیابد و به جای استفاده از راهبردهای مناسب تنظیم هیجان و برای جلوگیری از انتقاد و سرزنش، شروع به سرکوبی و اجتناب از هیجان‌هایش که از راهبردهای ناکارآمد و بدتنظیمی هیجانی هستند استفاده می‌کنند. از طرف دیگر افراد مضطرب و افسرده تلاش می‌کنند هیجان‌های منفی خویش را بازداری کنند که همین موضوع موجب شدت یافتن و بازگشت هیجان‌های منفی آن‌ها می‌شود و این افراد برای بهبودی وضعیت خلقی خود از راهبردهای ناسازگارانه از جمله منحرف کردن توجه خود از هیجان‌های منفی خود اجتناب از موقعیت‌ها بهره می‌گیرند.

در پژوهش حاضر به بررسی رابطه انواع بدرفتاری در دوران کودکی با افسردگی و نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی در زنان ساکن در شهر تبریز پرداخته شد. با توجه به نتایج به دست آمده بین نمره بدرفتاری و بدتنظیمی هیجانی و افسردگی رابطه مثبت و معنی‌داری دیده می‌شود، یعنی هرچه قدر فرد در دوران کودکی آزار بیشتری را تجربه کرده باشد از میزان افسردگی بیشتری در بزرگسالی برخوردار است. همچنین نتایج بیانگر آن است که هر چه قدر فرد در دوران کودکی مورد آزار قرار گرفته باشد در مواجهه با شرایط سخت و دردآور زندگی، ابعادی از شخصیتش که برایش دوست‌داشتنی نباشد مورد انتقاد و قضاوت سخت‌گیرانه قرار داده و به جای حمایت از خود در شرایط بحرانی، با کاستی‌هایشان به ملایمت و آرامی رفتار نمی‌کنند و با خود به زبانی صحبت می‌کنند که از لحاظ هیجانی لحنی حمایتی ندارد. این افراد به جای حمایت

از خود، به سرزنش کردن و حمله به خود پرداخته و پذیرش گرم و نامشروط نسبت به خود نشان نمی‌دهند. در نتیجه این روند که با نام بدتنظیمی هیجانی از آن نام برده شده موجب افزایش درد و رنج و بروز انواع اختلالات روان رنجوری از جمله افسردگی می‌شود. همچنین نتیجه بررسی تحلیل مسیر نیز نشانگر میانجی‌گری تنظیم هیجان در بدرفتاری اوان کودکی با افسردگی در بزرگسالی است؛ بنابراین براساس نتایج یافته‌های این پژوهش هر ۴ فرضیه مورد تأیید قرار گرفتند که مبین وجود رابطه بین بدرفتاری اوان کودکی با افسردگی در بزرگسالی و نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان است.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از کلیه افراد شرکت‌کنندگان به‌ویژه کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تبریز و افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام، محمود و ثقة‌الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵.
- اسماعیل‌زاده مشکی، پروانه و زینالی، علی. (۱۳۹۹). نقش تجربه‌های سوءرفتار دوران کودکی در پیش‌بینی روان‌بنه‌های هیجانی در بزرگسالی دانشجویان دانشگاه آزاد ارومیه. *سلامت روان کودک*، ۷(۳)، ۱۴۱-۱۲۸.
- بادان فیروز، علی، مکوند حسینی، شاهرخ و محمدی‌فر، محمدعلی. (۱۳۹۶). رابطه تنظیم هیجانی با نشانگان افسردگی و اضطراب در دانشجویان: نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی. *روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۴(۲)، ۲۳-۱۲.
- خسروانی، فخرالسادات، ملک‌پور، مختار، عابدی، احمد و حریری، مریم. (۱۳۹۱). مقایسه انواع کودک‌آزاری در افراد معتاد و عادی. *علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۳(۴۸)، ۲۴۶-۲۲۹.
- خوشابی، کتابیون. حبیبی عسکرآبادی، مجتبی، فرزادفر، سیده‌زینب و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). میزان شیوع کودک‌آزاری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر تهران. *علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۷(۲۷)، ۱۳۵-۱۱۵.
- راهب، غنچه، اقلیما، عباسی‌کمبودی، مصطفی و کنشگر، مجتبی. (۱۳۸۸). تأثیر روانی-اجتماعی کودک‌آزاری و نقش پلیس در پیشگیری از بروز آن. *علمی-پژوهشی انتظام اجتماعی*، ۱(۲)، ۱۰۲-۷۷.
- رجبی، غلامرضا، عطاری، یوسف‌علی، حقیقی، جمال. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های پرسش‌نامه بک (BDI-21) بر روی پسران دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز. *دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران*، ۳(۸)، ۶۶-۴۹.
- رجبی، غلامرضا و کارجو کسمایی، سونا. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه افسردگی بک-ویزایش دوم (BDI-II). *اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۰(۳)، ۱۵۸-۱۳۹.
- رستمی، مهدی، عبدی، منصور و حیدری، حسن. (۱۳۹۳). بررسی انواع بدرفتاری در دوران کودکی با بخشش خانواده اصلی و خانواده فعلی در افراد متأهل. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۲)، ۸۹-۷۷.

