رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۲۳، شهریور ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(6), 2026

نقش میانجی تمایزیافتگی خود در رابطه بین سیستم‌های مغزی-رفتاری و تاب‌آوری روانشناختی در بزرگسالان با تجربه تروماهای کودکی

The Mediating Role of Differentiation of Self in the Relationship Between Brain–Behavioral Systems and Psychological Resilience in Adults with a History of Childhood Trauma

مریم هروی
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر بیتا نصرالهی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ایران.
دکتر رضا قربان جهرمی
استادیار گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Maryam Heravi
Ph.D. Candidate in General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Dr. Bita Nasrolahi *
Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Nasrolahi@iau.ac.ir
Dr. Reza Ghorban Jahromi
Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش میانجی تمایزیافتگی خود در رابطه بین سیستم‌های مغزی-رفتاری و تاب‌آوری روان‌شناختی در بزرگسالان دارای تجربه تروماهای کودکی انجام شد. روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل افراد دارای تجربه تروما کودکی تهران بود که در بازه زمانی بهار تا تابستان ۱۴۰۴ به مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی مراجعه کرده و دارای تجربه تروما کودکی بودند. از میان آنها، ۲۱۸ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تروما کودکی (CTQ، برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC، کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، پرسشنامه تمایزیافتگی خود (DSI، اسکورن و فریدلندر، ۱۹۹۸) و پرسشنامه سیستم‌های مغزی-رفتاری (BIS/BAS Scales، کارور و وایت، ۱۹۹۴) بود. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. براساس یافته‌ها، مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود. نتایج نشان داد که بین سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری با تاب‌آوری رابطه منفی و معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵). همچنین تمایزیافتگی خود بین تاب‌آوری و سیستم بازداری و سیستم فعال‌ساز نقش میانجی داشت (P<۰/۰۵). این نتایج نشان می‌دهد که سیستم‌های مغزی-رفتاری با توجه به نقش قابل توجه تمایزیافتگی خود، نقش مهمی در پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی افراد دارای تجربه تروما کودکی دارند.

واژه‌های کلیدی: *سیستم های مغزی- رفتاری، تمایزیافتگی خود، تاب آوری روانشناختی، تروما کودکی.*

Abstract

The present study aimed to explain the mediating role of differentiation of self in the relationship between brain–behavioral systems and psychological resilience among adults with a history of childhood trauma. This study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling (SEM). The statistical population consisted of individuals with a history of childhood trauma in Tehran who attended psychological counseling and treatment centers between spring and summer 2025. We selected 218 participants using purposive sampling. The research instruments included the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003), the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003), the Differentiation of Self Inventory (DSI; Skowron & Friedlander, 1998), and the Behavioral Inhibition/Behavioral Activation System Scales (BIS/BAS; Carver & White, 1994). Data were analyzed using structural equation modeling. The findings indicated that the proposed model fit the data well. The results showed significant negative relationships between the Behavioral Inhibition System (BIS) and the Behavioral Activation System (BAS) and psychological resilience ($p < .05$). Furthermore, differentiation of self played a mediating role between psychological resilience and the Behavioral Inhibition System (BIS) and the Behavioral Activation System (BAS) ($p < .05$). These findings suggest that brain–behavioral systems play an important role in predicting psychological resilience among individuals with a history of childhood trauma, considering the significant role of differentiation of self.

Keywords:*, Neuro-Behavioral Systems, Differentiation of Self, Psychological Resilience, Childhood Trauma.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت: تیر ۱۴۰۵** | **پذیرش: مرداد ۱۴۰۵** | **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

مقدمه

تروماهای دوران کودکی یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت روان هستند و به تجربه رویدادهای استرس‌زای شدید و مکرری اطلاق می‌شوند که فراتر از ظرفیت مقابله کودک بوده و احساساتی مانند ترس، درماندگی و ناامنی ایجاد می‌کنند (گولر[1] و همکاران، ۲۰۲۴). این تجربه‌ها به دلیل وقوع در دوره‌های حساس رشد، می‌توانند تغییرات پایدار شناختی، هیجانی، بین‌فردی و زیستی ایجاد کرده و خطر ابتلا به مشکلات روان‌شناختی را در بزرگسالی افزایش دهند (وانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۵؛ مویو[3] و همکاران، ۲۰۲۵). در سال‌های اخیر، مفهوم تروما علاوه بر آسیب‌های جسمانی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت و سایر تجارب نامطلوب دوران کودکی را نیز دربر گرفته است. گزارش‌های همه‌گیرشناختی نیز شیوع بالای این تجارب را تأیید می‌کنند؛ به‌گونه‌ای که در سال ۲۰۱۹ بیش از ۶۵۶ هزار مورد کودک‌آزاری در ایالات متحده ثبت شد (وزارت خدمات بهداشتی و انسانی ایالات متحده،[4] ۲۰۲۱). همچنین، مدیگان[5] و همکاران (۲۰۲۳) در فراتحلیلی شامل ۲۰۶ مطالعه از ۲۲ کشور گزارش کردند که بخش قابل‌توجهی از بزرگسالان حداقل یک یا چند تجربه نامطلوب دوران کودکی را تجربه کرده‌اند. در ایران نیز حلوایی‌پور و نصرت‌آبادی (۲۰۲۱) نشان دادند که نزدیک به نیمی از دانشجویان حداقل یک تجربه نامطلوب دوران کودکی و حدود یک‌چهارم آنان شش تجربه یا بیشتر را گزارش کرده‌اند. این شواهد بیانگر آن است که تروماهای کودکی یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای سلامت روان در بزرگسالی محسوب می‌شوند (فینچ[6] و همکاران، ۲۰۲۴).

با وجود آنکه تجربه تروماهای کودکی با افزایش احتمال ابتلا به اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن و مشکلات جسمانی همراه است (پارک و همکاران، ۲۰۲۳)، همه افراد واکنش یکسانی نسبت به این تجربه‌ها نشان نمی‌دهند. برخی افراد علی‌رغم قرار گرفتن در معرض آسیب‌های شدید دوران کودکی، توانایی قابل‌توجهی در سازگاری با شرایط دشوار، بازیابی تعادل روان‌شناختی و ادامه عملکرد مطلوب از خود نشان می‌دهند. این ظرفیت که با عنوان تاب‌آوری روان‌شناختی شناخته می‌شود، به توانایی فرد در حفظ یا بازیابی عملکرد سازگارانه هنگام مواجهه با فشارها و رویدادهای ناگوار اشاره دارد و یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر پیامدهای منفی تروما محسوب می‌شود (گو[7] و همکاران، ۲۰۲۲؛ کیوانلو و عطادخت، ۱۴۰۳). با این حال، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که تروماهای کودکی می‌توانند از طریق تضعیف منابع شناختی، هیجانی و بین‌فردی، تاب‌آوری را کاهش داده و افراد را در برابر استرس‌های بعدی آسیب‌پذیرتر سازند (اسکانرز[8]، ۲۰۲۰). ازاین‌رو، شناسایی عوامل مؤثر بر تفاوت‌های فردی در سطح تاب‌آوری، به‌ویژه در افرادی که تجربه تروماهای کودکی داشته‌اند، از اهمیت نظری و کاربردی برخوردار است.

در این راستا، نظریه حساسیت به تقویت (RST[9]) با تأکید بر نقش سیستم‌های مغزی–رفتاری، یکی از چارچوب‌های نظری مهم برای تبیین تفاوت‌های فردی در تاب‌آوری روان‌شناختی محسوب می‌شود. بر اساس این نظریه، تفاوت‌های فرد، حساسیت نسبت به پاداش و تنبیه، نحوه پردازش هیجان‌ها و پاسخ‌های رفتاری افراد را تعیین می‌کند (ویدمن[10] و همکاران، ۲۰۲۲). دو مؤلفه اصلی این نظریه شامل سیستم بازداری رفتاری (BIS) و سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) هستند. سیستم بازداری رفتاری نسبت به نشانه‌های تهدید، تنبیه و تعارض حساس بوده و با افزایش اضطراب، نگرانی، اجتناب و احتیاط همراه است؛ در مقابل، سیستم فعال‌ساز رفتاری نسبت به نشانه‌های پاداش و فرصت‌های موفقیت حساس بوده و رفتارهای گرایشی، انگیزش، امید و هیجان‌های مثبت را تقویت می‌کند (جعفری شاهسوارانی و همکاران، ۱۴۰۳). بر اساس نظریه حساسیت به تقویت، فعالیت بیش از حد سیستم بازداری می‌تواند با افزایش سوگیری نسبت به محرک‌های تهدیدکننده، تشدید هیجان‌های منفی و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد را برای مقابله با رویدادهای استرس‌زا کاهش دهد. در مقابل، فعالیت مناسب سیستم فعال‌ساز با افزایش انگیزش، تجربه هیجان‌های مثبت، جستجوی راه‌حل و استفاده مؤثر از منابع مقابله‌ای، زمینه ارتقای تاب‌آوری را فراهم می‌کند. یافته‌های پژوهشی نیز نشان داده‌اند که حساسیت بالای سیستم بازداری با اضطراب، افسردگی، آسیب‌پذیری روان‌شناختی و کاهش تاب‌آوری ارتباط دارد، در حالی که فعالیت مطلوب سیستم فعال‌ساز با هیجان

1. Guler
2 . Wang
3 . Moe Yu
4 . Department of Health and Human Services
5 . Madigan
6 . Finch, Lawrence, Williams
7 . Guo
8 . Schnarrs
9 . Reinforcement Sensitivity Theory
10 . Weydmann

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

مثبت، امید، سازگاری روان‌شناختی و تاب‌آوری بیشتر همراه است (ماستن[1]، ۲۰۲۰؛ ماسویاما[2] و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، به نظر می‌رسد سیستم‌های مغزی–رفتاری از طریق تأثیر بر نحوه ادراک، ارزیابی و پاسخ به موقعیت‌های استرس‌زا، نقش مهمی در تعیین میزان تاب‌آوری افراد دارای تجربه تروماهای کودکی ایفا کنند.

با این حال، علی‌رغم نقش مستقیم سیستم‌های مغزی–رفتاری در سازگاری روان‌شناختی، شناسایی سازوکارهای میانجی که بتوانند رابطه این سیستم‌ها با تاب‌آوری را تبیین کنند، اهمیت زیادی دارد. احتمالاً یکی از مهم‌ترین این سازه‌ها، تمایزیافتگی خود است. بر اساس نظریه بوون، تمایزیافتگی خود (DoS[3]) به توانایی فرد در حفظ تعادل میان شناخت و هیجان و نیز حفظ هویت مستقل در روابط بین‌فردی اشاره دارد (کلاتراوا[4] و همکاران، ۲۰۲۲). افراد دارای تمایزیافتگی بالا، هیجان‌های خود را مؤثرتر تنظیم کرده، در موقعیت‌های تنش‌زا تصمیم‌های منطقی‌تری می‌گیرند و استقلال روان‌شناختی بیشتری را حفظ می‌کنند؛ در حالی که سطوح پایین تمایزیافتگی با وابستگی هیجانی، ضعف در تنظیم هیجان و آسیب‌پذیری بیشتر در برابر استرس همراه است (جوزفیک[5]، ۲۰۲۳؛ شو[6] و همکاران، ۲۰۲۱؛ چو و پارک[7]، ۲۰۲۶). همچنین، تجربه تروماهای دوران کودکی می‌تواند شکل‌گیری تمایزیافتگی خود را مختل کرده و توانایی فرد را در مدیریت فشارهای روانی کاهش دهد؛ در مقابل، تمایزیافتگی بالاتر به عنوان عاملی محافظت‌کننده با سطوح بالاتر تاب‌آوری ارتباط دارد (شمس و هاشمی، ۱۳۹۹). از آنجا که تمایزیافتگی خود ظرفیت تنظیم هیجان، حفظ استقلال روان‌شناختی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه را افزایش می‌دهد (گولر و کاراکا[8]، ۲۰۲۱)، انتظار می‌رود این سازه بتواند بخشی از اثر سیستم‌های مغزی–رفتاری بر تاب‌آوری روان‌شناختی را منتقل کند. فعالیت بیش از حد سیستم بازداری رفتاری می‌تواند با افزایش اضطراب و واکنش‌پذیری هیجانی، توانایی فرد را در حفظ تعادل شناختی–هیجانی تضعیف کرده و سطح تمایزیافتگی خود را کاهش می‌دهد. در مقابل، فعالیت مناسب سیستم فعال‌ساز رفتاری با تقویت انگیزش، هیجان‌های مثبت و خودکارآمدی، زمینه ارتقای تمایزیافتگی را فراهم می‌سازد (جعفری شاهسوارانی و همکاران، ۱۴۰۳). در نتیجه، افراد دارای تمایزیافتگی بالاتر، هیجان‌های ناشی از تروما را سازگارانه‌تر مدیریت کرده و در مواجهه با فشارهای زندگی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری استفاده می‌کنند که این فرایند به افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی منجر می‌شود.

با وجود گستردگی پژوهش‌ها درباره پیامدهای روان‌شناختی تروماهای کودکی، مطالعات مربوط به نقش سیستم‌های مغزی–رفتاری، تمایزیافتگی خود و تاب‌آوری عمدتاً به بررسی روابط دومتغیره یا اثرات مستقیم این سازه‌ها پرداخته‌اند. همچنین، اگرچه پژوهش‌های پیشین نقش سیستم‌های مغزی–رفتاری را در تنظیم هیجان و سازگاری روان‌شناختی و نقش تمایزیافتگی خود را در کاهش آسیب‌پذیری ناشی از تجارب آسیب‌زا تأیید کرده‌اند، تاکنون مطالعه‌ای که نقش میانجی تمایزیافتگی خود را در رابطه بین سیستم‌های مغزی–رفتاری و تاب‌آوری روان‌شناختی در بزرگسالان دارای تجربه تروماهای کودکی بررسی کرده باشد، بسیار محدود است. این خلأ پژوهشی از آن جهت اهمیت دارد که تبیین این سازوکار می‌تواند درک جامع‌تری از تعامل عوامل زیستی و روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری پس از تروما فراهم آورد. افزون بر اهمیت نظری، شناسایی نقش میانجی تمایزیافتگی خود می‌تواند پیامدهای کاربردی مهمی برای طراحی مداخلات درمانی داشته باشد؛ به‌گونه‌ای که درمانگران علاوه بر توجه به ویژگی‌های زیستی و هیجانی، بتوانند با تقویت تمایزیافتگی خود، ظرفیت تاب‌آوری افراد دارای تجربه تروماهای کودکی را افزایش دهند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تمایزیافتگی خود در رابطه بین سیستم‌های مغزی–رفتاری و تاب‌آوری روان‌شناختی در بزرگسالان دارای تجربه تروماهای کودکی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی–همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد دارای تجربه ترومای کودکی شهر تهران بود که در بازه زمانی بهار تا تابستان ۱۴۰۴ به مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی مراجعه کرده بودند. با استناد

1 . Masten
2 . Masuyama
3 . differentiation of self
4 . Calatrava
5 . Józefczyk
6 . Xu
7 . Cho, Park
8 . Güler & Karaca

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

به دیدگاه کلاین[1] (۲۰۲۳) مبنی بر کفایت حجم نمونه حداقل ۲۰۰ نفر برای مدل‌یابی معادلات ساختاری، به‌منظور افزایش توان آماری و جبران ریزش احتمالی، ۲۱۸ نفر از این جامعه با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال، مراجعه به مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی، تجربه حداقل تروماهای کودکی در دامنه خفیف تا متوسط بر اساس نمرات پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ) (کسب نمره کل ۳۷ و بالاتر)، توانایی خواندن و پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج از مطالعه نیز شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، الگوهای پاسخ‌دهی نامعتبر یا عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش در نظر گرفته شد. روند اجرای پژوهش بدین‌گونه بود که پس از اخذ تأییدیه اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1404.400، هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی انجام شد. در مرحله نخست، اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن مشارکت برای مراجعان واجد شرایط تشریح شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ) در اختیار آنان قرار گرفت. سپس، بر اساس طبقه‌بندی شدت نمرات این پرسشنامه، افرادی که در دامنه خفیف تا متوسط یا بالاتر از تجربه تروماهای کودکی قرار داشتند، وارد مرحله اصلی پژوهش شدند (برنستاین و فینک، ۱۹۹۸) و سایر ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. در بخش ملاحظات اخلاقی، اصولی نظیر شفاف‌سازی اهداف پژوهش، اخذ رضایت آگاهانه، حق انصراف آزادانه از مطالعه در هر زمان، حفظ محرمانگی اطلاعات و ناشناس ماندن هویت شرکت‌کنندگان رعایت شد؛ به‌گونه‌ای که هیچ‌گونه اطلاعات هویتی ثبت نشد و داده‌ها صرفاً با کدهای عددی ذخیره و برای اهداف پژوهشی تحلیل شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. فرایند تحلیل شامل ارزیابی مدل ساختاری، بررسی شاخص‌های برازش مدل و آزمون اثرات مستقیم و غیرمستقیم با استفاده از روش بوت‌استرپ با (۵۰۰۰ تکرار) نمونه بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه تروماهای کودکی[2] (CTQ): این پرسشنامه توسط برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) رای سنجش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۸ گویه دارد که ۲۵ گویه پنج بعد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی را می‌سنجد و ۳ گویه به مقیاس انکار اختصاص دارد. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر تروما است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲)، علاوه بر ترجمه و اعتباریابی شاخص کلی روایی محتوای این پرسشنامه را ۰/۸۴ و نسبت روایی محتوایی آن را ۰/۸۰گزارش کردند. همچنین پایایی پرسشنامه را به شیوه همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه های پنجگانه آن گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه سوء استفاده عاطفی ۰/۷۱، سوء استفاده جسمی ۰/۷۳، سوء استفاده جنسی ۰/۸۵، غفلت عاطفی ۰/۸۴، غفلت جسمی ۰/۷۸ و کل مقیاس ۰/۸۷ بود.

مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی[3] (CD-RISC): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تدوین شده و شامل ۲۵ گویه است که بر اساس یک مقیاس لیکرتی از صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دارای ۵ عامل شامل تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، و کنترل و تأثیرات معنوی است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹گزارش کرده‌اند. همچنین در برخی پژوهش‌ها، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی درونی بالای این مقیاس است (پتویتاساری و وونالداری[4]، ۲۰۲۴). در مطالعه تارینو-کانسجیرو[5] و همکاران (۲۰۲۴)، بررسی روایی سازه نشان داد شاخص‌های برازش در تحلیل عاملی تأییدی در وضعیت مطلوب قرار دارند و بارهای عاملی در دامنه ۰/۴۲ تا ۰/۷۷ قرار گرفته‌اند. در ایران نیز شریفی‌نیا و همکاران (۲۰۲۳) پایایی و روایی همگرا این مقیاس

1 . Kline
2 . Childhood Trauma Questionnaire
3 . Connor–Davidson Resilience Scale
4 . Perwitasari
5 . Tarriño-Concejero

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

را تأیید کرده‌اند. در این مطالعه، ضرایب آلفای کرونباخ برای عوامل ۱ تا ۵ به‌ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۶۸ گزارش شده و همبستگی این مقیاس با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (افسردگی ۰/۴۵-، اضطراب ۰/۳۳- و استرس ۰/۳۴-) معنادار و در جهت مطلوب گزارش گردید (۰/۰۰۱)، که نشان‌دهنده روایی همگرا مناسب این ابزار است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای تصور شایستگی فردی ۰/۷۷، اعتماد به غرایز فردی ۰/۷۰، تحمل عاطفه منفی ۰/۸۳، پذیرش مثبت تغییر ۰/۸۰، روابط ایمن ۰/۸۷، و کنترل ۰/۶۵و تأثیرات معنوی ۰/۷۴ بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد.

سیاهه تمایزیافتگی خود[1] (DSI): سیاهه تمایز یافتگی خود توسط اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸) طراحی شده است و شامل ۴۵ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف شش درجه ای لیکرت می باشد این سیاهه دارای ۴ خرده مقیاس واکنش پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم آمیختگی با دیگران است. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت در یک طیف ۶ گزینه ای از ۱ (اصلا در مورد من صحیح نیست) تا ۶ (کاملا در مورد من صحیح است) درجه بندی شده است. در پژوهش دریک (۲۰۱۱) آلفای کرونباخ این سیاهه ۰/۸۹ شده است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۸ بود. همچنین، روایی سازه ابزار از طریق همبستگی معنادار با سازه‌های مرتبط تأیید شد؛ به‌گونه‌ای که تمایزیافتگی خود با اضطراب مزمن (۰/۶۱-)، صمیمیت (۰/۴۷)، رضایت زناشویی (۰/۴۶)، سازگاری زناشویی (۰/۳۸) و رضایت از زندگی (۰/۳۷) همبستگی معنادار داشت. در پژوهش فخاری (۱۳۹۳) جهت پایایی آزمون از روش همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برابر با ۰/۸۶ بود. ضریب پایایی حاصل از تصنیف نیز براساس هر دو روش اسپیرمن-براون وگاتمن محاسبه شد که مقدار آن ۰/۷۶به دست آمد. در ادامه به منظور بررسی پایایی و ثبات نمرات بعد از ۱۵ روز نمرات آزمون و باز آزمون ۰/۸۶ به دست آمده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های واکنش پذیری عاطفی ۰/۶۸، جایگاه من ۰/۷۷، گریز عاطفی ۰/۷۰و هم آمیختگی با دیگران ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین برای کل سیاهه ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس سیستم مغزی-رفتاری[2](BIS/BAS): برای بررسی سیستم مغزی – رفتاری از مقیاس سیستم های بازداری/ فعال سازی رفتاری (کارور و وایت، ۱۹۹۴) استفاده شده است که شامل ۲۴ پرسش خود گزارشی و دو زیرمقیاس سیستم بازداری رفتاری و سیستم فعال‌ساز رفتار است. زیر مقیاس سیستم بازداری رفتار در این پرسشنامه شامل هفت گزینه‌ای است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری یا پاسخدهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه های تهدید را اندازه می‌گیرد. زیر مقیاس سیستم فعال‌ساز رفتار نیز سیزده گزینه‌ای است، که حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتار را می‌سنجد. زیرمقیاس فعال ساز رفتار نیز از سه مؤلفه سائق، پاسخ‌دهی به پاداش و جست‌وجوی سرگرمی تشکیل شده است. چهار گویه دیگر به‌عنوان گویه‌های انحرافی در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شوند. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از ۱کاملاً مخالفم تا ۴ کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شوند. نمره زیرمقیاس بازداری رفتار از مجموع نمرات۷ گویه دامنه نمره ۷ تا ۲۸ و نمره زیرمقیاس فعال ساز رفتار از مجموع نمرات ۱۳ گویه دامنه نمره ۱۳ تا ۵۲ به دست می‌آید. کارور و وایت (۱۹۹۴) همسانی درونی زیر مقیاس سیستم بازداری رفتاری را ۰/۷۴ و همسانی درونی سیستم فعال‌ساز رفتار را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط محمدی (۲۰۰۸) در دانشجویان دانشگاه شیراز مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش بازآزمایی برای زیرمقیاس سیستم فعال‌ساز رفتار ، ۰/۶۸ و برای زیر مقیاس سیستم بازداری رفتاری ۰/۷۱گزارش کرده است. عبدالهی مجارشین و همکاران (۲۰۱۳) اعتبار این پرسشنامه را به روش بازآزمایی برای مقیاس‌سیستم فعال‌ساز رفتار، ۰/۷۸و برای زیر مقیاس‌سیستم بازداری رفتاری، ۰/۸۱گزارش نموده است. همسانی درونی زیر مقیاس سیستم بازداری رفتاری را ۰/۶۲ و همسانی درونی سیستم فعال‌ساز رفتار را ۰/۶۸ گزارش کرده اند. همچنین نتایج حاصل از روایی همزمان این دو زیر مقیاس با پرسشنامه آیزنک و مقیاس صفت اضطرابی و پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب برای زیر مقیاس سیستم بازداری رفتاری را ۰/۳۱، ۰/۴۱، ۰/۳۷ و برای زیرمقیاس سیستم فعال‌ساز رفتار را ۰/۳۱، ۰/۴۶ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس سیستم بازداری ۰/۶۸ و برای سیستم فعال ساز ۰/۷۵ به دست آمد.

1 . Differentiation of Self Inventory
2 Behavioral Inhibition/Behavioral Activation System Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

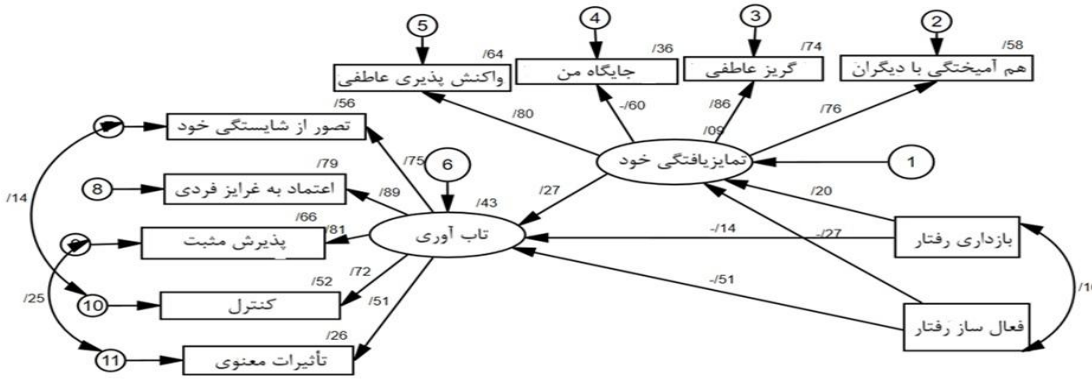
یافته ها

اطلاعات جمعمیت شناختی مربوط به جنسیت گروه نمونه ۱۲۷ (۵۸/۳٪) زن و ۹۱ (۴۱/۷٪) مرد بودند. از این میان ۳۱/۷ درصد در مقطع دیپلم، ۲۲ درصد در مقطع فوق دیپلم، ۳۷/۲ درصد در مقطع لیسانی و ۹/۲ درصد گروه نمونه در مقطع فوق لیسانس بودند. همچنین ۳۳/۵ درصد مجرد، ۵۶ درصد متأهل و ۱۰/۶ درصد مطلقه بودند. میانگین سن شرکت کنندگان ۴۲/۲ و انحراف معیار آن ۷/۳ بود. در ادامه اطلاعات توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون در جدول ۱ ارائه شده است. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان می‌دهد.

جدول ۱: یافته های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱- تاب آوری	۱			
۲- بازداری رفتار	-۰/۱۷**	۱		
۳- فعال ساز رفتار	-۰/۵۶**	۰/۱۶*	۱	
۴- تمایزیافتگی خود	۰/۲۷**	۰/۱۴*	-۰/۱۷**	۱
میانگین	۶۳/۰۱	۱۵/۶۴	۲۹/۲۲	۱۴۵/۶۸
انحراف معیار	۱۴/۱۴	۳/۵۱	۶/۸۶	۱۶/۶۶
کجی	۰/۱۱	۰/۲۵	۰/۴۲	۰/۴۴
کشیدگی	۰/۳۷	-۰/۹۲	-۰/۴۷	۰/۳۷

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است که شاخص‌های چولگی و کشیدگی در دامنه ۲ و ۲- قرار دارد که نشان دهنده این است که متغیرها دارای توزیع نرمال است. همچنین نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش نشان داد که تاب آوری و بازداری رفتار (r=-۰/۱۷۵) همبستگی منفی و معنادار داشت، علاوه بر این بین تاب آوری و تمایزیافتگی خود (r=-۰/۲۷۰) همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت. در ادامه جهت بررسی نقش میانجی تمایزیافتگی خود در رابطه بین تاب آوری و سیستم های بازداری و فعال ساز رفتار در بزرگسالان دارای تروما از مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، پیش فرضهای آماری بررسی شدند. نتایج نشان داد که آماره دوربین واتسون[1] برابر با ۱/۵۶ بود، با توجه به اینکه این آماره در دامنه مطلوبیت۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد می توان گفت پیش فرض استقلال باقی مانده ها خطاها برقرار است. همچنین هر جه مقدارتولرانس بیشت تر (نزدیک به ۱) باشد، میزان هم خطی کمتر است؛ در این مطالعه میزان تولرانس متغیرهای پیش بین و میانجی بین ۰/۹۳ محاسبه شد که نشانگر وضعیت هم خطی مطلوب است. در شکل ۱، ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.



شکل ۱: مدل برازش یافته پژوهش

1 . Durbin-Watson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

نتایج ضرایب مسیر در شکل ۱ بیانگر این است که مدل پیشنهادی برای بازداری رفتار ۰/۱۴٪ و برای فعال ساز رفتار ۰/۵۱٪ از واریانس تاب آوری را در بزرگسالان دارای تروما پیش بینی می کند. در ادامه در جدول ۲ نتایج اثرات مستقیم در مدل ارائه شده است.

جدول ۲: ضرایب مسیر مستقیم و معناداری سازه های مدل مفهومی پژوهش

مسیر	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	C.R	دامنه پایین	دامنه بالا	سطح معناداری
بازدرای رفتار---> تاب آوری	-۰/۱۳۹	۰/۰۱۸	-۲/۲۶۱	-۰/۰۷۶	-۰/۰۵۲	۰/۰۲۴
فعال ساز رفتار ---> تاب آوری	-۰/۵۱۴	۰/۰۱۳	-۵/۹۵۲	-۰/۱۰۹	-۰/۰۵۲	۰/۰۰۱
بازداری رفتار---> تمایزیافتگی خود	۰/۱۹۸	۰/۱۱۳	۲/۷۶۴	۰/۰۹۴	۰/۵۸۰	۰/۰۰۶
فعال ساز رفتار ---> تمایزیافتگی خود	-۰/۲۷۰	۰/۰۵۹	-۳/۷۴۶	-۰/۳۵۸	-۰/۰۸۷	۰/۰۰۱
تمایزیافتگی خود ---> تاب آوری	۰/۲۶۶	۰/۰۱۳	۳/۶۱۰	۰/۰۲۱	۰/۰۸۱	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان داد که بازداری رفتار به صورت منفی (β =-۰/۱۳۹) و فعال ساز رفتار نیز به صورت منفی (β =-۰/۵۱۴) بر تاب آوری اثرمستقیم و معنادار داشتند. همچنین بازداری رفتار به صورت مثبت (β=۰/۱۹۸) و فعال ساز رفتار به صورت منفی (β =-۰/۲۷۰) بر تمایزیافتگی خود اثر مستقیم و معنادار داشت (P<۰/۰۵). در ادامه نتایج تحلیل میانجی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نقش میانجی تمایزیافتگی خود در رابطه بین تاب آوری و سیستم های فعال ساز و بازداری رفتار

مسیر	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	دامنه پایین	دامنه بالا	سطح معناداری
بازداری رفتار---> تمایزیافتگی خود --->تاب آوری	۰/۰۵۳	۰/۱۱۳	۰/۰۱۴	۰/۱۱۸	۰/۰۰۵
فعال ساز رفتار ---> تمایزیافتگی خود --->تاب آوری	-۰/۰۷۲	۰/۰۵۹	-۰/۱۴۲	-۰/۰۲۲	۰/۰۰۳

نتایج آزمون بوت استرپ در جدول ۳ نشان داد که تمایزیافتگی خود در رابطه با بازداری رفتار و تاب آوری (β =۰/۰۵۳) نقش میانجی داشت (P<۰/۰۵). همچنین تمایزیافتگی خود در رابطه با فعال ساز رفتار و تاب آوری (β =-۰/۱۴۲) نقش میانجی داشت (P<۰/۰۵). در جدول ۴ شاخص های برازش ارائه شده است.

جدول ۴: ضرایب مسیر مستقیم و معناداری سازه های مدل مفهومی پژوهش

شاخص های برازش	CMIN	df	CMIN/DF	CFI	GFI	AGFI	TLI	NFI	RMSEA
مدل پژوهش	۹۱/۶۹۲	۳۸	۲/۴۱۳	۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۹	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۰۸
معیار تصمیم	P>۰/۰۵	-	<۵	>۰/۹	>۰/۹	>۰/۹	>۰/۹	>۰/۹	=<۰/۰۸

نتایج جدول ۴ نشان داد که نسبت کای دو به درجه آزادی (CMIN/df) برابر با ۲/۴۱۳ است که در محدوده‌ی مطلوب (کمتر از ۵) قرار دارد. همچنین شاخص‌های برازش مطلق و تطبیقی GFI، AGFI، CFI، TLIو NFI همگی مقادیری فراتر از ملا پذیرش (۰/۹۰) را نشان دادند. علاوه بر این، مقدار ریشه میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۸ به دست آمد که بیانگر برازش قابل قبول مدل است. در مجموع، مجموعه شاخص‌های (X^2 /df=۲/۴۱۳ ، CFI=۰/۹۵ و RMSEA =۰/۰۸)، نشان می‌دهد که مدل مفهومی پژوهش از برازش مناسب با داده‌های گردآوری‌شده برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تبیین نقش میانجی تمایزیافتگی خود در رابطه بین سیستم‌های مغزی–رفتاری و تاب‌آوری روان‌شناختی در بزرگسالان دارای تجربه تروماهای کودکی بود. یافته‌ها نشان داد که بین سیستم بازداری رفتاری و تاب‌آوری روان‌شناختی و نیز بین سیستم فعال‌ساز رفتاری و تاب‌آوری روان‌شناختی، رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش شو و همکاران (۲۰۲۱)، جعفری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

شاهسوارانی (۱۴۰۳)، کاناکچی و کانل (۲۰۲۴) و پارک و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در افراد دارای تجربه ترومای کودکی، سیستم‌های مغزی–رفتاری نقش مهمی در نحوه ادراک و پاسخ به موقعیت‌های استرس‌زا دارند. تجربه ترومای کودکی می‌تواند حساسیت این سیستم‌ها را تغییر دهد و موجب شود افراد در مواجهه با تنیدگی، تهدیدها را شدیدتر ادراک کرده یا در تنظیم پاسخ‌های هیجانی با دشواری بیشتری روبه‌رو شوند (دونی و کرومی، ۲۰۲۲). بر اساس نظریه حساسیت به تقویت، فعال‌سازی بیشتر سیستم بازداری رفتاری با افزایش حساسیت به نشانه‌های تهدید، اضطراب، اجتناب و نشخوار فکری همراه است (کارور و وایت، ۱۹۹۴). ماسویاما و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان دادند که افراد دارای حساسیت بالاتر سیستم بازداری رفتاری از تاب‌آوری کمتری برخوردارند؛ زیرا در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا، بیشتر از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تری دارند. از سوی دیگر، اگرچه سیستم فعال‌ساز رفتاری در شرایط عادی با انگیزش و حرکت به سوی اهداف ارتباط دارد، اما در افراد دارای سابقه ترومای کودکی، فعالیت تنظیم‌نشده آن می‌تواند با تکانشگری، جست‌وجوی پاداش‌های فوری و دشواری در کنترل رفتار همراه شود که این امر سازگاری مؤثر با موقعیت‌های فشارزا را کاهش می‌دهد (کوبو و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، به نظر می‌رسد تغییر در حساسیت سیستم‌های مغزی–رفتاری که در اثر تجارب آسیب‌زای اولیه شکل می‌گیرد، از طریق اختلال در تنظیم هیجان، ارزیابی شناختی موقعیت‌های استرس‌زا و انتخاب راهبردهای مقابله‌ای، با کاهش تاب‌آوری روان‌شناختی در افراد دارای تجربه ترومای کودکی همراه باشد.

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که مسیر بین سیستم فعال‌ساز رفتاری و تمایزیافتگی خود منفی و معنادار و مسیر بین سیستم بازداری رفتاری و تمایزیافتگی خود مثبت و معنادار بود. این یافته با نتایج شو و همکاران (۲۰۲۱)، شمس و هاشمی (۱۳۹۹) و جعفری شاهسوارانی و همکاران (۱۴۰۳) همسو بود. در افراد دارای سابقه ترومای کودکی، فعالیت تنظیم نشده سیستم فعال ساز رفتار می‌تواند با تکانشگری، واکنش‌های هیجانی سریع و وابستگی به تأیید بیرونی همراه باشد و از این طریق انسجام هویتی و مرزبندی روان‌شناختی را تضعیف کند. در مقابل، سیستم بازداری رفتار در سطوح متعادل، از طریق افزایش بازداری شناختی، ارزیابی دقیق‌تر موقعیت‌ها و کنترل واکنش‌های هیجانی، می‌تواند به حفظ استقلال روان‌شناختی و تمایزیافتگی بیشتر کمک کند، هرچند فعال‌سازی بیش از حد آن همچنان با اضطراب و اجتناب ناسازگارانه همراه است (شمس و هاشمی، ۱۳۹۹). همچنین، گنک (۲۰۲۶) در مطالعه‌ای جدید نشان داده است که تمایزیافتگی خود می‌تواند در رابطه میان ترومای کودکی و آسیب‌های بین‌فردی نقش میانجی یا تعدیل‌گر ایفا کند. به‌طور کلی، به نظر می‌رسد به نظر می‌رسد در افراد دارای تجربه ترومای کودکی، تفاوت در حساسیت سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری با فرایند شکل‌گیری یک خود منسجم و مستقل ارتباط داشته باشد.

علاوه‌براین، یافته‌های پژوهش نشان داد که تمایزیافتگی خود در رابطه بین سیستم‌های مغزی–رفتاری و تاب‌آوری روان‌شناختی نقش میانجی معناداری دارد. با توجه به نبود پژوهشی که به‌طور مستقیم این رابطه را در افراد دارای تجربه ترومای کودکی بررسی کرده باشد، یافته حاضر را می‌توان بر اساس پژوهش‌هایی تبیین کرد که نقش تمایزیافتگی خود را در ارتقای تاب‌آوری و کاهش پیامدهای منفی ترومای کودکی تأیید کرده‌اند. بر اساس نظریه نظام‌های خانواده بوئن، تمایزیافتگی خود به توانایی حفظ تعادل میان هیجان و شناخت، استقلال روان‌شناختی و مدیریت هیجان‌ها در روابط بین‌فردی اشاره دارد (جوزفیک، ۲۰۲۳). همچنین، مرور نظام‌مند کالاتراوا و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که تمایزیافتگی بالاتر با تنظیم هیجان مؤثرتر، سازگاری روان‌شناختی بیشتر و آسیب‌پذیری کمتر همراه است. افزون بر این، کاناکچی و کانل (۲۰۲۴) گزارش کردند که ترومای کودکی با کاهش تمایزیافتگی خود و تاب‌آوری روان‌شناختی ارتباط دارد، در حالی که افراد با تمایزیافتگی بالاتر توانایی بیشتری در مقابله با پیامدهای روان‌شناختی این تجارب دارند. از سوی دیگر، ماسویاما و همکاران (۲۰۲۲) نیز ارتباط ویژگی‌های سیستم‌های مغزی–رفتاری را با تاب‌آوری و سازگاری روان‌شناختی نشان دادند. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که تفاوت در حساسیت سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری، از طریق تأثیر بر تنظیم هیجان، انسجام خود و استقلال روان‌شناختی، تمایزیافتگی خود را تحت تأثیر قرار داده و در نهایت با سطح تاب‌آوری روان‌شناختی افراد دارای تجربه ترومای کودکی ارتباط دارد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سیستم‌های مغزی–رفتاری، به‌طور مستقیم و از طریق نقش میانجی تمایزیافتگی خود، در تبیین تاب‌آوری روان‌شناختی بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی نقش دارند. این یافته‌ها بر اهمیت توجه هم‌زمان به ویژگی‌های زیستی–روان‌شناختی و فرایندهای درون‌فردی در درک پیامدهای ترومای کودکی تأکید می‌کند و نشان می‌دهد که تقویت تمایزیافتگی خود می‌تواند به‌عنوان یکی از اهداف مهم مداخلات روان‌شناختی، در ارتقای تاب‌آوری و بهبود سازگاری روان‌شناختی این افراد مورد توجه قرار گیرد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به ماهیت همبستگی و مقطعی آن اشاره کرد؛ بنابراین، امکان استنتاج قطعی روابط علّی میان متغیرها وجود ندارد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری حافظه و تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی قرار گرفته باشد. از سوی دیگر، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر افراد دارای تجربه ترومای کودکی و دیگر جوامع را با محدودیت مواجه می‌سازد. بهره‌گیری از روش‌های عصب‌روان‌شناختی مانند EEG یا fMRI در پژوهش‌های آینده می‌تواند به ارزیابی دقیق‌تر سازوکارهای عصبی مرتبط کمک کند. علاوه‌براین، محدود بودن جامعه آماری و تنوع نسبتاً کم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازد. بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در مداخلات بالینی مرتبط با افراد دارای تجربه ترومای کودکی، بر ارتقای تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری و تقویت مرزهای فردی تمرکز شود. استفاده از رویکردهایی مانند درمان رفتاری دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کنار آموزش ذهن‌آگاهی و مهارت‌های بین‌فردی، می‌تواند در افزایش تمایزیافتگی و تاب‌آوری روان‌شناختی مؤثر باشد. همچنین، انجام مطالعات طولی، استفاده از ابزارهای عصب‌روان‌شناختی، و بررسی نقش متغیرهایی مانند سبک‌های دلبستگی و حمایت اجتماعی در مدل‌های آینده، می‌تواند به درک دقیق‌تر سازوکارهای اثر ترومای کودکی بر سلامت روان کمک کند.

منابع

جعفری شاهسوارانی، ا.، ظلوم، م.، و عمادیان، آ. (۱۴۰۳). پیش‌بینی تنظیم شناختی هیجان بر اساس ترومای دوران کودکی و سیستم‌های مغزی رفتاری: نقش واسطه‌ای دلبستگی ناایمن در افراد تحت درمان متادون. *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی (مرکز توسعه آموزش‌های نوین ایران)*، ۱۰(۴)، ۴۷۵-۴۹۱. https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2275794

شمس، م.، هاشمی، س. (۱۳۹۹). پیش بینی سبک‌های تصمیم گیری براساس سیستم های مغزی رفتاری، نقش واسطه ای تمایزیافتگی خود، *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۱ (۱) ، ۱۶۰-۱۵۲. DOI: 20.1001.1.23223782.1395.5.2.9.1

فخّاری، ن.، لطیفیان، م.، و اعتماد، ج. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه تمایزیافتگی خود در دانشجویان ایرانی. *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*، ۵ (۱۵)، ۳۵-۵۸. https://jem.atu.ac.ir/article_268.html

Abdollahi Majarshin, R., Bakhshipour, A., & Mahmoudalilou, M. (2012). Reliability and validity of the Behavioral Inhibition and Activation Systems (BIS/BAS) scale in the student population of Tabriz University. *Modern Psychological Researches (Tabriz University Psychology)*, 7(28), 129–145. SID. https://sid.ir/paper/471014/fa

Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., et al. (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2): 169-190. DOI: DOI: 10.1016/s0145-2134(02)00541-0

Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report Manual*. San Antonio, TX: Harcourt Brace & Company.

Canakci, H., & Canel, A. N. (2024). Does childhood trauma predict differentiation of self and psychological resilience in adults. *Psychology & Psychological Research International Journal*, 9(3). https://doi.org/10.23880/pprij-16000432

Calatrava M, Martins MV, Schweer-Collins M, Duch-Ceballos C, Rodríguez-González M. (2022). Differentiation of self: A scoping review of Bowen Family Systems Theory's core construct. *Clin Psychol Rev*, 91,102101. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102101

Carver, C. S., & White, T. L. (1994). *Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales*. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(2), 319–333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Cho, Y., Park, W. (2026). The relationship between social media emotional contagion and reactive aggression for late adolescence: the mediating effect of Behavioral Activation System(BAS)/Behavioral Inhibition System (BIS). *BMC Psychol* 14, 184. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03934-z

Drake, J.R. (1998). The differentiation of self-inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 235–246. https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.235

Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(1), 100237. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237 (safetylit.org)

Finch, K., Lawrence, D., Williams, M. O., Thompson, A. R., & Hartwright, C. (2024). Relationships between adverse childhood experiences, attachment, resilience, psychological distress and trauma among forensic mental health populations. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *35*(5), 660–684. https://doi.org/10.1080/14789949.2024.2365149

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

Güler, K., Gümüş Demir, Z., & Yurtseven, C. S. (2024). Investigation of the relationship between childhood traumas, psychological resilience, cognitive flexibility and emotion regulation skills in adults. *The European Research Journal*, 10(2), 166–177. DOI: 10.18621/eurj.1279884

Genç E. (2026). Exploring the moderated mediation of self-differentiation in the relationship between childhood trauma and partner abuse. *BMC Psychol*.13;14(1):199. DOI: 10.1186/s40359-026-03969-w

Guo, X., Huang, J., & Yang, Y. (2022). The Association between Differentiation of Self and Life Satisfaction among Chinese Emerging Adults: The Mediating Effect of Hope and Coping Strategies and the Moderating Effect of Child Maltreatment History. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7106. https://doi.org/10.3390/ijerph19127106

Güler, Y.Ç., Karaca, T. (2021). The Role of Differentiation of Self in Predicting Rumination and Emotion Regulation Difficulties. *Contemp Fam Ther*. 43, 113–123.https://doi.org/10.1007/s10591-020-09559-

Halvaiepour Z, Nosratabadi M. (2021). Investigating the Relationship between Adverse Childhood Experiences and Cigarette Smoking in University Students in Isfahan, *Iran. J Child Adolesc Trauma*, 26;15(2):319-325. DOI: 10.1007/s40653-021-00383-9

Józefczyk A. (2023). Multigenerational transmission of differentiation of self-Toward a more in-depth understanding of Bowen's theory concept. *J Marital Fam Ther*, 49(3):634-653. DOI: 10.1111/jmft.12645

Kline, R. B., & Little, T. D. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press.

Kubo, T., Masuyama, A., Sugawara, D. (2023). Role of innate and acquired resilience in behavioral system, mental health, and internet addiction among Japanese adolescents in the COVID-19 pandemic. *PeerJ*. 3;11: e14643. DOI: 10.7717/peerj.14643

Masten, A. S., & Reed, M. G. (2020). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology, Oxford University Press. Med*. 46(3-4):366-374. https://doi.org/10.1093/oso/9780195135336.003.0006

Madigan, S., Deneault, A.A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*. 22(3):463-471. DOI: 10.1002/wps.21122

Masuyama, A., Kubo, T., Shinkawa, H., Sugawara, D. (2022). The roles of trait and process resilience in relation of BIS/BAS and depressive symptoms among adolescents. *PeerJ*, 5;10: e13687. DOI: 10.7717/peerj.13687

Moe Yu, M., Pinyopornpanish, K., Wongpakaran, N., O'Donnell, R., & Wongpakaran, T. (2025). Psychological Resilience Buffers Depression and Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childhood Trauma in Thai Seniors. *Medicina*, *61*(8), 1355. https://doi.org/10.3390/medicina61081355.

Mohammadi, N. (2008). The Psychometric Properties of the Behavioral Inhibition System (BIS) and Behavioral Activation System (BAS) scales Among Students of Shiraz University. *Clinical Psychology and Personality*, *6*(1), 61-68. 20.1001.1.23452 188.1387.6.1.6.7

Park, J.Y., Lee, C.W., Jang, Y, Lee, W., Y.u H., Yoon, J. (2023). Relationship between childhood trauma and resilience in patients with mood disorders. *Journal Affective Disorder*. 15; 323:162-170. DOI: 10.1016/j.jad.2022.11.003

Perwitasari, P., & Risky P.W. (2024). Validity and Reliability of Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) 10 Items On Pregnant Women. *International Journal of Midwifery Research*, 4(1). https://doi.org/10.47710/ijmr.v4i1.68

Skowron EA, Friedlander ML (1998) The differentiation of self-inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology* 45(3): 235-246. https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.235

Schnarrs, P.W., Stone, A.L., Salcido, R., Georgiou, C., Zhou, X., Nemeroff, C.B. (2020). The Moderating Effect of Resilience on the Relationship between Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Quality of Physical and Mental Health among Adult Sexual and Gender Minorities. *Behav Med.* 46(3-4):366-374. DOI: 10.1080/08964289.2020.1727406

Sharif Nia, H., She, L., Froelicher, E. S., Marôco, J., Moshtagh, M., & Hejazi, S. (2023). Psychometric evaluation of the ConnorDavidson Resilience Scale among Iranian population. *BMC Psychiatry*, 23(1). https://doi.org/10.1186/s12888-023-04580-8

Tarriño-Concejero, L., Cerejo, D., Guerra-Martín, M. D., & Praena-Fernández, J. M. (2024). Validity and Reliability of the Portuguese Version of the Connor–Davidson Resilience Scale of 10 Elements for Young University Students. *Healthcare*, 12(3), 400. https://doi.org/10.3390/healthcare12030400

U.S. Department of Health and Human Services (2021) Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, *Child Maltreatment*. https://acf.gov/cb/data-research/child-maltreatment

Wang, Y., Cai, Q., Sui, K., Yuan, R., & Liu, C. (2025). Relationship between depression, childhood trauma, and psychological resilience in college nursing students: A cross-sectional study. *Medicine*, *104*(27), e43314. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000043314

Weydmann, G., Souzedo, F. B., Tavares, P., Corrêa, L., Heidrich, H., Holland, H., & Bizarro, L. (2022). Parsing the link between reinforcement sensitivity theory and eating behavior: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, Article 104525. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104525

Xu, M., Wang, J., Jin, Z., Xia, L., Lian, Q., Huyang, S., Wu, D. (2021) The Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System Scales: Measurement Invariance Across Gender in Chinese University Students. Front. Psychol. 12:681753. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.681753

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]