

Epidemiology of Social-Emotional Problems among Adolescents in Mashhad and Determining its Relationship with Childhood Trauma and Borderline Personality Syndrome

- Seyfollah Aghajani**  Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
- Mohammad Zarei Nouroozi** * PhD Student in Psychology & Education of Individuals with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
- Akbar Atadokht**  Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
- Sajjad Basharpour**  Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Abstract

The present study aimed to determine the prevalence of social-emotional problems in adolescents in Mashhad and to determine their relationship with childhood trauma and borderline personality syndrome. This study was methodologically conducted in two formats: exploratory and descriptive-correlation regression. The target population was all adolescent girls and boys aged 14 to 18 years in Mashhad in 2023-2024, from which 630 people were selected as a sample and available. The data collection tools were the Woodworth Psychoneurotic Inventory (WPI); Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and Schizotypal Trait Questionnaire-B form (STB). Pearson correlation tests and multiple regression were used to analyze the data. The results of this study showed that among social-emotional

* Corresponding Author: m.zareiii.n.1997@gmail.com

How to Cite: Aghajani, S., Zarei Nouroozi, M., Atadokht, A., Basharpour, S. (2025). Epidemiology of Social-Emotional Problems among Adolescents in Mashhad and Determining its Relationship with Childhood Trauma and Borderline Personality Syndrome, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 15(58), 123-160. DOI: 10.22054/jpe.2025.84674.2797

problems, avoidance-withdrawal (6.4%) and hyperactivity-impulsivity (4.8%) have a significant prevalence. In addition, there was a significant direct relationship between childhood trauma ($P < 0.01$, $r = 0.32$) and borderline personality disorder ($P < 0.01$, $r = 0.67$) with social-emotional problems, and these two variables, when combined, predicted 45% ($p < 0.01$) of the changes in emotional problems. These results can be used to design interventions aimed at preventing social-emotional problems in adolescents.

Keywords: Prevalence; Internalizing and Externalizing Problems; Childhood Trauma; Borderline Personality; Adolescents.



Extended Abstract

1. Introduction

The present study investigates the prevalence of socio-emotional difficulties among adolescents in Mashhad and explores the associations between these problems, childhood trauma, and borderline personality traits. Adolescence, typically spanning ages 12 to 19, is characterized by profound physical, cognitive, and socio-emotional transformations. These developmental shifts often heighten emotional reactivity and increase the propensity for unstable decision-making, rendering this period critical for the emergence of socio-emotional disturbances (Alikhani et al., 2022; Squires et al., 2020). Socio-emotional problems are conceptualized as relatively enduring, intense, and maladaptive emotional and behavioral responses that deviate from an individual's cultural, developmental, or ethnic norms (Flores et al., 2020). These difficulties are broadly categorized into internalizing and externalizing dimensions (Lorence et al., 2019). Internalizing problems encompass intrapersonal and covert disturbances, such as anxiety, depression, social withdrawal, and fear—conditions that primarily manifest as subjective psychological distress. Conversely, externalizing problems involve observable, overt behaviors in social interactions, including bullying, aggression, and oppositional behavior (Chen et al., 2022; Kochanova et al., 2021; Danielson et al., 2021).

Empirical evidence indicates that both internalizing and externalizing difficulties frequently emerge during adolescence. For instance, Montoya-Castilla et al. (2018) reported cross-cultural prevalence rates of emotional problems ranging between 10% and 20%, while Cui et al. (2021) estimated that approximately 18% of adolescents exhibit emotional-behavioral disorders. In the Iranian context, however, recent and updated epidemiological data remain scarce. The most recent meta-analysis by Mohammadi et al. (2019) estimated a prevalence of approximately 23% for socio-emotional problems among Iranian adolescents. Given the paucity of contemporary domestic studies and the severe long-term consequences of these disturbances, a more rigorous and up-to-date investigation is warranted.

A primary theoretical framework for explaining the etiology of socio-emotional problems emphasizes the pivotal role of childhood

trauma as a critical developmental antecedent (Zhang et al., 2021; Anderson et al., 2022; Valladares-Garrido et al., 2023). The concept of childhood trauma was formally introduced in 1988 by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) to describe adverse and distressing early experiences, including physical, emotional, and sexual abuse, as well as neglect (Schäfer & Fisher, 2022; Brown et al., 2021). Such adverse childhood experiences (ACEs) are a global phenomenon; for example, a World Health Organization report indicated that approximately 25% of children worldwide have been victims of various forms of maltreatment, with emotional abuse being particularly prevalent (Ekmekci Ertek et al., 2021; Fang et al., 2023).

In Iran, Mir Drikvand (2023) reported that nearly 28% of children are exposed to various forms of maltreatment. The consequences of childhood trauma are far-reaching; extensive research has linked these early adversities to depression, suicidal ideation, personality disorders, psychological distress, borderline personality traits, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), and substance use disorders (Ebrahimi et al., 2023; Humphreys et al., 2020; Beck et al., 2021; Shamsabadi et al., 2022; Nakhaei et al., 2022; Lotzin et al., 2019). Beyond childhood trauma, maladaptive personality patterns—particularly borderline personality traits—have been implicated in the development of socio-emotional difficulties (Norup & Bo, 2019; Babinski et al., 2021; Benzi et al., 2023). Borderline personality is conceptualized as a persistent and severe psychological disturbance characterized by interpersonal instability, emotional dysregulation, intense anger, chronic feelings of emptiness, distorted cognitions, and recurrent self-harm or suicidal behaviors (Bozzatello et al., 2019).

Evidence suggests that 1–3% of the adolescent population may manifest borderline features (Cavelti et al., 2022). Furthermore, longitudinal studies, such as Benzi et al. (2023), have demonstrated that these features significantly predict the emergence of both internalizing and externalizing problems. Given the critical importance of adolescence for long-term mental health and the detrimental impact of undetected socio-emotional difficulties, the present study aims to estimate the prevalence of such problems among adolescents in Mashhad and to evaluate their associations with childhood trauma and borderline personality traits. It is anticipated that these findings will not only address a significant gap in the

domestic literature but also provide an empirical foundation for early prevention, targeted interventions, and the enhancement of adolescent mental health at the community level.

Research Question

The primary objective of the present study is to estimate the prevalence of socio-emotional difficulties among adolescents in Mashhad and to investigate the associations between these difficulties, childhood trauma, and borderline personality traits. Specifically, this research addresses the following central question: To what extent do childhood trauma and borderline personality traits predict internalizing and externalizing problems in adolescents aged 14 to 18? By addressing this question, the study aims to elucidate the relative contributions of early adverse experiences and maladaptive personality patterns to the emergence of socio-emotional challenges in youth. Ultimately, these findings are intended to provide an empirical basis for developing evidence-based prevention and intervention strategies.

2. Literature Review

Adolescence represents a critical developmental window for the emergence of socio-emotional difficulties, which are broadly categorized into internalizing (e.g., anxiety, depression) and externalizing (e.g., aggression) dimensions (Lorence et al., 2019). While global prevalence estimates range from 10% to 20% (Montoya Castilla et al., 2018; Chiu et al., 2021), a meta-analysis in Iran suggests a higher rate of approximately 23% (Mohammadi et al., 2019). A predominant etiological framework identifies childhood trauma—comprising adverse experiences such as abuse and neglect—as a significant developmental antecedent (Zhang et al., 2021; Anderson et al., 2022). In the Iranian context, nearly 28% of children are reported to be exposed to such maltreatment (Mirdrikvand, 2023). Furthermore, maladaptive personality patterns, particularly borderline personality traits characterized by emotional instability and interpersonal dysfunction, are strongly implicated in these disturbances (Norup & Bo, 2019; Benzi et al., 2023). Cumulative longitudinal evidence confirms that both childhood trauma and borderline traits significantly predict the trajectory of internalizing and externalizing difficulties, underscoring their pivotal role in

understanding adolescent psychopathology.

3. Methodology

The present study employed a cross-sectional design, utilizing both exploratory and descriptive-correlational approaches. The target population comprised all male and female adolescents (aged 14 to 18 years) in Mashhad during the 2023–2024 academic year. A sample of 630 participants was selected using a convenience sampling method. Data collection was performed using three standardized psychometric instruments: the Woodworth Psychoneurotic Inventory (WPI) to assess socio-emotional difficulties, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) to evaluate adverse early experiences, and the Schizotypal Trait Questionnaire-B Form (STB) to measure borderline personality traits. These instruments provided a comprehensive framework for analyzing the predictive relationships among the primary study variables.

4. Results

A total of 630 adolescents participated in this study, comprising 386 (61.3%) females and 244 (38.7%) males. The age distribution of the sample was as follows: 207 participants (32.9%) were 14 years old, 134 (21.3%) were 15 years old, 97 (15.4%) were 16 years old, 109 (17.3%) were 17 years old, and 83 (13.2%) were 18 years old. All participants were within the target age range of 14 to 18 years, providing a representative cross-section of the adolescent population in Mashhad during the 2023–2024 academic year.

Table 1. Prevalence of Socio-Emotional Problems Among Adolescents

Type of Problem	Total prevalence percentage	Girls	Boys	p-value
Weakness and Obsession	2.3	3.8	0.2	0.001 ★ ★
Impulsivity and Emotional Lability	1.2	1.1	0.9	0.23
Avoidance and Social Withdrawal	6.4	8.3	3.7	0.02 ★
Depression	3.7	3.2	1.4	0.12
Paranoid Thoughts and Beliefs	1.4	1.6	0.6	0.18
Hyperactivity and Restlessness	4.8	3.5	1.8	0.13
Antisocial Behaviors	1.1	1.3	0.9	0.24
Aggression	1.7	2.6	0.7	0.08

The descriptive data presented in Table 2 indicate that avoidance/withdrawal (6.4%) and hyperactivity/impulsivity (4.8%) exhibited the highest prevalence rates among the sampled adolescents. Furthermore, significant gender differences were observed specifically in the prevalence of obsessive-compulsive symptoms and avoidance/withdrawal behaviors ($p < 0.05$).

Beyond the prevalence rates, the inferential analysis revealed significant positive correlations between the occurrence of socio-emotional difficulties and both childhood trauma ($r = 0.32$, $p < 0.01$) and borderline personality traits ($r = 0.67$, $p < 0.01$). Additionally, a multiple regression analysis demonstrated that these two variables—childhood trauma and borderline personality features—collectively account for 45% of the total variance in socio-emotional problems among adolescents.

5. Discussion

The present study aimed to estimate the prevalence of socio-emotional difficulties among adolescents in Mashhad and to examine their associations with childhood trauma and borderline personality traits. The findings revealed a significant prevalence of socio-emotional problems within this population, with both childhood trauma and borderline personality features demonstrating robust predictive capacity for these challenges. In line with the multidimensional framework of adolescent psychopathology, this study categorized socio-emotional difficulties into internalizing and externalizing dimensions. Notably, avoidance and social withdrawal were identified as the most prevalent internalizing problems, while hyperactivity and restlessness emerged as the most common externalizing manifestations.

The elevated prevalence of avoidance and social withdrawal observed in this study can be elucidated through the pervasive influence of technology and digital media. Many adolescents increasingly favor virtual interactions over face-to-face relationships, a shift that often results in a diminished inclination for physical social participation and a heightened sense of chronic isolation. Furthermore, the constant exposure to idealized self-representations in digital spaces may exacerbate feelings of inadequacy and inferiority, thereby intensifying the tendency toward social withdrawal as a maladaptive

coping mechanism.

In addition to digital factors, systemic elements—including peer dynamics, the family environment, and broader cultural norms—play a pivotal role in adolescent isolation. Adolescents subjected to peer victimization or rejection may adopt social avoidance as a protective strategy to mitigate further psychological harm. Similarly, within the family system, unrealistic parental expectations and rigid cultural standards regarding the "ideal child" can impose significant psychological pressure, further driving adolescents toward social withdrawal to escape perceived failure.

Regarding the elevated prevalence of hyperactivity and restlessness, neurobiological frameworks implicate significant alterations in both brain architecture and functional connectivity. These perturbations primarily involve two critical domains: dysregulation within neurotransmitter systems—specifically the dopaminergic and noradrenergic pathways which are fundamental to attentional processes and behavioral inhibition—and structural deficits in the prefrontal cortex (PFC). Given the PFC's pivotal role in executive functions, such as cognitive flexibility, self-regulation, and impulse control, its impairment often results in the clinical manifestations of hyperactivity and persistent physical restlessness. Furthermore, although hyperactivity is not intrinsically synonymous with externalizing disorders, the underlying impulsivity frequently serves as a precursor to overt externalizing behaviors, including aggression and non-compliance with social norms.

The present study further established significant positive correlations between childhood trauma, borderline personality traits, and the emergence of socio-emotional difficulties. Developmental perspectives suggest that early childhood experiences serve as the architectural foundation for emotional, social, and cognitive schemata, which subsequently dictate the quality of behavioral patterns and interpersonal dynamics during adolescence. Whether manifesting as abuse, neglect, or exposure to violence, childhood adversity profoundly disrupts psychological equilibrium.

These findings can be further elucidated through the lens of Attachment Theory, which posits that the quality of early caregiver-child bonds serves as a primary template for subsequent emotional regulation and social competence. For adolescents with a history of

trauma, the development of insecure or disorganized attachment patterns often results in the formation of "internal working models" characterized by mistrust and perceived threat. These maladaptive cognitive frameworks can lead to internalizing states, such as anxiety and depression, as well as externalizing manifestations, including social avoidance and reactive aggression. In essence, the trauma-exposed adolescent may utilize these behaviors as dysfunctional attempts to navigate a social environment they perceive as inherently unstable or hostile.

Beyond attachment frameworks, neurobiological mechanisms offer critical insights into the long-term sequelae of childhood trauma. Chronic stress resulting from adverse childhood experiences (ACEs) can significantly derail normative brain maturation, leading to structural and functional aberrations in the amygdala, hippocampus, and prefrontal cortex (PFC). These regions constitute the neural circuitry essential for affective processing, mnemonic consolidation, and executive decision-making. Disruptions in this circuitry impair the adolescent's capacity for top-down emotional regulation, empathetic resonance, and adaptive social navigation, ultimately precipitating pervasive socio-emotional difficulties.

Concurrently, the constellation of borderline personality features—characterized by interpersonal instability, profound emotional dysregulation, and chronic feelings of emptiness—exacerbates these challenges. The intense fear of abandonment and affective lability inherent in borderline pathology often drive adolescents toward maladaptive coping strategies. For instance, individuals may engage in non-suicidal self-injury (NSSI) as a dysfunctional attempt to modulate overwhelming emotional pain. Such behaviors, while providing temporary relief, frequently intensify underlying feelings of guilt, shame, and worthlessness, thereby perpetuating a self-sustaining cycle of socio-emotional impairment and psychological distress.

Furthermore, the maladaptive cognitive architecture characteristic of these adolescents serves as a psychological catalyst for persistent distress. A pervasive framework of negative self-schema and distorted perceptions of others, coupled with chronic feelings of emptiness and existential meaninglessness, creates a fertile ground for internalizing pathologies. These cognitive distortions not only foster social

withdrawal and profound isolation but also exacerbate depressive symptoms, as the adolescent perceives the social world as either threatening or fundamentally devoid of purpose.

In light of these findings and the significant prevalence of socio-emotional difficulties—particularly social withdrawal, depression, and restlessness—it is imperative for educational and mental health authorities to implement targeted interventions. Prevention-oriented workshops and psychoeducational seminars should be prioritized to enhance awareness among both adolescents and parents, providing them with evidence-based strategies to mitigate the escalation of these issues. Furthermore, for adolescents with a documented history of childhood trauma or emerging borderline personality traits, specialized individual and family-based counseling is essential to intercept potentially debilitating long-term outcomes.

Despite its contributions, the present study is not without limitations. Certain confounding variables, such as cognitive functioning and socioeconomic status, were not controlled, which may influence the generalizability of the results. Additionally, the reliance on convenience sampling limits the representativeness of the findings beyond the specific demographic studied. Nevertheless, this research offers valuable insights into the developmental psychopathology of adolescents, underscoring the critical interplay between early adverse experiences, personality organization, and subsequent behavioral manifestations.

6. Conclusion

In conclusion, the findings of this study reveal a significant prevalence of socio-emotional difficulties among adolescents in Mashhad, with social withdrawal and hyperactivity/restlessness identified as the most prominent internalizing and externalizing manifestations, respectively. The analysis confirms that childhood trauma and borderline personality features serve as robust predictors of these challenges, likely mediated by complex neurobiological dysregulations and maladaptive psychosocial pathways. These results underscore the urgent necessity for early intervention initiatives grounded in trauma-informed care and focused on enhancing affective regulation skills. Furthermore, establishing targeted public awareness campaigns and providing accessible, specialized counseling for adolescents and their

families are imperative to address this public health concern and mitigate its potential long-term adverse sequelae.

Acknowledgments

The authors extend their sincere appreciation to all the adolescents who participated in this study. Their cooperation, patience, and commitment were invaluable in ensuring the accuracy and reliability of the research findings.





شیوع شناسی مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان شهر مشهد و تعیین رابطه آن با ترومای دوران کودکی و نشانگان شخصیت مرزی

سیف الله آقاجانی 

استاد گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

محمد زارعی نوروزی  *

دانشجوی دکتری روان شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

اکبر عطادخت 

استاد گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

سجاد بشرپور 

استاد گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر باهدف شیوع شناسی مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان شهر مشهد و تعیین رابطه آن با ترومای دوران کودکی و نشانگان شخصیت مرزی انجام شد. این مطالعه از نظر روش شناسی در دو قالب زمینه یابی و توصیفی همبستگی از نوع رگرسیون بود. جامعه هدف تمام نوجوانان دختر و پسر بازه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال شهر مشهد در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند که از بین آن ها تعداد ۶۳۰ نفر به عنوان نمونه و به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری اطلاعات نیز سیاهه مشکلات هیجانی-اجتماعی (WPI)؛ پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ) و پرسشنامه ویژگی های شخصیت مرزی (STB) بود. برای تحلیل داده ها از آزمون های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان داد که در بین مشکلات هیجانی-اجتماعی اجتناب-گوشه گیری (۶/۴ درصد) و مشکلات بیش فعالی-بی قراری (۴/۸ درصد) از شیوع معنی داری برخوردارند. علاوه بر آن بین ترومای کودکی ($r=0/32$, $P<0/01$) و نشانگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه محقق اردبیلی می باشد.

* نویسنده مسئول m.zareiii.n.1997@gmail.com

شیوع‌شناسی مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان شهر مشهد...؛ آقاجانی و همکاران | ۱۳۵

شخصیت مرزی ($r=0/67$, $P < 0/01$) با مشکلات هیجانی-اجتماعی رابطه مستقیم معنی‌داری وجود داشته و این دو متغیر در ترکیب با یکدیگر ۴۵ درصد ($p < 0/01$) تغییرات مشکلات هیجانی را پیش‌بینی می‌نمایند. از این نتایج می‌توان برای طراحی مداخلاتی باهدف پیشگیری از مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: ترومای کودکی، شیوع، شخصیت مرزی، مشکلات درون‌نمود و برون‌نمود، نوجوانان.



مقدمه

نوجوانان بخش قابل توجهی از جمعیت کشورها را تشکیل داده و نقش کاملاً تعیین‌کننده‌ای را نیز در توسعه و پیشرفت نظام اجتماعی هر کشور دارند (عالیخانی و همکاران، ۱۴۰۱). این دوره شامل بازه سنی ۱۲ تا ۱۹ سالگی بوده و شروع رشد و دگرگونی‌های مختلف جسمانی، روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی در فرد است (اسکویرس^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). تغییر و تکامل مداوم سیستم شناختی در این دوره، نوجوانان را مستعد افزایش واکنش‌پذیری هیجانی^۲ و تصمیم‌گیری‌های اشتباه می‌کند (بوندی^۳ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ به همین دلیل، نوجوانی را به‌عنوان زمان اوج شکل‌گیری مشکلات هیجانی-اجتماعی^۴ معرفی نموده‌اند (پائولوس^۵ و همکاران، ۲۰۲۱).

مشکلات هیجانی-اجتماعی به رفتارهایی مداوم، شدید و تاندازه‌ای دائمی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری فرد با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی وی متناسب نیستند (فلورس^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). این مشکلات را عمدتاً را به دو طیف مختلف درون‌نمود و برون‌نمود^۷ تقسیم نموده‌اند (لورنس^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). اختلالات درون‌نمود ریشه در وجود فرد داشته و عمدتاً به‌صورت دوری‌گزینی و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و روابط با دیگران، ترس^۹ و نگرانی ظاهر می‌شوند. این قبیل مسائل در درجه اول خود فرد را تحت تأثیر قرار داده و منجر به احساس نفرت از خود و رنج درونی می‌شوند (چئونگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰)، انزوا، افسردگی و اضطراب از رایج‌ترین این مشکلات هستند (بلیک و آلن^{۱۱}، ۲۰۲۰)؛ اما در مقابل، مشکلات برون‌نمود، شامل

1. Squires
2. emotional reactivity
3. Bundy
4. emotional-behavioral problems
5. Paulus
6. Flores
7. internalization and externalization
8. Lorence
9. fear
10. Cheung
11. Blake & Allen

الگوی رفتاری است که با هنجارها و انتظارات اجتماعی فرد نامتناسب بوده و همین امر منجر به درگیری و تضاد با دیگران می‌شود (چن^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). برعکس مشکلات درون‌نمود، اختلالات برون‌نمود دارای تظاهرات بیرونی بوده و به‌طور مستقیم قابل مشاهده و ارزیابی هستند (کوچانووا^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). مشکلاتی مثل قلدری^۳، نافرمانی^۴، بیش‌فعالی^۵، خشونت^۶ و پرخاشگری^۷، از رایج‌ترین آن‌ها هستند (دنیلسون^۸ و همکاران، ۲۰۲۱).

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که هر دو دسته از مشکلات نام‌برده شده از سنین نوجوانی ظهور می‌یابند (زین^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). در همین زمینه مطالعات مونتویا کاستیلا^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که گسترش مشکلات هیجانی در نوجوانان فرهنگ‌ها و جوامع مختلف بین ۱۰ تا ۲۰ است. به‌علاوه مطالعات چيو^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۱) نیز بیانگر این مسئله بود که نزدیک به ۱۸ درصد از نوجوانان دارای مشکلات مختلف هیجانی و رفتاری هستند. در ایران نیز مطالعات جدید و به‌روز در بررسی شیوع این قبیل مشکلات یافت نشد و جدیدترین مطالعه یافته شده پژوهش فراتحلیل محمدی و همکاران (۱۳۹۷) بود که طی آن این نتیجه حاصل آمد که مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان کشور دارای شیوع ۲۳ درصدی است.

با توجه به فقدان مطالعات جدید داخلی در بررسی میزان شیوع این مشکلات و نیز با در نظر گرفتن پیامدهای آسیب‌زای آن‌ها، بررسی شیوع این قبیل مشکلات و نیز عوامل مرتبط با آن‌ها موجب پیشگیری از بروز اختلال‌های جدی در بزرگ‌سالی می‌شود. در تبیین

-
1. Chen
 2. Kochanova
 3. bullying
 4. disobedience
 5. hyperactivity
 6. violence
 7. aggression
 8. Danielson
 9. Zinn
 10. Montoya-Castilla
 11. Cui

این مشکلات الگوهای مختلفی مطرح شده است. در یکی از اصلی‌ترین این الگوها بر نقش ترومای دوران کودکی^۱ به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مرتبط با بروز این مشکلات تأکید شده است (ژانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۱؛ اندرسون^۳ و همکاران، ۲۰۲۲؛ والادارس گاریدو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). مفهوم ترومای دوران کودکی در سال ۱۹۸۸ توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده^۵ برای اشاره به تجارب دردناک و آسیب‌زای اولیه کودکان مطرح شد (شافر و فیشر^۶، ۲۰۲۲). این تجارب آسیب‌زا شامل صدمات جسمانی و عاطفی، سوءاستفاده و آزار جنسی و اهمال‌کاری یا غفلت عاطفی و جسمانی هستند (براون^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). آسیب‌هایی که توسط بخش قابل‌توجهی از کودکان در فرهنگ‌های مختلف تجربه می‌شود. در همین مورد سازمان بهداشت جهانی^۸ (WHO) در سال ۲۰۱۷ 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؛ به‌علاوه در این گزارش اشاره شده است که بدرفتاری عاطفی نظیر تحقیر کلامی، تهدید و توهین و بالاترین نرخ بدرفتاری (۳۶ درصد) را به‌خود اختصاص می‌دهند (اکمکی‌ارتک^۹ و همکاران، ۲۰۲۱؛ فانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). در ایران نیز مطالعاتی توسط میردریکوند (۱۴۰۲) باهدف بررسی میزان شیوع انواع مختلف بدرفتاری و آزارهای کودکی انجام شد که طی آن این نتیجه حاصل آمد که میزان بروز کودک‌آزاری نزدیک به ۲۸ درصد می‌باشد.

1. Childhood trauma
2. Zhang
3. Anderson
4. Valladares-Garrido
5. Centers for Disease Control and Prevention
6. Schäfer & Fisher
7. Brown
8. world Health Organization
9. Ekmekci Ertek
10. Fang

تجربه این قبیل بدرفتارهای کودکی می‌تواند آسیب‌های متعدد، شدید و بلندمدتی را برای فرد به همراه داشته باشد. در این راستا پژوهش‌های پیشین پیامدهایی نظیر: افسردگی و ایده‌پردازی خودکشی (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۲؛ هومپریس^۱ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ اختلالات شخصیت^۲ (بک^۳ و همکاران، ۲۰۲۱)؛ پریشانی روان‌شناختی^۴ (براون و همکاران، ۲۰۲۱)؛ شخصیت‌مرزی (شمس‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱)؛ مشکلات بیش‌فعالی-کم‌توجهی^۵ (نخعی و همکاران، ۱۴۰۲) و اعتیاد به موادمخدر^۶ (لوتزین^۷ و همکاران، ۲۰۱۹) را در ارتباط با این تجارب آسیب‌زا شناسایی کرده‌اند.

تجربه ترومای کودکی تنها عامل در بروز مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان نیست. در تبیین این مشکلات پژوهشگران بر نقش الگوهای ناسازگارانه شخصیت خصوصاً نشانگان مربوط به شخصیت مرزی اشاره داشته‌اند (نورپ و بو^۸، ۲۰۱۹؛ بابینسکی^۹ و همکاران، ۲۰۲۱؛ بنزی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳).

شخصیت مرزی، اختلال روانی شدید و بادوامی 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^{۱۱} شدید، احساس حقارت^{۱۲} و پوچی مزمن، باورهای بدبینانه، برانگیختگی^{۱۳} مداوم و تلاش برای خودکشی و خودجرحی‌های مداوم نیز شناخته می‌شود (بوزاتیلو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۹). شخصیت مرزی و نشانگان مختلف آن معمولاً در

1. Humphreys

2. personality disorders

3. Beck

4. psychological distress

5. aggression and attention deficit hyperactivity disorder

6. substance abuse

7. Lotzin

8. Norup & Bo

9. Babinski

10. Benzi

11. anger and aggression

12. humiliation feeling

13. arousal

14. Bozzatello

دوران نوجوانی و اوایل بزرگسالی بروز یافته و ۱ تا ۳ درصد از نوجوانان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (کاولتی^۱ و همکاران، ۲۰۲۲)، بروز و ظهور ویژگی‌های شخصیت مرزی در نوجوانان آن‌ها را نسبت به پیامدها و آسیب‌های مختلف عاطفی، رفتاری و شناختی آن آسیب‌پذیرتر می‌سازد (بنزی و همکاران، ۲۰۲۳؛ میرکوویچ^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). در همین راستا پژوهش‌های طولی بنزی و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که الگوی شخصیت مرزی نقش معنی‌داری را در بروز اختلالات درون‌نمود و برون‌نمود در نوجوانان دارد.

به‌طور کلی و با توجه به مطالب اشاره‌شده باید بیان داشت که دوران نوجوانی تأثیر قابل توجهی بر سلامت جسمانی و روانی افراد در بزرگسالی دارد در نتیجه هرگونه اقدامی باهدف پیشگیری، شناسایی زودهنگام و درمان مسائل و چالش‌های این دوران می‌تواند به ارتقای سلامت روانی افراد و نیز پیشرفت بهتر جامعه کمک کند؛ اما برعکس مشکلات شناسایی نشده و درمان‌نشده 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 پژوهشی است. علاوه بر آن انجام این قبیل پژوهش‌ها برای درک این مسائل و معنای آن برای افرادی که درگیر این مشکلات هستند، ضروری است. بدین معنا که برای بسیاری از افراد درگیر شدن با این مسائل عمدتاً به دلیل تنش‌های حل‌نشده درونی یا فشارهای بیرونی می‌باشد، مسئله‌ای که درک و ارزیابی آن برای تدوین برنامه‌های درمانی و آموزشی ضروری است. هم‌چنین یکی دیگر از جنبه‌های برجسته پژوهش پیرامون این رفتارها شناسایی عوامل خطر مؤثر بر بروز آن‌ها است. این مشکلات اغلب الگوی پیچیده و درهم‌تنیده‌ای هستند که تحت تأثیر ترکیبی از فاکتورهای درونی و بیرونی قرار می‌گیرند بنابراین انجام پژوهش در این زمینه موجب شناسایی مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز در بروز این رفتارها می‌گردد که همین مسئله نیز به‌نوبه خود موجب تدوین مداخلات و مراقبت‌های مختلف باهدف ارتقای سلامت و افزایش آگاهی‌بخشی به اقشار مختلف مخصوصاً به نوجوانان گشته و از این نظر منجر به

1. Cavelti
2. Mirkovic

پیشگیری از بروز این رفتارها می‌گردد. از سوی دیگر باتوجه به شیوع روزافزون این مشکلات در نوجوانان و نیز فقدان مطالعات داخلی جدید در تعیین میزان گستردگی آنها، پژوهش حاضر باتوجه به این شکاف‌های پژوهشی و باهدف شیوع‌شناسی مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان شهر مشهد و تعیین رابطه آن با ترومای دوران کودکی و نشانگان شخصیت مرزی انجام شد.

روش

این مطالعه از نظر روش انجام نیز در دو قالب زمینه‌یابی یا پیمایشی (شیوع‌شناسی) و توصیفی هم‌بستگی از نوع رگرسیون انجام گرفت. جامعه آماری مطالعه حاضر را کلیه‌ی نوجوانان دختر و پسر بازه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال شهر مشهد در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند. بر اساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) حداقل حجم نمونه ۳۸۴ نفر در نظر گرفته شده است اما در این پژوهش با توجه به نوع روش‌های پژوهشی به‌کاررفته و نیز احتمال ریزش نمونه و وجود پرسشنامه‌های نامعتبر و هم‌چنین به‌منظور افزایش توان و دقت یافته‌های احتمالی تعداد ۶۳۰ نفر به‌عنوان نمونه و به‌صورت در دسترس انتخاب شدند.

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 (در ایتا و تلگرام) پخش شد و از دانش‌آموزان تقاضا گردید تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. ملاک‌های ورود به پژوهش نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال ساکن شهر مشهد، رضایت و تمایل به حضور در مطالعه، داشتن زمان کافی برای تکمیل سؤالات، دسترسی به اینترنت و شبکه‌های مجازی (ایتا و تلگرام) و ملاک خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه (عدم پاسخگویی به بیش از ۱۰ سؤال) و عدم توجه دقیق به سؤالات و انتخاب یک پاسخ برای تمام پرسشنامه بود. در این مطالعه امکان دسترسی به نتایج پرسشنامه برای داوطلبان، رعایت اصل رازداری و امانت‌داری به‌عنوان اصول اخلاقی پژوهش مدنظر پژوهشگران قرار داشت. درنهایت و پس از

دست‌یابی به نمونه موردنیاز، داده‌های جمع‌آوری‌شده در دو سطح توصیفی: میانگین، انحراف استاندارد و استنباطی: آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به کمک نرم‌افزار SPSS-27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

سیاهه مشکلات هیجانی اجتماعی (WPI¹): این سیاهه از نخستین ابزارهای خودسنجی شخصیت بود که در سال ۱۹۲۰ توسط وودورث به‌منظور استفاده در جنگ جهانی اول ساخته شد. فرم اولیه آن دارای ۱۱۶ عبارت بود اما فرم کوتاه‌شده آن در قالب ۷۶ عبارت به‌منظور سنجش اختلالات و مشکلات هیجانی کودکان و نوجوانان ۱۲ الی ۱۸ سال تدوین شده است. نمره‌گذاری این سیاهه بدین‌صورت 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 ضداجتماعی 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 ضداجتماعی عدد ۴ و برای مؤلفه بدبینی عدد ۱۰ می‌باشد. در مطالعات مختلف 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 به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۳ مطلوب گزارش شده است (حبیبی و همکاران، ۱۳۹۴). هم‌چنین در مطالعات چوپانی (۱۴۰۱) پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی در سطح ۰/۹۱ گزارش شد. در این مطالعه نیز پایایی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ در سطح ۰/۹۲ گزارش شد.

1. Woodworth Psychoneurotic Inventory

شیوع‌شناسی مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان شهر مشهد ...؛ آقاجانی و همکاران | ۱۴۳

پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ^۱): برنستاین^۲ 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 ۱، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵ و ۳)، اذیت جنسی (سؤالات ۲۷، ۲۴، ۲۳، ۲۱ و ۲۰)، آزار 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) موردسنجش 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 نمره گذاری معکوس هستند. نمره گذاری این پرسشنامه بر مبنای یک پیوستار پنج‌درجه‌ای هرگز (۱)، به‌ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) و همیشه (۵) انجام می‌گیرد. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) پایایی این پرسشنامه را به شیوه بازآزمایی و همسانی درونی بررسی و در سطح بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ مطلوب گزارش نمودند. به‌علاوه 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 (۱۳۹۲) 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 آن ۰/۸۷؛ ۰/۸۸؛ ۰/۹۱؛ ۰/۷۷ و ۰/۸۵ گزارش شد.

پرسشنامه ویژگی‌های شخصیت مرزی (STB^۳): پرسشنامه صفات شخصیت مرزی در سال ۱۹۸۴ توسط کلاریج و بروکس در دانشگاه آکسفورد طراحی و تدوین شد و در سال ۲۰۰۱ توسط راولینگز^۴ و همکاران نیز مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال بوده و نشانگان شخصیت مرزی افراد را بر اساس ۳ خرده مقیاس اصلی ناامیدی

1. Childhood Trauma Questionnaire

2. Bernstein

3. Schizotypal Trait Questionnaire-B form

4. Rawlings

(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) موردسنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه بدین صورت بود 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 و همکاران (۲۰۰۱) روایی هم‌زمان این پرسشنامه را با مقیاس‌های روان‌آزردگی و روان‌گسستگی پرسشنامه شخصیتی آیزنک به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش نمودند، هم‌چنین پایایی آن را از طریق آزمون آلفای کرونباخ بررسی و ۰/۸۰ گزارش نمودند. در ایران نیز محمدزاده و همکاران (۱۳۹۰) روایی سازه این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی و وجود ۳ مؤلفه اصلی را تأیید نمودند. هم‌چنین پایایی آن را برای کل ابزار ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های ذکرشده به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۰/۷۸ گزارش نمودند. در این مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های آن ۰/۷۷، ۰/۷۶ و ۰/۷۲ به دست آمد.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۶۳۰ نفر از نوجوانان شرکت داشتند که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تعداد ۳۸۶ نفر (معادل ۶۱ درصد) را دختران و ۲۴۴ نفر (معادل ۳۹ درصد) از آن‌ها را نیز پسران تشکیل می‌دادند. علاوه بر آن از میان نمونه شرکت‌کننده ۲۰۷ نفر (معادل ۳۳ درصد) نوجوانان ۱۴ سال؛ ۱۳۴ نفر (معادل ۲۱ درصد) نوجوانان ۱۵ سال؛ ۹۷ نفر (معادل ۱۵ درصد) نوجوانان ۱۶ سال؛ ۱۰۹ نفر (معادل ۱۸ درصد) نوجوانان ۱۷ سال و ۸۳ نفر (معادل ۱۳ درصد) نوجوانان ۱۸ سال بودند. در ادامه و در جدول شماره ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای مطالعه از جمله میانگین، انحراف معیار، ضرایب کجی^۱ و کشیدگی^۲ گزارش شده است.

1. Skewness
2. Kurtosis

شیوع‌شناسی مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان شهر مشهد ...؛ آقاجانی و همکاران | ۱۴۵

جدول ۱. جدول توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین	کجی	کشیدگی
مشکلات هیجانی-اجتماعی	۱۸/۶۱	۸/۷۲	۰	۵۶	۰/۷۸	۰/۴۹
هیجان‌پذیری	۲/۳۳	۱/۳۴	۰	۷	۰/۵۵	-۰/۲۱
وسواس	۲/۵۷	۱/۸۳	۰	۱۰	۰/۴۳	۰/۲۲
گوشه‌گیری	۲/۴۳	۱/۷۵	۰	۱۰	۰/۸۲	۰/۵۶
پارانویید	۳/۴۴	۱/۴۹	۰	۱۳	۰/۷۱	۰/۴۷
افسردگی	۲/۵۲	۱/۱۲	۰	۹	۰/۸۶	-۰/۱۱
پرخاشگری	۱/۹۲	۰/۸۹	۰	۹	۰/۷۴	-۰/۹۲
بی‌قراری	۱/۵۲	۰/۷۸	۰	۶	۰/۹۲	-۰/۳۶
ضد اجتماعی	۱/۱	۰/۷	۰	۵	۰/۶۷	۱/۲۱
ترومای دوران کودکی	۵۴/۹۳	۱۳/۶۷	۳۲	۱۰۷	-۰/۴۴	-۰/۷۳
شخصیت مرزی	۵/۱۲	۳/۴۱	۰	۲۲	۰/۴۲	۱

مطابق با یافته‌های موجود در جدول ضرایب کجی و کشیدگی در محدوده بین ۲- الی ۲+ بود که نشانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است (لویس، ۲۰۱۱). علاوه بر آن در بین مشکلات هیجانی-اجتماعی مختلف مشکلات بدینی (با میانگین ۳/۴) دارای بیشترین میانگین بودند.

جدول ۲. میزان شیوع مشکلات هیجانی مختلف

نوع مشکل	درصد شیوع کل	دختران	پسران	p-value
ضعف روانی و وسواس	۲/۳	۳/۸	۰/۲	***۰/۰۰۱
تکانشگری و هیجان‌پذیری	۱/۲	۱/۱	۰/۹	۰/۲۳
اجتناب و گوشه‌گیری	۶/۴	۸/۳	۳/۷	***۰/۰۲
افسردگی	۳/۷	۳/۲	۱/۴	۰/۱۲
افکار و باورهای بدبینانه	۱/۴	۱/۶	۰/۶	۰/۱۸
بیش‌فعالی و بی‌قراری	۴/۸	۳/۵	۱/۸	۰/۱۳

نوع مشکل	درصد شیوع کل	دختران	پسران	p-value
رفتارهای ضد اجتماعی	۱/۱	۱/۳	۰/۹	۰/۲۴
پرخاشگری	۱/۷	۲/۶	۰/۷	۰/۰۸

** p ≤ 0/01 *p ≤ 0/05

با اطلاعات درج شده در جدول شماره ۲ مشکل اجتناب و گوشه گیری (۶/۴ درصد) و بیش فعالی/بی قراری (۴/۸ درصد) دارای بیشترین میزان شیوع هستند. علاوه بر آن تفاوت های مشاهده شده در مشکلات وسواس و اجتناب و گوشه گیری نیز در بین دو جنس معنی دار می باشند.

جدول ۳. ضرایب هم بستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. مشکلات هیجانی-اجتماعی	۱										
۲. هیجان پذیری	۰/۶۳*	۱									
۳. وسواس	۰/۷۲*	۰/۴۶*	۱								
۴. گوشه گیری	۰/۸۲*	۰/۳۸*	۰/۴۹*	۱							
۵. پارانوئید	۰/۸۳*	۰/۴۲*	۰/۴۸*	۰/۷۱*	۱						
۶. افسردگی	۰/۷۵*	۰/۴۵*	۰/۴۱*	۰/۶۳*	۰/۵۴*	۱					
۷. پرخاشگری	۰/۷۷*	۰/۴۴*	۰/۴۹*	۰/۵۴*	۰/۵۸*	۰/۵۳*	۱				
۸. بی قراری	۰/۶۴*	۰/۳۸*	۰/۴۱*	۰/۴۷*	۰/۴۶*	۰/۳۹*	۰/۴۴*	۱			
۹. ضد اجتماعی	۰/۴۲*	۰/۱۴*	۰/۲۹*	۰/۲۷*	۰/۳۱*	۰/۱۴*	۰/۳۸*	۰/۲۴*	۱		
۱۰. ترومای کودکی	۰/۳۲*	۰/۱۴*	۰/۲۴*	۰/۲۷*	۰/۳۰*	۰/۱۱*	۰/۲۸*	۰/۲۱*	۰/۴۸*	۱	
۱۱. شخصیت مرزی	۰/۶۷*	۰/۳۴*	۰/۴۱*	۰/۶۲*	۰/۵۸*	۰/۴۸*	۰/۵۴*	۰/۴۱*	۰/۳۱*	۰/۳۰*	۱

** p ≤ 0/01

شیوع‌شناسی مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان شهر مشهد ...؛ آقاجانی و همکاران | ۱۴۷

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۳ بین ترومای کودکی ($r=0/32$, $P < 0/01$) و نشانگان شخصیت مرزی ($r=0/67$, $P < 0/01$) با بروز مشکلات هیجانی-اجتماعی رابطه مستقیم و قابل توجهی وجود دارد. بر همین اساس و در ادامه در جدول شماره ۴ خلاصه‌ای از مدل رگرسیونی ارائه می‌شود.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیونی

متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P-Value	R	R Square	Adj R Square
مشکلات هیجانی-اجتماعی	رگرسیون	۲۸۹۱۸/۹	۲	۱۴۴۵۹/۴	۱۶۷/۳	$P < 0/01$	۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۴۵
	باقی مانده	۳۳۵۷۳/۷	۶۲۷	۶۳/۵					
	مجموع	۶۲۴۹۲/۶	۶۲۹						

بر اساس اطلاعات موجود در جدول شماره ۴ سطح معناداری آماره F برای مشکلات هیجانی و اجتماعی با درجه آزادی ۲ و ۶۲۷ کمتر از ۰/۰۱ به دست آمد که این یافته نشان می‌دهد مدل رگرسیونی معنادار بوده است. هم‌چنین با توجه به نتایج جدول می‌توان نتیجه‌گیری نمود که ۴۵ درصد از تغییرات مشکلات هیجانی و اجتماعی را می‌توان بر اساس متغیرهای ترومای کودکی و نشانگان شخصیت مرزی پیش‌بینی نمود.

جدول ۵. ضرایب رگرسیونی

B	انحراف استاندارد	Beta استاندارد	T	سطح معنی‌داری
۵/۴۴	۱/۱۲		۵/۱۶	۰/۰۱
۰/۷۱	۰/۱۹	۰/۱۲	۳/۷۱	۰/۰۱
۱/۵۳	۰/۷۹	۰/۶۳	۱۴/۷۸	۰/۰۱

در جدول شماره ۵ نیز ضرایب رگرسیونی اشاره شده است که بر اساس آن می‌توان نتیجه گرفت که ترومای کودکی با ضریب استاندارد شده ۰/۱۲ و نشانگان شخصیت مرزی با ضریب استاندارد شده ۰/۶۳ و سطح معناداری ۰/۰۱ نقش قابل توجهی را در پیش‌بینی

مشکلات هیجانی و اجتماعی ایفا می‌کنند بدین معنا که افزایش نمره در این متغیرها با افزایش نمره در مشکلات هیجانی و اجتماعی قابل توضیح می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی شیوع مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان شهر مشهد و تعیین رابطه آن با ترومای دوران کودکی و نشانگان شخصیت مرزی بود. نتایج بررسی‌های صورت گرفته در این پژوهش نشان داد که مشکلات هیجانی-اجتماعی از شیوع قابل توجهی در بین نوجوانان برخوردار هستند و در این بین نیز اجتناب-گوشه‌گیری و مشکلات بیش‌فعالی-بی‌قراری نیز شیوع قابل ملاحظه‌ای را نشان دادند؛ نتایجی که با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های مونتویا کاستیلا و همکاران (۲۰۱۸)؛ کیمونیس^۱ و همکاران (۲۰۱۹)؛ بلیک و آلن (۲۰۲۰)؛ دنیلسون و همکاران (۲۰۲۱)؛ چو و همکاران (۲۰۲۱) و محمدی و همکاران (۱۳۹۷) هم‌سو بود. نوجوانی دوره‌ای حساس در رشد انسان است که با بروز تغییرات جسمی، شناختی و عاطفی قابل توجهی مشخص می‌شود. به دلیل تغییرات صورت گرفته در این دوران، نوجوانان نسبت به بروز مشکلات مختلف هیجانی و اجتماعی آسیب‌پذیرتر می‌شوند. مشکلات هیجانی-اجتماعی به دو دسته اصلی درونی‌سازی و برون‌سازی تقسیم نموده‌اند (لورنس و همکاران، ۲۰۱۹) که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو دسته مشکلات درونی و برون‌سازی در بین نوجوانان از شیوع قابل توجهی برخوردار هستند.

یکی از شایع‌ترین مشکلات درون‌نمود نوجوانان که یافته‌های این پژوهش نیز بر شیوع قابل توجه آن تأکید داشت، مسئله اجتناب و گوشه‌گیری است. اجتناب و گوشه‌گیری به الگویی اطلاق می‌شود که در آن نوجوان از حضور در موقعیت‌هایی که نیازمند تعامل اجتماعی با دیگران است، اجتناب می‌کند. در تبیین این یافته‌ها کیمونیس و همکاران (۲۰۱۹) بر نقش فناوری و رسانه‌های اجتماعی در تداوم اجتناب و گوشه‌گیری

نوجوانان اشاره داشتند. با ظهور گوشی‌های هوشمند و شبکه‌های اجتماعی مجازی، بسیاری از نوجوانان تعاملات مجازی را به روابط واقعی و عینی ترجیح می‌دهند. این اتکای بیش‌ازحد به فضای مجازی می‌تواند منجر به کاهش تمایل به حضور در اجتماع شده و در طولانی‌مدت نیز زمینه‌ساز بروز احساس انزوای مزمن گردد. علاوه بر این، مقایسه مداوم با تصاویر ایده‌آل و سبک زندگی عالی و بی‌نقصی که در فضای مجازی به تصویر کشیده می‌شود، می‌تواند احساس بی‌کفایتی نوجوانان را تشدید کرده و باعث افزایش تمایل آن‌ها به کناره‌گیری و انزوا گردد (دنیلسون و همکاران، ۲۰۲۱). عوامل اجتماعی مانند فشار همسالان، فضای خانواده و هنجارهای فرهنگی نیز می‌توانند بر دوری و انزوای نوجوانان تأثیر بگذارند. به‌عنوان مثال، نوجوانانی که توسط همسالان خود مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند یا طرد می‌شوند، ممکن است به‌عنوان راهی برای محافظت از خود در برابر آسیب‌های بیشتر، از تعاملات اجتماعی اجتناب نمایند. هم‌چنین انتظارات غیرواقع‌بینانه والدین و هنجارهای فرهنگی مبنی بر فرزند ایده‌آل و ناتوانی نوجوانان در برآورده کردن آن‌ها نیز می‌تواند بر تمایل به کناره‌گیری اجتماعی نوجوان اثر داشته باشد.

هم‌چنین در دسته مشکلات برون‌نمود، بیش‌فعالی و بی‌قراری یکی از شایع‌ترین این اختلالات که نتایج این پژوهش نیز بر وجود آن تأکید داشت. نوجوانان مبتلا به این مشکل اغلب در تمرکز و کنترل تکانه‌های خود مشکل دارند. درحالی‌که بیش‌فعالی و بی‌قراری منحصراً یک اختلال برونی نیست، علائم تکانشگری و بیش‌فعالی می‌تواند به‌صورت رفتارهای بیرونی مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی ظاهر شود (لانگ، ۲۰۱۸). از نظر نورویبولوژیکی، بیش‌فعالی و بی‌قراری در نوجوانان را می‌توان با تغییرات در ساختار و عملکرد نواحی خاصی از مغز مرتبط دانست. این تغییرات شامل دو مسئله اصلی می‌باشد: الف) تغییر در سیستم‌های انتقال‌دهنده عصبی، به‌ویژه دوپامین و نوراپی‌نفرین که در تنظیم توجه و کنترل رفتار نقش دارند و ب) ساختار مغزی از جمله تغییر قشر پیشانی که برای عملکردهای اجرایی مانند برنامه‌ریزی، خودتنظیمی و کنترل تکانه نقش دارند. عدم تعادل

در این سیستم‌ها می‌تواند علائم بیش‌فعالی را تشدید کرده و منجر به مشکلاتی در تمرکز و افزایش بی‌قراری فیزیکی نوجوانان شود (بلیک و آلن، ۲۰۲۰).

علاوه بر موارد فوق یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین ترومای کودکی و نشانگان شخصیت مرزی با بروز مشکلات هیجانی و اجتماعی رابطه مستقیم معنی‌داری وجود داشته و این متغیرهای توانایی پیش‌بینی مشکلات هیجانی نوجوانان را دارند. نتایجی که با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های ژانگ و همکاران (۲۰۲۱)؛ اندرسون و همکاران (۲۰۲۲)؛ والادارس گاریدو و همکاران (۲۰۲۳) و نوروپ و بو (۲۰۱۹)؛ باینسکی و همکاران (۲۰۲۱) هم‌سو بود. در تبیین دلایل کسب این نتایج باید اشاره داشت که تجربیاتی که کودکان در طول سال‌های رشد و تحول کسب می‌کنند، الگوی عاطفی، اجتماعی و شناختی آن‌ها را شکل داده و بر کیفیت رفتار و تعاملات آن‌ها در نوجوانی تأثیر می‌گذارند. تجربه تروما در دوران کودکی خواه ناشی از سوءاستفاده، غفلت، یا قرار گرفتن در معرض خشونت باشد، می‌تواند منجر به مجموعه‌ای از مشکلات مختلف شود که در همین زمینه مطالعات مختلف نشان می‌دهند که نوجوانان با سابقه ترومای کودکی اغلب مشکلات هیجانی و اجتماعی متعددی را تجربه می‌کنند (اندرسون و همکاران، ۲۰۲۲).

تأثیر آسیب‌های دوران کودکی را می‌توان از طریق نظریه دلبستگی بهتر تبیین نمود. این نظریه بیان می‌کند که پیوندهایی اولیه در دوران کودکی با مراقبین به‌طور قابل‌توجهی بر تنظیم هیجانات و تعاملات اجتماعی بعدی در زندگی تأثیر می‌گذارد. برای نوجوانانی که ترومای کودکی را تجربه کرده‌اند، دلبستگی ناایمن شکل گرفته می‌تواند از طریق ایجاد الگوی منفی شناختی و رفتاری باعث ایجاد حالات روان‌شناختی منفی مثل اضطراب و افسردگی و نیز الگوهای رفتاری منفی نظیر اجتناب و پرخاشگری گردد. علاوه بر آن مکانیسم‌های عصبی زیستی نیز نقش مهمی در درک تأثیرات ترومای دوران کودکی بر رشد نوجوان دارند. در همین مورد پژوهش‌های ژانگ و همکاران (۲۰۲۱) نشان می‌دهد که استرس مزمن ناشی از تجربیات آسیب‌زا می‌تواند رشد طبیعی مغز را تغییر داده و منجر به تغییراتی در ساختار و عملکرد آمیگدال، هیپوکامپ و قشر پیشانی مغز شود؛ نواحی

اصلی که برای پردازش هیجانی، حافظه و تصمیم‌گیری حیاتی هستند. این تغییرات می‌تواند بر توانایی نوجوان در تنظیم احساسات، همدلی با دیگران و هدایت موقعیت‌های اجتماعی تأثیر گذاشته و در درازمدت منجر به بروز مشکلات اجتماعی-عاطفی گردد.

از سوی دیگر روابط متعارض و ناپایدار، بی‌نظمی عاطفی، تکانشگری، احساس فراگیر پوچی و پرخاشگری به‌عنوان نشانگان اصلی شخصیت مرزی می‌توانند منجر به پیامدهای منفی بسیاری در زندگی عاطفی و اجتماعی نوجوانان گردند. بی‌نظمی شدید عاطفی و ترس از رها شدن که توسط افراد مبتلا به شخصیت مرزی تجربه می‌شود می‌تواند منجر به بروز حالات روان‌شناختی منفی در آن‌ها گردد. نوجوانان مبتلا به شخصیت مرزی ممکن است در تلاش برای مدیریت احساسات خود از راهبردهای مقابله‌ای منفی مانند خودآزاری یا سوءمصرف مواد بهره بگیرند، مسئله‌ای که می‌تواند در طولانی‌مدت احساس گناه، شرم و بی‌ارزشی را در وجود آن‌ها تشدید کرده و چرخه‌ای از مشکلات جدی‌تر عاطفی و اجتماعی را به‌همراه داشته باشد. نوجوانان مبتلا به شخصیت مرزی اغلب با روابط بین فردی معیوب و ناکارآمد نیز مواجه هستند؛ روابطی که با وابستگی‌های شدید و ناپایدار و نیز ترس از رها شدن همراه است. وجود این مشکلات در روابط بین فردی می‌تواند بر بروز مشکلاتی نظیر کناره‌گیری اجتماعی، عزت‌نفس پایین و احساس تنهایی اثر بگذارد. هم‌چنین این الگوهای روابط ناکارآمد به‌طور خاص با همسالان و تلاش برای برقراری ارتباط با آن‌ها می‌تواند بستر لازم برای درگیر شدن در روابط انحرافی، مشکلات رفتاری و طغیان‌های هیجانی مختلف را ایجاد کرده و از این نظر نیز بر بروز مشکلات عاطفی و اجتماعی آن‌ها اثرگذار باشد.

عوامل بیولوژیکی مانند استعدادهای ژنتیکی و ناهنجاری‌های عصبی زیستی نیز ممکن است در رابطه بین شخصیت مرزی و مشکلات درونی و برونی‌سازی نوجوانان نقش داشته باشد. پژوهش‌های چرماهینی و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که افراد مبتلا به شخصیت مرزی دارای ناهنجاری‌های ساختاری و عملکردی در نواحی مغزی هستند که در تنظیم احساسات، کنترل تکانه و رفتارهای اجتماعی نقش دارند. این عوامل عصب‌شناختی

می‌توانند از طریق بروز بی‌نظمی هیجانی، تکانشگری و دشواری در تعاملات اجتماعی بر احتمال شکل‌گیری مشکلات درونی و برونی‌سازی نوجوانان اثرگذار باشند. علاوه بر آن نظام شناخت‌ها و الگوهای فکری افراد مبتلا به شخصیت مرزی نیز می‌تواند بر بروز مشکلات جدی عاطفی و اجتماعی آن‌ها اثرگذار باشد. این نوجوانان اغلب دارای باورهای منفی نسبت به خود و دیگران هستند و 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 خود، جهان و دیگران قطع شده است؛ مسئله‌ای که می‌تواند با از بین رفتن شادی و لذت زندگی، زمینه‌کناره‌گیری، انزوای طلبی و افسردگی را در آن‌ها ایجاد نماید (باینسکی و همکاران، ۲۰۲۱).

به‌طور کلی و با عنایت به تمام اطلاعات ارائه‌شده باید اشاره نمود که مشکلات هیجانی اجتماعی به موقعیت‌هایی اطلاق می‌شود که در آن واکنش‌های فرد متناسب با هنجارهای سن، فرهنگی و قومی وی نبوده، در حداقل دو موقعیت متفاوت ظاهر شده و به‌طور قابل توجهی نیز منجر به اختلال عملکرد در جنبه‌های مختلف زندگی شوند. شرایطی که به دلیل فقدان پژوهش‌های داخلی جدید در بررسی شیوع آن و نیز پیامدهای آسیب‌زای مرتبط با این مشکلات مخصوصاً در دوران نوجوانی بررسی عمیق‌تر این مسائل ضروری است. به‌همین واسطه پژوهش حاضر باهدف هدف این پژوهش بررسی شیوع مشکلات هیجانی-اجتماعی نوجوانان و بررسی ارتباط آن با ترومای دوران کودکی و نشانگان شخصیت مرزی انجام شد و نتایج آن نشان داد که مشکلات هیجانی-اجتماعی از شیوع قابل توجهی در بین نوجوانان برخوردار بوده و علاوه بر آن ترومای کودکی و نشانگان شخصیت مرزی نقش قابل توجهی را در پیش‌بینی این مشکلات ایفا می‌کنند.

نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش در کنار دیگر پژوهش‌های صورت گرفته می‌تواند در نیل به هدف اصلی علم یعنی تدوین نظریه کمک‌کننده باشد. یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثر قابل توجه ترومای کودکی و الگوی شخصیت مرزی بر بروز مشکلات مختلف نوجوانان و تکرار این نتایج در پژوهش‌های گذشته می‌تواند در تدوین یک مدل نظری

برجسته در زمینه مشکلات رفتاری نوجوانان با تأکید بر دوران کودکی و الگوهای شخصیت مفید باشد اما این مطالعه نیز همچون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود. نخستین محدودیت این مطالعه ناتوانی در کنترل متغیرهایی مثل وضعیت هوشی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی نوجوانان بود، مسئله‌ای که می‌تواند تعمیم نتایج را با چالش‌هایی روبه‌رو سازد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نسبت به کنترل کردن این موارد اقدام شود. دیگر محدودیت این پژوهش ناتوانی در بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به‌شکل مستقیم بود، مسئله‌ای که پژوهشگران را ناچار به استفاده از نمونه‌گیری در دسترس به‌صورت مجازی نمود به همین واسطه پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به‌صورت مستقیم بهره گرفته شود. هم‌چنین دیگر عامل محدود‌کننده نتایج این پژوهش عدم دسترسی دقیق به برخی نوجوانان بود. برخی از نوجوانان به‌دلیل شرایط اقتصادی یا خانوادگی توانایی حضور در مدرسه ندارند (نظیر نوجوانان کار) و ناتوانی پژوهشگر در دسترسی و بررسی شرایط آن‌ها می‌تواند نتایج پژوهش و تعمیم این نتایج را به آن‌ها با محدودیت مواجه سازد به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده زمینه حضور و بررسی نوجوانانی که در مدارس و به‌عنوان دانش‌آموز حضور ندارند نیز حاصل شود. از سوی دیگر با توجه به شیوع قابل‌ملاحظه مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان مخصوصاً مشکلات انزوا و گوشه‌گیری، افسردگی و بی‌قراری، پیشنهاد می‌شود مسئولان مربوطه کارگاه‌ها و سمینارهای متعددی را در جهت آگاه‌سازی نوجوانان و والدین آن‌ها برگزار نموده و علاوه بر آن راهکارهایی را در جهت پیشگیری از بروز مشکلات جدی‌تر ارائه دهند. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود برای نوجوانان دارای تجربه ترومای کودکی و نشانگان شخصیت مرزی جلسات مشاوره‌ای فردی و خانوادگی برگزار گردد تا بدین طریق از بروز پیامدهای آسیب‌زای جدی‌تر جلوگیری به‌عمل آید.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته‌شده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم می‌باشد. بدین‌وسیله از تمام نوجوانانی که با صبر و حوصله فراوان پژوهشگران را در دست‌یابی به نتایجی دقیق همراهی نمودند کمال تشکر به عمل می‌آید.

تعارض منافع

بر اساس اعلام نویسندگان، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

ORCID

Seyfollah Aghajani



<https://orcid.org/0000-0001-9848-9016>

Mohammad Zarei Nouroozi



<https://orcid.org/0009-0009-7993-0211>

Akbar Atadokht



<https://orcid.org/0000-0001-5538-9242>

Sajjad Basharpoor



<https://orcid.org/0000-0002-2920-2605>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله؛ دژکام، محمود و ثقه‌الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگ‌سالی. *روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵.
<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html>
- ابراهیمی، گلی؛ غضنفری، احمد؛ مشهدی زاده، شهرام و رحیمی، سعید. (۱۴۰۲). رابطه ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی با توجه به نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. *روان‌پرستاری*، ۱۱(۱)، ۹۴-۱۰۵.
<http://ijpn.ir/article-1-2165-fa.html>
- چوپانی، هانیه. (۱۴۰۱). تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی سبک فرزند‌پروری و احساس شایستگی در اختلالات رفتاری در نوجوانان گروه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال. *رویکردی نو در علوم تربیتی*، ۴(۳)، ۷۵-۶۶.
<https://doi.org/10.22034/naes.2022.339930.1191>
- حبیبی، مجتبی؛ مرادی، خدیجه؛ پورآوری، مینو و صالحی، سمیه. (۱۳۹۴). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه استان قم. *پیدمیولوژی ایران*، ۱۱(۱)، ۶۳-۵۶.
<http://irje.tums.ac.ir/article-1-5349-fa.html>
- شمس‌آبادی، احمد؛ آهی، قاسم؛ بحرینیان، سید عبدالمجید، منصوری، احمد و شهابی زاده، فاطمه. (۱۴۰۱). نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با نشانه‌های شخصیت مرزی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰(۳)، ۴۱۱-۴۲۱.
<http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1365-fa.html>
- عالیخانی، مرجان؛ شعاع کاظمی، مهرانگیز و خلعتبری، جواد. (۱۴۰۱). پیش‌بینی رابطه والد-فرزند بر اختلالات رفتاری با میانجی‌گری همدلی در نوجوانان ۱۲ تا ۱۵. *رویکردی نو در علوم تربیتی*، ۴(۳)، ۱۵۳-۱۶۱.
<https://doi.org/10.22034/naes.2022.343358.1199>
- محمدی، مسعود؛ ویسی رایگانی، علی؛ جلالی، رستم؛ قبادی، اکرم و عباسی، پروین. (۱۳۹۷). شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایران. *دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۸(۱۶۹)، ۱۹۱-۱۸۱.
<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-11777-fa.html>
- محمدزاده، علی و رضایی، اکبر. (۱۳۹۰). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI) در جامعه ایرانی. *علوم رفتاری*، ۵(۳)، ۲۶۹.

میردریگوند، فضل‌الله. (۱۴۰۲). ارزیابی مدل ساختاری تبیین اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان آزاردیده بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی و تجارب نامطلوب دوران کودکی والدین با میانجی‌گری خودپنداره شخصی. *دستاوردهای روان‌شناختی*، ۳۰(۱)، ۲۶۰-۲۴۰.

<https://doi.org/10.22055/psy.2022.40407.2821>

میرزا، مژگان. (۱۳۹۹). تحلیل مسیر واسطه‌گری الگوهای ارتباطی پدران در بیان مدل بین تعارض زناشویی با مشکلات هیجانی - رفتاری نوجوانان پسر. *دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۳)،

<https://doi.org/10.22038/mjms.2020.17952>. ۲۵۰۱-۲۴۹۱

نخعی، سمیه؛ داورنیا، کوثر و سراوانی خوشبخت، فاطمه. (۱۴۰۲). نقش بدررفتاری عاطفی دوران کودکی در پیش‌بینی اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی و پرخاشگری کودکان دبستانی.

پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری، ۱۴(۵۲)، ۶۸-۵۷.

References

- Akbari Chermahini, S., Sajadinezhad, M. S., & Shafietabar, M. (2018). The Facilitating Role of Borderline Personality Disorder and the Inhibiting Role of Mindfulness in Adolescents' Tendency to Addiction. *International Journal of Behavioral Sciences*, 11(4), 160-165.
- Anderson, A. S., Siciliano, R. E., Henry, L. M., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Kuhn, T. M., ... & Compas, B. E. (2022). Adverse childhood experiences, parenting, and socioeconomic status: Associations with internalizing and externalizing symptoms in adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 125, 105493. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105493>
- Babinski, D. E., McQuade, J. D., & Waschbusch, D. A. (2021). A latent profile analysis of borderline personality features and externalizing problems in youth. *Journal of clinical psychology*, 77(3), 732-744. <https://doi.org/10.1002/jclp.23053>
- Back, S. N., Flechsenhar, A., Bertsch, K., & Zettl, M. (2021). Childhood traumatic experiences and dimensional models of personality disorder in DSM-5 and ICD-11: Opportunities and challenges. *Current Psychiatry Reports*, 23(2), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01265-5>
- Benzi, I. M. A., Fontana, A., & Di Pierro, R. (2023). Maladaptive personality traits and internalizing and externalizing problems: the role of borderline and narcissistic features in adolescence. *Clinical Neuropsychiatry*, 20(3), 161-170. <https://doi.org/10.36131/cnforitieditore20230301>

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Blake, M. J., & Allen, N. B. (2020). Prevention of internalizing disorders and suicide via adolescent sleep interventions. *Current opinion in psychology*, 34, 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.08.027>
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10(5), 710-735. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00710>
- Brown, M., Worrell, C., & Pariante, C. M. (2021). Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 211(2), 115-128 <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173291>
- Bundy, D. A., de Silva, N., Horton, S., Patton, G. C., Schultz, L., Jamison, D. T., ... & Sawyer, S. M. (2018). Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*, 391(10121), 687-699. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32417-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32417-0)
- Cavelti, M., Rinnewitz, L., Walter, M., van der Venne, P., Parzer, P., Josi, J., ... & Kaess, M. (2022). Psychobiological correlates of aggression in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 55(1), 37-48 <https://doi.org/10.1159/000520228>
- Chen, B. B., Qu, Y., Yang, B., & Chen, X. (2022). Chinese mothers' parental burnout and adolescents' internalizing and externalizing problems: The mediating role of maternal hostility. *Developmental psychology*, 58(4), 768-782. <https://doi.org/10.1037/dev0001311>
- Claridge, G., & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function—I: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5(6), 633-648. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(84\)90111-9](https://doi.org/10.1016/0191-8869(84)90111-9)
- Cui, Y., Li, F., Leckman, J. F., Guo, L., Ke, X., Liu, J., ... & Li, Y. (2021). The prevalence of behavioral and emotional problems among Chinese school children and adolescents aged 6–16: a national survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 233-241 <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01507-6>
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Charania, S. N., Claussen, A. H., McKeown, R. E., ... & Flory, K. (2021). Community-based prevalence of externalizing and internalizing disorders among school-aged children and adolescents in four geographically dispersed school

- districts in the United States. *Child Psychiatry & Human Development*, 52, 500-514. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01027-z>
- Ekmekci Ertek, İ. R. E. M., İlhan, M. U. S. T. A. F. A., Uğraş Dikmen, A. S. İ. Y. E., & Gözükar, M. (2022). Prevalence and association of childhood traumas, dissociative experiences and post traumatic stress disorder. *Gazi Medical Journal*, 33(2), 134-139. <https://doi.org/10.1177/0004867415575379>
- Fang, X., Wu, Z., Wen, L., Zhang, Y., Wang, D., Yu, L., ... & Zhang, C. (2023). Rumination mediates the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in schizophrenia patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(5), 1085-1094. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01525-2>
- Flores, J., Caqueo-Urizar, A., Ramírez, C., Arancio, G., & Cofré, J. P. (2020). Locus of control, self-control, and gender as predictors of internalizing and externalizing problems in children and adolescents in Northern Chile. *Frontiers in Psychology*, 11(2), 15-25. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02015>
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102(2), 104-118. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Kimonis, E. R., Frick, P. J., & Fleming, G. E. (2019). Externalizing disorders of childhood and adolescence. In *Psychopathology* (427-457). Routledge.
- Kochanova, K., Pittman, L. D., & Pabis, J. M. (2021). Parenting stress, parenting, and adolescent externalizing problems. *Journal of Child and Family Studies*, 30(9), 2141-2154. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01996-2>
- Lange, S., Rehm, J., Anagnostou, E., & Popova, S. (2018). Prevalence of externalizing disorders and Autism Spectrum Disorders among children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: systematic review and meta-analysis. *Biochemistry and Cell Biology*, 96(2), 241-251. <https://doi.org/10.1139/bcb-2017-0014>
- Lin, H., Harrist, A. W., Lansford, J. E., Pettit, G. S., Bates, J. E., & Dodge, K. A. (2020). Adolescent social withdrawal, parental psychological control, and parental knowledge across seven years: A developmental cascade model. *Journal of Adolescence*, 81(3), 124-134. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.007>
- Lorence, B., Hidalgo, V., Pérez-Padilla, J., & Menéndez, S. (2019). The role of parenting styles on behavior problem profiles of

- adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2767-2790. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152767>
- Lotzin, A., Grundmann, J., Hiller, P., Pawils, S., & Schäfer, I. (2019). Profiles of childhood trauma in women with substance use disorders and comorbid posttraumatic stress disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10(4), 55-71. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00674>
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21(2), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377>
- Montoya-Castilla, I., Postigo, S., Prado-Gascó, V., & Pérez-Marín, M. (2018). Relationships between affective states and childhood internalizing disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 591-598. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.013>
- Norup, D. A., & Bo, S. (2019). Mentalization mediates the relationship between borderline personality features and internalizing and externalizing psychopathology in adolescents. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 7(1), 13-19. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2019-002>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional dysregulation in children and adolescents with psychiatric disorders. A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 628252. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252>
- Schäfer, I., & Fisher, H. L. (2022). Childhood trauma and psychosis-what is the evidence? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 365-375. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/ischaefer>
- Squires, F., Martin Hilber, A., Cordero, J. P., Boydell, V., Portela, A., Lewis Sabin, M., & Steyn, P. (2020). Social accountability for reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: A review of reviews. *Plos one*, 15(10), 23-35. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238776>
- Valladares-Garrido, M. J., León-Figueroa, D. A., Dawson, F. M., Burga-Cachay, S. C., Fernandez-Canani, M. A., Failoc-Rojas, V. E., ... & Inga-Berrosapi, F. (2023). Association between childhood trauma and mental health disorders in adolescents during the second pandemic wave of COVID-19, Chiclayo-Peru. *Frontiers in Psychiatry*, 14(3), 116-128. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1169247>
- Woodworth, R. S. (1920). *Woodworth Psychoneurotic Inventory*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110690>
- Zhang, L., Ma, X., Yu, X., Ye, M., Li, N., Lu, S., & Wang, J. (2021). Childhood trauma and psychological distress: a serial mediation

model among Chinese adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 68-83. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136808>

Zinn, M. E., Huntley, E. D., & Keating, D. P. (2020). Resilience in adolescence: Prospective Self moderates the association of early life adversity with externalizing problems. *Journal of Adolescence*, 81(1), 61-72. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.004>



استناد به این مقاله: آقاجانی، سیف‌الله، زارعی نوروژی، محمد، عطادخت، اکبر، بشرپور، سجاد. (۱۴۰۴). شیوع‌شناسی مشکلات هیجانی-اجتماعی در نوجوانان شهر مشهد و تعیین رابطه آن با ترومای دوران کودکی و نشانگان شخصیت مرزی، *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۱۵(۵۸)، ۱۶۰-۱۲۳. DOI: 10.22054/jpe.2025.84674.2797



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.