رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۵، شماره پیاپی ۸۶، مرداد ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(5), 2023

رابطه آسیب‌های دوران کودکی و ویژگی‌های خودتخریب‌گری: نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته

The mediating role of immature defense mechanisms in relation between childhood trauma and self-destructive characteristics

پانیذ رضوی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گرایش خانواده‌درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
نازنین عابد
دکترای تخصصی روانشناسی، استادیارگروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

چکیده
هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته در رابطه آسیب‌های دوران کودکی و ویژگی‌های خودتخریب‌گری بود. روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی – همبستگی بود و جامعه آماری شامل افراد ۱۸ الی ۳۵ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که از بین آنها ۲۵۳ نفر به شیوه در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های آسیب به خود (SHI) سانسون، ویدرمن و سانسون (۱۹۹۸)، پرسش‌نامه خودگزارشی کودک‌آزاری (CASRS) محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) و پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) آندرز و همکارانش (۱۹۹۳) استفاده شد. داده‌ها به روش تحلیل معادلات ساختاری تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که بین آسیب‌های دوران کودکی با ویژگی‌های خودتخریب‌گری رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). همچنین بین آسیب‌های دوران کودکی و مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و بین مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و ویژگی‌های خودتخریب‌گری نیز رابطه مستقیم و معنادار بود. (p<۰/۰۱). افزون بر این بر اساس آزمون مدل، مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و ویژگی‌های خودتخریب‌گری نقش میانجی را ایفا می‌کند (p<۰/۰۱). همچنین مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود. بر اساس یافته‌های فوق می توان نتیجه گرفت که مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته نقش میانجی را در رابطه آسیب‌های دوران کودکی و ویژگی‌های خودتخریب‌گری ایفا می‌کند.

واژه‌های کلیدی: *آسیب‌های دوران کودکی، مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته، ویژگی‌های خودتخریب‌گری.*

Paniz Razavi*
MA in Clinical Psychology-Family Therapy, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
Razavi.paniz@gmail.com
Nazanin Abed
Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

Abstract
The aim of the present study was to investigate the mediating role of underdeveloped defense mechanisms in relation to childhood injuries and self-destructive characteristics. The present research method was descriptive-correlation and the statistical population included people aged 18 to 35 in Tehran in 1401. Among them, 253 people were selected as a sample in an accessible way. To collect data from the Self-Injury Questionnaire (SHI) by Sanson, Wiederman, and Sanson (1998), the Child Abuse Self-Report Questionnaire (CASRS) by Mohammadkhani et al. (2003), and the Defense Styles Questionnaire (DSQ-40) by Anders and his colleagues. (1993) was used. The data were analyzed by structural equation analysis. The findings showed that there is a direct and significant relationship between childhood injuries and self-destructive characteristics (p<0.01). Also, there was a direct and significant relationship between childhood injuries and underdeveloped defense mechanisms and between underdeveloped defense mechanisms and self-destructive characteristics. (p<0.01).. In addition, based on the model test, underdeveloped defense mechanisms play a mediating role in the relationship between childhood trauma and self-destructive characteristics (p<0.01). Also, the research model had a favorable fit. Based on the above findings, it can be concluded that underdeveloped defense mechanisms play a mediating role in the relationship between childhood injuries and self-destructive characteristics.

Keywords: *childhood trauma, immature defense mechanisms, self-destructive characteristics.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۲** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]

مقدمه

علیرغم دستاوردهای بزرگ بشریت در عرصه‌های مختلف علمی، فناوری، اقتصادی و اجتماعی، جامعه جهانی در حالی وارد قرن بیست و یکم شده که تهدیدهای ناشی از معضلات رفتاری و اجتماعی بر پیشرفت و سعادت انسان‌ها سایه افکنده و رفاه انسان‌ها را با خطر، مواجه ساخته است. در این عرصه گرایش به رفتارهای خودتخریب‌گرایانه، به‌عنوان یکی از تهدیدهای جدی سلامتی در نظر گرفته می‌شود (باجگیرانی و همکاران، ۱۴۰۱). یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر و آسیب در سراسر جهان است (سازمان بهداشت جهانی[۱]، ۲۰۲۱) و درگیر شدن در رفتارهای خودتخریب‌گرایانه به طور قابل‌توجهی خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (هاوتون[۲] و همکاران، ۲۰۲۰).

رفتارهای خودتخریب‌گرایانه را می‌توان به‌عنوان رفتاری تعریف کرد که در آن فرد صرف‌نظر از انگیزه (جانسنس [۳] و همکاران، ۲۰۲۲) و هدفش باعث آسیب یا مسمومیت خود می‌شود. (مک مانوس[۴] و همکاران، ۲۰۱۹)، و به اعمال عمدی آسیب رساندن به خود، صرف‌نظر از قصد خودکشی یا غیر خودکشی اطلاق می‌شود (شافتی[۵] و همکاران، ۲۰۲۳). رفتارهای خودتخریب‌گرایانه می‌تواند شامل مجموعه‌ای از رفتارهای مختلف از جمله ضربه‌زدن، بریدن، مسمومیت یا سوختن باشد. وجود رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌تواند توسط عوامل پیچیده و ناهمگون ایجاد شود، اما معمولاً با بیماری روانی همراه است و افراد در معرض خطر خودکشی و اقدام به خودکشی هستند (مک مانوس و همکاران، ۲۰۱۹). این‌گونه رفتارها با عنوان‌های دیگری مانند رفتارهای خود آسیب‌رسان، تکانشی، بی‌پروا، خود شکست‌جویانه و یا رفتارهای نامنظم نیز شناخته می‌شوند که معمولاً یادآور رفتارهایی مانند سوءمصرف مواد، رفتارهای مربوط به اختلال خوردن، خودجرحی بدون خودکشی یا مسائل مربوط به خشم/پرخاشگری هستند. رفتارهای خودتخریب‌گرایانه به‌صورت لحظه‌ای شاید باعث احساس رهایی یا حتی لذت‌های گذرا (کوتاه‌مدت) شوند، اما درنهایت مانع از داشتن زندگی رضایت‌بخش می‌گردند و فرد باوجود عواقب درازمدت، نمی‌تواند در برابر انجام ندادن آن‌ها مقاومت کند. همان‌طور که گفته شد این‌گونه رفتارها طیف‌های متفاوتی دارند اما به‌طورکلی علاوه بر رفتارهای گفته‌شده، می‌توان به رفتارهای به‌ظاهر کم‌خطرتر و ناآشکارتری مانند سیگار کشیدن، بازی‌های رایانه‌ای اجباری، اجتناب کردن از افراد به‌صورت افراطی (منزوی شدن و دوری‌کردن از اطرافیان) و قرار گرفتن‌های مکرر در رابطه‌هایی که فرد در آن مورد سوءاستفاده عاطفی قرار می‌گیرد یا بسیاری از رفتارهای دیگر که در لحظه شاید احساس خوبی ایجاد کنند اما در درازمدت آسیب‌رسان و مضر هستند (واپرمن[۶]، ۲۰۱۹).

مطالعات شیوع‌شناسی نشان می‌دهد که علی‌رغم افزایش آگاهی عمومی و تمرکز سیاست‌ها در این زمینه، میزان خودآزاری عمدی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی همچنان رو به افزایش است (کینگ[۷] و همکاران، ۲۰۲۰). یافته‌های فراتحلیل نشان داده است که تقریباً ۲۳ درصد از نوجوانان درگیر اعمال عمدی خودآزاری می‌شوند (سیلک[۸] و همکاران، ۲۰۲۳). گزارش‌های دیگر با نمونه‌های ملی در ایالات متحده نشان داده است که بین ۶ تا ۸ درصد از نوجوانان اقدام به خودکشی می‌کنند (لیم[۹]، ۲۰۱۹). در اروپا، خودکشی دومین عامل مرگ و میر در میان جوانان ۱۵ تا ۱۹ساله است (یونیسف، ۲۰۲۱). در مطالعات داخلی نیز شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان در میان گروه‌های مختلف گزارش شده است (قادری بگه جان و همکاران، ۱۴۰۱) و میزان شیوع خود آسیب‌رسانی در نوجوانان ایرانی ۱۳- ۲۲ درصد برآورد شده است (ایزکیان و همکاران، ۱۳۹۷). مظفری و همکاران (۱۴۰۰) نیز شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان در میان دختران و پسران به ترتیب ۹/۶ و ۷/۱ درصد نشان داده‌اند؛ بنابراین درک عواملی که در ایجاد این آسیب نقش دارند، کلید توسعه مداخله و راهبردهای پیشگیری مؤثر است. یکی از دلایلی که می‌تواند بر رفتارهای تخریب‌گرایانه تأثیرگذار باشد آسیب‌های دوران کودکی است.

آسیب‌های دوران کودکی که در خانواده رخ می‌دهد، ارتباط قوی با مشکلات جسمی، ذهنی و عاطفی در زندگی بعدی دارند (بانتینگ[۱۰] و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا آسیب‌های دوران کودکی یک عامل خطر شناخته شده برای خودکشی و رفتارهای خودتخریب‌گرایانه

1 . World Health Organization
2 . Hawton
3 . Janssens
4 . McManus
5 . Shafti
6 . Wupperman
7 . King
8 . Silke
9 . Lim
10 . Bunting

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]

است (چن[1] و همکاران، ۲۰۱۹). آسیب‌های دوران کودکی که به‌عنوان سوءاستفاده یا بی‌توجهی درک می‌شود و سلامت کودک را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (استاگاکی[2] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ آسیب‌های کودکی به انواع مختلفی تقسیم می‌شود که مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از سوءاستفاده[3] (هیجانی[4]، جنسی[5] و فیزیکی[6]) و غفلت (هیجانی و فیزیکی) (فرخزادیان و همکاران، ۱۳۹۹). سوءاستفاده هیجانی شامل سوءاستفاده کلامی، طرد، تهدید و ارعاب، ترک و در دسترس نبودن روان‌شناختی است. سوءاستفاده جسمی شامل تنبیه‌های شدید و سخت است. سوءاستفاده جنسی نیز شامل زنای با محارم، تجاوز، مواجهه ساختن با فعالیت‌های جنسی است. غفلت نیز محدوده‌ای وسیع از والدگری و مراقبت نابسنده نظیر فراهم نساختن غذای کافی، لباس، سرپناه، مراقبت پزشکی و آموزش را شامل می‌شود (نوری قاسم‌آبادی و سیداوی، ۱۴۰۰). مطالعات فراتحلیل نشان داده است که بازماندگان آسیب‌های دوران کودکی بیشتر در معرض رفتارهای خودتخریب‌گرایانه هستند (استاگاکی[7] و همکاران، ۲۰۲۲؛ بانتینگ[8] و همکاران، ۲۰۲۳؛ حشمتی و همکاران، ۱۴۰۲، شریفی و همکاران، ۱۴۰۱، قناعت باجگیرانی، ۱۴۰۱؛ آنجلاکیس[9] و همکاران، ۲۰۱۹). یک مطالعه فراتحلیل دیگر از پیامدهای سلامت مرتبط با تجارب نامطلوب دوران کودکی در بزرگسالی (هیوز[10] و همکاران، ۲۰۱۷) نشان داد که افرادی با چهار یا بیشتر تجارب نامطلوب دوران کودکی در مقایسه با افراد بدون تجارب نامطلوب دوران کودکی، نه برابر بیشتر احتمال دارد که احساس خودکشی یا رفتارهای خودتخریب‌گرایانه داشته باشند.

همان‌طور که بیان شد اگرچه رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و رفتارهای خودتخریب‌گری به‌خوبی مستند شده است، اما مکانیسم‌های میانجی زیربنای بین این دو متغیر کمتر مورد شناسایی قرار گرفته است. بررسی این مکانیسم‌ها بسیار مهم است، زیرا می‌توانند اهدافی را برای مداخلات پیشگیرانه یا درمانی مؤثر تشکیل دهند و می‌تواند خطر افزایش رفتارهای خودتخریب‌گرایانه را در میان بازماندگان آسیب‌های دوران کودکی کاهش دهد. ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی مکانیسم دفاعی رشدنایافته در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با رفتارهای خودتخریب‌گرایانه بود.

مفهوم مکانیسم‌های دفاعی اولین‌بار توسط فروید در سال ۱۸۹۴ ارائه شد. این مفهوم به راهبردهایی اشاره دارد که فرد برای محافظت از خود از طریق کاهش، اجتناب یا غلبه بر ناامیدی، اضطراب و تنش ناشی از درگیری‌های اجتماعی و عاطفی استفاده می‌کند (وانگ[11] و همکاران، ۲۰۲۱). مکانیسم‌های دفاعی، راهبردهایی هستند که توسط ایگو برای محافظت از خود در برابر رویدادهایی که باعث اضطراب می‌شوند، ایجاد می‌شوند. اندروز[12] و همکاران (۱۹۹۳) مکانیسم‌های دفاعی را در سه زیر بعد نابالغ، روان‌رنجور و بالغ گروه‌بندی کرد. اعتقاد بر این است که این رویدادهای استرس‌زای زندگی، همراه با آسیب‌های دوران کودکی، نقش کلیدی در توسعه مکانیسم‌های دفاعی نابالغ در سال‌های بعدی ایفا می‌کنند (اوسوی و تاسی[13]، ۲۰۲۰). مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای روان‌شناختی خودکاری هستند که از فرد در برابر استرس‌های داخلی و خارجی محافظت می‌کنند. نشان داده شده است که بیماران مبتلا به اختلالات روانی اغلب از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ استفاده می‌کنند (وانگ[14]و همکاران، ۲۰۲۱). آکات و حصار[15] (۲۰۲۳) نشان دادند که بین ترومای روانی دوران کودکی با نمرات دفاعی نابالغ دانشجویان پزشکی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. در مطالعه دیگری، رابطه‌ای معنادار بین سبک‌های دلبستگی والدین، سبک‌های دفاعی و علائم روان‌پزشکی ناشی از آسیب‌های دوران کودکی یافت شد (وایکامپ[16] و همکاران، ۲۰۲۱). بنا بر همین توضیح، می‌توان چنین در نظر گرفت که رفتارهای خود آسیب‌رسان، از دسته مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته باشند. اگرچه بر اساس همین مبانی نظری به نظر می‌رسد مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته با رفتارهای خودتخریب‌گرایانه و خود آسیب‌رسان ارتباط داشته باشند، اما در حد بررسی‌های پژوهشگر، پژوهش‌هایی که بتواند رفتارهای خودتخریب‌گرایانه مورد نظر این پژوهش را تبیین کند، یافت نشد.

1 . Chen
2 . Stagaki
3 . Abuse
4 . Emotional
5 . Sexual
6 . Physical
7 . Stagaki
8 . Bunting
9 . Angelakis
10 . Hughes
11 . Wang
12 . Andrews
13 . Özsoy & Taşcı
14 . Wang, L
15 . Acat & Hisar
16 . Waikamp

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]

در نهایت باید گفت اگرچه ارتباط متغیرهای آسیب‌های دوران کودکی و رفتارهای خودتخریب‌گرایانه‌ای مانند خودکشی و خودجرحی در ادبیات پژوهش وجود دارد اما با توجه به این‌که تمرکز ادبیات پژوهش بیشتر به سمت خودکشی و رفتارهای خود آسیب‌رسان از نوع خودجرحی است، کمتر به رفتارهای خودتخریب‌گرایانه دیگری که ناآشکارتر هستند پرداخته شده است. وجود مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته‌ی نشات گرفته از آسیب‌های دوران کودکی که در این بین به خودتخریبی دامن می‌زنند و حتی شکل و گونه‌های متفاوتی از آسیب‌های جدید را به وجود می‌آورند را نیز باید در نظر گرفت. این گونه مکانیسم‌ها به وجود آورنده و تشدیددهنده‌ی رفتارهایی هستند که شاید به‌ظاهر معمول به نظر برسند اما در طولانی‌مدت می‌تواند باعث اختلالات روانی برای افراد شود و همچنین باعث ایجاد باورها و رفتارهایی شود که به‌مرور زمان در شخصیت فرد تثبیت‌شده و به شکل علائم روان‌شناختی پس از سال‌ها بروز می‌یابند؛ مانند بی‌توجهی به‌سلامت خود، ماندن در روابط آسیب‌زننده، روابط جنسی متعدد و ناایمن و حتی مواردی مانند به تعویق انداختن و بی‌توجهی به خود. با توجه به این موضوع، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته در رابطه آسیب‌های دوران کودکی و ویژگی‌های خودتخریب‌گری بود.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی_همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد ۱۸ تا ۳۵ساله ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. برای تعیین حجم نمونه با توجه به فرمول گرین (۱۹۹۱) حداقل حجم نمونه برابر ۱۱۱ می‌باشد، همچنین از آنجایی که در مدل ساختاری حداقل حجم نمونه براساس متغیرهای پنهان تعیین می‌شود و ۲۰ نمونه برای هر عامل (مولفه‌های پرسش‌نامه) لازم است. بطور کلی حداقل ۲۰۰ نمونه نیز توصیه شده است (هومن، ۱۳۸۴) لذا در پژوهش حاضر با توجه به‌احتمال ریزش شرکت‌کنندگان تعداد ۲۵۳ نفر با روش در دسترس نمونه‌گیری شد. پس پرسشنامه‌ها به‌صورت آنلاین، برای افراد در نرم‌افزارهای تلگرام، واتساپ ارسال شد. ملاک‌های ورود شامل رده سنی۱۸ تا ۳۵، داشتن رضایت آگاهانه افراد از مشارکت در پژوهش و ملاک های خروج شامل ناقص پر کردن پرسشنامه‌های مورد نظر و انصراف از شرکت در پژوهش بود. نحوه و چگونگی پاسخ به پرسشنامه‌ها به‌طور کامل در ابتدای سؤالات آنلاین توضیح داده شد. جهت رعایت اخلاق حرفه‌ای در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که اطلاعات افراد محفوظ بوده و داده‌ها به‌صورت گروهی قابل‌استفاده هستند. از سوی دیگر برای ارتباط با پژوهشگر و باخبر شدن از اطلاعات پس از اتمام پژوهش می‌توانند از طریق ایمیل با گروه پژوهش در ارتباط باشند. دو نفر به دلیل مخدوش بودن پرسش‌نامه و پاسخ‌های یکسان از نمونه ها حذف گردید. در نهایت داده ها با روش تحلیل معادلات ساختاری به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه آسیب به خود [1] (SHI): پرسش‌نامه آسیب به خود توسط سانسون[2] و همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده است و شامل ۲۲ سؤال با پاسخ‌های بلی و خیر می‌باشد اعتبار همگرای این پرسش‌نامه با متغیر خودتخریبی بررسی شد و ضریب همبستگی آن ۰/۶۶ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (ویلکینسون[3] و همکاران، ۲۰۱۸).روایی همگرایی سیاهه با پرسش‌نامه دارو، الکل و جرح خویشتن ۰/۶۶ (ویلکینسون و همکاران، ۲۰۱۸) و پرسش‌نامه تشخیصی شخصیت هیلر (۱۹۹۴) ۰/۸۳ به دست آمد (سانسون و ویدرمن، ۲۰۱۵). استاین و همکاران (۲۰۱۷) پایایی سیاهه با شاخص کودر ریچاردسون ۲۰ برای کل ماده‌ها ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش والی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۲) ضریب نسبی روایی محتوا ۰/۷۰ پایایی سیاهه با شاخص کودر ریچاردسون ۲۰ برای کل ماده‌ها ۰/۸۳ و در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.. .

پرسشنامه خودگزارشی کودک‌آزاری [4] (CASRS) : پرسش‌نامه کودک‌آزاری توسط محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) تهیه شده است و نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت (از ۰= هرگز تا ۳= همیشه) انجام می‌شود. این پرسش‌نامه، کودک‌آزاری را در چهار بعد غفلت،

1 Self-Harm Inventory (SHI)
2 Sansone
3 . Wilkinson
4. Child Abuse and Self Report Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]

آزار جنسی، آزار جسمی و آزار عاطفی بررسی می‌کند. این ابزار در ابتدا شامل ۵۴ بوده و محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) بعد از اجرای تحلیل عاملی، از ۵۴ ماده مقیاس فوق، ۳۸ ماده را که دارای بیشترین همبستگی با متغیرهای مورد اندازه‌گیری بود، به دست آوردند. همچنین این محققان برای محاسبهٔ ضریب پایایی مقیاس مذکور از روش محاسبه همبستگی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ) و روش بازآزمایی استفاده نمودند. در پژوهش آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه کودک‌آزاری، ۹۲/. محاسبه گردید. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس موردنظر از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی[1] (DSQ-40): پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی توسط اندروز[2] و همکاران در سال ۱۹۹۳ تنظیم شد. این پرسش‌نامه بر اساس پرسش‌نامه اولیه باند و همکاران که در ۱۹۸۳ تهیه‌شده بود تحول یافت. ۲۰ مکانیسم دفاعی را در ۳ عامل رشدیافته، رشد نایافته و روان آزرده از یکدیگر مورد بازشناسی و تفکیک قرار داده است. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ گویه است. سوالات در یک طیف لیکرت ۹ درجه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) تنظیم شده است. آندروز و همکاران (۱۹۹۳) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنایافته به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۱ و ۰/۶۸ گزارش نمودند. بلایا و همکاران (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ برای سبک بالغ، ۰/۷۱ برای سبک عصبی و ۰/۷۷ برای سبک نابالغ را به دست آوردند. در ایران نیز حیدری نسب و همکاران (۱۳۹۰) در نمونه‌های ایرانی (در دو گروه غیربالینی و بالینی) موردمطالعه و وارسی‌های روان‌سنجی قرار دادند و ضریب پایایی DSQ با استفاده از محاسبهٔ آلفای کرونباخ در دانش‌آموزان ۰/۰۷۱ و در دانشجویان ۰/۷۸ و ضریب همبستگی بین دونیمه ۰/۵۴ گزارش گردیده است (حیدری نسب و همکاران، ۱۳۹۰) در اعتبار باز آزمایی پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای سبک رشدیافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ برای سبک رشدنایافته از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ و برای سبک نوروتیک از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ به دست آمد. همهٔ این ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (بشارت، ۱۳۸۶). . در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سبک دفاعی رشدنایافته ۰/۷۷ بدست آمد.

یافته ها

براساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سن افراد نمونه برابر با ۲۸/۵۶ ± ۴/۸۶ سال بود. ۱۹۰ نفر (۷۵/۵ درصد) زن و ۶۳ نفر (۲۴/۹درصد) مرد بودند. همچنین از لحاظ مدرک تحصیلی ۲۰ نفر (۷/۹درصد) دیپلم، ۷ نفر (۲/۸ درصد) فوق‌دیپلم، ۹۵ نفر (۳۷/۵ درصد) کارشناسی، ۱۱۱ نفر (۴۳/۹ درصد) کارشناسی ارشد و ۲۰ نفر (۷/۹ درصد) دکتری بودند ازنظر شغلی ۷۶ نفر (۳۰ درصد) دانشجو، ۷۵ نفر (۲۹/۶ درصد) دارای شغل آزاد، ۶۰ نفر (۲۳/۷) درصد دارای شغل کارمندی، ۲۹ نفر (۱۱/۵) بیکار و ۱۳ نفر (۵/۱ درصد) خانه‌دار بودند.

جدول ۱. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

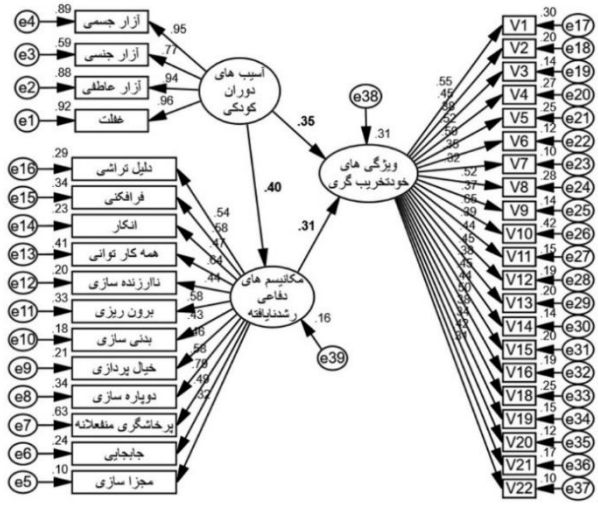
متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
آزار جسمی	۱						
آزار جنسی	/۷۱**	۱					
آزار عاطفی	/۸۸**	/۷۶**	۱				
غفلت	/۹۱**	/۷۳**	/۹۰**	۱			
آسیب‌های دوران کودکی	/۹۵**	/۸۱**	/۹۷**	۹۶**	۱		
مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته	/۳۷**	/۳۲**	/۳۳**	۴۱**	۰/۳۸**	۱	
ویژگی‌های خودتخریب‌گری	/۴۱**	/۳۳**	/۴۲**	۴۵**	۰/۴۴**	۰/۵۳**	۱
میانگین	۶/۴۱	۳/۰۳	۹/۵۴	۹/۲۶	۲۸/۲۴	۱۱۵/۴۴	۵/۹۵
انحراف معیار	۴/۸۲	۲/۰۷	۶/۸۱	۵/۸۲	۱۸/۴۷	۲۵/۶۷	۴/۰۹
کجی	۰/۷۹	۰/۷۰	۱/۰۰	۰/۵۵	۰/۸۰	۰/۱۹	۰/۸۰
کشیدگی	۰/۰۶	۰/۱۲	۰/۸۰	-۰/۱۷	۰/۲۷	۰/۲۵	۰/۴۲

1 Defense style questionnaire
2 Andrews, G.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]

براساس نتایج جدول ۱ رابطه مثبتی بین آسیب‌های دوران کودکی با مکانیسم دفاعی رشدنایافته (r= ۰/۳۸)، ویژگی‌های خودتخریب‌گری(r= ۰/۴۴) و بین مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و ویژگی‌های خودتخریب‌گری (r= ۰/۵۳) مشاهده شد همچنین بین چهار مؤلفه آسیب‌های دوران کودکی شامل آزار جسمی (r= ۰/۴۱)، آزار جنسی(r= ۰/۳۳)، آزار عاطفی(r= ۰/۴۲) و غفلت (r= ۰/۴۵) با و ویژگی‌های خودتخریب‌گری رابطه مثبت مشاهده شد. با توجه به این‌که مقادیر کجی و کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه ۲+ تا ۲- به دست آمد می‌توان نتیجه گرفت که تمامی متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند.

قبل از تحلیل داده‌ها، مقادیر پرت تک‌متغیره با نمودار جعبه‌ای[1] و مقادیر پرت چندمتغیره با فاصله مهالانوبیس[2] شناسایی شدند که موارد پرت تک‌متغیره اصلاح شدند، به‌طوری‌که به مقادیر حداقل و حداکثر تبدیل شدند و از وضعیت داده پرت خارج شدند. بر اساس شاخص مهالانوبیس دو مورد که جزء داده‌های پرت چندمتغیره بود شناسایی شد که این دو پاسخگو از تحلیل حذف شدن و با حذف این دو مورد، حجم نمونه نهایی برای تحلیل برابر با ۲۵۳ نفر بود. علاوه بر آن آماره تحمل و عامل تورم واریانس به‌منظور بررسی هم خطی چندگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد هیچ‌کدام از مقادیر آماره تحمل و هیچ‌کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۰/۱ نمی‌باشند؛ بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر کوچک‌تر از حد مجاز ۱۰ شده وجود هم‌خطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان از برقراری آنها، به‌منظور ارزیابی مدل مورد بررسی از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج در شکل ۱ ارائه شده است



شکل ۱. مدل تجربی پژوهش در حالت ضرایب مسیر استاندارد

شکل ۱ مدل تجربی در حالت ضرایب استانداردشده است که بیانگر شدت تأثیر متغیرهای پنهان بر یکدیگر است. بررسی شدت همبستگی‌ها نشان می‌دهد که قوی‌ترین تأثیر در مدل مربوط به تأثیر آسیب‌های دوران کودکی بر مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته با ضریب تأثیر ۰/۴۰ است. همچنین تمامی روابط ازنظر آماری تأیید شد (p<۰/۰۵).

جدول ۲. آزمون اثرات مستقیم متغیرها بر اساس نتایج آزمون مدل‌سازی معادلات ساختاری

نوع تأثیر	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	مقدار p	نتیجه
آسیب‌های دوران کودکی مکانیسم‌های رشدنایافته	۰/۴۰	۰/۰۹۷	۰/۰۱۸	۵/۴۱	<۰/۰۰۱	تائید
آسیب‌های دوران کودکی خودتخریب‌گری	۰/۳۵	۰/۰۱۵	۰/۰۰۳	۴/۶۲	<۰/۰۰۱	تائید
مکانیسم‌های رشدنایافته خودتخریب‌گری	۰/۳۱	۰/۰۵۳	۰/۰۱۴	۳/۷۲	<۰/۰۰۱	تائید

1 Box Plot
2 Mahalanobis Distance

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]

نتایج جدول ۴ نشان داد که تأثیر آسیب‌های دوران کودکی بر ویژگی‌های خودتخریب‌گری (۰/۳۵) و مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته (۰/۴۰) تائید شد (p<۰/۰۰۱). همچنین تأثیر مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته بر ویژگی‌های خودتخریب‌گری (۰/۳۱) تائید شد (p<۰/۰۰۱). در جدول ۵ نتایج آزمون نقش میانجی‌گری آمده است. نقش میانجی به کمک روش بوت استرپینگ و خطای استاندارد به‌دست‌آمده از آن تحلیل شد.

جدول ۳- نتایج آزمون میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته به روش بوت استرپینگ

نوع تأثیر	اثر	خطای	مقدار	مقدار p
آسیب‌های دوران کودکی -مکانیسم‌های رشدنایافته ←خودتخریب‌گری	۰/۱۲۵	۰/۰۴۷	۲/۶۶	۰/۰۰۸

نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۳ نشان داد نقش میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و ویژگی‌های خودتخریب‌گری ازنظر آماری تائید شد (p<۰/۰۰۱). شدت اثر غیرمستقیم برابر با ۰/۱۲۵ بود.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص‌ها	مقدار قابل‌قبول	نتیجه	تفسیر
GFI	> ۰/۹۰	۰/۹۴	**برازش قابل‌قبول**
RMSEA	< ۰/۰۸	۰/۰۷۳	**برازش قابل‌قبول**
CFI	> ۰/۹۰	۰/۸۸	**برازش متوسط**
NFI	> ۰/۹۰	۰/۹۲	**برازش قابل‌قبول**
IFI	> ۰/۹۰	۰/۸۶	**برازش متوسط**
AGFI	> ۰/۷۰	۰/۷۸	**برازش قابل‌قبول**
PGFI	> ۰/۷۰	۰/۷۳	**برازش قابل‌قبول**
Chi-Square /df	۱≤ شاخص ≤ ۵	۳/۰۳	**برازش قابل‌قبول**

درمجموع با ارزیابی تمامی شاخص‌های برازش (جدول ۴) می‌توان استنباط کرد که شاخص‌های برازش به‌دست‌آمده درمجموع نشان از برازش نسبتاً قابل‌قبول داده‌ها با مدل دارد و می‌توان برازش مدل را با توجه به شاخص‌های برازش به‌دست‌آمده به‌طور تقریبی قابل‌قبول دانست. هیچ‌کدام از شاخص‌های برازش مقدار ضعیفی ندارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته در رابطه آسیب‌های دوران کودکی و ویژگی‌های خودتخریب‌گری انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آسیب‌های دوران کودکی بر ویژگی‌های خودتخریب‌گری تأثیر معنادار دارد. این یافته همسو با پژوهش‌های استاگاکی و همکاران (۲۰۲۲)؛ بانتینگ و همکاران (۲۰۲۳)؛ حشمتی و همکاران (۱۴۰۲)، شریفی و همکاران (۱۴۰۱)، قناعت باجگیرانی (۱۴۰۱)؛ آنجلاکیس و همکاران (۲۰۱۹) و هیوز و همکاران (۲۰۱۷) می‌باشد. در تبیین این یافته باید گفت که از منظر روان‌شناسی رشد، تجربیات اجتماعی اولیه مانند دلبستگی با مراقبان، روابط با همسالان، معلمان و خانواده گسترده، همراه بااحساس مثبت از خود، پایه و اساس ادغام این تجارب اجتماعی را در روابط سالم آینده فراهم می‌کند (بانتینگ و همکاران، ۲۰۲۳). اما هنگامی که کودک مورد بدرفتاری به‌ویژه از سوی والدین قرار می‌گیرد، این احساس در او ایجاد می‌شود که دنیا مکان امنی نیست و نمی‌توان به دیگران اعتماد کرد و نداشتن اطمینان و اعتماد در ایجاد یا تداوم ارتباط با دیگران اختلال ایجاد می‌کند. همچنین مطابق نظر یانگ و همکارانش (۲۰۰۳)، رشد طرحواره‌های ناسازگار اغلب به دوران کودکی باز می‌گردد. طرحواره‌ها الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی در دوران کودکی یا نوجوانی تشکیل شده‌اند. این طرحواره‌ها ناکارآمد هستند، درباره خود و در رابطه با دیگران هستند و در سیر زندگی تداوم دارند (یانگ و همکارانش، ۲۰۰۳). این طرحواره‌ها به‌شدت از بدرفتاری با کودکان تأثیر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]

می‌پذیرند (بیشاپ[1] و همکاران، ۲۰۲۲) و این طرح‌واره‌های ناسازگار می‌تواند قربانیان بدرفتاری را به سمت راه‌های نابهنجاری در طول رشد هدایت کند و این راه‌ها نیز در نهایت به شرکت در رفتارهای خودآسیب رسان در بزرگسالی ختم می‌شوند (اکبری و همکاران، ۲۰۲۲). نظریه روان پویشی نیز چهارچوبی مناسب در جهت تبیین یافته به‌دست‌آمده است. کودک بعد از تجربه ترومای دلبستگی و تجربهٔ درد و غم عمیق هیجانی، خشم ویرانگری نسبت به مراقب اولیه خود (و مراقب قابل‌اعتماد در موارد آزار جنسی) احساس می‌کند. بعد از احساس خشم به موضوع عشق، احساس گناه شدیدی در کودک ایجاد می‌شود که برای محافظت از بقای خود و موضوع عشق خود، آن خشم را به‌سوی خودش با خودتنبیه‌گری و خودتخریب‌گری برمی‌گرداند (ناک، ۲۰۱۰). همچنین ترومای‌های دوران کودکی تجربیاتی فراتر از توانایی‌های هیجانی کودک هستند که بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان تأثیر مخربی دارند (عباسی و صابری، ۱۴۰۱)، یکی از این اثرها، رفتارهای خودتخریبی هست.

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که مکانیسم دفاعی رشد نایافته ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی و رفتارهای خود تخریبگری را میانجی‌گری می‌کند. طی بررسی‌های صورت‌گرفته پژوهشی دیده نشد که نقش میانجی مکانیسم دفاعی رشد نایافته در ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی، و رفتارهای خود تخریب‌گری را بررسی کرده باشد. اما در راستای یافته حاضر آکات و حصار[2] (۲۰۲۳) نشان دادند که بین ترومای روانی دوران کودکی با نمرات دفاعی نابالغ دانشجویان پزشکی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. در مطالعه دیگری، رابطه‌ای معنادار بین سبک‌های دلبستگی والدین، سبک‌های دفاعی و علائم روان‌پزشکی ناشی از آسیب‌های دوران کودکی یافت شد (وایکامپ[3] و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین این یافته باید گفت که دفاع‌های رشدنایافته در اوایل زندگی پدیدار می‌شوند و با تحریف شدید، وقوع و اهمیت حادثه را انکار یا با انتقال مسئولیت آن، اضطراب را کاهش می‌دهند. این‌گونه مکانیسم‌های دفاعی، تحریف نارسایی از ادراک ذهنی هستند. براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که افرادی با ترومای دوران کودکی، از نظر رشد هیجانی-اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگسالی از جمله گسترش شناخت‌واره‌های منفی درمورد خود و دیگران، تحت‌تأثیر ترومای دوران کودکی قرار می‌گیرند. درنتیجه در هنگام مواجهه با اضطراب و حفاظت از من خود، بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته استفاده می‌کنند و با دفاع‌های رشدنایافته مشکلاتی مانند نشانه‌های جسمانی-روان‌تنی برای فرد ایجاد می‌شود. کمبود استفاده از مکانیسم‌های دفاعی سالم (رشدیافته) بسترساز مشکلات روان‌شناختی ترومای دوران کودکی می‌شود و ترومای دوران کودکی، اختلال‌های روان‌تنی را زمینه‌سازی می‌کند (شریفی و همکاران، ۱۴۰۱)؛ بنابراین ضروری است متخصصان بهداشت روانی و والدین به‌منظور حفظ سلامت روان فرزندان در دوران بزرگسالی به پرورش مکانیسم‌های دفاعی پخته در برابر ترومای‌های دوران کودکی بپردازند

ازلحاظ نظری، خودتخریب‌گری در دیدگاه‌های روان پویشی گونه‌ای از پرخاشگری بازگشته به خود است که بعد از تحمل درد، خشم و احساس گناه ناشی از آن به‌وسیله مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته در قالب خودتخریب‌گری خودش را بروز می‌دهد. آنچه می‌توان در مورد این یافته گفت این است که دیدگاه روان پویشی توجه ویژه‌ای به گرایش‌های خود تخریب‌گر دارد. بنابر دیدگاه روان پویشی، شاهد تمایلات خود تخریب‌گرانه در افرادی هستیم که با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته در طی روند تحولی خود، مانع از تحمل اضطراب در مقابل خشم ویرانگر به مراقبان خود هستند. همچنین انتظار می‌رود میان خودتخریب‌گری و اضطراب نیز ارتباط معناداری وجود داشته باشد. در نهایت در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که تجارب ناخوشایند و آسیب‌های دوران کودکی باعث می‌شود که فرد به دلیل اضطراب شدید از تجربهٔ هیجانات خود طفره رفته و احساسات ناخوشایند و حتی گاهی خوشایند خود را سرکوب کند، این احساسات تجربه نشده از طریق فرایندهای دفاعی انکار، برونی‌سازی، ناارزنده‌سازی و جسمانی‌سازی، دوپاره‌سازی، نوع‌دوستی کاذب، جابه‌جایی و دلیل‌تراشی از کودکی تا بزرگ‌سالی برای فرد حل‌وفصل می‌شود، بدین معنا که فرد برای کاهش اضطراب ناشی از احساسات ناخوشایند، از مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته استفاده می‌کنند و این زمینه‌های افکار خود تخریبگرانه را به وجود می‌آورد. از طرف دیگر خودتخریبی باعث می‌شود که فرد به‌جای پذیرش احساسات و شفقت بر خود احساسات خود را نپذیرد و آن‌ها را سرکوب کند. به نظر می‌رسد احساسات سرکوب‌شده از طریق رفتارهای خود تخریبگرانه و حتی بیماری‌های روان‌شناختی با زمینه‌های آسیب به خود مانند، افسردگی، اختلالات خوردن، سوءاستفاده مواد مخدر و حتی خودکشی خودشان را نشان می‌دهند.

1 . Bishop
2 . Acat & Hisar
3 . Waikamp

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر با توجه به این‌که پژوهش حاضر در شهر تهران صورت پذیرفته است، در تعمیم نتایج آن به سایر جوامع باید احتیاط نمود. از طرف دیگر نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به دلیل شیوع ویروس کرونا و عدم امکان مراجعه حضوری برای جمع‌آوری داده، به‌صورت آنلاین و روش نمونه گیری در دسترس انجام گرفت؛ لذا انجام پژوهش حاضر در شهرهای دیگر، به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود.. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد که در سطح فردی بر مبنای پایش اولیه در مدرسه دانش-آموزانی که دچار تجربیات منفی و ناگوار هستند شناسایی نمود و دست به مداخله‌های مشاورهای برای این افراد تا بتواند از قدرت این تجربیات کاست تا عوارض و عواقب بعدی متوجه این نوجوانان نباشد.

منابع

ایزکیان، س؛ میرزاییان، بهرام؛ حسینی، سید حمزه. (۱۳۹۷). بررسی شیوع خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان و جوانان ایرانی . *تعالی بالینی*. ۸ (۲):۲۵-۱۴. http://ce.mazums.ac.ir/article-1-395-fa.html

حشمتی، ر؛ بیرامی، م؛ نوروزی، ح. (۱۴۰۲). نقش تجربه زیسته روان زخم در کودکی و خودتخریب گری بر پندار خودکشی: اثر واسطه‌ای فرونشانی عاطفی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*. ۱۸ (۶۹): ۲۰۲۳- ۱۳۴۶۸. doi: 10.22034/jmp

حیدری نسب، ل؛ شعیری، م. (۱۳۹۰). ساخت عاملی پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) در نمونه‌های غیربالینی ایرانی. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (روان‌شناسی دانشگاه تبریز)*، ۶(۲۱)، ۷۷-۹۷. https://sid.ir/paper/120340/fa . .

دانشمندی، سعیده، ایزدی‌خواه، زهرا، و مهرابی، حسین علی. (۱۳۹۷). مدل ساختاری ارتباط بین تجربیات کودک‌آزاری، مهارت‌های ارتباطی و ویژگی‌های شخصیت مرزی در جمعیت زنان. مطالعات زن و خانواده.۶ (۲): ۵-۲۴. . doi: 10. 2051/jwfs.2017.15931.1479

شریفی، ز؛ زبردست، ع؛ رضائی، س. (۱۴۰۱). نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی در رابطهٔ بین ترومای دوران کودکی و سرمایهٔ روان‌شناختی دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی. ۱۳ (۳): ۱۱۵-۱۳۷. doi: 10. 2059/japr.2022.336112.644144 . .

طاهباز حسین‌زاده، س؛ قربانی، ن؛ نبوی، س.م. (۱۳۹۰). مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز و افراد سالم.روان‌شناسی *معاصر*. ۶ (۲):۳۵ -۴۴. https://bjcp.ir/article-1-40-fa.

عباسی، م؛ صابری، ه؛ طاهری، ا. (۱۴۰۱). پیش‌بینی ادراک درد بر اساس تروما دوران کودکی با میانجی‌گری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به درد مزمن . *روان‌شناسی سلامت*. ۱۱ (۴۱): ۷-۲۶. https://doi.org/10.30473/hpj.2022.60912.5345

فرخزادیان، ع.ا؛ رضایی، ف؛ صادقی، م. (۱۳۹۹). نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر .*روان‌شناسی بالینی و شخصیت* .۱۷ (۲): ۸۹-۱۰۱. doi: 10.22070/cpap.2020.2910.

قادری بگه جان، ک؛ اسکندری، ح؛ برجعلی، ا؛ سهرابی، ف؛، سلیمانی، م؛ زیگلر، م. (۱۴۰۱). مقایسه‌ی رفتارهای خودکشی‌گرایانه، رفتارهای خودآسیب رسان و ظرفیت شرم و احساس گناه در میان افراد با «صفات چهارگانه تاریک شخصیت» و افراد با «سه‌گانه آسیب‌پذیر شخصیت»؛ یک مطالعه مقطعی. *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*. ۹ (۱):۱۶-۳۲ . http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1465-fa.html

قناعت باجگیرانی، س؛ برجعلی، ا؛ اسکندری، ح؛، فرخی، ن؛ خانجانی، م. (۱۴۰۱). نقش میانجی آسیب‌های دوران کودکی در ارتباط سرشت عاطفی-هیجانی با رفتارهای خودآسیب رسان. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*. ۶ (۴):۵۴۰-۵۲۲. http://islamiclifej.com/article-1-1740-fa.html

مظفری، ن؛ باقریان، ف؛ زاده‌محمدی، ع؛ حیدری، م. (۱۴۰۰). شیوع‌شناسی و کارکردهای رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان شهر سنندج. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۸ (۴):۱۱۰-۱۲۳. http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1212-fa.html

نوری قاسم آبادی، ر؛ سیداوی، م (۱۴۰۰). مروری اجمالی بر ارتباط تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی و خودجرحی بدون هدف خودکشی در نوجوانی. *رویش روان شناسی*. ۱۰ (۲):۱۶۱-۱۷۰. ۱-۲۶۵۸- http://frooyesh.ir/article_fa.html .

والی‌نژاد، آ؛ نعمت طاوسی، م؛ رضابخش، ح؛ کراسکیان موجمناری، آ. (۱۴۰۲). نقش واسطه‌ای ادراک سربار بودن و ایده‌پردازی خودکشی در رابطه بین تعارض والد– نوجوان با جرح خویشتن غیر خودکشی‌گرا. *رویش روان‌شناسی*. ۱۲ (۱):۱۰۹-۱۲۰. http://frooyesh.ir/article-1-4183-fa.html

Aakbari M, Mohammadkhani S, Babaeifard M, Shokrani B. (2022).The Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Non-suicidal Self-injury: A Systematic Review. *Journal of Research and Health*. 10;12(4):227-38. http://dx.doi.org/10.32598/JRH.12.4.1971.1

Acat, Ö. & Hisar, K. M. (2023). Childhood Traumas, Ego Defense Mechanisms And Happiness Levels in Students Of A Medical School . *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi* , 5 (1) , 34-46 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/en/pub/jgehes/issue/76888/1135657

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]

Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological medicine*, *49*(7), 1057-1078. https://doi.org/10.1017/S0033291718003823.

Bishop A, Younan R, Low J, Pilkington PD.(2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.;29(1):111-30. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04386-0

Bunting, L., McCartan, C., Davidson, G., Grant, A., Mulholland, C., Schubotz, D., ... & Shevlin, M. (2023). The influence of adverse and positive childhood experiences on young people's mental health and experiences of self-harm and suicidal ideation. *Child Abuse & Neglect*, *140*, 106159 https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106159.

Chen, L., Ngoubene-Atioky, A. J., Zanardelli, G., Yuanping, D., & Yu, L. (2020). Childhood abuse and suicidal behaviors among Chinese migrant workers: the mediating role of alexithymia and social support. *Archives of suicide research*, *24*(4), 633-647. https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1658142

Hawton, K., Bale, L., Brand, F., Townsend, E., Ness, J., Waters, K., ... & Geulayov, G. (2020). Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the multicentre study of self-harm: a prospective observational cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*(2), 111-120. https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:b1fdf57a-e487-4713-a88f.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *2*(8), e356-e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Janssens, J. J., Myin-Germeys, I., Lafit, G., Achterhof, R., Hagemann, N., Hermans, K. S., ... & Kirtley, O. J. (2022). Lifetime and current self-harm thoughts and behaviors and their relationship to parent and peer attachment. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*..https://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000878

King, C. A., Brent, D., Grupp-Phelan, J., Shenoi, R., Page, K., & Mahabee-Gittens, E. M., Pediatric Emergency Care Applied Research Network. (2020). Five profiles of adolescents at elevated risk for suicide attempts: Differences in mental health service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *59*(9), 1058–1068. https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0/

Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., & Ho, R. C. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *16*(22), 4581 https://doi.org/10.3390/ijerph16224581.

McManus S, Gunnell D, Cooper C, Bebbington PE, Howard LM, Brugha T, et al.(2019). Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: repeated cross-sectional surveys of the general population. *Lancet Psychiatry*.;6(7):573–81. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30188-9

Özsoy, F., & Taşcı, İ. (2020). Defense Mechanisms, Dissociation, Alexithymia and Childhood Traumas in Chronic Migraine Patients. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39(1), 101–113. doi:10.1007/s10942-020-00357-0.

Shafti, M., Taylor, P., Forrester, A., Handerer, F., & Pratt, D. (2023). A systematic review of the co-occurrence of self-harm and aggression: Is dual harm a unique behavioural construct?. *Frontiers in psychiatry*, *14*, 132. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1083271.

Silke, C., Brady, B., Devaney, C., O'brien, C., Durcan, M., Bunting, B., & Heary, C. (2023). Youth suicide and self-harm: latent class profiles of adversity and the moderating roles of perceived support and sense of safety. *Journal of youth and adolescence*, 1-17. https://doi.org/10.1007/s10964-023-01762-1

Stagaki, M., Nolte, T., Feigenbaum, J., King-Casas, B., Lohrenz, T., Fonagy, P., ... & Personality and Mood Disorder Research Consortium. (2022). The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, *128*, 105576. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105576

UNICEF. (2021). On my mind: The state of the world's children. Promoting, protecting and caring for children's mental health. Accessed November 2022, https://www.unicef.org/eu/media/2021/file/State%20of%20the%20World's%20Children%202021.pdf

Waikamp, V., Serralta, F. B., Ramos-Lima, L. F., Zatti, C., & Freitas, L. H. M. (2021). Relationship between childhood trauma, parental bonding, and defensive styles and psychiatric symptoms in adult life. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43, 225-234. https://doi.org/https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0086

Wang, L., Yin, Y., Bian, Q., Zhou, Y., Huang, J., Zhang, P., ... & Tan, Y. (2021). Immature defense mechanisms mediate the relationship between childhood trauma and onset of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *278*, 672-677. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.029.

World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019: Global health estimates . https://www.who.int/publications/i/item/ 9789240026643

Wupperman, P. (2019). *Treating impulsive, addictive, and self-destructive behaviors: Mindfulness and modification therapy*. The Guilford Press. https://books.google.co.uk/books?hl

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.5.17.9]