- زهرابی‌مقدم، جمیله، نوح‌جاه، صدیقه، دیودار، معصومه، صداقت‌دیل، زهرا، ادیب‌پور، معصومه و سپهوند، زهرا. (۱۳۹۱).
 فراوانی کودک‌آزاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان ۵-۲ ساله تحت پوشش مراکز بهداشتی شهرهای اهواز و
 هفتگی در سال ۱۳۸۹. *جنتاشاپیر*، ۳(۱)، ۲۴۵-۲۳۷.
- صالحی، اعظم، مظاهری، زهرا، آقاجانی، زهرا و جانبازی، بنفشه. (۱۳۹۴). نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در
 پیش‌بینی افسردگی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۱)، ۱۱۷-۱۰۸.
- طاهری‌تنجانی، پریسا، گرمارودی، غلامرضا، آزادبخت، مجتبی، فکری‌زاده، زهره، حمیدی، رزگار، فتحی‌زاده، شادی و
 قیسوندی، الهام. (۱۳۹۳). بررسی روانی و پایایی نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک (*BDI-II*) در سالمندان ایرانی.
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۲(۱)، ۱۹۸-۱۸۹.
- علی‌اکبری، مهناز، علی‌پور، احمد، محمدی، نرگس و دفاق‌زاده، حامد. (۱۳۹۴). الگوی ساختاری روابط بین دشواری‌های
 تنظیم هیجانی، مشکلات روان‌شناختی، جسمانی‌سازی و شدت علایم گوارشی در اختلالات گوارشی عملکردی.
دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۳(۳۲۱)، ۴۴-۲۸.
- فخاری، علی، شیرینی، مینا، عبدالخالق، علیزاده و گورادل، جابر. (۱۳۹۲). مقایسه نقص نظریه ذهن و تنظیم هیجان در افراد
 افسرده و عادی. *دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۶(۱)، ۹۸-۹۲.
- لعلی، محسن و عابدی، احمد. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سابقه انواع بدرفتاری والدین در دوران کودکی با افسردگی
 دوران بزرگسالی در بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. *مطالعات روان‌شناختی دانشکده
 علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء*، ۴(۴)، ۹۴-۸۱.
- محمدپور، سمانه، نظری، هدایت و فرهادی، علی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان‌شناختی
 دوران کودکی: نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی مازندران*،
 ۲۶(۳۱)، ۹۸-۸۵.
- محمودنژاد، محبوبه، کربلایی محمد میگونی، احمد و ثابت، مهرداد. (۱۳۹۷). پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی و خشونت
 بین‌فردی در کودکان کار براساس آسیب کودکی، دشواری‌های تنظیم هیجان و صفات سنگ‌دلی-فقدان همدلی.
دوفصلنامه دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۵(۱)، ۲۲-۱.
- مشرقیان‌دهکردی، لیلیا. (۱۳۹۶). کودک‌آزاری، علل و انواع؛ با اشاره به حقوق کودک و نقش مهم خانواده در بروز آن.
اطلاع‌رسانی، آموزشی-پژوهشی نواندیش سبز، ۱۱(۴۳)، ۴۳-۳۸.
- مظلوم، مریم، یعقوبی، حمید و محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۳). رابطه باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان با
 اختلال استرس پس از ضربه. *علوم رفتاری*، ۸(۲)، ۱۱۳-۱۰۵.
- موسوی، فاطمه. (۱۳۸۹). *خانواده‌درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی*. تهران: انتشارات دانشگاه الزهراء.
- میری، سکینه، فروغ‌عامری، گلناز، محمد‌علیزاده، سکینه و فرونیا، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی شیوع کودک‌آزاری در
 دبیرستان‌های شهر بم در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱. *دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۳(۱)، ۴۳-۵۰.

