

رابطه آسیب‌های دوران کودکی و تکانشگری با روان‌رنجوری در دانشجویان: نقش میانجی بازداری هیجانی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۸/۰۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۳۰

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۰۶

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه آسیب‌های دوران کودکی و تکانشگری با روان‌رنجوری در دانشجویان با تأکید بر نقش میانجی بازداری هیجانی بود. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که از میان آنان ۲۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنستاین، مقیاس بازداری هیجانی کلنر، مقیاس تکانشگری بارت و خرده‌مقیاس روان‌رنجوری سیاهه شخصیت نئو گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS-22 و SmartPLS-3 انجام شد و برای آزمون روابط بین متغیرها از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و روش بوت‌استرپ استفاده گردید. نتایج نشان داد آسیب‌های دوران کودکی اثر مستقیم و معناداری بر بازداری هیجانی و روان‌رنجوری دارند. تکانشگری نیز به‌طور مستقیم بازداری هیجانی و روان‌رنجوری را پیش‌بینی کرد. همچنین بازداری هیجانی اثر مثبت و معناداری بر روان‌رنجوری داشت. نتایج تحلیل میانجیگری نشان داد بازداری هیجانی نقش میانجی معناداری در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و تکانشگری با روان‌رنجوری ایفا می‌کند. شاخص‌های برازش مدل ساختاری حاکی از برازش مطلوب مدل مفهومی و قدرت پیش‌بینی مناسب متغیرهای درون‌زا بود. یافته‌ها نشان می‌دهد تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ویژگی‌های تکانشگری از طریق سازوکارهای تنظیم هیجان، به‌ویژه بازداری هیجانی، می‌توانند زمینه‌ساز افزایش روان‌رنجوری در دانشجویان شوند. بازداری هیجانی به‌عنوان یک سازوکار فراتشخیصی نقش مهمی در انتقال اثر عوامل خطر اولیه به آسیب‌پذیری‌های شخصیتی ایفا می‌کند. توجه به آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش بازداری هیجانی می‌تواند راهبردی پیشگیرانه برای ارتقای سلامت روان دانشجویان محسوب شود.

کلیدواژه‌گان: روان‌رنجوری، بازداری هیجانی، آسیب‌های دوران کودکی، تکانشگری، دانشجویان

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



عسل همتی گورابی^{۱*}، صبا شیرین پور^۲، زینب امینی^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

a.hemmatigorabi@iau.ir

شیوه استناددهی: همتی گورابی، عسل، شیرین پور، صبا، و امینی، زینب. (۱۴۰۵). رابطه آسیب‌های دوران کودکی و تکانشگری با روان‌رنجوری در دانشجویان: نقش میانجی بازداری هیجانی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۳)، ۱۸-۱.

The Relationship Between Childhood Trauma and Impulsivity with Neuroticism in Students: The Mediating Role of Emotional Inhibition

Submit Date:
2025-10-27

Revise Date:
2026-02-16

Accept Date:
2026-02-19

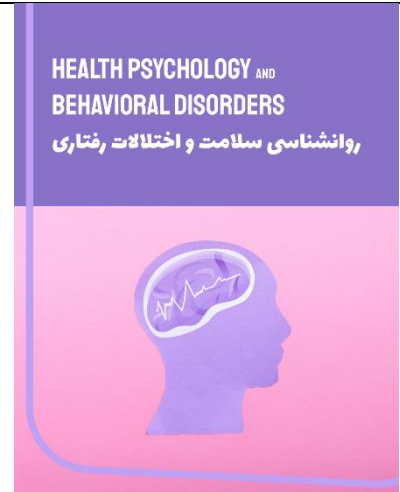
Initial Publish Date:
2026-04-26

Final Publish Date:
2026-07-23

Abstract

The present study aimed to examine the relationship between childhood trauma and impulsivity with neuroticism in students through the mediating role of emotional inhibition. This study employed a descriptive–correlational design using structural equation modeling. The statistical population consisted of students of Islamic Azad University, Rasht Branch, during the 2023–2024 academic year, from whom 285 participants were selected through convenience sampling. Data were collected using the Childhood Trauma Questionnaire, Kellner Emotional Inhibition Scale, Barratt Impulsivity Scale, and the Neuroticism subscale of the NEO Five-Factor Inventory. Data analysis was conducted using SPSS-22 and SmartPLS-3 software. Pearson correlation analysis, structural equation modeling, and bootstrapping procedures were applied to test direct and indirect relationships among variables. Results indicated that childhood trauma had significant direct effects on emotional inhibition and neuroticism. Impulsivity significantly predicted both emotional inhibition and neuroticism. Emotional inhibition also demonstrated a significant positive effect on neuroticism. Mediation analysis confirmed that emotional inhibition significantly mediated the relationships between childhood trauma and neuroticism as well as impulsivity and neuroticism. Model fit indices supported the adequacy of the structural model and demonstrated acceptable predictive power for endogenous constructs. The findings suggest that adverse childhood experiences and impulsive personality tendencies contribute to higher neuroticism through maladaptive emotional regulation mechanisms, particularly emotional inhibition. Emotional inhibition functions as a transdiagnostic mechanism linking early psychological vulnerability to later personality-related emotional instability. Interventions targeting emotional regulation skills and reducing maladaptive emotional suppression may serve as effective preventive strategies for improving students' psychological well-being.

Keywords: *Neuroticism, Emotional Inhibition, Childhood Trauma, Impulsivity, Students*

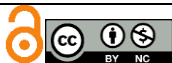


Asal Hemmati Gorabi^{1*}, Saba Shirinpour², Zeinab Amini²

1. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
2. Department of Psychology, La.C., Islamic Azad University, Lahijan, Iran

*Corresponding Author's Email:
a.hemmatigorabi@iau.ir

How to cite: Hemmati Gorabi, A., Shirinpour, S., & Amini, Z. (2026). The Relationship Between Childhood Trauma and Impulsivity with Neuroticism in Students: The Mediating Role of Emotional Inhibition. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(3), 1-18.



سلامت روانی در دوره جوانی و به‌ویژه در جمعیت دانشجویی، یکی از مهم‌ترین موضوعات مورد توجه پژوهش‌های معاصر روان‌شناسی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی محسوب می‌شود؛ زیرا این دوره، مرحله‌ای حساس از تحول روانی - اجتماعی است که در آن تعامل میان ویژگی‌های شخصیتی، تجارب رشدی اولیه و سازوکارهای تنظیم هیجان می‌تواند مسیر سلامت یا آسیب روانی آینده را تعیین کند. در سال‌های اخیر، پژوهشگران به‌طور فزاینده‌ای بر نقش تجارب نامطلوب دوران کودکی به‌عنوان یکی از بنیادی‌ترین عوامل خطر فراتشخیصی تأکید کرده‌اند. فراتحلیل‌های گسترده نشان داده‌اند که مواجهه با تجارب آسیب‌زای کودکی نه‌تنها با اختلالات روانی خاص بلکه با طیف وسیعی از مشکلات هیجانی، رفتاری و شخصیتی در سراسر چرخه زندگی ارتباط دارد (Zhu et al., 2025). این تجارب شامل سوءاستفاده عاطفی، جسمی، جنسی و انواع غفلت والدینی بوده و می‌توانند ساختارهای شناختی و هیجانی فرد را در مراحل اولیه رشد تغییر دهند (Bernstein Dp & et al., 2003; Bernstein et al., 2003).

مطالعات طولی و فراتحلیلی جدید نشان داده‌اند که تجارب نامطلوب دوران کودکی با افزایش خطر بروز اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلالات شخصیت و مشکلات سازگاری روانی در بزرگسالی ارتباط معناداری دارند (Liu et al., 2025). پژوهش‌های حوزه روان‌پزشکی شخصیت نیز بیان می‌کنند که آسیب‌های اولیه زندگی می‌توانند مسیرهای تحولی شخصیت را به‌گونه‌ای تغییر دهند که فرد مستعد واکنش‌پذیری هیجانی بالا و آسیب‌پذیری روان‌شناختی شود (Crişan & Nechita, 2025). در همین راستا، شواهد تجربی نشان داده‌اند که بدرفتاری دوران کودکی با شدت بیشتر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات شخصیت و مشکلات تنظیم هیجان مرتبط است (Kühner et al., 2025). افزون بر این، مطالعات جدید نشان داده‌اند که تروماهای کودکی از طریق تضعیف اعتماد بین‌فردی، اختلال در دلبستگی و ضعف در توانایی ذهنی‌سازی، زمینه‌ساز بروز مشکلات پایدار شخصیتی می‌شوند (Knapen et al., 2025).

یکی از مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با تجارب آسیب‌زای اولیه، افزایش سطح روان‌رنجوری است. روان‌رنجوری به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی مدل پنج‌عاملی شخصیت، بیانگر گرایش پایدار فرد به تجربه هیجان‌ات منفی، نگرانی، ناایمنی و حساسیت هیجانی بالا است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای سطح بالای روان‌رنجوری در تنظیم هیجان، پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و مقابله با استرس دچار دشواری‌های اساسی هستند (Chen et al., 2023). همچنین شواهد نوروسایکولوژیک نشان می‌دهد که روان‌رنجوری با الگوهای خاص اتصال کارکردی مغز مرتبط است که با رفتارهای پرخطر و آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات مصرف مواد همپوشانی دارد (Cheng et al., 2025). از منظر تحولی، آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند از طریق ایجاد حساسیت پایدار نسبت به تهدید و هیجان منفی، زمینه شکل‌گیری روان‌رنجوری را فراهم سازند (Zhang et al., 2025).

با وجود اهمیت نقش تجارب اولیه زندگی، پژوهشگران تأکید می‌کنند که رابطه بین آسیب‌های کودکی و پیامدهای شخصیتی به‌صورت مستقیم و ساده نیست، بلکه توسط مجموعه‌ای از سازوکارهای میانجی شناختی و هیجانی هدایت می‌شود. نظریه‌های نوین آسیب‌شناسی روانی، تنظیم هیجان را به‌عنوان یک عامل فراتشخیصی معرفی کرده‌اند که می‌تواند طیف گسترده‌ای از اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی را توضیح دهد (Aldao et al., 2016). مطالعات تجربی نیز نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان، حلقه واسط میان بدرفتاری کودکی و ظهور آسیب‌شناسی روانی در سال‌های بعدی زندگی است (Weissman et al., 2019). فراتحلیل‌های جدید تأیید کرده‌اند که تنظیم هیجان نقش میانجی قدرتمندی میان ناملايمات دوران کودکی و اختلالات روانی ایفا می‌کند (Miu et al., 2022).

در این میان، بازداری هیجانی یکی از مهم‌ترین سازوکارهای تنظیم هیجان محسوب می‌شود. بازداری هیجانی به تمایل فرد برای سرکوب، پنهان‌سازی یا اجتناب از ابراز هیجان‌ات اشاره دارد و می‌تواند در واکنش به تجارب تهدیدکننده اولیه شکل گیرد. مقیاس بازداری هیجانی کلنر از نخستین ابزارهایی بود که این سازه را به‌صورت نظام‌مند مفهوم‌سازی کرد (Kellner, 1986). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که در کودکی در معرض آسیب قرار گرفته‌اند، برای محافظت از خود در برابر طرد یا تنبیه، هیجان‌ات خود را مهار می‌کنند و این الگو در بزرگسالی به سبک

ناسازگار تنظیم هیجان تبدیل می‌شود (Kaçar-Başaran & Kızıltepe, 2025). همچنین مطالعات مداخله‌ای نشان داده‌اند که بهبود تنظیم هیجان و کاهش بازداری هیجانی می‌تواند رفتارهای پرخطر نوجوانان را کاهش دهد (Kheyani Far et al., 2023). عامل مهم دیگری که در این مسیر نقش دارد، تکانشگری است. تکانشگری به رفتارهای سریع، بدون برنامه‌ریزی و مبتنی بر پاسخ‌های هیجانی اشاره دارد و به‌عنوان یکی از ابعاد کلیدی آسیب‌پذیری روانی شناخته می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با افزایش تکانشگری و ضعف کنترل تکانه در بزرگسالی مرتبط هستند (Dixon et al., 2024). یافته‌های عصب‌روان‌شناختی نیز نشان می‌دهد تکانشگری ناشی از هیجان منفی، نتیجه تعامل میان سیستم‌های انگیزشی و ضعف کنترل شناختی است (Okan & Hallquist, 2025). علاوه بر این، هیجان‌پذیری منفی یکی از محرک‌های اصلی رفتارهای تکانشی محسوب می‌شود که می‌تواند مسیر شکل‌گیری اختلالات روانی را تقویت کند (Vassileva et al., 2025).

مطالعات تجربی متعدد رابطه میان تکانشگری و تجارب نامطلوب کودکی را تأیید کرده‌اند. به‌عنوان مثال، پژوهش‌های بالینی نشان داده‌اند که سابقه تروماهای اولیه با افزایش رفتارهای مخاطره‌آمیز و کاهش کنترل رفتاری همراه است (Chang et al., 2024). همچنین تحقیقات روان‌پزشکی نشان داده‌اند که ترکیب آسیب‌های دوران کودکی و تکانشگری می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی آسیب‌شناسی شخصیت و رفتارهای ناسازگار باشد (Özsoy et al., 2022). مرورهای نظام‌مند نیز رابطه بین تروماهای اولیه و اختلالات شخصیت مرزی را از طریق افزایش تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی تأیید کرده‌اند (Yuan et al., 2023). حتی در حوزه جرم‌شناسی روان‌شناختی نیز نشان داده شده است که تکانشگری با شناختارهای ناسازگار و تصمیم‌گیری‌های پرخطر ارتباط دارد (Deyreh & Aini Pour, 2023).

از منظر مدل‌های تحولی، تعامل میان آسیب‌های کودکی، تکانشگری و تنظیم هیجان می‌تواند مسیر مشترکی برای شکل‌گیری روان‌رنجوری فراهم سازد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که تجربه‌های نامطلوب اولیه با افزایش رفتارهای خطرپذیر در نوجوانی از طریق سازوکارهای خودکنترلی و تنظیم هیجان مرتبط هستند (Wang et al., 2025). علاوه بر این، مطالعات ساختاری نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی و مهارت‌های تنظیم هیجان می‌توانند شدت اثر تروماهای کودکی بر سلامت روان را تعدیل کنند (Omopo, 2025). در سطح شناختی نیز، فرایندهایی مانند فراشناخت و گسستگی روانی به‌عنوان میانجی‌هایی معرفی شده‌اند که تجربه تروما را به نشانه‌های روان‌پزشکی پیوند می‌دهند (Pedone et al., 2025).

پژوهش‌های ژنتیکی و دوقلوها نیز نشان داده‌اند که اثر آسیب‌های کودکی بر صفات شخصیتی صرفاً محیطی نیست، بلکه از طریق تغییرات پایدار در پردازش هیجانی و زیستی تداوم می‌یابد (Skaug et al., 2022). همچنین مطالعات نوروبیولوژیک نشان داده‌اند که تروماهای اولیه می‌توانند با افسردگی، گسستگی و اختلال در یکپارچگی هیجانی هم‌زمان شوند (Fung et al., 2025). در نتیجه، بسیاری از پژوهشگران امروزه بازداری هیجانی و تکانشگری را سازوکارهای فراتشخیصی می‌دانند که آسیب‌های اولیه را به ویژگی‌های پایدار شخصیتی مانند روان‌رنجوری متصل می‌کنند.

با وجود پیشرفت‌های پژوهشی، هنوز خلأهای مهمی در ادبیات علمی وجود دارد. بسیاری از مطالعات پیشین هر یک از متغیرهای آسیب‌های کودکی، تکانشگری یا تنظیم هیجان را به‌صورت جداگانه بررسی کرده‌اند و پژوهش‌های اندکی این عوامل را در قالب یک مدل یکپارچه ساختاری مورد مطالعه قرار داده‌اند. علاوه بر این، بررسی نقش هم‌زمان بازداری هیجانی به‌عنوان سازوکار میانجی میان تجربه‌های اولیه و ویژگی‌های شخصیتی در جمعیت دانشجویی، به‌ویژه در بستر فرهنگی ایران، کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه آسیب‌های دوران کودکی و تکانشگری با روان‌رنجوری در دانشجویان با در نظر گرفتن نقش میانجی بازداری هیجانی انجام شد.

روش‌شناسی

این پژوهش با توجه به هدف، از نمونه پژوهش‌های همبستگی و از نوع معادلات ساختاری محسوب می‌گردد. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ است. برای تعیین حجم نمونه مناسب در مدل‌یابی معادلات ساختاری، از فرمول کلاین (۲۰۱۱) استفاده شده است. بر اساس این فرمول، برای هر متغیر آشکار در مدل مفهومی، حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود. با توجه به تعداد متغیرهای آشکار، حجم نمونه مورد نیاز به صورت زیر محاسبه می‌شود: (تعداد متغیرهای آشکار) \times (۱۵ نفر برای هر متغیر) $(6 + 4 + 5 + 1) \times 15 = 16 \times 15 = 240$ نفر افزایش حجم نمونه با در نظر گرفتن احتمال ریزش با فرض ۲۰ درصد ریزش در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، حجم نمونه مورد نیاز به صورت زیر برآورد شد: $240 \times 1,2 = 288$ نفر بنابراین، حجم نمونه نهایی ۲۸۵ نفر در نظر گرفته شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود: دانشجو بودن در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴، داشتن حداقل یک ترم سابقه تحصیل در دانشگاه، تمایل و رضایت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانی تشخیص داده شده (براساس خوداظهاری) بود. ملاک‌های خروج: عدم تمایل برای ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت کامل و دقیق، ارائه پاسخ‌های متناقض در پرسشنامه‌ها بود.

پرسشنامه تجارب نامطلوب دوران کودکی (CTQ): پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط برنستاین^۱ و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسشنامه پنج نوع از بد رفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده 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. مؤلفه‌ها و سؤالات پرسشنامه شامل سوء استفاده عاطفی (سؤال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، سوء استفاده فیزیکی (سؤال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوء استفاده جنسی (سؤال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، غفلت عاطفی (سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸) و غفلت جسمی (سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) می‌باشد. قبل از نمره‌گذاری مؤلفه‌های پرسشنامه ابتدا باید نمره‌گذاری سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در پرسشنامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنه نمرات برای هریک از زیرمقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. سؤال‌های ۱۰، ۱۶، و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این سؤالات بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۹، 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 (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه بازداری هیجانی کلنر (EIS): پرسشنامه بازداری هیجان کلنر (۱۹۸۶) یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش بازداری هیجانی است. این پرسشنامه شامل ۱۶ گویه بوده و چهار خرده‌مقیاس بازداری کلامی، کمرویی، پنهان کردن احساسات و خودکنترلی را ارزیابی می‌کند. هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از "هرگز" (۰) تا "همیشه" (۴) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کلی مقیاس بین ۰ تا ۶۴ قرار دارد. در پژوهش گراندی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ گزارش شد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. همچنین، این ابزار توانایی تمایز بین جمعیت بالینی و غیر بالینی را دارد. در پژوهش اسدالهی، محمدی، نظیری و فتح (۱۴۰۱)، پایایی

1. Bernstein

پرسشنامه از طریق همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد و ضرایب به دست آمده برای خرده‌مقیاس‌های بازداری کلامی ۰/۶۹، کمروبی ۰/۷۳، پنهان کردن احساسات ۰/۷۱ و خودکنترلی ۰/۶۵ بودند که نشان‌دهنده پایایی مناسب پرسشنامه است. برای بررسی روایی سازه، تحلیل عاملی تأییدی انجام شد که شاخص‌های برازندگی مدل نشان دادند ساختار چهار عاملی پرسشنامه از برازش مطلوبی برخوردار است. بار عاملی استاندارد همه گویه‌ها بزرگ‌تر از ۰/۳۲ بود، بیشترین بار عاملی متعلق به گویه ۵ با مقدار ۰/۷۴۷ و کمترین بار عاملی متعلق به گویه ۱۲ با مقدار ۰/۴۴۵ بود که نشان‌دهنده قابلیت مناسب گویه‌ها برای اندازه‌گیری چهار عامل بازداری کلامی، کمروبی، پنهان کردن احساسات و خودکنترلی است. در پژوهش اسدالهی و همکاران (۱۴۰۱) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه خود گزارشی تکانشگری بارت (پاتون، استانفورد و بارت، ۱۹۹۵): مقیاس تکانشگری بارت ۱۱ شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره‌ای لیکرت بود که از هرگز = ۱ تا همیشه = ۴ نمره‌گذاری می‌گردد. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری نسخه اصلی این ابزار، سه عامل عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می‌گردد. تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم‌سازی بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان‌دهنده عمل بدون فکر و تامل می‌باشد و تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه‌ریزی، مبین بی‌توجهی به آینده‌نگری در رفتار و اعمال است. همچنی تمامی گویه‌ها دارای نمره‌گذاری مثبت می‌باشند. در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) که هنجاریابی این پرسشنامه را انجام داده‌اند تعداد گویه‌ها از ۳۰ گویه به ۲۵ گویه کاهش یافت و ۵ گویه به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ از پرسشنامه حذف شدند. در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه به شرح تکانشگری عدم برنامه‌ریزی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰، ضریب بازآزمایی ۰/۷۹؛ تکانشگری حرکتی ضریب آزمایی ۰/۶۷، ضریب بازآزمایی ۰/۷۳؛ تکانشگری شناختی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰، ضریب بازآزمایی ۰/۴۹ و کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۷ بود.

سیاهه ابعاد پنج‌گانه شخصیت نئو (NEO-FFI) - خرده مقیاس روانرنجوری: پرسشنامه‌ای ۶۰ سوالی به صورت مداد-کاغذی است که برای بررسی پنج بُعد اصلی شخصیت طراحی شده است. مک‌کری و کاستا (۲۰۰۴) این پرسشنامه را ابتدا با ۸۵ سوال تهیه کردند و سپس نسخه‌های ۲۴۰ و ۶۰ سوالی آن را نیز برای ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی مختلف ایجاد نمودند. این پرسشنامه شامل نسخه ۶۰ سوالی آزمون NEO-R-PI است که پرسش‌ها از آن استخراج شده و همان پنج بعد شخصیت، یعنی روانرنجوری، برون‌گرایی، پذیرش تجربه‌های جدید، همدلی و وظیفه‌شناسی را می‌سنجد. شرکت‌کنندگان به هر عبارت نمره‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) اختصاص می‌دهند و در مجموع در هر عامل نمره‌ای بین ۰ تا ۴۸ به دست می‌آورند. هر ۱۲ سوال نمایانگر یکی از این ابعاد است و سوالات مشخص شده با نمره‌گذاری معکوس ارزیابی می‌شوند. در این پژوهش فقط از خرده‌مقیاس روانرنجوری استفاده گردید. پایایی و روایی: این آزمون در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۲ توسط حق‌شناس اجرا و هنجاریابی شده است و برای نمونه ۵۱۲ نفری ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب برای روانرنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۰، ۰/۵۱، ۰/۵۴ و ۰/۶۷ گزارش شده‌اند (حق‌شناس، ۱۳۸۸). همچنین، این پرسشنامه توسط گروسی فرشی در سال ۱۳۷۷ برای جامعه ایرانی استاندارد شده است. در پژوهش زینل‌آبادی (۱۳۹۳) نیز آلفای کرونباخ برای همین ویژگی‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۳، ۰/۴۰، ۰/۵۳ و ۰/۷۸ به دست آمد. در بررسی داوری (۱۳۹۰) نیز آلفای کرونباخ برای روانرنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۲، ۰/۵۱، ۰/۵۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است. مک‌کری و کاستا (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای که روی ۲۰۸ دانشجو انجام دادند، دامنه ضرایب پایایی برای پنج ویژگی شخصیتی از فرم کوتاه نئو (۶۰ سوالی) با روش آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ گزارش نمودند. این پرسشنامه در جوامع مختلف مورد استفاده قرار گرفته و ابزار مناسبی برای ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی افراد محسوب می‌شود. برای نخستین بار، کیامهر (۱۳۸۱) این ابزار را به فارسی برگرداند و همبستگی آن را با نسخه ۲۴۰ سوالی نئو در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ گزارش کرد. در پژوهش نادری (۱۳۸۴)، ضریب پایایی فرم کوتاه نئو (NEO-FFI) با روش آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۶ محاسبه شد. خجسته‌مهر (۱۳۸۴) نیز پایایی این پرسشنامه را برای مردان و زنان

¹ NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)

متقاضی طلاق شهر اهواز با آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ و با روش دو نیمه‌سازی بین ۰/۵۱ تا ۰/۸۲ و برای افراد عادی با آلفای کرونباخ بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ و با روش دو نیمه‌سازی بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۰ گزارش کرد. این زیرمقیاس‌ها همبستگی درونی بالایی دارند. مک‌کری و کاستا (۱۹۹۲) ضرایب آلفای کرونباخ را برای ویژگی‌های موافق بودن تا روان‌آزرده‌گرایی به ترتیب بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ اعلام کردند. در پژوهش مورادیان و نزلک (۱۹۹۵)، آلفای کرونباخ برای روان‌آزرده‌گرایی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۲ و آزمون‌های توصیفی (شامل فراوانی، درصد، انحراف استاندارد و میانگین) و آزمون همبستگی پیرسون و برای آزمون‌های استنباطی از طریق معادلات ساختاری و نرم افزار Smart PLS نسخه ۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

همانطور که از داده‌های به دست آمده مشخص است، ۵۷/۲۹٪ افراد پاسخ دهنده زن و ۴۲/۷۱٪ آنها مرد هستند. و سن اکثر افراد پاسخ دهنده (۴۸/۶۱٪) زیر ۲۲ سال و کمترین آنها (۱۹/۱۰٪) بالای ۲۸ سال است. همچنین تحصیلات اکثر افراد پاسخ دهنده (۵۸/۶۸٪) کارشناسی و کمترین آنها (۶/۶۰٪) دکتری است.

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی، تکانشگری، روان‌رنجوری، بازداری هیجانی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	کمترین	بیشترین
سوء استفاده عاطفی	۱۱/۲۳	۳/۳۰۴	۰/۵۰۴	-۰/۴۳۴	۵	۲۱
سوء استفاده فیزیکی	۱۱/۶۲	۴/۰۱۷	۰/۶۴۸	۰/۰۵۶	۵	۲۵
سوء استفاده جنسی	۱۲/۳۶	۴/۲۰۳	۰/۷۳۸	-۰/۱۴۸	۵	۲۴
غفلت عاطفی	۱۰/۹۱	۳/۳۰۶	۰/۴۶۷	-۰/۱۲۲	۵	۲۲
غفلت جسمی	۱۰/۹۸	۳/۸۲۰	۰/۶۰۹	-۰/۱۱۶	۵	۲۴
آسیب‌های دوران کودکی	۵۷/۱۱	۱۴/۰۳۷	۰/۵۸۱	۰/۱۲۶	۲۷	۱۰۷
تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	۲۳/۳۸	۵/۳۲۸	-۰/۰۰۵	-۱/۰۷۶	۱۳	۳۴
تکانشگری حرکتی	۲۹/۲۸	۸/۶۲۶	۰/۱۵۰	-۱/۲۴۶	۱۴	۴۶
تکانشگری شناختی	۹/۲۷	۲/۸۳۵	-۰/۲۲۸	-۰/۹۰۳	۴	۱۵
تکانشگری	۶۱/۹۴	۱۳/۹۵۷	۰/۱۳۵	-۱/۲۵۷	۳۳	۹۱
روان‌رنجوری	۱۹/۷۲	۹/۴۸۳	-۰/۰۶۱	-۱/۰۹۰	۱	۳۷
بازداری کلامی	۶/۰۹	۳/۱۰۸	۰/۲۵۵	۰/۱۹۹	۰	۱۶
کمرویی	۶/۷۹	۳/۵۱۱	۰/۰۷۸	-۰/۸۹۲	۰	۱۵
پنهان کردن احساسات	۶/۰۹	۳/۳۰۰	۰/۴۷۰	-۰/۲۶۸	۰	۱۵
خودکنترلی	۴/۸۶	۳/۲۰۵	۰/۴۳۵	-۰/۶۵۰	۰	۱۳
بازداری هیجانی	۲۳/۶۶	۹/۷۱۹	۰/۰۴۰	-۰/۹۷۵	۲	۴۷

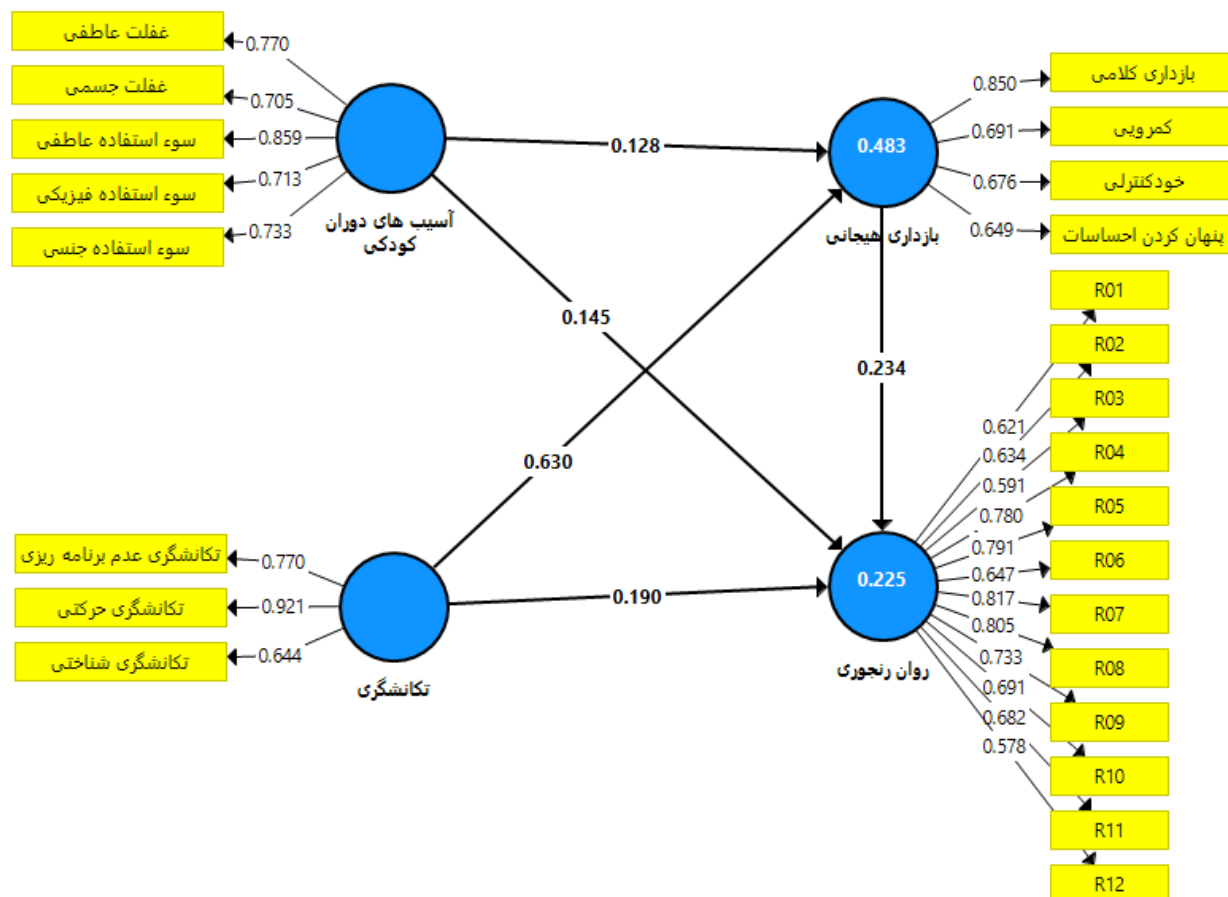
جدول ۲. ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	
۰/۲۵۸**	۰/۲۱۲**	۰/۱۱۹*	۰/۲۰۴**	۰/۱۷۱**	۰/۲۵۲**	۰/۳۱۹**	۰/۲۰۹**	۰/۳۳۹**	۰/۱۷۵**	۰/۸۵۱**	۰/۵۴۸**	۰/۶۵۳**	۰/۵۳۵**	۰/۵۶۷**	۱
۰/۳۳۰**	۰/۱۹۳**	۰/۲۳۳**	۰/۲۲۷**	۰/۳۳۶**	۰/۲۴۹**	۰/۳۴۱**	۰/۲۱۰**	۰/۳۵۴**	۰/۲۰۵**	۰/۷۵۴**	۰/۳۷۸**	۰/۴۷۴**	۰/۳۶۱**	۱	۲
۰/۳۲۲**	۰/۲۴۰**	۰/۱۹۸**	۰/۲۴۳**	۰/۲۷۷**	۰/۲۸۵**	۰/۳۴۸**	۰/۲۵۴**	۰/۳۵۷**	۰/۲۱۴**	۰/۷۰۹**	۰/۳۲۱**	۰/۴۵۰**	۱	۱	۳
۰/۳۲۵**	۰/۲۵۳**	۰/۲۲۸**	۰/۲۲۴**	۰/۲۶۳**	۰/۲۷۱**	۰/۳۳۳**	۰/۲۰۳**	۰/۳۳۶**	۰/۲۰۹**	۰/۷۵۷**	۰/۴۵۴**	۱	۱	۱	۴
۰/۳۹۹**	۰/۲۸۵**	۰/۲۴۰**	۰/۳۲۹**	۰/۲۸۰**	۰/۱۸۰**	۰/۳۳۹**	۰/۲۶۶**	۰/۳۴۲**	۰/۲۰۵**	۰/۶۹۰**	۱	۱	۱	۱	۵
۰/۴۲۹**	۰/۲۹۹**	۰/۲۷۸**	۰/۳۱۳**	۰/۳۵۱**	۰/۳۱۷**	۰/۴۴۷**	۰/۲۹۶**	۰/۴۵۹**	۰/۲۷۳**	۱	۱	۱	۱	۱	۶
۰/۵۰۴**	۰/۲۸۲**	۰/۳۱۵**	۰/۳۶۷**	۰/۴۴۸**	۰/۱۷۲**	۰/۸۰۶**	۰/۲۴۹**	۰/۵۸۰**	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۷
۰/۶۶۷**	۰/۴۵۸**	۰/۳۶۲**	۰/۵۱۱**	۰/۵۷۸**	۰/۴۳۵**	۰/۹۲۰**	۰/۴۸۳**	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۸
۰/۴۰۱**	۰/۳۵۵**	۰/۲۴۶**	۰/۲۳۸**	۰/۳۴۸**	۰/۲۵۹**	۰/۵۹۰**	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۹
۰/۶۷۸**	۰/۴۵۴**	۰/۳۸۸**	۰/۵۰۲**	۰/۵۹۰**	۰/۳۵۹**	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۰
۰/۴۱۰**	۰/۲۹۶**	۰/۲۳۰**	۰/۲۵۵**	۰/۳۸۲**	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۱
۰/۸۰۶**	۰/۴۱۳**	۰/۵۸۱**	۰/۵۰۹**	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۲
۰/۷۶۳**	۰/۴۱۳**	۰/۲۵۶**	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۳
۰/۶۷۷**	۰/۲۹۶**	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۴
۰/۷۰۰**	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۵
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۶

۱. سوء استفاده عاطفی؛ ۲. سوء استفاده فیزیکی؛ ۳. سوء استفاده جنسی؛ ۴. غفلت عاطفی؛ ۵. غفلت جسمی؛ ۶. آسیب‌های دوران کودکی؛ ۷. تکانشگری عدم برنامه‌ریزی؛ ۸. تکانشگری حرکتی؛ ۹. تکانشگری

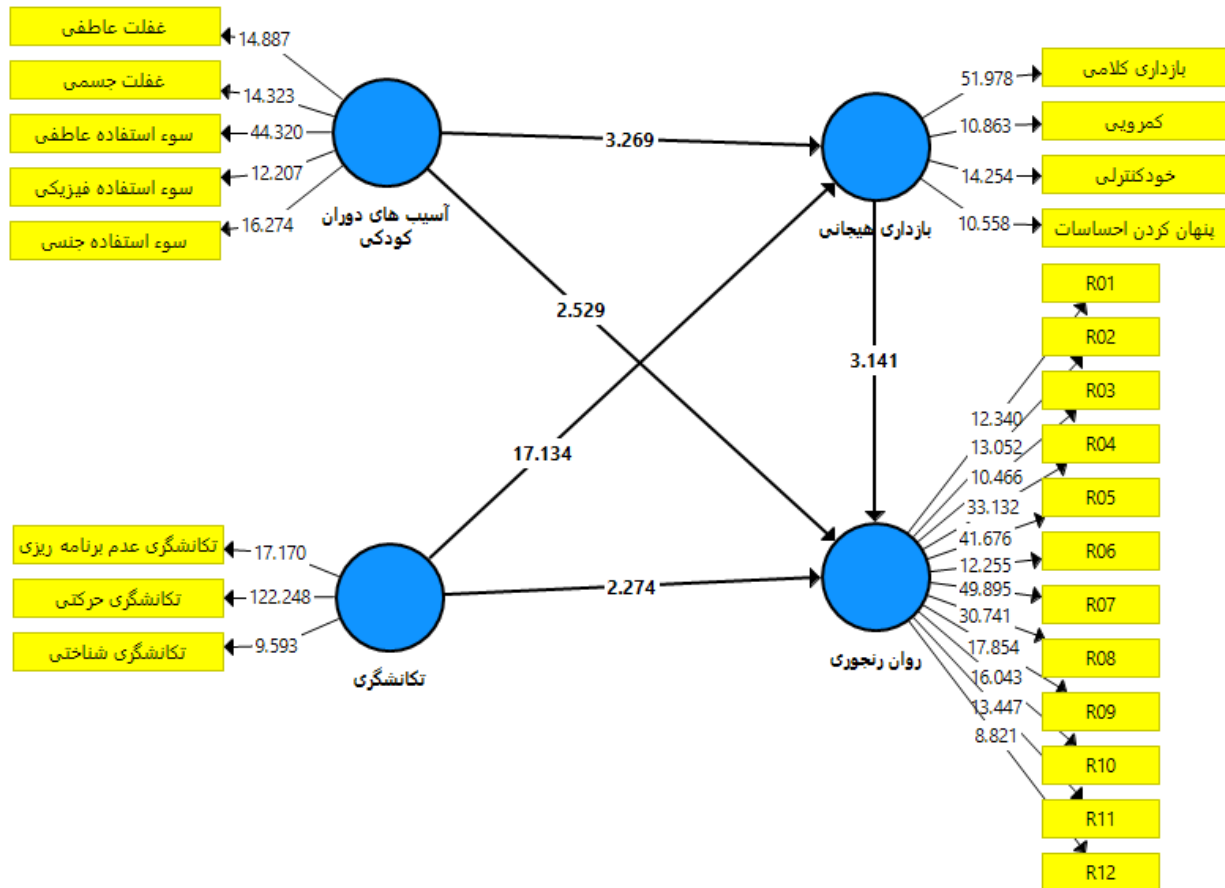
شناختی؛ ۱۰. تکانشگری؛ ۱۱. روان‌رنجوری؛ ۱۲. بازداری کلامی؛ ۱۳. کمروبی؛ ۱۴. پنهان کردن احساسات؛ ۱۵. خودکنترلی؛ ۱۶. بازداری هیجانی

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. * همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد مدل مفهومی پژوهش

اعداد نوشته شده بر روی مسیرها ضرایب مسیر را نمایش می‌دهد. برای آزمون معناداری ضرایب مسیر با استفاده از روش بوت استرپ^۱ مقادیر آزمون تی-استیودنت محاسبه شده است. مقادیر آزمون تی-استیودنت اگر مقداری بزرگتر از ۱/۹۶ باشد، ضریب مسیر در سطح ۰/۰۵ معنادار است.



شکل ۲. نتایج آزمون تی-استیودنت برای بررسی معناداری ضرایب مسیر

جدول ۳. مقادیر R^2 متغیرهای تحقیق

ردیف	متغیر	R^2
۱	بازداری هیجانی	۰/۴۸۳
۲	روان رنجوری	۰/۲۲۵

معیار Q^2 قدرت پیش بینی مدل را مشخص می‌کند و در صورتی که مقدار آن در مورد یک سازه درون‌زا سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را کسب نماید، به ترتیب نشان از قدرت پیش‌بینی ضعیف، متوسط و قوی سازه یا سازه‌های برون‌زای مربوط به آن را دارد. مقدار Q^2 در جدول زیر نشان از قدرت پیش‌بینی مناسب مدل در خصوص سازه‌های درون‌زای پژوهش دارد و برازش مناسب مدل ساختاری را تأیید می‌سازد.

^۱ Bootstrapping

جدول ۴. مقادیر Q متغیرهای تحقیق

ردیف	متغیر	Q
۱	بازداری هیجانی	۰/۲۳۰
۲	روان رنجوری	۰/۰۹۵

شاخص دیگری که برای برازش توسط تنن هاوس و همکاران (۵۰۵) معرفی شده است، ملاک کلی برازش (GOF) است که با محاسبه میانگین هندسی میانگین اشتراک و R^2 به صورت زیر محاسبه می‌شود.

$$GOF = \sqrt{\text{communality} \times R^2}$$

این شاخص نیز همانند شاخص‌های برازش مدل لیزرل عمل می‌کند و بین صفر تا یک قرار دارد و مقادیر نزدیک به یک نشانگر کیفیت مناسب مدل هستند. البته باید توجه داشت این شاخص همانند شاخص‌های مبتنی بر خی دو در مدل‌های لیزرل به بررسی میزان برازش مدل نظری با داده‌های گردآوری شده نمی‌پردازد. بلکه توانایی پیش‌بینی کلی مدل را مورد بررسی قرار می‌دهد و اینکه آیا مدل آزمون شده در پیش‌بینی متغیرهای مکنون درون‌زا موفق بوده است یا نه.

جدول ۵. نتایج برازش کلی مدل با معیار GOF

R^2	$Communalities$	$GOF = \sqrt{Communalities \times R^2}$
۰/۳۵۴	۰/۳۱۸	۰/۳۳۶

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار میانگین مقادیر اشتراکی ($Communalities$) مقدار ۰/۳۱۸ و میانگین مقادیر R^2 برابر ۰/۳۵۴ بدست آمده است و با توجه به فرمول، مقدار معیار GOF معادل ۰/۳۳۶ بدست آمد که بزرگتر از مقدار ملاک ۰/۳ بوده و نشان از توان مناسب مدل در پیش‌بینی متغیر مکنون درون‌زای مدل دارد.

جدول ۶. نتایج حاصل از ارزیابی مدل ساختاری برای بررسی فرضیه‌های پژوهش

ردیف	مسیر	ضریب مسیر (β)	عدد معنی‌داری (t-value)	نتیجه آزمون
۱	آسیب‌های دوران کودکی ← بازداری هیجانی	۰/۱۲۸	۳/۲۶۹	تایید
۲	آسیب‌های دوران کودکی ← روان رنجوری	۰/۱۴۵	۲/۵۲۹	تایید
۳	تکانشگری ← بازداری هیجانی	۰/۶۳۰	۱۷/۱۳۴	تایید
۴	تکانشگری ← روان رنجوری	۰/۱۹۰	۲/۲۷۴	تایید
۵	بازداری هیجانی ← روان رنجوری	۰/۲۳۴	۳/۱۴۱	تایید

در ادامه با توجه به خروجی مدل مفهومی پژوهش به بیان و بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته خواهد شد.

جدول ۷. نتایج حاصل از روش بوت استرپ برای بررسی معناداری اثر غیرمستقیم

مسیر	اثر غیر مستقیم	مقدار بوت استرپ	آماره t		خطای معناداری	سطح معناداری	
			حد بالا	حد پایین			
آسیب‌های دوران کودکی	متغیر میانجی بازداری هیجانی	روان رنجوری	۰/۰۳۰	۰/۰۶۴	۱/۹۸۵	۰/۰۱۵	<۰/۰۰۱
تکانشگری	متغیر میانجی روان رنجوری	روان رنجوری	۰/۱۴۷	۰/۲۴۱	۳/۱۳۱	۰/۰۴۷	<۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۷، سطح معناداری در هر دو مورد کوچکتر از ۰/۰۵ و فاصله اطمینان شامل صفر نمی‌باشد. بنابراین فرض پژوهش پذیرفته می‌شود. بدین معنا که؛ بین آسیب‌های دوران کودکی و تکانشگری با روان‌رنجوری در دانشجویان با توجه به نقش میانجی بازداری هیجانی رابطه وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه آسیب‌های دوران کودکی و تکانشگری با روان‌رنجوری در دانشجویان با تأکید بر نقش میانجی بازداری هیجانی بود. نتایج تحلیل مدل معادلات ساختاری نشان داد که آسیب‌های دوران کودکی به‌طور مستقیم و مثبت روان‌رنجوری را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته با بدنه گسترده‌ای از پژوهش‌های معاصر همسو است که تجارب نامطلوب دوران کودکی را یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های آسیب‌پذیری هیجانی و شخصیتی در بزرگسالی معرفی کرده‌اند. مطالعات فراتحلیلی نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض بدرفتاری یا غفلت در سال‌های اولیه زندگی با افزایش احتمال بروز اختلالات اضطرابی و ویژگی‌های شخصیت روان‌رنجورانه همراه است (Liu et al., 2025). همچنین شواهد تحولی بیان می‌کند که تجربه‌های آسیب‌زا می‌توانند الگوهای پایدار واکنش‌پذیری هیجانی را شکل دهند و حساسیت فرد به تهدیدهای محیطی را افزایش دهند (Zhu et al., 2025). این فرایند موجب می‌شود فرد در مواجهه با فشارهای روزمره، هیجانات منفی شدیدتری تجربه کند که هسته اصلی سازه روان‌رنجوری محسوب می‌شود (Chen et al., 2023). نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که آسیب‌های دوران کودکی اثر معناداری بر بازداری هیجانی دارند. این یافته نشان می‌دهد افرادی که در کودکی تجربه‌های منفی داشته‌اند، بیشتر به سرکوب هیجان‌ها و اجتناب از بیان عاطفی گرایش دارند. مطالعات پیشین نشان داده‌اند کودکانی که در محیط‌های ناایمن رشد می‌کنند، برای کاهش احتمال طرد یا تنبیه، ابراز هیجان را محدود می‌سازند و این الگو در بزرگسالی به سبک تنظیم هیجانی ناسازگار تبدیل می‌شود (Kaçar-Başaran & Kızıltepe, 2025). از منظر نظریه‌های فراتشخیصی، تنظیم هیجان یکی از مکانیسم‌های کلیدی اتصال تجربه‌های آسیب‌زا به آسیب‌شناسی روانی است (Aldao et al., 2016). پژوهش‌های طولی نیز نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان مسیر تحولی میان بدرفتاری کودکی و مشکلات روان‌شناختی بعدی را توضیح می‌دهد (Weissman et al., 2019). یافته حاضر نیز این دیدگاه را تقویت می‌کند که بازداری هیجانی می‌تواند یکی از پیامدهای مستقیم آسیب‌های اولیه زندگی باشد. یافته مهم دیگر پژوهش نشان داد تکانشگری پیش‌بینی‌کننده قوی بازداری هیجانی و روان‌رنجوری است. این نتیجه با مطالعات نوروسایکولوژیک همسو است که تکانشگری را پیامد تعامل میان هیجان‌پذیری منفی و ضعف کنترل شناختی می‌دانند (Okan & Hallquist, 2025). افراد تکانشگر معمولاً در مهار پاسخ‌های هیجانی مشکل دارند و به‌جای پردازش سازگاران هیجان‌ها، واکنش‌های سریع و شدید نشان می‌دهند؛ الگویی که با ویژگی‌های روان‌رنجوری همپوشانی قابل توجهی دارد (Cheng et al., 2025). علاوه بر این، پژوهش‌های تجربی نشان داده‌اند که تروماهای کودکی با افزایش تکانشگری و کاهش کنترل تکانه مرتبط هستند (Dixon et al., 2024). مطالعات بالینی نیز نشان داده‌اند تکانشگری ناشی از هیجان منفی می‌تواند مسیر بروز رفتارهای پرخطر و اختلالات روانی را تقویت کند (Vassileva et al., 2025). بنابراین، نتایج پژوهش حاضر تأیید می‌کند که تکانشگری نه‌تنها یک ویژگی رفتاری بلکه یک سازوکار هیجانی - شناختی مؤثر در شکل‌گیری روان‌رنجوری است.

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد بازداری هیجانی اثر مستقیم و معناداری بر روان‌رنجوری دارد. این نتیجه با شواهد پژوهشی نشان‌دهنده نقش تنظیم هیجان در آسیب‌پذیری شخصیتی هماهنگ است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد روان‌رنجور تمایل بیشتری به سرکوب هیجان‌ها و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد دارند (Chen et al., 2023). فراتحلیل‌ها نیز تأیید کرده‌اند که نقص در تنظیم هیجان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اختلالات درونی‌سازی است (Miu et al., 2022). بازداری هیجانی موجب انباشت هیجانات منفی حل‌نشده

می‌شود و این فشار هیجانی درونی، واکنش‌پذیری هیجانی و نگرانی مزمن را افزایش می‌دهد؛ مؤلفه‌هایی که اساس روان‌رنجوری را تشکیل می‌دهند.

از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر، تأیید نقش میانجی‌بازداری هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و تکانشگری با روان‌رنجوری بود. این نتیجه نشان می‌دهد که تجربه‌های آسیب‌زای اولیه و ویژگی‌های تکانشی از طریق سازوکارهای تنظیم هیجان بر ویژگی‌های شخصیتی اثر می‌گذارند. پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، واسطه اصلی انتقال اثر تروماهای کودکی به مشکلات روانی هستند (Omopo, 2025). همچنین مطالعاتی که بر فراشناخت و گسستگی روانی تمرکز داشته‌اند، نشان داده‌اند سازوکارهای شناختی و هیجانی واسطه‌ای نقش کلیدی در تبدیل تجربه‌های آسیب‌زا به نشانه‌های روان‌پزشکی دارند (Pedone et al., 2025). بنابراین، نتایج پژوهش حاضر در چارچوب مدل‌های میانجیگری تحولی قابل تبیین است که بر تعامل میان عوامل رشدی و تنظیم هیجان تأکید دارند. همچنین یافته‌های این مطالعه با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند آسیب‌های دوران کودکی از طریق تغییر در پردازش اجتماعی و هیجانی، زمینه‌ساز آسیب‌شناسی شخصیت می‌شوند (Knapen et al., 2025). مطالعات دوقلوها نیز تأیید کرده‌اند که اثرات تروماهای اولیه بر ویژگی‌های شخصیت از طریق تغییرات پایدار در سیستم‌های تنظیم هیجان ادامه می‌یابد (Skaug et al., 2022). افزون بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند بدرفتاری دوران کودکی با شدت بیشتر علائم اختلالات شخصیت و استرس پس از سانحه همراه است (Kühner et al., 2025). در مجموع، نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بازداری هیجانی می‌تواند حلقه واسطی باشد که تجارب اولیه زندگی را به ویژگی پایدار روان‌رنجوری متصل می‌کند.

از منظر تبیین نظری، می‌توان گفت آسیب‌های دوران کودکی موجب فعال شدن مزمن سیستم‌های تهدید و هیجان منفی می‌شوند. این وضعیت با افزایش افسردگی، گسستگی روانی و ناپایداری هیجانی همراه است (Fung et al., 2025). افراد در چنین شرایطی برای کنترل هیجان‌ات شدید به سرکوب هیجانی متوسل می‌شوند که اگرچه در کوتاه‌مدت سازگارانه به نظر می‌رسد، اما در بلندمدت باعث افزایش تنش درونی و بی‌ثباتی هیجانی می‌شود. این فرایند در تعامل با تکانشگری، الگوی واکنش هیجانی ناسازگار ایجاد کرده و به شکل‌گیری روان‌رنجوری منجر می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که تکانشگری نقش مهمی در مسیر تحولی آسیب‌های روانی ایفا می‌کند. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که ترکیب تکانشگری بالا و تجربه‌های نامطلوب کودکی با افزایش رفتارهای خطرپذیر در نوجوانی و جوانی مرتبط است (Wang et al., 2025). همچنین پژوهش‌های بالینی بیان کرده‌اند که تکانشگری با شناختارهای ناسازگار و تصمیم‌گیری‌های پرخطر همراه است (Deyreh & Aini Pour, 2023). این نتایج نشان می‌دهد که تکانشگری می‌تواند زمینه‌ای برای تداوم تأثیرات هیجانی آسیب‌های کودکی فراهم سازد و از طریق بازداری هیجانی، به آسیب‌پذیری شخصیتی تبدیل شود.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر از دیدگاه فراتشخیصی آسیب‌شناسی روانی حمایت می‌کند؛ دیدگاهی که بر وجود سازوکارهای مشترک زیربنایی در اختلالات مختلف تأکید دارد. بازداری هیجانی و تکانشگری به‌عنوان دو سازوکار کلیدی می‌توانند تجربه‌های اولیه زندگی را به الگوهای پایدار شخصیت متصل کنند. این نتایج نشان می‌دهد که روان‌رنجوری صرفاً یک ویژگی شخصیتی ثابت نیست، بلکه نتیجه تعامل پیچیده میان تجارب رشدی، تنظیم هیجان و ویژگی‌های رفتاری است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از طرح پژوهشی مقطعی اشاره کرد که امکان استنتاج روابط علی قطعی میان متغیرها را محدود می‌کند. همچنین داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند که احتمال سوگیری پاسخ‌دهی، خطای حافظه و تمایل به ارائه پاسخ‌های اجتماعی مطلوب را افزایش می‌دهد. نمونه پژوهش نیز تنها شامل دانشجویان یک دانشگاه بود که تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی یا فرهنگی را با احتیاط مواجه می‌سازد. علاوه بر این، متغیرهای زیستی، خانوادگی و اجتماعی دیگری که ممکن است بر روان‌رنجوری تأثیر بگذارند در مدل پژوهش وارد نشدند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی، مسیرهای تحولی میان آسیب‌های دوران کودکی، تنظیم هیجان و ویژگی‌های شخصیتی را در بازه‌های زمانی مختلف بررسی کنند. همچنین استفاده از روش‌های چندمنبعی مانند مصاحبه‌های بالینی، ارزیابی‌های رفتاری و شاخص‌های زیستی می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد. بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌گر نظیر حمایت اجتماعی، سبک‌های دلبستگی، تاب‌آوری و عوامل فرهنگی نیز می‌تواند به توسعه مدل‌های جامع‌تر کمک کند. انجام پژوهش‌های بین‌فرهنگی و مقایسه‌ای نیز برای شناخت نقش زمینه‌های اجتماعی در این روابط پیشنهاد می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر بر اهمیت طراحی مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر تنظیم هیجان در محیط‌های دانشگاهی تأکید دارد. برنامه‌های آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، افزایش آگاهی هیجانی و کاهش بازداری هیجانی می‌توانند به کاهش آسیب‌پذیری روانی دانشجویان کمک کنند. غربالگری تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در مراکز مشاوره دانشگاهی و ارائه مداخلات روان‌شناختی زود هنگام نیز می‌تواند از شکل‌گیری الگوهای پایدار روان‌رنجوری جلوگیری نماید. همچنین توجه به مدیریت تکانشگری و تقویت مهارت‌های خودکنترلی در برنامه‌های ارتقای سلامت روان می‌تواند راهبردی مؤثر برای بهبود سازگاری هیجانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان باشد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Understanding the developmental origins of personality vulnerability has become a central focus in contemporary psychological research, particularly regarding the role of early adverse experiences in shaping emotional functioning and personality traits. Increasing empirical evidence indicates that childhood trauma represents one of the most influential transdiagnostic risk factors associated with a wide range of psychological difficulties across the lifespan. Adverse childhood experiences—including emotional, physical, and sexual abuse as well as emotional and physical neglect—have been consistently linked to long-term emotional dysregulation, maladaptive coping patterns, and personality vulnerability (Zhu et al., 2025). Theoretical and empirical studies emphasize that early environmental stressors may alter neurobiological development, emotional learning processes, and interpersonal schemas, thereby increasing susceptibility to later psychopathology (Crişan & Nechita, 2025).

Longitudinal and meta-analytic findings demonstrate that exposure to childhood trauma significantly increases the risk of anxiety disorders, depressive symptoms, and personality dysfunction in adulthood (Liu et al., 2025). Trauma-related developmental disruptions may affect attachment formation, epistemic trust, and mentalization capacities, which subsequently contribute to emotional instability and maladaptive personality functioning (Knapen et al., 2025). Moreover, the severity and type of childhood maltreatment have been shown to predict the intensity of post-traumatic symptoms and comorbid personality disturbances (Kühner et al., 2025). These findings collectively suggest that childhood trauma plays a foundational role in shaping emotional reactivity and vulnerability traits such as neuroticism.

Neuroticism, one of the primary dimensions of the Five-Factor Model of personality, reflects a stable tendency toward negative emotionality, heightened stress sensitivity, worry, and emotional instability. Individuals with high neuroticism often demonstrate inefficient emotion regulation, cognitive biases toward threat perception, and persistent negative affectivity (Chen et al., 2023). Neurobiological research further indicates that impulsivity and neuroticism share partially overlapping neural connectivity patterns associated with risk-related behavior and emotional dysregulation (Cheng et al., 2025). Importantly, developmental research shows that childhood trauma predicts elevated neuroticism through heightened emotional sensitivity and maladaptive coping processes (Zhang et al., 2025).

Contemporary psychopathology models increasingly highlight emotion regulation as a transdiagnostic mechanism explaining how early adversity translates into later psychological problems. Emotion regulation processes determine how individuals perceive, experience, and express emotional responses, thereby influencing both internalizing and externalizing outcomes (Aldao et al., 2016). Empirical evidence indicates that difficulties in emotion regulation mediate the relationship between childhood maltreatment and subsequent psychopathology (Weissman et al., 2019). Meta-analytic findings have confirmed that emotion regulation deficits serve as a central pathway linking early adversity with mental disorders (Miu et al., 2022).

One important yet relatively understudied emotion regulation strategy is emotional inhibition. Emotional inhibition refers to the tendency to suppress emotional expression or avoid communicating feelings, often as a defensive response to threatening interpersonal environments. Early conceptualizations emphasized emotional inhibition as a personality-related coping style that develops in response to social and emotional stressors (Kellner, 1986). Individuals exposed to childhood maltreatment may learn to inhibit emotional expression as a protective strategy, which later contributes to internal psychological pressure and emotional dysregulation (Kaçar-Başaran & Kızıltepe, 2025). Intervention research also shows that improving emotional regulation abilities can reduce maladaptive behaviors among individuals exhibiting risky psychological profiles (Kheyani Far et al., 2023).

Another key mechanism associated with emotional vulnerability is impulsivity. Impulsivity refers to rapid, poorly planned reactions to internal or external stimuli without consideration of consequences. Studies indicate that childhood trauma contributes to impaired impulse control and increased impulsive decision-making in

adulthood (Dixon et al., 2024). Cognitive neuroscience perspectives suggest that impulsivity arises from imbalance between affect-driven motivational systems and executive control processes (Okan & Hallquist, 2025). Negative affectivity has been identified as a primary driver of impulsive behavior, linking emotional distress with behavioral dysregulation (Vassileva et al., 2025).

Empirical studies demonstrate strong associations between trauma exposure, impulsivity, and maladaptive behavioral outcomes. Childhood adversity has been shown to increase risk-taking tendencies and behavioral dyscontrol across developmental stages (Wang et al., 2025). Clinical research further indicates that impulsivity combined with traumatic experiences predicts personality pathology and psychological instability (Özsoy et al., 2022). Systematic reviews also confirm that early trauma is strongly associated with borderline personality features through mechanisms involving impulsivity and emotional instability (Yuan et al., 2023). Even within criminological psychology, impulsivity has been linked to maladaptive cognition and risky behavioral patterns (Deyreh & Aini Pour, 2023).

Recent theoretical developments propose that emotional inhibition may function as a mediating mechanism connecting impulsivity and childhood trauma to neuroticism. Structural modeling studies demonstrate that emotion regulation capacities, social support, and psychological resources influence how childhood trauma affects mental health outcomes (Omopo, 2025). Additionally, research on metacognitive and dissociative processes indicates that cognitive-emotional mediators play a crucial role in transforming traumatic experiences into psychiatric symptoms (Pedone et al., 2025). Twin studies further support the notion that trauma-related emotional processing alterations contribute to enduring personality traits and psychological vulnerability (Skaug et al., 2022).

Although previous research has examined childhood trauma, impulsivity, and emotion regulation independently, relatively few studies have integrated these constructs within a unified structural framework explaining neuroticism. Accordingly, the present study aimed to investigate the relationship between childhood trauma and impulsivity with neuroticism among university students, considering the mediating role of emotional inhibition.

Methods and Materials

The present research employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling. The statistical population consisted of students enrolled at Islamic Azad University, Rasht Branch, during the 2023–2024 academic year. A total of 285 participants were selected through convenience sampling based on inclusion criteria including student status, voluntary participation, and absence of severe diagnosed psychiatric disorders.

Data were collected using four standardized instruments: the Childhood Trauma Questionnaire, the Emotional Inhibition Scale, the Barratt Impulsivity Scale, and the Neuroticism subscale of the NEO Five-Factor Inventory. Demographic information was also gathered.

Following data collection, statistical analyses were conducted using SPSS-22 for descriptive statistics and correlation analysis, and SmartPLS-3 for structural equation modeling. Measurement validity and reliability were assessed prior to structural analysis. Bootstrapping procedures were applied to evaluate direct and indirect effects among variables and to test mediation hypotheses.

Findings

Descriptive analysis indicated balanced gender participation with the majority of respondents aged below 22 years. Mean scores demonstrated moderate levels of childhood trauma, impulsivity, emotional inhibition, and neuroticism within the sample. Correlation analysis revealed significant positive relationships among childhood trauma, impulsivity, emotional inhibition, and neuroticism.

Structural equation modeling results supported all proposed hypotheses. Childhood trauma significantly predicted emotional inhibition and neuroticism. Impulsivity also showed significant positive effects on both emotional inhibition and neuroticism. Emotional inhibition emerged as a significant predictor of neuroticism. Model evaluation indices indicated satisfactory explanatory power. The coefficient of determination demonstrated moderate predictive strength for emotional inhibition and neuroticism. Predictive relevance indices confirmed acceptable model performance, and the global goodness-of-fit index exceeded recommended thresholds, indicating adequate overall model fit.

Bootstrapping analysis confirmed significant indirect effects, demonstrating that emotional inhibition mediated the relationships between childhood trauma and neuroticism as well as between impulsivity and neuroticism. These findings supported the hypothesized mediational model.

Discussion and Conclusion

The findings of this study highlight the developmental interplay between early adverse experiences, behavioral regulation tendencies, and personality vulnerability. Childhood trauma appears to exert both direct and indirect influences on neuroticism, suggesting that early relational environments shape enduring emotional response patterns. Individuals exposed to adverse experiences may develop heightened emotional sensitivity that persists into adulthood, contributing to chronic negative affectivity and emotional instability.

Impulsivity emerged as an important behavioral pathway linking emotional distress with personality vulnerability. Difficulties in impulse control may amplify emotional reactions and reduce individuals' capacity to regulate internal experiences effectively. When impulsivity interacts with unresolved emotional experiences, individuals may become more prone to persistent emotional dysregulation and psychological distress.

The mediating role of emotional inhibition provides an important theoretical contribution. Emotional inhibition may initially function as a protective coping strategy in adverse environments; however, long-term reliance on emotional suppression can prevent adaptive emotional processing. Accumulated unexpressed emotions may intensify internal tension and increase vulnerability to neuroticism. Thus, emotional inhibition represents a mechanism through which developmental adversity and impulsive tendencies translate into stable personality characteristics.

These results support transdiagnostic models of psychopathology emphasizing shared emotional regulation mechanisms underlying diverse psychological outcomes. Neuroticism should therefore be understood not merely as a fixed personality trait but as the outcome of dynamic interactions between developmental experiences, emotional regulation processes, and behavioral tendencies.

From a clinical perspective, the findings underscore the importance of preventive interventions targeting emotional regulation skills. Early identification of individuals with histories of childhood trauma or elevated impulsivity may help reduce long-term personality vulnerability. Interventions designed to enhance emotional awareness, promote adaptive emotional expression, and strengthen self-control capacities may contribute to improved psychological well-being among university students.

In conclusion, the present study demonstrates that childhood trauma and impulsivity contribute to neuroticism through the mediating influence of emotional inhibition. These findings emphasize the critical role of emotional regulation mechanisms in understanding personality development and psychological vulnerability, highlighting the need for integrative prevention and intervention approaches focused on emotional functioning.

References

- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 927-946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- Bernstein Dp, S. J. A. N. M. D., & et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Chang, H. M., Chen, C., Lu, M. L., Jou, S., Santos, V. H. J., & Goh, K. K. (2024). The interplay of childhood trauma, oxytocin, and impulsivity in predicting the onset of methamphetamine use. *Child abuse & neglect*, 147, 106579. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106579>
- Chen, L., Liu, X., Weng, X., Huang, M., Weng, Y., Zeng, H., & Chen, C. (2023). The emotion regulation mechanism in neurotic individuals: The potential role of mindfulness and cognitive bias. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 896. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020896>
- Cheng, A., Lichenstein, S., Chaarani, B., Liang, Q., Babaeianjelodar, M., Riley, S. J., & Yip, S. W. (2025). Impulsivity and neuroticism share distinct functional connectivity signatures with alcohol-use risk in youth. *Molecular Psychiatry*, 1-10. <https://heibib.ub.uni-heidelberg.de/search/Record/1938328639?sid=21511125>
- Crîșan, Ș., & Nechita, D. (2025). Personality disorders and their association with adverse childhood events. *Current Opinion in Psychiatry*, 38(1), 59-65. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000959>
- Deyreh, A., & Aini Pour, J. (2023). The Relationship Between Dark Personality Traits and Impulsivity with Criminal Cognitions of Female Prisoners. *Information and Criminal Research*, 1, 73-100. <https://www.noormags.ir/view/en/articlepage/2050821/>
- Dixon, K. E., Bindbeutel, K. M., Daugherty, Y. T., Robertson, A. C., Lee, M., Galano, M. M., & Mahoney, C. T. (2024). The differential impact of childhood trauma on adult impulsivity and impulse control. *Traumatology*, 30(3), 468. <https://doi.org/10.1037/trm0000440>
- Fung, H. W., Ho, G. W. K., Lam, S. K. K., Chau, A. K. C., Şar, V., Ross, C. A., & Wong, J. Y. H. (2025). The co-occurrence of depression and dissociation: The relevance of childhood trauma. *Journal of psychiatric research*, 183, 157-163. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.02.026>
- Kaçar-Başaran, S., & Kızıltepe, R. (2025). Associations of Childhood Maltreatment and Emotion Dysregulation with Internalizing and Externalizing Symptoms: A Transdiagnostic Model. *Journal of family violence*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10896-025-00919-9>
- Kellner, R. (1986). *Abridged Manual of the Emotional Inhibition Scale*. University of New Mexico. https://apsy.sbu.ac.ir/index.php/AppliedPsychology/article/download/13206/themes/base/front/assets/plugins/journal/article_101805.html?lang=en
- Kheyani Far, Y., Salmani, A., & Sharai, A. (2023). Investigating the Effectiveness of Metacognitive Interpersonal Therapy on Emotional Regulation and Emotional Inhibition in Adolescents with Risky Behaviors. *Cognitive Psychology*, 4, 1-12. <https://jcp.khu.ac.ir/article-1-3767-en.pdf>
- Knapen, S. R., Mensink, W., Hoogendoorn, A. W., Swildens, W. E., Duits, P., Hutsebaut, J., & Beekman, A. T. (2025). Associations between childhood trauma and epistemic trust, attachment, mentalizing, and symptoms of borderline personality disorder. *Psychopathology*, 58(3), 187-198. <https://doi.org/10.1159/000542919>
- Kühner, C., de Waal, M., Steenkamp, L., van Zwol, I., Goudriaan, A., & Thomaes, K. (2025). The impact of types of childhood maltreatment on the severity of PTSD and comorbid personality disorder symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2491172. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2491172>
- Liu, J., Shi, Y., Xie, S., Xing, L., Wang, L., Li, W., & Zhao, X. (2025). Meta-analysis of prospective longitudinal cohort studies on the impact of childhood traumas on anxiety disorders. *Journal of affective disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.067>
- Miu, A. C., Szentágotai-Táatar, A., Balazsi, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 93, 102141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141>
- Okan, A., & Hallquist, M. N. (2025). Negative affect-driven impulsivity as hierarchical model-based overgeneralization. *Trends in Cognitive Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2025.01.002>
- Omopo, O. E. (2025). Can emotion regulation, peer pressure, and social support shape the impact of childhood trauma on adolescent mental health? A structural equation modelling approach in Oyo State, Nigeria.

- International Journal of Innovative Psychology & Social Development*, 13(3), 56-65. <https://www.seahipublications.org/wp-content/uploads/2025/07/IJIJPSD-S-7-2025.pdf>
- Özsoy, F., Taşçı, G., & Atmaca, M. (2022). Investigating the association of criminal behavior with childhood traumas, impulsivity, and dominant temperaments in bipolar I disorder. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 24(4), 41812. <https://doi.org/10.4088/PCC.21m03103>
- Pedone, R., Florio, G., Barbarulo, A. M., Pappalardo, A., & Farina, B. (2025). Metacognition and dissociation as mediators between childhood trauma and psychiatric symptoms. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 9(1), 100500. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.100500>
- Skaug, E., Czajkowski, N. O., Waaktaar, T., & Torgersen, S. (2022). Childhood trauma and borderline personality disorder traits: A discordant twin study. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 131(4), 365. <https://doi.org/10.1037/abn0000755>
- Vassileva, J., Psederska, E., & Bjork, J. M. (2025). Negative affectivity drivers of impulsivity in opioid use disorder. *Nature Reviews Psychology*, 1-23. <https://doi.org/10.1038/s44159-025-00404-6>
- Wang, L. X., Li, J. B., Liu, Z. H., Zeng, J., & Dou, K. (2025). The Impact of Adverse Childhood Experiences on the Development of Adolescent Risk-Taking: The Mediating Effect of Self-Control and Moderating Effect of Genetic Variations. *Journal of youth and adolescence*, 1-21. <https://doi.org/10.1007/s10964-025-02136-5>
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899-915. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000348>
- Yuan, Y., Lee, H., Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2023). A systematic review of the association between early childhood trauma and borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 37(1), 16-35. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.1.16>
- Zhang, H., Zhu, X., Zhang, H., Xie, X., Wei, E., & Huang, W. (2025). The relationship between childhood trauma and social anxiety in college students: the mediating role of evaluation fear. *BMC psychiatry*, 25(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06668-9>
- Zhu, J., Deneault, A. A., Turgeon, J., & Madigan, S. (2025). Caregiver and child adverse childhood experiences: A meta-analysis. *Pediatrics*, 155(2), e2024068578. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-068578>