



The Relationship between Attachment Styles and Childhood Trauma with Adolescent Social-Emotional Problems: The Mediating Role of Borderline Personality Syndrome

Sajjad Basharpour¹ , Seyfollah Aghajani² , Akbar Atadokht³ , Mohammad Zarei Nouroozi⁴

1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

E-mail: basharpour_sajjad@yahoo.com

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

E-mail: sf_aghajani@yahoo.com

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

E-mail: ak_atadokht@yahoo.com

4. M.A in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. E-mail: m.zareiii.n.1997@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 05 November 2024

Received in revised form 09 April 2025

Accepted 20 May 2025

Published Online 23 July 2025

Keywords:

Internalizing and Externalizing Problems, Childhood Trauma, Borderline Personality, Adolescent

ABSTRACT

Background: Adolescence, as the most critical stage of development, is full of challenges that addressing will reduce the likelihood of adolescents developing socio-emotional problems; therefore, the aim of this study was to investigate the relationship between attachment styles and childhood trauma with Adolescent social-emotional problems: the mediating role of borderline personality syndrome.

Method: This study was a descriptive-correlational structural equation study, in which 631 people were selected from the statistical population of adolescent girls and boys aged 14 to 18 in Mashhad in 2023-2024 using the convenience method. The data collection tools were the Woodworth Social Emotional Problems Inventory (WPI), Collins and Reed Attachment Scale (RAAS), Bernstein et al.'s Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and Claridge and Brooks' Borderline Personality (STB). The mean, standard deviation, Pearson correlation tests, and structural equations were used to analyze the findings using SPSS-27 and AMOS-24 software.

Results: The results showed that the conceptual model of the study has a good fit and that attachment styles have a significant direct effect on adolescents' emotional problems ($p < 0.01$), but childhood trauma does not have a direct effect on emotional problems ($p > 0.05$). Also, the results of the mediation analysis showed that borderline personality plays a mediating role in the relationship between attachment styles and childhood trauma with adolescents' emotional problems ($p < 0.01$).

Conclusion: The results of this study can be used in designing counseling-therapeutic interventions to reduce the likelihood of emotional problems. Also, given the lack of direct effect of childhood trauma on the occurrence of emotional problems, it is suggested that the role of this factor be re-examined in future studies.

Citation: Basharpour, S., Aghajani, S., Atadokht, A., & Zarei Nouroozi, M. (2025). The Relationship between Attachment Styles and Childhood Trauma with Adolescent Social-Emotional Problems: The Mediating Role of Borderline Personality Syndrome. *Journal of Clinical Psychology*.

Journal of Clinical Psychology, Vol. 17, Issue 2, No. 66, Summer 2025

© The Author(s). DOI: [10.22075/jcp.2025.35815.3041](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.35815.3041)



©2024 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Mohammad Zarei Nouroozi, M.A in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

E-mail: m.zareiii.n.1997@gmail.com, Tel: (+98) 9915874687

Extended Abstract

Introduction

Adolescence is considered one of the most sensitive stages of development, accompanied by significant physical, psychological, and social changes, a situation that increases the risk of socioemotional problems in adolescents. These problems are referred to as persistent, severe, and somewhat permanent behaviors in which the adolescent's behavioral responses are not consistent with their cultural, age, and ethnic norms and cause disruption in various aspects of life. These problems are divided into two categories: internalizing (such as depression and anxiety) and externalizing (such as aggression and disobedience). The harmful consequences of these problems have led to increasing efforts to identify patterns related to them, and in this case, studies show that insecure attachment styles, traumatic childhood experiences, and borderline personality play an important role in their formation. Given the lack of sufficient research investigating mediating factors, borderline personality was considered as a mediating factor in this study. Overall, this study was designed to fill the research gap regarding the mechanisms of influence of these variables and its findings can lead to a better understanding of the risk factors affecting adolescent mental health. Therefore, the present study aimed to investigate the relationship between attachment styles and childhood trauma with adolescent socioemotional problems: the mediating role of borderline personality disorder.

Method

This research was applied in terms of purpose and descriptive-correlational structural equation research in terms of method, and its statistical population consisted of adolescent boys and girls aged 14 to 18 in Mashhad. According to Klein's guidelines, the sample size in structural

equation research is at least 5 and ideally 20 people for each parameter. Therefore, in this study, the minimum sample size was determined as 380 people, but due to the possibility of sample attrition and in order to increase the power and accuracy of possible findings, 650 people were selected as available, which was reduced to 631 people after removing invalid questionnaires. The data collection process was as follows: first, the relevant questionnaires (Woodworth Social Emotional Problems; Collins and Read Attachment; Bernstein et al. Childhood Trauma and Claridge and Broks Borderline Personality) were developed in Google Forms, then, through coordination with the Ministry of Education and School Attendance, explanations regarding the research objectives were provided to the students, and then the questionnaire link was distributed to their class groups. The criteria for entering the study were adolescents aged 14 to 18 living in Mashhad, consent and willingness to participate in the study, and the criteria for exiting the study were distortion of the individual's information or incomplete completion of the questionnaire. The possibility of accessing the questionnaire results for volunteers, and the principles of confidentiality and trustworthiness were observed as ethical principles of the research. Finally, the collected data were analyzed at two descriptive levels: mean, standard deviation and inferential: Pearson correlation test and structural equation model using SPSS-27 and Amos-24 software.

Results

The main indicators of structural equation modeling and their optimal values in Table 1 show that the mentioned indicators are at the optimal level, therefore the conceptual model of the research has a good fit.

Table 1. Model fit indices

Fit Indices	χ^2/df	RMSEA	SRMR	GFI	AGFI	CFI
Acceptable Amount	5>	0/1>	0/9<	0/9<	0/9<	0/9<
Obtained Value	3/4	0/09	0/08	0/91	0/90	0/91
Result	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable

The model path coefficients in Table 2 also show that the paths of secure attachment, insecure-avoidant, and borderline personality to social-emotional problems are significant at the 0.01 level, and the insecure-ambivalent path to these problems is also significant at the 0.05 level. In addition, the path of secure attachment,

insecure-avoidant, and childhood trauma to borderline personality is significant at the 0.01 level, and the insecure-ambivalent path to borderline personality is also significant at the 0.05 level, but the path of childhood trauma to social-emotional problems is not significant ($P > 0.05$).

Table 2. Coefficients of the model paths

path	Standardized Estimate	S.E	C.R	P
Secure attachment > Social-emotional problems	-0/14	0/01	-3/6	$p < 0/01$
Avoidant insecure > Social-emotional problems	0/23	0/03	4/6	$< 0/01$
Ambilateral insecure > Social-emotional problems	0/09	0/01	2/4	$< 0/05$
Childhood trauma > Social-emotional problems	0/02	0/003	0/25	0/79
Secure attachment > Borderline personality	-0/12	-0/03	-2/7	$< 0/01$
Avoidant insecure > Borderline personality	0/31	0/03	5/7	$< 0/01$
Ambilateral insecure > Borderline personality	0/10	0/06	2/1	$< 0/05$
Childhood trauma > Borderline personality	0/21	0/02	4/3	$< 0/01$
Borderline personality > Social-emotional problems	0/64	0/02	8/6	$< 0/01$

The results of the bootstrap test in Table 3 also show that borderline personality has a significant mediating role in the relationship between avoidant insecure attachment and childhood trauma with social-emotional

problems at the 0.01 level, and in the relationship between secure and ambivalent insecure attachment with this at the 0.05 level.

Table 3. Bootstrapping test of the indirect effect of the research model

path			Indirect effect	95% confidence interval		Significance level
Predictor	Mediator	Criteria		Lower limit	Upper limit	
Secure attachment	Borderline personality	Social-emotional problems	-0/08	-0/03	-0/12	$p < 0/05$
Ambilateral insecure	Borderline personality	Social-emotional problems	0/06	0/02	0/16	$< 0/05$
Avoidant insecure	Borderline personality	Social-emotional problems	0/16	0/08	0/23	$< 0/01$
Childhood trauma	Borderline personality	Social-emotional problems	0/13	0/05	0/18	$< 0/01$

Conclusion

The results of the study showed that the conceptual model of the study has a good fit and that attachment styles have a significant direct effect on the emotional problems of adolescents, while childhood trauma does not have a direct effect on these problems. The results of the mediation analysis also showed that borderline personality plays a mediating role in the relationship between attachment styles and childhood trauma with

the emotional problems of adolescents. In other words, insecure attachment experiences and traumatic events in childhood lead to the emergence of emotional problems in adolescence through the formation of borderline personality traits such as emotional instability and problematic interpersonal relationships. These findings emphasize the importance of paying attention to mediating psychological processes in understanding the

consequences of early life experiences. It is suggested that future research should examine interventions based on improving attachment styles and reducing borderline personality symptoms in adolescents. Also, designing preventive programs for families with insecure attachment patterns and a history of childhood trauma can be useful. Teaching emotion regulation and interpersonal communication skills to adolescents with borderline personality traits is another practical suggestion of this study. Paying attention to screening and early identification of adolescents at risk and providing them with appropriate psychological services can prevent the escalation of emotional problems.

Ethical Considerations

Ethics Code: Ethics Code: This research was conducted with the approval of the University of Mohaghegh Ardabili.

Financial support: This research was conducted with the financial support of the University of Mohaghegh Ardabili.

Authors' Contributions: Mohammad Zarei Norouzi: Writing the initial version of the article, collecting data and performing statistical analysis, writing and approving the final version.

Sajjad Basharpour; Seifollah Aghajani and Akbar Atadokht: Providing advice on conducting the research and statistical analysis of the data.

Conflict of Interest: The researchers did not report any conflict of interest in conducting this research.

Acknowledgments: This article was extracted from the master's thesis of the fourth author. Finally, the researchers consider it their duty to express their gratitude to all the adolescents who participated in this study and made it possible to achieve original findings.



رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان: نقش میانجی‌گری نشانگان شخصیت مرزی

سجاد بشریپور^۱، سیفالله آقاجانی^۲، اکبر عطادخت^۳، محمد زارعی نوروژی^۴

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: basharpoor_sajjad@yahoo.com

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: sf_aghajani@yahoo.com

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: ak_atadokht@yahoo.com

۴. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: m.zareiii.n.1997@gmail.com

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: نوجوانی به‌عنوان حیاتی‌ترین مرحله رشد مملو از چالش‌هایی است که رسیدگی به آن‌ها احتمال شکل‌گیری مشکلات اجتماعی-هیجانی نوجوانان را کاهش می‌دهد؛ بر همین اساس هدف این پژوهش بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان: نقش میانجی‌گری نشانگان شخصیت مرزی بود.

روش: این پژوهش نظر روش‌شناسی توصیفی همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود که طی آن از بین جامعه آماری نوجوانان دختر و پسر ۱۴ تا ۱۸ شهر مشهد در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تعداد ۶۳۱ نفر به‌روش در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری اطلاعات سیاهه مشکلات هیجانی اجتماعی وودورث (WPI)؛ مقیاس دلبستگی کولینز و رید (RAAS) و پرسشنامه‌های ترومای کودکی برنستاین و همکاران (CTQ) و شخصیت مرزی کلاریج و بروکس (STB) بود. برای تحلیل یافته‌ها از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد و آزمون‌های هم‌بستگی پیرسون و معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مدل مفهومی پژوهش از برازندگی مناسبی برخوردار است و سبک‌های دلبستگی اثر مستقیم معنی‌داری بر مشکلات هیجانی نوجوانان دارند ($p < 0/01$) اما این درحالی است که ترومای کودکی اثر مستقیمی بر مشکلات هیجانی ندارد ($p > 0/05$). همچنین نتایج تحلیل میانجی نشان داد شخصیت مرزی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با مشکلات هیجانی نوجوانان نقش میانجی دارد ($P < 0/01$)

نتیجه‌گیری: از نتایج این پژوهش می‌توان در طراحی مداخله‌های مشاوره‌ای-درمانی جهت کاهش احتمال بروز مشکلات هیجانی استفاده نمود. همچنین با توجه به عدم اثرگذاری مستقیم ترومای کودکی بر بروز مشکلات هیجانی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نقش این عامل مجدداً مورد بررسی قرار گیرد.

استناد: بشریپور، سجاد؛ آقاجانی، سیفالله؛ عطادخت، اکبر؛ و زارعی نوروژی، محمد (۱۴۰۴). رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان: نقش میانجی‌گری نشانگان شخصیت مرزی. مجله روانشناسی بالینی.

DOI: [10.22075/jcp.2025.35815.3041](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.35815.3041) مجله روانشناسی بالینی، سال ۱۷، شماره ۲، پیاپی ۶۶، تابستان ۱۴۰۴.

© نویسندگان.



✉ نویسنده مسئول: محمد زارعی نوروژی، کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق

اردبیلی، اردبیل، ایران.

رایانامه: m.zareiii.n.1997@gmail.com تلفن: ۰۹۹۱۵۸۷۴۶۸۷

مقدمه

نوجوانی به عنوان یکی از حساس‌ترین مراحل رشد قلمداد می‌شود که با تغییرات قابل توجه جسمی، روانشناختی و اجتماعی همراه است (۱). این مرحله اغلب مملو از چالش‌هایی است که درک و رسیدگی به این چالش‌ها، احتمال شکل‌گیری مشکلات اجتماعی-هیجانی^۱ نوجوانان را کاهش می‌دهد. اختلالات و مشکلات هیجانی اجتماعی به رفتارهایی مداوم، شدید و تا اندازه‌ای دائمی اطلاق می‌شود که در آن، پاسخ‌های هیجانی و رفتاری فرد با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی وی متناسب نبوده (۲) و باعث بروز اختلال در جنبه‌های مختلف زندگی تحصیلی، روابط اجتماعی و سازگاری محیطی می‌شوند و نوجوان را مستعد تضادهای اجتماعی و شکست در زندگی می‌سازند (۳). تقسیم‌بندی‌های مختلفی از این مشکلات وجود دارد ولی دسته‌بندی کردن آن‌ها به دو بخش مشکلات درون نمود یا درونی‌سازی و برون نمود یا برون‌سازی، یکی از مشهورترین آن‌ها است (۴). اختلالات درون نمود به مسائل و چالش‌هایی اشاره دارند که عمدتاً به دلیل ماهیت درونی آن‌ها، به صورت مستقیم توسط دیگران قابل مشاهده نبوده و صرفاً بر خود فرد تأثیر می‌گذارند. مشکلاتی مانند افسردگی^۲، اضطراب^۳ و انزوا و کناره‌گیری اجتماعی^۴ از برجسته‌ترین این نمونه‌ها هستند. در مقابل، اختلالات برون نمود شامل مشکلاتی است که به دلیل ماهیت بیرونی آن‌ها، به راحتی توسط دیگران قابل تشخیص بوده و بیشتر نیز بر دیگران اثر دارند یعنی آسیب‌های آن‌ها عمدتاً متوجه دیگران خواهد بود. زورگویی^۵، تکانشگری^۶، پرخاشگری^۷، نافرمانی و بیش‌فعالی^۸ از مهم‌ترین این مشکلات هستند (۵).

مطالعات مختلف صورت گرفته در این زمینه نشان می‌دهند که این مشکلات هیجانی-اجتماعی و هر دو طیف درونی و برون نمودی آن از شیوع قابل توجهی در میان نوجوانان فرهنگ‌های مختلف برخوردارند. در این زمینه پژوهش مونتویا کاستیلا و همکاران (۶) نشان داد که گسترش مشکلات هیجانی در کودکان و نوجوانان فرهنگ‌ها و جوامع مختلف بین ۱۰ تا ۲۰ درصد است. به علاوه تحقیق چوی و همکاران (۷) نیز بیانگر

این مسئله بود که نزدیک به ۱۸ درصد از نوجوانان دارای مشکلات مختلف هیجانی و رفتاری هستند. در ایران نیز در جریان مطالعات فراتحلیل محمدی و همکاران (۸) مشخص گردید که مشکلات هیجانی اجتماعی در نوجوانان کشور دارای شیوع حداقل ۲۳ درصدی است.

با در نظر گرفتن شیوع روزافزون مشکلات هیجانی نوجوانان و نیز با توجه به پیامدهای آسیب‌زای آن، ضرورت بررسی عوامل مرتبط و مؤثر بر آن بیش‌ازپیش مشخص می‌شود. در سبب‌شناسی این مشکلات الگوهای مختلفی توسط پژوهشگران پیشین مطرح شده است، یکی از این الگوها بر نقش دلبستگی‌های اولیه فرد با مراقبین خصوصاً با مادر، تأکید شده است زیرا پژوهش‌ها نشان می‌دهند عنصری که بیشترین و جدی‌ترین تأثیرات را بر شکل‌گیری و بروز اختلالات هیجانی نوجوانان ایفا می‌کند، طرز رفتارهای والدین و نحوه ارتباط آن‌ها با فرزند است (۹). دلبستگی^۹ به ایجاد یک ارتباط عمیق عاطفی با افراد مهم زندگی، معمولاً مراقبان، اشاره دارد و نشان‌دهنده یک سیستم تعاملی و ارتباطی است که در آن احساس امنیت و آسایش از طریق پذیرش هنجارها و چهارچوب‌های مناسب پرورش می‌یابد (۱۰)؛ رفتارهای دلبستگی شامل اعمالی مانند مراقبت و دلسوزی، توجه، لمس فیزیکی (در آغوش کشیدن)، حفظ تماس چشمی، وابستگی یا اتکا و ابراز نارضایتی در مواجهه با طرد است (۱۱). در زمینه دلبستگی اولیه بالبی^{۱۰} (۱۹۶۹) به عنوان یکی از نخستین ایده پردازان این مسئله تأکید داشت که نخستین و اصلی‌ترین تجربه کودک از مفهوم ارتباط با مراقب اصلی خود به طور معمول مادر است (۱۰)، علاوه بر آن، بالبی عقیده داشت که کیفیت دلبستگی اولیه کودک با مراقبین اصلی خود، نقش تعیین‌کننده‌ای را در چگونگی برخورد وی با چالش‌های مختلف زندگی در سنین بعدی دارد (۱۲).

پژوهشگران به سبک‌های دلبستگی مختلفی اشاره داشته‌اند که مهم‌ترین این سبک‌ها عبارت‌اند از: دلبستگی ایمن^{۱۱}، نالایمن

7. aggression

8. disobedience and hyperactivity

9. attachment

10. Bowlby

11. secure attachment

1. social-emotional problems

2. depression

3. anxiety

4. isolation and social withdrawal

5. bullying

6. impulsiveness

دوری‌گزین^۱، ناایمن مضطرب یا دوسوگرا^۲ و ناایمن آشفته یا سردرگم^۳ (۱۳)؛ الگوهایی که هر کدام نقش قابل ملاحظه‌ای در بروز مشکلات هیجانی نوجوانان دارند (۱۴). در همین مورد بیرامی و قدیمی باویل علیانی (۱۵) در طی پژوهشی که بر روی ۳۵۲ نفر از نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال شهر تهران انجام شده بود به این نتیجه دست یافتند که سبک‌های دلبستگی ناایمن تأثیر معنی‌داری بر نشانگان افسردگی نوجوانان به‌عنوان یکی از مشکلات درونی‌سازی دارند که این نتایج در یافته‌های غیرتیان و همکاران (۱۰) و اسپرویت و همکاران (۱۶) نیز تکرار شد.

علاوه بر سبک‌های دلبستگی، در تبیین مشکلات هیجانی نوجوانان، باید به نقش آزاردیدگی هیجانی اولیه^۴ و تأثیرات بعدی آن، به‌عنوان یکی دیگر از مهم‌ترین و اصلی‌ترین علل بروز این مشکلات اشاره نمود (۱۷، ۱۸). در سال‌های اولیه رشد، کودک نسبت به محیط اطراف خود آگاهی و حساسیت بسیار بالایی را نشان می‌دهد، کودک عمدتاً اطلاعات محیطی خود را به‌طور فعال جذب و تفسیر کرده و براساس آن نیز تصور خود را از دیگران، خود و جهان اطرافش می‌سازد. بنابراین، بروز هر نوع تجربه آسیب‌زا در این دوران موجب شکل‌گیری افکار یا تصورات منفی در فرد می‌شود؛ مسئله‌ای که می‌تواند پیامدهای طولانی‌مدتی برای عملکرد آینده آن‌ها در بزرگسالی داشته باشد (۱۹). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده^۵ در سال ۱۹۸۸ مفهوم "ترومای دوران کودکی" را برای اشاره به تجارب دردناک و آسیب‌زای اولیه دوران کودکی، مطرح نمود (۲۰) که صدمات جسمانی و عاطفی، سوءاستفاده و آزار جنسی و اهمال‌کاری یا غفلت عاطفی و جسمانی از مهم‌ترین تجارب دردناک و آزاردهنده دوران کودکی هستند (۲۱) که از شیوع قابل‌توجهی نیز برخوردارند. در سال ۲۰۱۷ سازمان بهداشت جهانی^۶ (WHO) گزارشی را پیرامون کودک‌آزاری و شیوع آن منتشر کرد. مطابق با این گزارش در سرتاسر جهان نزدیک به ۲۵ درصد از کودکان قربانی انواع مختلف آزار و اذیت‌ها می‌شوند؛ به علاوه در این گزارش اشاره شده است که بدرفتاری یا آسیب

های عاطفی نظیر تحقیر کلامی، تهدید و توهین و بالاترین نرخ بدرفتاری (۳۶ درصد) را به‌خود اختصاص می‌دهند (۲۲). در ایران نیز مطالعاتی که توسط میردیری‌کوند (۲۳) با هدف بررسی میزان شیوع انواع مختلف بدرفتاری و آزارهای کودکی انجام شد، در این مطالعات میزان بروز کودک‌آزاری نزدیک به ۲۸ درصد گزارش شد.

از سوی دیگر اگرچه طی تحقیقات متعدد ارتباط مستقیم بین سبک‌های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با مشکلات اجتماعی-هیجانی (۱۶، ۱۸) مورد بررسی قرار گرفته است، اما با این حال توجه اندکی به عوامل واسطه‌ای شده است، مسئله‌ای که یکی از شکاف‌های تحقیقاتی و دلایل اصلی انجام این پژوهش است. یکی از عواملی که به‌دلیل تأثیرپذیری از سبک‌های دلبستگی (۲۴، ۲۵) و ترومای دوران کودکی (۲۶، ۲۷) و نیز اثرگذاری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی (۲۸، ۲۹) نقش واسطه‌ای آن می‌بایست مورد توجه قرار گیرد، نشانگان شخصیت مرزی^۷ است. شخصیت مرزی، اختلال روانی شدید و نسبتاً پایداری است که مهم‌ترین ویژگی آن بی‌ثباتی در تعاملات میان فردی و مشکلات عاطفی رفتاری است اما با ویژگی‌ها و نشانگان دیگری هم‌چون خشم و پرخاشگری^۸ شدید، احساس حقارت^۹ و پوچی مزمن، باورهای بدبینانه، برانگیختگی^{۱۰} مداوم و تلاش برای آسیب به خود نیز شناخته می‌شود (۳۰). این آسیب بالینی و نشانگان مختلف آن معمولاً در دوران نوجوانی بروز یافته و ۱ تا ۳ درصد از افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۳۱)، بروز و ظهور ویژگی‌های شخصیت مرزی در نوجوانان آن‌ها را نسبت به پیامدها و آسیب‌های مختلف عاطفی، رفتاری و شناختی آسیب‌پذیرتر می‌سازد (۳۲). در همین مورد طی پژوهش بنزی و همکاران (۳۳) که بر روی ۷۰۵ نفر از نوجوانان کشور ایتالیا انجام شده بود این نتیجه حاصل آمد که ویژگی‌های شخصیت مرزی اثر قابل‌توجهی را در بروز مشکلات مختلف درونی و برونی‌سازی نوجوانان دارند.

به‌طورکلی دوران اولیه زندگی خصوصاً نوجوانی، تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت جسمانی و روانی افراد در مراحل آتی

6. world Health Organization

7. borderline personality syndrome

8. anger and aggression

9. humiliation feeling

10. arousal

1. insecure avoidant

2. insecure anxious or ambivalent

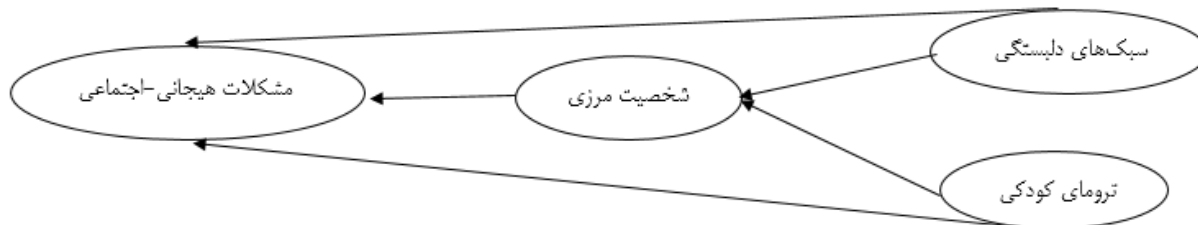
3. insecure confused or confused

4. primary emotional abuse

5. centers for Disease Control and Prevention

پژوهشی است. از سوی دیگر باتوجه به شیوع روزافزون این مشکلات در نوجوانان و نیز فقدان پژوهش‌های کافی در بررسی متغیرهای این پژوهش در قالب یک مدل منسجم با نقش میانجی‌گری نشانگان شخصیت مرزی، پژوهش حاضر باتوجه به این شکاف‌های تحقیقاتی و با هدف بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ترومای کودکی دوران کودکی با مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان: نقش میانجی‌گری نشانگان شخصیت مرزی انجام شد.

زندگی دارد در نتیجه، هرگونه اقدامی با هدف پیشگیری، شناسایی زودهنگام و درمان مسائل و چالش‌های دوران رشد و تحول، می‌تواند به ارتقای سلامت روان و پیشرفت کلی جامعه کمک کند؛ اما برعکس مشکلات شناسایی نشده و درمان نشده نوجوانی علاوه بر ایجاد آسیب‌های فردی فراوان، پیامدهای آسیب‌زای بسیاری را نیز برای جامعه به‌همراه خواهد داشت، بنابراین پرداختن به مسائل مربوط به مشکلات هیجانی و اجتماعی سنین نوجوانی از ضرورت‌های هر



نمودار ۱) مدل مفهومی پژوهش

سنجش اختلالات و مشکلات هیجانی کودکان و نوجوانان ۱۲ الی ۱۸ سال تدوین گشت. نمره‌گذاری این سیاهه بدین صورت است که شرکت‌کنندگان می‌بایست از بین دو گزینه بلی (نمره یک) و خیر (نمره صفر) به هر عبارت پاسخ گویند. این ابزار دارای ۸ مؤلفه می‌باشد که عبارت‌اند از: ضعف روانی و وسواس، تکانشگری و هیجان‌پذیری، اجتناب و گوشه‌گیری، افسردگی، افکار و باورهای بدبینانه، بیش‌فعالی و بی‌قراری، رفتارهای ضد اجتماعی و رفتارهای تهاجمی و پرخاشگری. نمره برش مربوط به مؤلفه‌های تکانشگری، اجتناب و پرخاشگری عدد ۶، برای مؤلفه‌های ضعف روانی و افسردگی عدد ۷، برای مؤلفه‌های بیش‌فعالی و ضد اجتماعی عدد ۴ و برای مؤلفه بدبینی عدد ۱۰ می‌باشد. در مطالعات وودورث و همکاران (۳۵) روایی سازه این ابزار از طریق تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است، همچنین پایایی آن نیز به دو روش بازآزمایی و دو نیمه کردن ارزیابی و به‌ترتیب در دو سطح ۰/۸۶ و ۰/۸۳ مطلوب گزارش شده است. همچنین در مطالعات چوپانی (۳۶) ضمن بررسی و تأیید روایی این ابزار به‌صورت تحلیل عاملی تأییدی، پایایی آن نیز به‌روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) سنجیده و در سطح ۰/۹۱ عالی گزارش شد. در این مطالعه نیز پایایی این

روش

طرح پژوهش: این مطالعه از منظر هدف، کاربردی، از لحاظ نوع داده‌های جمع‌آوری‌شده، کمی و از نظر روش انجام نیز توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری مطالعه را کلیه نوجوانان دختر و پسر بازه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال شهر مشهد تشکیل می‌دادند. براساس دستورالعمل کلاین (۳۴) حجم نمونه در تحقیقات مدل‌یابی معادلات ساختاری حداقل ۵ نفر و در حالت مطلوب ۲۰ نفر به‌ازای هر پارامتر می‌باشد بنابراین در این مطالعه حداقل حجم نمونه ۳۸۰ نفر تعیین شد اما با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه و وجود پرسشنامه‌های نامعتبر و نیز به منظور افزایش توان و دقت یافته‌های احتمالی تعداد ۶۵۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند که پس از حذف پرسشنامه‌های نامعتبر تعداد نهایی به ۶۳۱ نفر تقلیل یافت.

ابزار

۱. سیاهه مشکلات هیجانی-اجتماعی^۱: این سیاهه از نخستین ابزارهای خودسنجی شخصیت بود که در سال ۱۹۲۰ توسط وودورث به‌منظور استفاده در جنگ جهانی اول ساخته و تدوین شد. فرم اولیه آن دارای ۱۱۶ عبارت بود که شرکت‌کنندگان می‌بایست از بین دو گزینه بلی یا خیر به هر عبارت پاسخ گویند. فرم کوتاه‌شده این ابزار در قالب ۷۶ عبارت، به‌منظور

1. The Woodworth Psychoneurotic Inventory (WPI)

ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ بررسی و در سطح ۰/۹۲ گزارش شد.

۲. مقیاس سبک‌های دلبستگی^۱: این مقیاس در سال ۱۹۹۰ توسط کولینز و رید ساخته و در سال ۱۹۹۶ نیز مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفت. این مقیاس سبک‌های دلبستگی افراد را بر مبنای ۱۸ عبارت و سه مؤلفه نزدیکی (میزان حس صمیمیت و نزدیک بودن آزمودنی در روابط با دیگران)، وابستگی (میزان حس اطمینان‌خاطر یا اتکای آزمودنی در روابط با دیگران) و اضطراب یا نگرانی (میزان نگرانی و تنش فرد از طرد شدن در روابط با دیگران) مورد سنجش قرار می‌دهد. در این مقیاس مؤلفه‌ی نزدیکی (عبارت‌های ۱۷، ۱۳، ۱۲، ۸، ۶ و ۱) هم‌سو با سبک دلبستگی ایمن، مؤلفه‌ی وابستگی (گویه‌های ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۷، ۵ و ۲) هم‌سو با دلبستگی ناایمن اجتنابی و مؤلفه‌ی اضطراب (سؤالات ۱۵، ۱۱، ۱۰، ۹، ۴ و ۳) هم‌سو با سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس بر مبنای یک پیوستار ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره یک) تا کاملاً موافقم (نمره پنج) انجام می‌گیرد. در مطالعات کولینز و رید (۳۷) پایایی این مقیاس را به روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی پس از دو ماه مورد بررسی قرار داده و بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۵ گزارش نمودند. در ایران نیز در جریان مطالعات پاکدامن (۳۸) روایی این مقیاس بر روی یک نمونه‌ی دانشجویان به دو روش بازآزمایی در فاصله زمانی دو ماه و همسانی درونی مورد ارزیابی قرار گرفت و به ترتیب بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ و ۰/۹۵ گزارش شد. در این مطالعه نیز پایایی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ بررسی و برای مؤلفه‌های ذکر شده به ترتیب در سطح ۰/۷۷؛ ۰/۶۷ و ۰/۷۹ گزارش شد.

۳. پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۲: برنستاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ پرسشنامه آزاردیدگی هیجانی اولیه را برای سنجش بدرفتاری‌ها و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی تدوین نمودند. این پرسشنامه دارای ۲۸ عبارت بوده و تجارب آسیب‌زای کودکی را بر مبنای پنج مؤلفه آزار و اذیت عاطفی (سؤالات ۲۵، ۱۸، ۱۴، ۸ و ۳)، اذیت و سوءاستفاده جنسی (سؤالات ۲۷، ۲۴، ۲۳، ۲۱ و ۲۰)، آزار و اذیت جسمانی (سؤالات ۱۷، ۱۵، ۱۲، ۱۱ و ۹)، غفلت جسمانی (سؤالات ۲۶،

۴، ۲ و ۱) و غفلت عاطفی (سؤالات ۲۸، ۱۹، ۱۳، ۷ و ۵) مورد سنجش قرار می‌دهد. البته سؤالات ۲۲، ۱۶ و ۱۰ متعلق به هیچ مؤلفه‌ای نبوده و برای افرادی به کار می‌رود که قصد انکار تجارب دردناک کودکی خود را دارند، علاوه بر آن سؤالات ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر مبنای یک پیوستار پنج درجه‌ای هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) و همیشه (۵) انجام می‌گیرد. برنستاین و همکاران (۳۹) پایایی این پرسشنامه را به شیوه بازآزمایی و همسانی درونی بررسی و در سطح بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ مطلوب گزارش نمودند. به علاوه روایی هم‌زمان آن نیز با درجه‌بندی درمانگران از میزان وقایع آسیب‌زای کودکی، بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد. در ایران نیز ابراهیمی و همکاران (۴۰) ضمن ترجمه و هنجاریابی این پرسشنامه روایی آن را مطلوب و پایایی آن را نیز به روش همسانی درونی بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش نمودند. در این مطالعه نیز پایایی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ بررسی و برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ برای مؤلفه‌های ذکر شده به ترتیب در سطح ۰/۸۷؛ ۰/۸۸؛ ۰/۹۱؛ ۰/۷۷ و ۰/۸۵ گزارش شد.

۴. پرسشنامه ویژگی‌های شخصیت مرزی^۳: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط کلاریج و بروکس در دانشگاه آکسفورد طراحی و تدوین شد و در سال ۲۰۰۱ توسط راولینگز و همکاران نیز مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال بوده و نشانگان شخصیت مرزی افراد را براساس ۳ خرده مقیاس اصلی ناامیدی (عبارت‌های ۱۷، ۱۵، ۱۲، ۱۰، ۵، ۴، ۳ و ۲)؛ تکانشگری (۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۳، ۱۱، ۸، ۷، ۶ و ۱) و صفات تجزیه‌ای (۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹ و ۹) مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بدین صورت است که آزمودنی‌ها می‌بایست برای هر عبارت یکی از پاسخ‌های بلی (نمره ۱) و خیر (نمره ۰) را برگزینند. در این پرسشنامه کمترین نمره برابر با ۰ و بیشترین نمره برابر با ۲۴ خواهد بود. راولینگز، کلاریج و فریمن (۴۱) روایی هم‌زمان این پرسشنامه را با مقیاس‌های روان‌آزردگی و روان گسستگی پرسشنامه شخصیتی آیزنک به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش نمودند، همچنین پایایی این پرسشنامه از طریق آزمون آلفای کرونباخ

3. Schizotypal Trait Questionnaire-B form (STB)

1. Revised Adult Attachment Scale (RAAS)

2. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

پرسشنامه برای داوطلبان، رعایت اصل رازداری و امانت‌داری به‌عنوان اصول اخلاقی پژوهش مد نظر پژوهشگران قرار داشت. در نهایت و پس از دستیابی به نمونه مورد نیاز، اطلاعات جمع‌آوری شده، در دو سطح توصیفی: میانگین، انحراف استاندارد و استنباطی: آزمون همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزار SPSS-27 و Amos-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۶۳۱ نفر از نوجوانان شهر مشهد شرکت داشتن که از بین آن‌ها تعداد ۳۸۷ نفر (معادل ۶۱ درصد) را دختران و تعداد ۲۴۴ نفر (معادل ۳۹ درصد) از آن‌ها را نیز پسران تشکیل می‌دادند. علاوه بر آن از میان نمونه شرکت کننده در پژوهش تعداد ۲۰۸ نفر (معادل ۳۳ درصد) نوجوانان ۱۴ سال؛ تعداد ۱۳۴ نفر (معادل ۲۱ درصد) نوجوانان ۱۵ سال؛ تعداد ۹۷ نفر (معادل ۱۵ درصد) نوجوانان ۱۶ سال؛ تعداد ۱۰۹ نفر (معادل ۱۸ درصد) نوجوانان ۱۷ سال و تعداد ۸۳ نفر (معادل ۱۳ درصد) نوجوانان ۱۸ سال بودند. در ادامه و در جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای مطالعه از جمله میانگین، انحراف معیار، ضرایب کجی^۱ و کشیدگی^۲ و علاوه بر آن ضرایب هم‌بستگی گزارش شده است.

بررسی و ۰/۸۰ گزارش شد. در ایران نیز محمدمزاده و همکاران (۴۲) روایی سازه این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی و وجود ۳ مؤلفه اصلی را تأیید نمودند. هم‌چنین پایایی این پرسشنامه را برای کل ابزار ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۸ گزارش نمودند. در این مطالعه نیز پایایی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ بررسی و برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب در سطح ۰/۷۷؛ ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش شد.

روند اجرای پژوهش: فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا پرسشنامه‌های مربوطه در گوگل فرم تدوین شد، سپس از طریق هماهنگی با وزارت آموزش و پرورش و حضور در مدارس، توضیحات مربوط به اهداف پژوهش به دانش‌آموزان ارائه شد. در مرحله بعدی لینک پرسشنامه در گروه‌های مجازی دانش‌آموزان پخش شد و از دانش‌آموزان تقاضا گردید تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. ملاک‌های ورود به پژوهش نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساکن مشهد مقدس، رضایت و تمایل به حضور در مطالعه و عدم وجود هرگونه بیماری جسمانی و روانشناختی و ملاک خروج از پژوهش نیز مخدوش بودن اطلاعات فرد یا تکمیل ناقص پرسشنامه بود. در این مطالعه امکان دسترسی به نتایج

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین	کجی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. مشکلات هیجانی-اجتماعی	۱۸/۶	۸/۷	۰	۵۶	۰/۷	۰/۴	۱					
۲. دلبستگی ایمن	۱۸/۱	۲/۶	۹	۲۷	-۰/۵	۰/۳	-۰/۳۵**	۱				
۳. ناایمن اجتنابی	۱۷/۱	۲/۳	۷	۲۷	-۰/۵	۰/۶	۰/۳۸**	-۰/۷۷**	۱			
۴. ناایمن دوسوگرا	۱۶/۵	۴/۱	۶	۳۰	-۰/۲	۰/۵	۰/۳۶**	-۰/۵۳**	۰/۶۷**	۱		
۵. ترومای کودکی	۵۴/۹	۱۳/۶	۳۲	۱۰۷	-۰/۴	-۰/۷	۰/۳۲**	-۰/۲۴**	۰/۳۳**	۰/۳۶**	۱	
۶. شخصیت مرزی	۵/۱	۳/۴	۰	۲۲	۰/۴	۱	۰/۶۷**	-۰/۲۹**	۰/۳۲**	۰/۴۱**	۰/۳۱**	۱

* p ≤ 0/05 ** p ≤ 0/01

بود. به‌منظور بررسی توزیع نرمال داده‌های به‌دست آمده نیز شاخصه‌های کجی و کشیدگی مورد استفاده قرار گرفت. این شاخصه‌ها در محدوده نرمال دامنه ۲ و ۲- برای شاخصه کجی و دامنه ۳ و ۳- برای شاخصه کشیدگی قرار داشتند که این مسئله بیانگر توزیع نرمال داده‌های این تحقیق می‌باشد (۴۳). همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ضرایب کجی و کشیدگی در محدوده بین ۲- الی ۲+ می‌باشد که نشانگر

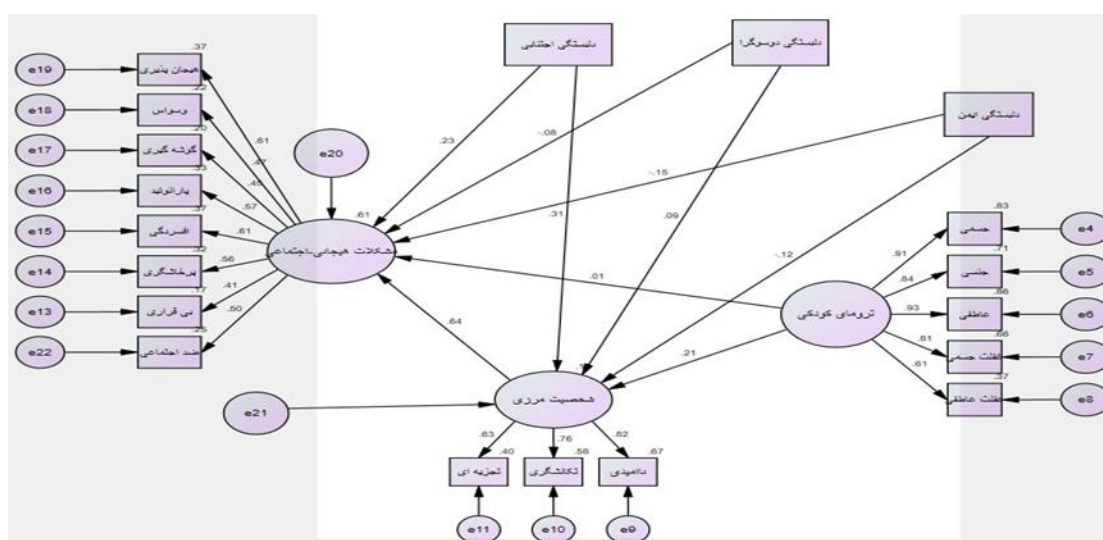
مطابق با یافته‌های درج شده در جدول ۱ در بین متغیرهایی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند، ترومای دوران کودکی با میانگین ۵۴/۹ دارای بیشترین میانگین بود که در بین خرده مقیاس‌های آن نیز غفلت عاطفی (۱۱/۲) دارای بیشترین میانگین بود. متغیر شخصیت مرزی نیز با میانگین ۵/۱ دارای کمترین میانگین بود که در بین خرده مقیاس‌های این متغیر نیز صفات تجزیه‌ای (۱/۴) دارای کمترین میانگین

۰/۰۵ بزرگ‌تر و نمره $p2$ آن‌ها نیز از ۰/۱ بزرگ‌تر محاسبه شده بود، بنابراین عدم وجود داده‌های پرت چند متغیری از این طریق نیز تأیید شد (۳۴).

برای بررسی عدم هم‌خطی چندگانه^۱ نیز از شاخص‌های تولرانس^۲ و عامل تورم واریانس (VIF^۳) استفاده شد. حد مناسب برای تولرانس بین صفر تا یک و برای تورم واریانس کمتر از دو می‌باشد (۳۴). آماره تولرانس کمتر از ۰/۸۸ و عامل تورم واریانس کمتر از ۱/۵ به دست آمد. با توجه به اینکه هر دو شاخص در محدوده مناسب قرار داشتند، بنابراین مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه نیز تأیید شد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین-واتسون^۴ استفاده شد. حد مطلوب برای آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲/۵ است (۴۶). در پژوهش حاضر آماره دوربین واتسون ۱/۸ به دست آمد، چون از حد مطلوب کمتر است، بنابراین وجود این مفروضه نیز تأیید شد. در نهایت مدل اولیه پژوهش با توجه به توضیحات داده شده به شکل زیر ترسیم شد:

نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌باشد. علاوه بر آن بین سبک‌های دلبستگی ایمن ($r = -0/35$)، ناایمن اجتنابی ($r = 0/38$) و ناایمن دوسوگرا ($r = 0/36$, $P < 0/01$)، ترومای دوران کودکی ($r = 0/32$, $P < 0/01$) و شخصیت مرزی ($r = 0/67$) با مشکلات هیجانی-اجتماعی ارتباط معنی‌داری مشاهده می‌شود که مطابق با این نتایج ادامه مسیر و انجام معادلات ساختاری بلامانع می‌باشد.

پیش از انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، مفروضه‌های زیربنایی آن بررسی شد. داده‌های مفقود و پرت بررسی و عدم وجود آن‌ها تأیید شد. داده‌های پرت از طریق فاصله‌ی مایلانوبیس بررسی شد، با توجه به اینکه ماکزیمم آن ۱۴/۳ به دست آمد و هیچ داده‌ای از مقدار بحرانی برای دو متغیر پیش‌بین یعنی ۱۲/۴ بزرگ‌تر مشاهده نشد، بنابراین عدم وجود داده پرت تأیید شد، همچنین فاصله مایلانوبیس در نرم‌افزار ایموس نیز بررسی شد، با توجه به این که نمره $p1$ نمونه از



نمودار ۲) مدل اولیه پژوهش

شاخص‌های برازش مختلفی وجود دارد که از میان آن‌ها، مهم‌ترین این شاخص‌ها به همراه سطح مطلوب آن عبارت‌اند از: کای مربع بهنجار شده (CMIN/df) سطح مطلوب ۱ تا ۵، شاخص نیکویی برازش^۵ (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۶ (AGFI)، برازش تطبیقی^۷ (CFI) و برازش هنجار

هم‌چنان که در نمودار ۲ نیز مشاهده می‌شود، در مدل پژوهش فرض بر این بود که سبک‌های دلبستگی و ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق میانجی‌گری شخصیت مرزی بر مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان اثرگذار هستند. در مدل‌سازی معادلات ساختاری

5. Goodness of fit index

6. Adjusted goodness of fit index

7. Comparative fit index

1. Multicollinearity

2. Tolerance

3. Variance inflation factor

4. Durbin-Watson

این شاخص‌ها و مقادیر به دست آمده آن‌ها در جدول ۲ خلاصه شده است.

پس از تأیید برازش مدل پژوهش در ادامه و در جدول ۳ ضرایب مسیرهای مدل پژوهش و معنی‌دار بودن آن‌ها ذکر شده است.

شده^۱ (NFI) با سطح مطلوب بزرگ‌تر از ۰/۹، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۲ (RMSEA) و ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد^۳ (SRMR) با سطح مطلوب برابر یا کمتر از ۰/۱ (۳۴). که در مدل پژوهشی فوق شاخص‌های ذکر شده از سطح برخوردار بودند.

جدول ۲) شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقادیر قابل قبول	برآورد	نتیجه نهایی
نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی (χ^2/df)	< 5	۳/۴	مطلوب
جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	< 0.1	۰/۰۹	مطلوب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	> 0.9	۰/۹۱	مطلوب
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	> 0.9	۰/۹۰	مطلوب
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	> 0.9	۰/۹۱	مطلوب
میانگین مجذور باقیمانده‌های استاندارد شده (SRMR)	< 0.1	۰/۰۸	مطلوب

جدول ۳) ضرایب مسیرهای مدل

مسیر	Standardized Estimate	S.E	C.R	P
دلبستگی ایمن < مشکلات هیجانی-اجتماعی	-۰/۱۴	۰/۰۱	-۳/۶	$P < 0.01$
دلبستگی ناایمن اجتنابی < مشکلات هیجانی-اجتماعی	۰/۲۳	۰/۰۳	۴/۶	$P < 0.01$
دلبستگی ناایمن دوسوگرا < مشکلات هیجانی-اجتماعی	۰/۰۹	۰/۰۱	۲/۴	$P < 0.05$
ترومای کودکی < مشکلات هیجانی-اجتماعی	۰/۰۲	۰/۰۰۳	۰/۲۵	۰/۷۹
دلبستگی ایمن < شخصیت مرزی	-۰/۱۲	-۰/۰۳	-۲/۷	$P < 0.01$
دلبستگی ناایمن اجتنابی < شخصیت مرزی	۰/۳۱	۰/۰۳	۵/۷	$P < 0.01$
دلبستگی ناایمن دوسوگرا < شخصیت مرزی	۰/۱۰	۰/۰۶	۲/۱	$P < 0.05$
ترومای کودکی < شخصیت مرزی	۰/۲۱	۰/۰۲	۴/۳	$P < 0.01$
شخصیت مرزی < مشکلات هیجانی-اجتماعی	۰/۶۴	۰/۰۲	۸/۶	$P < 0.01$

به منظور بررسی نقش میانجی در مدل پژوهش، از آزمون بوت استرپینگ استفاده شد. در این آزمون تعداد ۲۰۰۰ نمونه بوت استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده است.

با توجه به نتایج گزارش شده در جدول ۴ باید اشاره نمود که شخصیت مرزی در ارتباط بین ناایمن اجتنابی و ترومای کودکی با مشکلات هیجانی-اجتماعی در سطح ۰/۰۱ نقش میانجی‌گری معنی‌داری دارد. همچنین شخصیت مرزی در ارتباط بین دلبستگی ایمن و ناایمن دوسوگرا با مشکلات هیجانی-اجتماعی نیز در سطح ۰/۰۵ نقش واسطه‌ای معنی داری دارد.

در جدول ۳ به ترتیب، ضرایب استاندارد، مقدار خطا، مقدار T و سطح معنی‌داری نشان داده شده است. با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان این گونه نتیجه‌گیری نمود که مسیرهای سبک‌های دلبستگی ایمن؛ ناایمن اجتنابی و شخصیت مرزی به مشکلات هیجانی-اجتماعی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند و همچنین مسیر سبک‌های دلبستگی ناایمن دوسوگرا به مشکلات هیجانی-اجتماعی نیز در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. به علاوه مسیر دلبستگی ایمن؛ ناایمن اجتنابی و ترومای کودکی به شخصیت مرزی در سطح ۰/۰۱ و مسیر دلبستگی ناایمن دوسوگرا به شخصیت مرزی نیز در سطح ۰/۰۵ معنی دار است اما مسیر ترومای کودکی به مشکلات هیجانی-اجتماعی معنی‌دار نیست ($P > 0.05$).

3. Standardized root mean square residuals

1. Normed fit index

2. Root mean square error of approximation

جدول ۴) نتایج آزمون بوت استرپینگ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر	اثر غیرمستقیم	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معناداری
		حد پایین	حد بالا	
متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک		
دلبستگی ایمن	شخصیت مرزی	مشکلات هیجانی-اجتماعی	-۰/۰۸	$P < ۰/۰۵$
نالایمن دوسوگرا	شخصیت مرزی	مشکلات هیجانی-اجتماعی	۰/۰۶	$P < ۰/۰۵$
نالایمن اجتنابی	شخصیت مرزی	مشکلات هیجانی-اجتماعی	۰/۱۶	$P < ۰/۰۱$
ترومای کودکی	شخصیت مرزی	مشکلات هیجانی-اجتماعی	۰/۱۳	$P < ۰/۰۱$

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان: نقش میانجی‌گری نشانگان شخصیت مرزی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مدل مفهومی از برازش مطلوبی برخوردار است و علاوه بر آن سبک‌های دلبستگی و عناصر سه‌گانه آن (دلبستگی ایمن؛ نالایمن اجتنابی و نالایمن دوسوگرا) اثر مستقیم معنی‌داری بر مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان دارند. نتایجی که با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های گرژگورسکا و فارنیکا (۹)؛ غیرتین و همکاران (۱۰)؛ ایروین و همکاران (۱۴)؛ بیرامی و قدیمی باویل علیائی (۱۵) و اسپرویت و همکاران (۱۶) هم‌سو بود. یافته‌های به‌دست آمده را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که نوجوانی اساسی‌ترین دوره رشد است که نه تنها با تغییرات و دگرگونی‌های جسمانی، بلکه با چالش‌های اساسی و به‌دنبال آن تغییرات اجتماعی و عاطفی قابل توجهی همراه است؛ مسائلی که نوجوانان را نسبت به مشکلات و اختلالات هیجانی-اجتماعی آسیب‌پذیر می‌کنند (۱۰). این مشکلات را می‌توان به دو ساختار متمایز و در عین حال درهم‌تنیده طبقه‌بندی کرد: مشکلات درونی‌سازی و مشکلات برون‌سازی. هر دو طیف مشکلاتی درونی و برون‌سازی می‌توانند نوجوانان را در شرایط سنی، فرهنگی، خانوادگی و اقتصادی مختلف تحت تأثیر قرار داده و باعث افت کیفیت زندگی آن‌ها در جنبه‌های مختلف آن، مخصوصاً زندگی تحصیلی گردد. این قبیل مشکلات تحت تأثیر عوامل مختلف فردی و موقعیتی قرار می‌گیرند که نتایج مدل‌یابی صورت گرفته در این تحقیق بر نقش سبک‌های دلبستگی و الگوهای سه‌گانه آن تأکید داشت. تئوری دلبستگی معتقد است که پیوند عاطفی اولیه شکل گرفته بین مراقب و کودک در سنین ابتدایی زندگی به‌طور قابل توجهی بر رشد عاطفی و اجتماعی کودک در بزرگسالی تأثیر می‌گذارد. تحقیقات

مختلف صورت گرفته در همین زمینه نیز نشان می‌دهند که سبک‌های دلبستگی ایجاد شده در مراحل اولیه زندگی و در ارتباط با مراقب اولیه (عمدتاً مادر) به عنوان چارچوبی برای روابط اجتماعی و مدیریت پاسخ‌های شناختی و رفتاری عمل می‌کند. در نوجوانی، این رابطه بنیادی براساس سبک‌های دلبستگی مختلف-ایمن، دوسوگرا و اجتنابی بروز می‌یابد که می‌تواند به‌طور کاملاً جدی بر کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد. نوجوانان دارای سبک‌های دلبستگی ایمن معمولاً در ایجاد روابط معنی‌دار و قابل اتکا با دیگران، مدیریت مؤثر تعاملات اجتماعی و سازگاری با چالش‌های عاطفی مهارت بیشتری دارند. این افراد اغلب از مهارت تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار بوده و در هنگام مواجهه با چالش‌ها و موانع مختلف از راهبردهای سازگارانه‌ای (هم‌چون حمایت اجتماعی) بهره می‌گیرند، عاملی که می‌تواند خطر بروز مشکلات مختلف عاطفی و اجتماعی را در آن‌ها کاهش دهد (۱۴). اما در مقابل سبک دلبستگی نالایمن-اجتنابی نوجوانان را به سمت سرکوب نیازهای عاطفی و اجتناب از برقراری روابط نزدیک با دیگران سوق می‌دهد زیرا آن‌ها در دوران کودکی محبت اولیه‌ی مورد نیاز خود را دریافت نکرده و به‌همین دلیل در بزرگسالی دریافت هرگونه محبت یا همدلی در قالب روابط بین‌فردی با دیگران را رد می‌کنند. این حالت موجب مشکلات اساسی در ایجاد ارتباطات عمیق و معنادار با دیگران شده و از این طریق می‌تواند بر بروز مشکلات هیجانی مختلف اثرگذار باشد. در همین مورد نیز نتایج پژوهش‌های گرژگورسکا و فارنیکا (۹) نشان می‌دهد نوجوانان دارای این سبک دلبستگی بیشتر مستعد کناره‌گیری اجتماعی، تنهایی و حتی رفتارهای پرخاشگرانه هستند. تمایل آن‌ها به نادیده گرفتن نشانه‌های عاطفی -هم در خود و هم در دیگران- می‌تواند منجر به تفسیر نادرست از تعاملات اجتماعی شده و زمینه شکل‌گیری طرد و انزوای اجتماعی را فراهم کرده و از این طریق آسیب‌پذیری فرد را در

تروما را در سنین پایین‌تر تجربه کرده‌اند، ممکن است بیشتر از نوجوانانی که در سنین بالاتر تروما را تجربه کرده‌اند، دچار مشکلات جدی شوند که این مسئله ضرورت بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های سنی را آشکار می‌سازد. علاوه بر آن در ارتباط عوامل فرهنگی نیز نقش قابل‌توجهی دارند. عوامل فرهنگی مانند هنجارها، ارزش‌ها و باورهای فرد و خانواده وی می‌توانند بر نحوه تجربه آسیب و نحوه بیان پیامدهای آن تأثیر بگذارند. به عنوان مثال، در برخی از فرهنگ‌ها، تجارب آزارنده کودکی به‌طور مستقیم مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند و افراد دارای این تجارب مورد حمایت خانواده و دیگر اعضای جامعه قرار می‌گیرند که این مسئله می‌تواند بر کمیت و کیفیت پیامدهای این تجارب اثرگذار باشد.

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که نشانگان شخصیت مرزی نیز اثر مستقیم معناداری بر بروز مشکلات هیجانی نوجوانان دارد. نتایجی که با یافته‌های شاهانی و منصوری (۲۸)؛ بابا احمدی و همکاران (۲۹)؛ بنزی و همکاران (۳۳) هم‌سو بود. نتایج به دست آمده را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که نوجوانان دارای صفات شخصیت مرزی اغلب نشانگانی هم‌چون: روابط متعارض و ناپایدار، بی‌نظمی عاطفی، تکانشگری، احساس فراگیر پوچی و پرخاشگری را تجربه می‌کنند (۳۲). این علائم می‌تواند منجر به پیامدهای منفی بسیاری در زندگی عاطفی و اجتماعی آن‌ها شود. بی‌نظمی شدید عاطفی و روابط بین‌فردی ناکارآمد که توسط این افراد تجربه می‌شود می‌تواند بر بروز تنش‌های روانشناختی منفی اثرگذار باشد. نوجوانان دارای شخصیت مرزی اغلب سطوح بالاتر تکانشگری و هیجان‌پذیری را از خود نشان می‌دهند. آن‌ها عمدتاً درگیر رفتارهای تکانشی و مخاطره‌آمیز، مانند خودآزاری، دگرآزاری و پرخاشگری می‌شوند. این قبیل رفتارها نه تنها می‌تواند موجب آسیب‌های جسمانی متعدد در آن‌ها گردد، بلکه می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات جدی‌تر اجتماعی نظیر رفتارهای ضد اجتماعی و طرد اجتماعی شود (۳۳). از دیگر علائم اصلی شخصیت مرزی که بر بروز مشکلات روانشناختی جدی‌تر اثرگذار است، مسئله احساس پوچی و بی‌معنایی در زندگی است. نوجوانان دارای صفات شخصیتی مرزی اغلب احساس پوچی و بی‌معنایی مزمنی را تجربه می‌کنند، آن‌ها عمدتاً هیچ‌گونه معنا یا هدف مشخصی در زندگی نداشته و ممکن است احساس کنند ارتباطشان با

برابر مشکلات هیجانی مزمن افزایش دهد. از سوی دیگر، دلبستگی ناایمن-دوسوگرا نیز با اضطراب و اشتغال فکری مداوم به دریافت و رد حمایت‌های دیگران همراه است زیرا این نوجوانان در دوران کودکی مراقبت‌های ناسازگاری را تجربه کرده‌اند، جایی که گاهی نیازهای آن‌ها برآورده شده و گاهی نادیده گرفته می‌شد و موجب گردید که آن‌ها در مورد قابل اتکا بودن دیگران نامطمئن شوند در نتیجه، نوجوانان با این سبک دلبستگی عمدتاً حساسیت بیشتری نسبت به طرد شدن از خود نشان می‌دهند که منجر به دوستی‌های آشفته و روابط آسیب‌زا در آن‌ها می‌گردد. تعاملات اجتماعی آن‌ها اغلب مملو از حسادت، تعارض، آشفته‌گی و ترس از رها شدن است، شرایطی که با بی‌قراری، عزت نفس پایین و رفتارهای تکانه‌ای (به‌منظور پذیرش و جلب توجه دیگران) همراه بوده و ریسک بروز مشکلات هیجانی مختلف مخصوصاً مشکلات برونی‌سازی را در این نوجوانان افزایش می‌دهد (۱۴).