میکائیلی، نیلوفر و زمان‌لو، خدیجه. (۱۳۹۱). بررسی میزان شیوع کودک‌آزاری و نیز پیش‌بینی آن از طریق بررسی افسردگی و اضطراب والدین، سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی نوجوانان پس‌آنان. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۲(۵)، ۱۶۶-۱۴۵.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(2), 211-221.
- Alloy, L. B., & Riskind, J. H. (2006). Cognitive vulnerability to emotional disorders. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Al-Musawi, N. M. (2001). Psychometric properties of the beck depression inventory-II with university students in Bahrain. *Journal of Personality Assessment, 77*, 568-579.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., & Perry, B. D. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*, 174-186.
- Beck, A. T., Steer, R.A., Brown, G. K. (1966). Beck Depression Inventory-2nd Edition Manual. The Psychological Corporation, San Antonio.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., & Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 206-226.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 307-318.
- 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 and Neglect, 27*(2), 169-190.
- Bornner, B. I. & Walker, C. E. (1999). Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. Washington DC.
- Briere, J. (1992). Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effect. New Bury Park.
- Branco, B. C., Inaba, K., Galinos, B., Peep, T., Jean-Stephane, D., & Plurad, D. (2010). Sex-related differences in childhood and adolescent self-inflicted injuries: A national trauma databank review. *J Pediatr Surg, 45*, 796-800.
- Bücker, J., Kapczinski, F., Post, R., Ceresér, K., Szobot, C., ...& Kapczinski, N. (2012). Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Compr Psychiatry, 2012*, 53.
- Coates, A. A., Messman-Moore, T. L. (2014). A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. *Child*
- Coohey, C. (2006). Physically abusive father and risk assessment. *Child Abuse & Neglect, 30*, 467-480.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research, 37*(5), 968-980.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2006). Conceptualizing changes in behavior in intervention research: The range of possible changes model. *Psychological Review, 113*(3), 554-583.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., & Giles, W. H. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatr. 111*(3), 564-572.

- Erickson, M., Egeland, B., & Piantana, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge: *Cambridge University Press*, 647-684.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*, 32(6), 607-619.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-Persian. *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 285-312.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav*, 26, 41-54.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J., & Ross, A. T. (2008). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations, 3(3), 497-513.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Guterman, N. B. & Lee, Y. (2005). The role of fathers in risk of physical child abuse and neglect: Possible pathways and unanswered question. *Child Maltreatment*, 10(2), 136-149.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416.
- Hussey, J. M., Chang, J. J., & Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatr*, 118(3), 933-942.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Ireland, T. O., Smith, C. A. & Thornberry, T. P. (2002). Development issues in the impact of child maltreatment on later delinquency and drug use. *Criminology*, 40, 359-399.
- Jud, A., Landolt, M. A., Tatalias, A., Lach, L. M., & Lips, U. (2013). Health-related quality of life in the aftermath of child maltreatment: Follow-up study of a hospital sample. *Qual Lif Res*, 22(6), 1361-1369.
- Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2006). Comorbidity, case complexity, and effects of evidence-based treatment children referred for disruptive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 455-467.
- Khamis, V. (2000). Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1047-1059.
- Kumar, S. A., Franz, M. R., Brock, R. L., & DiLillo, D. (2020). Posttraumatic stress and parenting behaviors: The mediating role of emotion regulation. *Journal of Family Violence*, 35(5), 417-426.
- Lanier, P., Jonson-Reid, M., Stahlschmidt, M., Drake, B., & Constantino, J. (2010). Child maltreatment and pediatric health outcomes: A longitudinal study of low-income children. *J Pediatr Psychol*, 35(5), 511-522.

- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Petti, G. S., Bates, J. E., Crozier, J. & kaplow, J. (2002), Long-te effects of early child physicamaltreatment on psychological, behavioural and academic problemsin adolescence: Atwelve year prospective study. *Archives of pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 824-830.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., & McMillan, H. (1995). Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*, 183(5), 309-314.
- Margolin, G. (2000), The effect of family and community violence on children, Annual Review of Psychology, Available in www. findarticles.com.
- Moran, P. B., Vuchinich, S., & Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse Negl*, 28(5), 565-74.
- Noah, C. P., McCabe, G. A., Ashton, S., & Virgil, Z. H. (2016). Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Journal of Personality and Individual Differences*, 95, 168–177
- Öngen, D. (2010). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade differences in Turkish adolescents. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9,1516-1523.
- Pollack, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Child victimization: Maltreatment, bullying and dating violence, Available at: www. google. com.
- Radell, M. L., Abo Hamza, E. G., Daghustani, W. H., Perveen, A., & Moustafa, A. A. (2021). The impact of different types of abuse on depression. *Depression research and treatment*, 3, 6654503
- Schilling, E. A., Aseltine, R.H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *Public Health*, 7(30), 1-10.
- Showers, C. J., Zeigler-Hill, V. & Limke, A. (2006). Self-structure andchildhood maltreatment: Successful compartmentalization and struggle of integration. *Journal of Social Psychology*, 25, 473-508.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Longterm physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl*, 31(5), 517-530 .
- Taylor, J. (2005). Antisocial behavior, Substantial summarization families of adolescent controls. *Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 141(1), 591-597.
- Thompson, M. P., Arias, I., Basile, K. C., & Desai, S. (2002). The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women. *J Interpers Violence*, 17(10), 1115-1129.
- Topitzes, J., Mersky, J. P., & Reynolds, A. J. (2010). Child maltreatment and adult cigarette smoking: A long-term developmental model. *J Pediatr Psychol*, 35(5), 484-498.
- Townsend, L., Musci, R., Stuart, E., Heley, K., Beaudry, M. B., ... & Wilcox, H. (2019). Gender differences in depression literacy and stigma after a randomized controlled evaluation of a universal depression education program. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 472-477.
- Trent, E. S., Viana, A. G., Raines, E. M., Woodward, E. C., Storch, E. A., & Zvolensky, M. J. (2019). Parental threats and adolescent depression: the role of emotion dysregulation. *Psychiatry Research*, 276, 18-24.
- Tull, M. T., Stipelman, B. A., Salters-Pedneault, K., & Gratz, K. I. (2009). An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *Journal of Anxietydisorders*, 23, 275-282.
- Vilhena-Churchill, N., & Goldstein, A. L. (2014). Child maltreatment and marijuana problems in young adults: Examining the role of motives and emotion dysregulation. *Child Abuse Negl*, 38(5), 962-972.

- Windham, A. & Rosenberg, L. (2004). Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child abuse and Neglect*, 28, 645-667.
- Wodarski, J. S., Kurtz, P. D., Gaudin, J. M., & Howing, P. T. (1990). Maltreatment and the school-aged child: Major academic, socio emotional, and adaptive outcomes. *Social Works*, 35, 506-513.
- World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates.