مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۲، شماره پیوسته ۱۲۸، ۲۱ آبان ۱۴۰۴ https://doi.org/10.47176/rjms.32.128

مقاله پژوهشی

نقش واسطه‌ای تحریف شناختی و تنظیم شناختی هیجان در رابطه با آسیب‌های کودکی و تجارب تجزیه‌ای دانشجویان

علی طاهری: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

حسین بقولی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران (* نویسنده مسئول) bhossein@gmail.com

حجت اله جاویدی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

علی فیروز آبادی: دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تجزیه به درجاتی در افراد غیربالینی و سالم اتفاق می‌افتد؛ با این حال میزان بالایی از تجزیه در افراد بالینی و دچار اختلال‌های روانپزشکی رخ می‌دهد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تحریف شناختی و تنظیم شناختی هیجان در رابطه با آسیب‌های کودکی و تجارب تجزیه ای دانشجویان می‌باشد.

روش کار: برای انجام تحقیق توصیفی و همبستگی حاضر از بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس شامل ۳۲۹ نفر دانشجو (۱۸۷ دختر و ۱۴۲ پسر) به عنوان نمونه انتخاب شده و پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای برنستاین و پوتنام (۱۹۸۶)، آسیب‌های دوران کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، تحریف‌های شناختی حمامچی و اوزتورک (۲۰۰۴)، پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۱) را تکمیل کردند.

یافته‌ها: اثر مستقیم آسیب‌های کودکی به عنوان متغیر برونزای پژوهش بر تجارب تجزیه‌ای (۰/۱۶) به دست آمد که در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی دار بود. همچنین اثر غیرمستقیم آسیب‌های کودکی بر تجارب تجزیه ای (۰/۲۵) بود که از نظر آماری در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی دار است. اثرات کل همه مولفه‌ها معنی دار است. برازش مدل پیش‌بینی تجارب تجزیه‌ای (۰/۰۶۹) حاصل گردید که در سطح نسبتاً مطلوبی می‌باشد.

نتیجه‌گیری: به منظور گسترش نتایج مطالعات پیشین و رسیدن به یک دیدگاه جامع در شناخت، پیش بینی و درمان اختلال‌های تجزیه‌ای می‌توان مدل آسیب –تجزیه را در نمونه بالینی بیشتر مورد بررسی قرار داد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

تجارب تجزیه‌ای،
آسیب‌های کودکی،
تحریف شناختی،
تنظیم هیجان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۸/۲۱

شیوه استناد به این مقاله:

Taheri A, Bagholi H, Javidi H, Firoozabadi A. The Mediating Role of Cognitive Distortion and Cognitive Emotion Regulation in Relation to Childhood Trauma and Students' Dissociative Experiences. Razi J Med Sci. 2025(12 Nov);32.128.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.47176/rjms.32.128]

Razi Journal of Medical Sciences. 2025(12 Nov);32.128. https://doi.org/10.47176/rjms.32.128

Original Article

The Mediating Role of Cognitive Distortion and Cognitive Emotion Regulation in Relation to Childhood Trauma and Students' Dissociative Experiences

Ali Taheri: PhD Student, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran
Hossein Bagholi: Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran (* Corresponding Author) bhossein@gmail.com
Hojjatollah Javidi: Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran
Ali Firoozabadi: Associate Professor, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Background & Aims: Decompositional experiences are unintended disturbances in consciousness and behavior, along with a lack of, inability to access information, or control mental functions. Decomposition occurs to some degree in nonclinical and healthy individuals (1). Among the variables affecting decomposition that are most agreed upon by the injury model and the cognitive model include past injuries, cognitive distortion, and emotional regulation (3). Decomposition theories clearly show the link between injury and decomposition, and this link has been explored in many studies, and the results of socio-psychological research on cognitive and emotional effects do not necessarily rule out the role of injury (2).

Injury can involve neglect in childhood, and disintegration is seen as the result of a child trying to develop a false self or becoming caught up in adapting to the needs of a caregiver or caregiver. In the scientific literature, various forms of child abuse have been described: physical, sexual, emotional and neglectful abuse. They may be found individually in individuals, or more often, they may occur in combination (5, 6).

Methods: The research method was descriptive-correlational. The statistical population included all students of Marvdasht Islamic Azad University in the academic year of 1998-99. Due to the nature of the research population, the available random sampling method using coefficient was used. The non-clinical sample consisted of 329 students (187 girls and 142 boys). Four questionnaires were used to collect data. Analytical Experiences Questionnaire (2018): A 28-item self-assessment scale, respondents are asked to rate the frequency of their experiences (excluding alcohol or drug-related experiences) using a 100-point scale. The total score is calculated by summing all the questions and dividing by 28. A score of 30 is used as the cut-off point to define high discontinuities. Disruption is forgetfulness (10 questions), self-nasal alteration and environmental nasal alteration (8 questions) and imaginary conflict and absorption are (10 questions) (7).

Childhood Injury Questionnaire (2003): This questionnaire has 28 questions and five types of childhood misbehavior including emotional abuse (5 questions), physical abuse (5 questions), sexual abuse (5 questions), emotional neglect (5 questions) Measures physical negligence (5 questions). 3 questions to assess the validity or denial of the problem in childhood. Interpersonal Cognitive Distortion Scale (2004): This questionnaire has 19 questions and has three dimensions of rejection in interpersonal relationships (8 questions), unrealistic expectations (8 questions) and misunderstanding in interpersonal relationships (3 questions). Emotion Regulation Questionnaire (2001): This questionnaire has 18 items and consists of 9 subscales of cognitive strategy of self-blame, rumination, catastrophe and blame of others (as negative emotion regulation strategies); Acceptance, positive refocus, refocus on planning, positive reassessment, perspective (as positive emotion regulation strategies) are formed. Finally, the structural equation method was used to analyze the data.

Results: The results of statistical analysis of the data showed that the obtained values of skewness and elongation for the research variables are approximately between -1 and +1, which indicates that the distribution of all variables is normal. The results of the correlation matrix showed that there is a significant relationship between the exogenous variable

Keywords
Dissociative Experiences, Childhood Trauma, Cognitive Distortion, Emotion Regulation

Received: 02/08/2025
Published: 12/11/2025

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.47176/rjms.32.128]

(childhood injuries) and analytical experiences. It was also found that among the endogenous variables (positive emotion component) with coefficient (0.35) and (cognitive distortion) with coefficient (0.15) have the highest and lowest correlation coefficient with analytical experiences.

To assess the suitability of the model, fitness indicators have been used. In this study, x2 / df fit indices, NFI, RMSEA, CFI, GFI and AGFI are reported. Which shows that the fit of the predictive model of analytical experiences is at a relatively desirable level. Finally, it was found that childhood injuries as an exogenous variable of research had a direct effect on analytical experiences. Also, the indirect effect of child injuries on analytical experiences is statistically significant at the level of 0.01. The total effects of all components are significant.

Conclusion: The results showed that the direct effect of childhood injuries on dissociative experiences was significant at the level of one hundredth. Injury can be thought of as a complex factor in which different types of distressing experiences occur and over-activate the disintegration process. Are together. (14). The link between decomposition phenomena and childhood trauma has been proven in a number of studies.

The indirect effect of childhood trauma through negative emotion regulation, positive emotion regulation and cognitive distortion was significant on dissociative experiences. Numerous studies show that childhood injuries affect a variety of health variables. Those who have experienced emotional abuse have a high rate of negative attitudes toward the environment and harm in adulthood (16). Exposure to multiple traumatic experiences with personality preparations, less flexibility, and more vulnerable emotional regulation capacity is associated with disturbed psychological and emotional processes such as breakdown (17,18).

The indirect effect of childhood trauma through negative emotion regulation, positive emotion regulation and cognitive distortion was significant on dissociative experiences. Numerous studies show that childhood injuries affect a variety of health variables. Those who have experienced emotional abuse have a high rate of negative attitudes toward the environment and harm in adulthood (16). Exposure to multiple traumatic experiences with personality preparations, less flexibility, and more vulnerable emotional regulation capacity is associated with disturbed psychological and emotional processes such as breakdown (17,18). Cognitive distortions also play an important role in the occurrence of many mental disorders, so that most of the time we think that we are victims of our surroundings and external events cause us discomfort and interpersonal problems and misinterpretation of these external events causes negative emotions. They become. The results of research show that psychological and emotional dysregulation in individuals is associated with dissociative experiences (19). A number of other studies have found a causal link between trauma and subsequent degenerative states. Analyzed individuals had the highest rate of early life trauma compared to other clinical groups. So that emotional, physical and sexual harassment was very common in this disease before the age of five (3). Studies show that people with high scores on analytical experiences are unable to recognize and differentiate between different emotions. (20).

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Taheri A, Bagholi H, Javidi H, Firoozabadi A. The Mediating Role of Cognitive Distortion and Cognitive Emotion Regulation in Relation to Childhood Trauma and Students' Dissociative Experiences. Razi J Med Sci. 2025(12 Nov);32.128.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.47176/rjms.32.128]

مقدمه

تجارب تجزیه‌ای به صورت مزاحمت های ناخوانده در آگاهی و رفتار، همراه با فقدان (نشـــانه های تجزیه ای مثبت مانند تجزیه هویت، مسـخ شـخصـیت و مسـخ واقعیت)ناتوانی در دســترســی به اطلاعات یا کنترل کردن کارکردهای ذهنی هستند (نشانه های تجزیه ای منفی مانند یادزدودگی) تجربه می شـــوند. تجزیه به درجاتی در افراد غیربالینی و سالم اتفاق می افتد.با این حال میزان بالایی از تجزیه در افراد بالینی و دچار اختلال‌های روانپزشـــکی رخ می دهد و مشـــکلات متعددی به واسطه تجزیه به وجود می آیند (۱). نتیجه پژوهش‌ها ارایه مدل‌های رقابتی درباره علل شکل‌گیری تجزیه می‌باشد که در دو خط گسلی شکسته شده‌اند. یکی از مدل‌ها روی تجربه صـــدمه های آســـیب زای فیزیکی و روانی تمرکز می کند که مدل آسیب نامیده می شـود و دیگری مدل جامعه شـناختی نام دارد که تمرکز گسترده تر بر مسایل اجتماعی، شناختی تجزیه دارد. امروزه این مدل مدل فانتزی نام دارد (۲). مدل آسیب رابطه مثبت و مداومی را در بین آسیب و تجزیه پیش بینی می کند. در حالی که طرفداران مدل فانتزی اسـتدلال می کنند که تجزیه یک فرآیند روانشـناختی است که وقایع آسیب و استرس زا نقش کم رنگی دارند (۳). مدل فانتزی عوامل زیادی را در شـــکل گیری اختلال‌های تجزیه ای مؤثر می داند. در پژوهشـــها و بررســـی‌های مدل شـــناختی، برخی از این متغیرها پیشـــتیبانی تجربی کمتری برخورداند و برخی بیشـــتر مورد تاکید بوده لند (۴).ازجمله متغیرهای تاثیرگذار بر تجزیه که بیشـــتر مورد توافق مدل آســـیب و مدل شـناختی است شـامل آسـیب های گذشـته، تحریف شـــناختی، وتنظیم هیجانی می باشـد (۳). نظریه های تجزیه، پیوند بین آسیب و تجزیه را به وضوح نشان می دهند و در بسیاری از پژوهشها این پیوند بررسی شده اسـت. نتایج پژوهشـهای جامعه-روانشـناختی مبنی بر تاثیرات شـــناختی و هیجانی لزوماًنقش آســـیب را رد نمی‌کنند (۲).

آسیب می تواند شامل غفلت در کودکی باشد و تجزیه را نتایج تلاشـهای کودک برای رشـد یک خود کاذب یا گرفتار شدن در سازگاری با نیازهای مراقب یا نگه دارنده می دانند. در ادبیات علمی، اشـــکال مختلف بدرفتاری کودک شـرح داده شـده اسـت: آزار جسمی، جنسی، عاطفی و بی توجهی. آنها ممکن است به طور جداگلنه در افراد یافت شـــوند، یا اغلب، ممکن است به صورت ترکیبی اتفاق بیفتند (۵،۶).

با توجه به مطلب فوق و عوارض منفی آســـیب‌های کودکی بر زنـدگی فردی و طبعـات آن در زنـدگی اجتماعی، لذا متاسفانه با مرور تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از کشور تحقیقی در زمینه موضوع مورد نظر انجام نشـده، معدود تحقیقات انجام شـده هم نتایج متناقضـی به دسـت آورده‌اند. از طرف دیگر شـناسـایی فـاکتورهـای واســـطـه‌ای جهـت کـاهش عوارض منفی آسـیب‌های کودکی ضـروری به نظر می‌رسـد. در نتیجه محقق در پی کشـف این واقعیت اند تا نقش واسطه ای تحریف شـناختی و تنظیم شـناختی هیجان در رابطه با آسـیب های کودکی و تجارب تجزیه ای دانشـجویان را مورد بررسی قرار دهند. امید است با استفاده از نتایج این تحقیق بتوان دیدگاه روشنی در زمینه تاثیر آسیب کودکی در اختیـار محققین و مســـولین قرار داد. همچنین بتوان نقش واســـطه ای تحریف شـــناختی و تنظیم شـناختی هیجان را بررسـی کرد تا بدین‌وسـیله گامی کوچک جهت کاهش آثار منفی آســـیب کودکی برداشته شود.

روش کار

روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شـامل کلیه دانشـجویان دانشـگاه آزاد اسـلامی مرودشـت در سـال تحصـیلی ۹۹-۹۸ بود. با توجه به ماهیت جامعه پژوهش از روش نمونه گیری تصـــادفی در دسـترس با احتسـاب ضـریب اسـتفاده گردید. نمونه غیر بالینی شـــامل ۳۲۹ دانشـــجو (۱۸۷ دختر و ۱۴۲ پســـر) بود. به طور کلی در روش شـــناســـی معادلات ســـاختاری تعیین حجم نمونه می تولند بین ۵ تا ۱۵ مشـــاهده به ازای هر متغیر اندازه گیری شـــده تعیین شـــود (هومن، ۱۳۹۶). بنابراین با توجه به ابعاد تجارب تجزیه ای (۳ بعد)، آسیب های کودکی (۵ بعد)، تنظیم هیجان (۹ بعد)، تحریف شـناختی (۳ بعد) که جمعاً ۲۰ بعد می شود و به حجم نمونه ۳۰۰ نفر نیاز است. داده ها با اســـتفاده از نرم افزار Amos مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.47176/rjms.32.128]

های زیست پزشکی با کد IR.IAU.SHIRAZ.REC.1398.015 تصویب شده است.

همچنین از چهار پرسشنامه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. پرسشنامه تجارب تجزیه‌ای (۲۰۱۸): یک مقیاس خودسنجی ۲۸ سؤالی است و از پاسخ دهنده ها خواسته می شود تا فراوانی تجارب خود (شامل تجارب مرتبط با الکل یا دارو نمی شود) را با استفاده از مقیاس ۱۰۰ نقطه ای مشخص کنند. نمره کلی بواسطه جمع بستن تمامی سؤالات و تقسیم بر ۲۸ محاسبه می‌شود. نمره ۳۰ به عنوان نقطه برش برای تعریف گسستگی بالا استفاده می شود. گسستگی فراموشی (۱۰سوال)، دگرسان بینی خود و دگرسان بینی محیط (۸ سوال) و درگیری تخیلی و جذب از (۱۰ سوال) می باشد (۷). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس تجارب تجزیه ای۰/۹۲ به دست آمد که گویای همسانی درونی این مقیاس بود (۸).

پرسشنامه آسیب های دوران کودکی (۲۰۰۳): این پرسشنامه ۲۸ سوال دارد و پنج نوع از بد رفتاری در دوران کودکی شامل سوء استفاده عاطفی (۵ سوال)، سوء استفاده فیزیکی (۵ سوال)، سوء استفاده جنسی (۵ سوال)، غفلت عاطفی (۵ سوال)، غفلت جسمی (۵ سوال) را می‌سنجد. ۳ سوال به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ بود. همچنین روایی همزمان آن با میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد (۹).

مقیاس تحریف شناختی بین فردی (۲۰۰۴): این پرسشنامه ۱۹ سوال دارد و دارای سه بعد طرد در روابط بین فردی (۸ سوال)، انتظارات غیرواقع بینانه (۸ سوال) و سوء ادراک در روابط بین فردی (۳ سوال) می‌باشد. پایایی از طریق آزمون مجدد پس از دو هفته برای کل مقیاس به ترتیب (۰/۶۷ و ۰/۷۴) به‌دست‌آمده است (۱۰). در ایران در پژوهشی این پرسشنامه موردبررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که خرده مقیاس های تحریف شناختی همسانی درونی خوبی داشتند (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ بود) (۱۱).

پرسشنامه تنظیم هیجان (۲۰۰۱): این پرسشنامه دارای ۱۸ ماده بوده و از ۹ خرده مقیاس راهبرد شناختی ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران (به عنوان راهبردهای منفی تنظیم هیجان)؛ پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری (به عنوان راهبردهای مثبت تنظیم هیجان) تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده مقیاس پرسشنامه مذکور بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۱۲). در ایران، برای روایی از همبستگی بین خرده مقیاسها استفاده شد که این همبستگی ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ بود و برای اعتبار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این ضرایب برای خرده مقیاسها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ بود (۱۳). نهایتاًجهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نشان داد مقادیر بدست آمده کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش که بین ۱- و ۱+ قرار دارد، که نشان دهنده طبیعی بودن توزیع تمامی متغیرها است (جدول ۱).

نتایج ماتریس همبستگی نشان داد بین متغیر برونزا (آسیب های کودکی) با تجارب تجزیه‌ای ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین مشخص شد از میان متغیر های درونزا (مولفه هیجان مثبت) با ضریب (۰/۳۵) و (تحریف شناختی) با ضریب (۰/۱۵) بیشترین و کمترین ضریب همبستگی را با تجارب تجزیه ای دارند (جدول ۲).

جهت بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های برازندگی استفاده شده است. در این پژوهش شاخص‌های برازش x^2/df ،AGFI و GFI ،CFI ،RMSEA NFI, گزارش می‌شودکه نشان می‌دهد برازش مدل پیش‌بینی تجارب تجزیه ای در سطح نسبتاًمطلوبی می‌باشد (جدول ۳).

نهایتاًمشخص شد آسیب های کودکی به عنوان متغیر برونزای پژوهش بر تجارب تجزیه ای دارای اثر مستقیم بود. همچنین اثر غیرمستقیم آسیب های کودکی بر تجارب تجزیه ای از نظر آماری در سطح

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.47176/rjms.32.128]

جدول ۱- شاخص های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
آسیب کودکی	۶۲/۳۰	۷/۱۳	۰/۳۳۲	۰/۲۶۸
تنظیم منفی هیجان	۲۰/۹۷	۵/۵۳	-۰/۶۰۵	۰/۲۳۹
تنظیم مثبت هیجان	۳۱/۰۸	۶/۴۷	۰/۲۱۰	۰/۲۷۰
تحریف شناختی	۵۳/۹۴	۸/۶۸	-۰/۱۶۵	-۰/۴۱۵
شاخص تجارب تجزیه ای	۲۹/۴۴	۹/۵۱	۰/۳۲۵	۰/۳۱۹

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
آسیب کودکی	۱				
تنظیم منفی هیجان	۰/۲۸**	۱			
تنظیم مثبت هیجان	-۰/۳۵**	-۰/۰۷	۱		
تحریف شناختی	۰/۱۵**	۰/۵۵**	-۰/۲۷**	۱	
شاخص تجارب تجزیه ای	۰/۲۴**	۰/۵۱**	-۰/۳۰**	۰/۴۵**	۱