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که ترومای کودکی اثر مستقیم معنی‌داری بر بروز مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان ندارد، نتایجی که با پژوهش‌های اندرسون و همکاران (۱۷)؛ والادارس گاریدو و همکاران (۱۸) ناهم‌سو بود. یکی از توضیح‌های احتمالی برای عدم اثرگذاری ترومای کودکی بر مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان، نقش عوامل تعدیل‌کننده است. عوامل تعدیل‌کننده متغیرهایی هستند که می‌توانند بر رابطه بین دو متغیر دیگر تأثیر بگذارند. در این زمینه پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که برخی عوامل تعدیل‌کننده، مانند شدت و مزمن بودن تروما، سنی که تروما در آن رخ داده است، و وجود سایر عوامل استرس‌زا یا عوامل محافظتی (نظیر ویژگی‌های فردی) می‌تواند بر رابطه بین تروما و مشکلات مرتبط با آن تأثیر بگذارد. همچنین تفاوت‌های فردی نیز در ارتباط اثرگذار هستند. تفاوت‌های فردی، مانند عوامل ژنتیکی، خلق و خو و شخصیت، همگی می‌توانند بر رابطه بین آسیب و مشکلات عاطفی-اجتماعی تأثیر بگذارند.

توضیح دیگر در تبیین این عدم اثرگذاری، نقش عوامل رشدی است. عوامل رشدی، مانند سنی که در آن تروما رخ داده، مرحله رشدی که نوجوان در حال حاضر در آن قرار دارد، همگی می‌توانند بر رابطه بین تروما و مشکلات احتمالی عاطفی-اجتماعی تأثیر بگذارند. به عنوان مثال، نوجوانانی که

خود، جهان و دیگران قطع شده است؛ مسئله‌ای که می‌تواند با از بین رفتن شادی و لذت زندگی، زمینه کناره‌گیری، انزواطلبی و افسردگی را در آن‌ها ایجاد نماید. همچنین براساس نظریه شناختی-رفتاری، افراد مبتلا به شخصیت مرزی اغلب افکار و باورهای تحریف شده‌ای را در مورد خود، دیگران و جهان نشان می‌دهند، تحریف‌هایی نظیر تفکر سیاه و سفید و آمیختگی شناختی که می‌توانند بر روابط فرد با دیگران اثر گذاشته و زمینه بروز تعارضات بین فردی را فراهم سازند. این افکار ناکارآمد و تحریف‌های شناختی می‌توانند واکنش‌های عاطفی شدیدی را موجب شده و منجر به بی‌ثباتی عاطفی در فرد شوند. این افراد معمولاً تغییرات سریعی را در خلق و خو تجربه کرده و اغلب حملات شدید خشم، غم و اضطراب را تجربه می‌کنند. این نوسانات عاطفی نیز می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را در برابر مشکلات هیجانی مختلف مخصوصاً پرخاشگری و خودزنی افزایش دهد (۲۸، ۲۹).

در نهایت یافته نهایی این پژوهش نشان داد که شخصیت مرزی در ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و ترومای کودکی با مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان نقش میانجی‌گری دارد. این نتایج را می‌توان این‌گونه توضیح داد که نوجوانان دارای الگوهای دلبستگی ایمن عمده‌تاً در مقابله سازگارانه با چالش‌ها و تنش‌های زندگی از مهارت‌های بیشتری برخوردار هستند؛ آن‌ها معمولاً در هنگام تجربه موقعیت‌های تنش‌زا از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی دیگران بهره می‌گیرند زیرا آن‌ها را در دسترس و مراقبت‌کننده برداشت نموده‌اند، وضعیتی که به آن‌ها این امکان را می‌دهد با عوامل استرس‌زای زندگی به شکل سازگارانه‌ای مقابله کرده و با آن‌ها کنار آیند. اما برعکس نوجوانان دارای الگوی دلبستگی نایمن معمولاً به دلیل عدم برخورداری از محبت و پذیرش اولیه، در دوران بعدی زندگی نیز از برقراری و حفظ روابط مثبت و سازگارانه با دیگران ناتوان بوده و نمی‌توانند از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی دیگران بهره بگیرند و بیشتر تمایل به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد دارند، مسئله‌ای که احتمال بروز بی‌نظمی‌های عاطفی، بی‌ثباتی و تعارض در روابط بین فردی - به عنوان نشانه‌های اصلی شخصیت مرزی - را در این نوجوانان افزایش می‌دهد. از سوی دیگر این بهره‌گیری از مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد، واکنش‌پذیری عاطفی و بی‌ثباتی در روابط بین فردی نیز می‌تواند بر احتمال بروز مشکلات عاطفی و اجتماعی

اثرگذار باشد. همچنین دریافت محبت و امنیت از مراقبین در دوران کودکی و به‌هنگام تجربه چالش‌های مختلف بر مهارت تنظیم هیجانی کودکان در سنین بعدی نیز اثرگذار است. در این مورد اکثر نوجوانان دارای الگوی دلبستگی ایمن در کنترل و مدیریت هیجانات خود از توانایی بالاتری برخوردار هستند موردی که احتمال بروز رفتارهای تکانشی را در آن‌ها کاهش می‌دهد. اما برعکس نوجوانان دارای الگوهای دلبستگی نایمن معمولاً از توانایی نظم‌بخشی و مدیریت هیجانی مناسبی برخوردار نبوده و بیشتر مستعد بروز هیجان‌پذیری، رفتارهای تکانه‌ای و پرخاشگرانه هستند؛ موردی که از ویژگی‌های برجسته شخصیت مرزی است. از سوی دیگر این قبیل پاسخ‌های تکانه‌ای و پرخاشگرانه نیز می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد مشکلات جدی عاطفی و اجتماعی نظیر طرد توسط دیگران و به تبع آن احساس تنهایی و افسردگی و مشکلات اجتماعی گردد (۳۳).

علاوه بر آن پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند افرادی که در طول دوران کودکی آسیب‌های جسمانی و روانی مختلفی را تجربه می‌کنند، بیشتر مستعد ابتلای به شخصیت مرزی می‌گردند (۲۷). ترومای دوران کودکی اغلب تمایل به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه را موجب می‌شود. افراد آسیب دیده ممکن است حتی با وجود تمایل به برقراری ارتباط با دیگران، به اجتناب یا دوری از آن‌ها به عنوان راهی برای محافظت از خود (برای دوری از تجربه مجدد آسیب) متوسل شوند، مسئله‌ای که منجر به اختلال در مهارت‌های اجتماعی و ناتوانی در مدیریت مؤثر روابط اجتماعی می‌شود. در نتیجه، آن‌ها ممکن است در روابط بین فردی خود دارای تعارض و ناکارآمدی شوند. این فقدان ثبات و بروز تعارض در روابط بین فردی - به عنوان یکی از نشانه‌های اصلی شخصیت مرزی - می‌تواند منجر به مشکلات بیشتری مانند احساس تنهایی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی شود (۲۶). از سوی دیگر کودکی که آزار جسمی یا عاطفی را تجربه کرده باشد، ممکن است سطح حساسیت و واکنش‌پذیری عاطفی بالایی را تجربه نماید، مسئله‌ای که به نوبه خود می‌تواند منجر به مشکلاتی در مدیریت هیجانات وی شود. این بی‌نظمی عاطفی نیز بر بروز مشکلات هیجانی مختلف مخصوصاً مشکلات درونی سازی، مانند افسردگی و اضطراب اثرگذار است.

رفاهی مناسب برای نوجوانان، با اجرای مداخلاتی از بروز این مشکلات در آینده پیشگیری نمایند.

تضاد منافع: پژوهشگران در انجام این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده چهارم بود. در خاتمه پژوهشگران بر خود واجب می دانند از تمام نوجوانانی که در این مطالعه شرکت داشته و دستیابی به یافته های اصیل را ممکن ساختند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

1. Olivier E, Morin AJ, Langlois J, Tardif-Grenier K, Archambault I. Internalizing and externalizing behavior problems and student engagement in elementary and secondary school students. *Journal of youth and adolescence*. 2020 Nov;49:2327-46.
2. Flores J, Caqueo-Úrizar A, Ramírez C, Arancio G, Cofré JP. Locus of control, self-control, and gender as predictors of internalizing and externalizing problems in children and adolescents in Northern Chile. *Frontiers in Psychology*. 2020 Aug 12;11:235-48.
3. Colomeischi AA, Ursu A, Bogdan I, Ionescu-Corbu A, Bondor R, Conte E. Social and emotional learning and internalizing problems among adolescents: The mediating role of resilience. *Children*. 2022 Aug 31;9(9):178-96.
4. Lorence B, Hidalgo V, Pérez-Padilla J, Menéndez S. The role of parenting styles on behavior problem profiles of adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019 Aug;16(15):410-25.
5. Wang Y, Yan N. Trajectories of internalizing and externalizing problems in preschoolers of depressed mothers: Examining gender differences. *Journal of Affective Disorders*. 2019 Oct 1;257:551-61.
6. Montoya-Castilla I, Postigo S, Prado-Gascó V, Pérez-Marín M. Relationships between affective states and childhood internalizing disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018 Aug 1;32(4):591-8.
7. Cui Y, Li F, Leckman JF, Guo L, Ke X, Liu J, Zheng Y, Li Y. The prevalence of behavioral and emotional problems among Chinese school children and adolescents aged 6–16: a national survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021 Feb;30:233-41.
8. Mohammadi M, Vaisi Raiegani AA, Jalali R, Ghobadi A, Abbasi P. Prevalence of behavioral disorders in Iranian children. *Journal of mazandaran university of medical sciences*. 2019 Feb 10;28(169):181-91. [Persian].
9. Grzegorzewska, I., & Farnicka, M. (2016). Attachment and the risk of mental health disorders during adolescence. *Health Psychology Report*, 4(1), 8-15.