(* P < ۰/۰۵ ** P < ۰/۰۱)

جدول ۳- مشخصه‌های نکویی برازندگی مدل پیش‌بینی تجارب تجزیه ای

مشخصه	برآورد	مقدار رضایت بخش
نسبت مجذور کای به درجه آزادی (x^2/df)	۲.۵۵=۷.۶۶/۳	کوچکتر از ۳
نرم شده برازندگی(NFI)	۰/۹۸	نزدیک به ۰/۹ یا بیشتر
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	۱/۰۰	بزرگ تر ۰/۹
شاخص نکویی برازش (GFI)	۱/۰۰	بزرگ تر ۰/۹
شاخص تعدیل شده نکویی برازش (AGFI)	۰/۹۵	بزرگ تر ۰/۹
جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۶۹	کوچکتر ۰/۰۸

جدول ٤- ضرایب استاندارد شده اثرات مستقیم، غیرمستقیم و اثرات کل متغیرها بر تجارب تجزیه ای

متغیرها	اثرات مستقیم	اثرات غیرمستقیم	اثرات کل
به روی تجارب تجزیه ای از:			
آسیب های کودکی	۰/۱۶*	۰/۲۵**	۰/۴۰**
تنظیم منفی هیجان	۰/۴۶**	-	۰/۴۶**
تنظیم مثبت هیجان	-۰/۲۵**	-	-۰/۲۳*
تحریف شناختی	۰/۲۸**	-	۰/۳۲**

(* P < ۰/۰۵ ** P < ۰/۰۱)

۰/۰۱ معنی دار اســـت. اثرات کل همه مولفه ها معنی دار است (جدول ۴).

بحث

نتایج نشـان داد اثر مسـتقیم آسـیب های کودکی بر تجارب تجزیه ای در سـطح یک صـدم معنی دار بود. آســـیب می تولند به عنوان یک عامل پیچیده در نظر گرفته شـــود که در آن انواع مختلف تجربیات ناراحت کننده اتفاق می افتد و باعث فعال ســـازی بیش ازحد فرآیند تجزیه می‌شـوند، علاوه براین تعداد بیشـتری از تجربیات ناراحت کننده احتمالاً با تجزیه بیش ازحد و آسیب شناسی روانی همراه هستند(۱۴).

ارتباط بین پدیده‌های تجزیه و آسیب‌های کودکی در تعدادی از مطالعات به اثبات رسـیده اسـت. در مطالعات بر روی ۵۰ درصـد افرادی که نمره آزمون آن‌ها، بیانگر میزان پاتولوژیک تجزیه بود، انجام شد، ۶۰٪ آزمودنی‌ها

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.47176/rjms.32.128]

سابقه سوءاستفاده جسمی و یا جنسی در دوران کودکی را بیان کردند. یک مطالعه دیگر بر روی جمعیت عمومی انجام شد، وقوع علائم تجزیه‌ای به میزان سه دوره و بیشتر در افراد مورد بررسی وجود داشت و سابقه، سوءاستفاده جسمی و جنسی در دوران کودکی در آنها به ترتیب ۵ برابر و ۲ برابر بیشتر بود. در فرایند تجزیه، نوعی تفکیک و جدایی عمومی رخ می‌دهد به طوری که محتوای روانی حادثه آسیب‌زا به طور همزمان در جنبه‌هایی از آگاهی نیز وجود دارد. از این رو است که تجزیه، توسط آسیب به جریان می‌افتد،در صورتی که تروما رخ بدهد، فرایند تجزیه نیز می‌تواند فعال شود (۱۵)که با این یافته پژوهش همسو و آن را تبیین می نماید.

اثر غیرمستقیم آسیب های کودکی با واسطه تنظیم هیجان منفی، تنظیم هیجان مثبت و تحریف شناختی بر تجارب تجزیه ای معنی دار بود. پژوهش های متعدد نشان می دهد که آسیب های دوران کودکی بر انواع متغیرهای سلامت تأثیر می گذارد. کسانی که تجربهٔ سوءاستفادهٔ هیجانی داشته اند در بزرگسالی میزان بالای نگرش منفی به محیط و آسیب دارند (۱۶). قرار گرفتن در معرض تجربیات متعدد آسیب‌زا به همراه پیش آمادگی‌های شخصیتی، انعطاف‌پذیری کمتر و ظرفیت تنظیم هیجانی آسیب‌پذیرتری را در بردارند با فرآیندهای روان‌شناختی و عاطفی مختل نظیر تجزیه در ارتباط است (۱۷،و۱۸). تحریف شناختی نیز نقش مهمی را در بروز بسیاری از اختلال‌های روانی ایفا می‌کنند، به‌طوری‌که بیشتر مواقع ما فکر می‌کنیم که قربانی محیط پیرامونمان هستیم و حوادث بیرونی باعث ناراحتی و مشکلات بین فردی ما می‌شود و تعبیر و تفسیر غلط افراد از این اتفاقات بیرونی باعث هیجانات منفی آن‌ها می‌شود. نتایج پژوهشها نشان می دهد بدتنظیمی روانشناختی و هیجانی در افراد با تجارب تجزیه ای ارتباط دارد (۱۹). تعداد دیگری از پژوهشها، نوعی ارتباط علتی را بین تروما و حالات تجزیه‌ای متعاقب آن به دست آوردند. افراد تجزیه‌ای در مقایسه با سایر گروه‌های بالینی، بیشترین میزان تروماهای اوایل دوران زندگی را دارا بودند. به طوری که آزارهای هیجانی، جسمی و جنسی در قبل از پنج سالگی در این بیماری بسیار شایع بود (۳). بررسی ها نشان می دهد افرادی که نمرات بالایی در تجارب تجزیه ای دارند، فقدان وضوح هیجانی نشان می دهند، که آنها را در تشخیص و تمایز هیجانات مختلف ناتوان می کند. حالتهای تجزیه ای با ایجاد حواسپرتی منجر به تجربه مجدد از هیجاناتی مرکب می شود؛ به جای اینکه تمرکز بر هیجان خاصی باشد که با رویداد مرتبط است (۲۰). در ایران نیز پژوهش ها نشان می دهد که همهٔ انواع تجربه های ناگوار بر متغیرهای سلامت تأثیرگذار است. همچنین برخی پژوهش ها نیز نشان داده اند که تجربه های ناگوار کودکی به خصوص از نوع رابطه ای مانند سوءاستفاده جسمانی و هیجانی در بزرگسالی نقش دارد (۲۱)که با این یافته پژوهش همسو و آن را تبیین می نماید.با توجه به اثر مستقیم و غیر مستقیم آسیب های کودکی بر تجارب تجزیه ای و به منظور گسترش نتایج و رسیدن به یک دیدگاه جامع در شناخت، پیش بینی و درمان اختلال‌های تجزیه ای، می‌توان مدل آسیب –تجزیه را در نمونه بالینی نیز مورد بررسی قرار داد.

با توجه به نتایج تحقیق توصیه می‌شود به آسیب‌های دوران کودکی توجه ویژه‌ای داشته باشیم و با توجه به تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم تحریف شناختی و تنظیم شناختی هیجانی توجه به این دو فاکتور واسطه ای پیشنهاد می شود. با این حال عدم دسترسی به تمام افراد جامعه، عدم کنترل شرایط روحی و روانی آنها هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها و عدم کنترل جایگاه اجتماعی و اقتصادی آنها از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌باشد که تحت کنترل محقق نبود.

نتیجه‌گیری

به منظور گسترش نتایج مطالعات پیشین و رسیدن به یک دیدگاه جامع در شناخت، پیش بینی و درمان اختلال‌های تجزیه ای می توان مدل آسیب –تجزیه را نمونه بالینی بیشتر مورد بررسی قرار داد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.47176/rjms.32.128]

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت می باشد. در نهایت نویسندگان از کلیه کسانی که با همکاری صمیمانه خود ما را در انجام پژوهش یاری رساندند کمال تشکر را ابراز می دارند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی با کد IR.IAU.SHIRAZ.REC.1398.015 تصویب شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در بخش‌های مختلف مشارکت داشته‌اند.

References

1. Prasko J, Grambal A, Kasalova P, Kamaradova D, Ociskova M, Holubova M, et al. Impact of dissociation on treatment of depressive and anxiety spectrum disorders with and without personality disorders. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:2659-2676. doi:10.2147/NDT.S118058
2. Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH, Dorahy MJ, Loewenstein RJ, Cardeña E, et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. Psychol Bull. 2012;138(3):550-588. doi:10.1037/a0027447
3. Lynn SJ, Maxwell R, Merckelbach H, Lilienfeld SO, van Heugten-van der Kloet D, Miskovic V. Dissociation and its disorders: competing models, future directions, and a way forward. Clin Psychol Rev. 2019;73:101755.
4. Giesbrecht T, Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H. Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. Psychol Bull. 2008;134(5):617-647. doi:10.1037/0033-2909.134.5.617
5. Fairbank JA, Fairbank DW. Epidemiology of child traumatic stress. Curr Psychiatry Rep. 2009;11(4):289-295. doi:10.1007/s11920-009-0042-9
6. Witt A, Glaesmer H, Jud A, Plener PL, Brähler E, Brown RC, et al. Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2018;12:24. doi:10.1186/s13034-018-0232-5
7. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N. Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the Dissociative Experiences Scale. Am J Psychiatry. 2018;175(1):37-46. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010025
8. Kargarbarzi H, Karbalaei Mohammad-Migoni A, Barmas H, Taghiloo S. Psychometric properties of the Dissociative Experiences Scale and its correlation with suicidal ideation and maladaptive personality traits in depressed patients [Persian]. Educ Meas. 2018;9(34):115-131.
9. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl. 2003;27(2):169-190.
10. Hamamci Z, Büyüköztürk Ş. The Interpersonal Cognitive Distortions Scale: development and psychometric characteristics. Psychol Rep. 2004;95(1):291-303. doi:10.2466/pr0.95.1.291-303
11. EsmaeelPoor K, Bakhshi Poor Rodsari A, Mohammadzadegan R. Determining factor structure, validity and reliability of interpersonal cognitive distortions scale among students of Tabriz University [Persian]. Cogn Strateg Learn. 2015;2(3):54-72.
12. Garnefski N, Rieffe CJ, Jellesma F, Meerum Terwogt M, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: the development of an instrument. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007;16(1):1-9. doi:10.1007/s00787-006-0562-3
13. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [Persian]. J Res Behav Sci. 2011;9(4):229-240.
14. Schimmenti A. The trauma factor: examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. J Trauma Dissociation. 2018;19(5):552-571.
15. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2014.
16. Mark CA, Poltavski DV, Petros T, King A. Differential executive functioning in young adulthood as a function of experienced child abuse. Int J Psychophysiol. 2019;135:126-135. doi:10.1016/j.ijpsycho.2018.12.004
17. Brents LK, Tripathi SP, Young J, James GA, Kilts CD. The role of childhood maltreatment in the altered trait and global expression of personality in cocaine addiction. J Psychiatr Res. 2015;64:23-31. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.02.015

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.47176/rjms.32.128]

18. Spinhoven P, Elzinga BM, Van Hemert AM, de Rooij M, Penninx BW. Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: a six-year longitudinal study. J Affect Disord. 2016;191:100-108.
19. Schreiber LRN, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. J Psychiatr Res. 2012;46(5):651-658.
20. Sutin AR, Stockdale GD. Trait dissociation and the subjective affective, motivational, and phenomenological experience of self-defining memories. J Pers. 2011;79(5):939-964.
21. Pournaghash-Tehrani SS, Amini-Tehrani M. The impact of adverse experiences in childhood relationships on the mental health of university students. Iran J Health Educ Health Promot. 2019;7(2):231-244. doi:10.30699/ijhehp.7.2.231

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.47176/rjms.32.128]