به طور کلی ماهیت مملو از چالش دوران نوجوانی در کنار مسائل و مشکلات فرهنگی و خانوادگی، منجر به افزایش آسیب پذیری نوجوانان نسبت به مشکلات مختلف هیجانی-اجتماعی می گردد. مسائلی که عدم مقابله با آنها نوجوانان را در معرض خطر طیفی از پیامدهای منفی، از جمله ابتلای به اختلالات روان پزشکی حاد، افت و ترک تحصیل، سوء مصرف مواد و مشکلات مزمن دیگر قرار می دهند. بنابراین بررسی عوامل اثرگذار بر بروز این اختلالات از اهمیت فراوانی برخوردار هستند. به همین سبب مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین سبک های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان: نقش میانجی گری نشانگان شخصیت مرزی انجام شد. در این پژوهش نیز همانند دیگر مطالعات پژوهشگران با محدودیت هایی مواجه بودند که می تواند بر دقت یافته های کسب شده اثرگذار بوده باشد. نخستین محدودیت این مطالعه ناتوانی در کنترل متغیرهایی مثل وضعیت اجتماعی-اقتصادی و وضعیت هوشبهر نوجوانان بود، مسئله ای که می تواند تعمیم نتایج را با چالش هایی روبه رو سازد، بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات آینده نسبت به کنترل کردن این موارد اقدام شود. دیگر محدودیت این پژوهش روش مقطعی به کار رفته در آن بود که بررسی علی بین متغیرها را امکان ناپذیر می سازد زیرا نمی توان در این قبیل پژوهش ها تغییرات و پویایی های این روابط را در طول زمان مشاهده کرد. برای برطرف نمودن این محدودیت پیشنهاد می شود در مطالعات آینده و برای درک روابط دقیق بین متغیرها از طرح های طولی استفاده شود. همچنین محدودیت سوم این پژوهش نیز ناتوانی در بهره گیری از روش های نمونه گیری تصادفی به شکل مستقیم بود، مسئله ای که پژوهشگران را ناچار به استفاده از نمونه گیری در دسترس نمود به همین واسطه پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده از روش های نمونه گیری تصادفی بهره گرفته شود. از سوی دیگر با توجه به بروز قابل توجه مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان و اهمیت آنها در تعالی جامعه و نیز اثر قابل توجه سبک های دلبستگی، ترومای کودکی و نشانگان شخصیت مرزی بر بروز این مشکلات، پیشنهاد می شود مسئولان مربوطه و درمانگران کودک و نوجوان بررسی دقیق تر این مسائل را در اولویت قرار داده و علاوه بر فراهم سازی امکانات

20. Schäfer I, Fisher HL. Childhood trauma and psychosis-what is the evidence?. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011 Sep 30;13(3):360-78.
21. Brown M, Worrell C, Pariante CM. Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2021 Dec 1;211:345-58.
22. Fang X, Wu Z, Wen L, Zhang Y, Wang D, Yu L, Wang Y, Chen Y, Chen L, Liu H, Tang W. Rumination mediates the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in schizophrenia patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2023 Aug;273(5):1085-94.
23. Mir Drikvand F. Evaluation of Structural Model for Explaining Behavioral and Emotional Disorders in Children Who are Abused Based on Cognitive Flexibility and Adverse Childhood Experiences of Parents Mediated by Personal Self-Concept. *Psychological Achievements*. 2023 Mar 21;30(1):240-60. [Persian].
24. Peng W, Liu Z, Liu Q, Chu J, Zheng K, Wang J, Wei H, Zhong M, Ling Y, Yi J. Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship between childhood trauma and borderline personality features. *Depression and Anxiety*. 2021 Jan;38(1):28-39.
25. Abramov, G., Kautz, J., Mielliet, S., & Deane, F. P. (2022). The Influence of Attachment Style, Self-protective Beliefs, and Feelings of Rejection on the Decline and Growth of Trust as a Function of Borderline Personality Disorder Trait Count. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(3), 773-786.
26. Erkoreka I, Zamalloa I, Rodriguez S, Muñoz P, Mendizabal I, Zamalloa MI, Arrue A, Zumarraga M, Gonzalez-Torres MA. Attachment anxiety as mediator of the relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022 Mar;29(2):501-11.
27. 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.
28. Shahani S, Mansouri A. The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between borderline personality traits and non-suicidal self-injury in students. *Clinical Psychology and Personality*. 2023 May 22;21(1):33-42. [Persian].
29. BabaAhmadi Milani, F., Momeni, K., Dehghani-Arani, F., Beyramvand, Y., SetoudehMaram, S., Safarifard, R. The Mediating Role of Rumination in the Relationship between High School Students with Borderline Personality Disorder and Self-Injury. *Journal of Applied Psychological Research*, 2023; 14(1): 85-98. [Persian].
10. Gheiratian F, yarahmadi Y, ahmadian H, akbari M. The mediating role of attachment style and early maladaptive schemas in the relationship between childhood abuse and conduct disorder. *JPEN* 2021; 8 (1):76-85
11. Mónaco E, Schoeps K, Montoya-Castilla I. Attachment styles and well-being in adolescents: How does emotional development affect this relationship?. *International journal of environmental research and public health*. 2019 Jul;16(14):2554.
12. Li JB, Guo YJ, Delvecchio E, Mazzeschi C. Chinese adolescents' psychosocial adjustment: The contribution of mothers' attachment style and adolescents' attachment to mother. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2020 Aug;37(8-9):2597-619.
13. Yan Z, Zhu X, Zhou K, Deng Q, Zeng X. The mediating role of affective empathy in the relationship between insecure attachment and depressive symptoms among emerging adult. *Journal of Adult Development*. 2022 Dec;29(4):279-86.
14. Irvine TJ, Aults CD, Menon M. Self-Esteem Moderates the Relationship Between Secure Attachment and Internalizing and Externalizing Problems in Preadolescence. *Psychological Reports*. 2023 Apr;126(2):758-74.
15. Beyrami M, Ghadimi-Bavil-Olyayi N. Investigating the Structural Relationships Between Attachment Styles and Major Depressive Symptoms in Adolescents: The Mediating Role of Distress Tolerance and Cognitive Flexibility. *Journal of Psychology*. 2023 Apr;27(1):134-143. [Persian].
16. Spruit A, Goos L, Weenink N, Rodenburg R, Niemeyer H, Stams GJ, Colonna C. The relation between attachment and depression in children and adolescents: A multilevel meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2020 Mar;23:54-69.
17. Anderson AS, Siciliano RE, Henry LM, Watson KH, Gruhn MA, Kuhn TM, Ebert J, Vreeland AJ, Cirioglio AE, Guthrie C, Compas BE. Adverse childhood experiences, parenting, and socioeconomic status: Associations with internalizing and externalizing symptoms in adolescence. *Child Abuse & Neglect*. 2022 Mar 1;125:655-68.
18. Valladares-Garrido MJ, León-Figueroa DA, Dawson FM, Burga-Cachay SC, Fernandez-Canani MA, Failoc-Rojas VE, Pereira-Victorio CJ, Valladares-Garrido D, Inga-Berrosapi F. Association between childhood trauma and mental health disorders in adolescents during the second pandemic wave of COVID-19, Chiclayo-Peru. *Frontiers in Psychiatry*. 2023 Jun 22;14:115-128.
19. Ravishankar A, Sathiyaseelan A. Impact of childhood trauma on psychological distress and personality pathology in young adults. *ECS Transactions*. 2022 Apr 24;107(1):29-43.

44. Hashworth T, Reis S, Grenyer BF. Personal agency in borderline personality disorder: The impact of adult attachment style. *Frontiers in Psychology*. 2021 Jun 24;12:745-58.
45. Shirazi E, Motlagh MG, Shad BE, Bakhshipour A. Modeling borderline personality symptoms based on attachment: the mediating role of self-differentiation and mentalization. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2023 Mar 1;4(3):141-56.
30. Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2019 Oct 9;10:710.
31. Cavelti M, Rinnewitz L, Walter M, van der Venne P, Parzer P, Josi J, Bertsch K, Brunner R, Resch F, Koenig J, Kaess M. Psychobiological correlates of aggression in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2022 Jan 18;55(1):37-48.
32. Mirkovic B, Delvenne V, Robin M, Pham-Scottez A, Corcos M, Speranza M. Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*. 2021 Dec;21:1-0.
33. Benzi IM, Fontana A, Di Pierro R. Maladaptive personality traits and internalizing and externalizing problems: the role of borderline and narcissistic features in adolescence. *Clinical Neuropsychiatry*. 2023 Jun;20(3):161-78
34. Kline R. Data preparation and psychometrics review. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford. 2016:64-96.
35. Woodworth RS. Woodworth Psychoneurotic Inventory. 1920.
36. Chopani H. Determining the predictive role of parenting style and competency feeling in behavioral disorders in adolescents aged 14 to 18 years. *New Approach in Educational Sciences*. 2022 Sep 23;4(3):66-75. [Persian].
37. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990 Apr;58(4):644-60.
38. Pakdaman SH. Investigating the relationship between attachment and sociability in adolescents [Dissertation]. Tehran. Iran: Tehran University; 2001. [Persian].
39. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. 2003 Feb 1;27(2):169-90.
40. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014. [Persian].
41. Claridge G, Broks P. Schizotypy and hemisphere function—I: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*. 1984 Jan 1;5(6):633-48.
42. Mohammadzadeh, A., goodarzi, A., Taghavi, R., Mollazadeh, J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz University Students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2005; 7(28): 75-89. [Persian].
43. Keller G. *Statistics for Management and Economic*, Abbreviated. Cengage Learning. 2015.