

Research Article

The Relationship Between Childhood Maltreatment and Shame and Guilt in Individuals with Major Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder

Asma Azadi¹, Maryam Salehzadeh^{2*}, Zahra Naderi Nobandegani³ & Ghasem Dastjerdi⁴

1. M. A. in Psychology, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Yazd, Yazd, Iran.

2. Associate Professor of Department of Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran. Email: m.salehzadeh@yazd.ac.ir

3. Assistant professor of Department of Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

4. Assistant Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Abstract

Aim: This study examined the relationship between childhood maltreatment and feelings of shame and guilt and compared maltreatment patterns among individuals with Major Depressive Disorder (MDD), Borderline Personality Disorder (BPD), and healthy controls.

Method: A descriptive-correlational and causal-comparative design was used. The sample included 51 individuals with MDD, 49 individuals with BPD, and 50 healthy controls recruited via convenience sampling in Yazd in 2021. Measures included the Childhood Abuse Questionnaire, Beck Depression Inventory, Leichsenring Borderline Personality Inventory, and the Shame and Guilt Questionnaire. Data were analyzed using Pearson correlation, regression analysis, and ANOVA.

Results: Among individuals with MDD, emotional neglect predicted shame ($\beta = 0.52$), while emotional neglect ($\beta = 0.55$) and emotional abuse ($\beta = 0.40$) predicted guilt. Among individuals with BPD, sexual abuse ($\beta = 0.37$) and emotional abuse ($\beta = 0.35$) predicted shame, whereas physical abuse ($\beta = 0.55$) and neglect ($\beta = 0.26$) predicted guilt.

Conclusion: Childhood maltreatment is strongly associated with maladaptive self-conscious emotions in both MDD and BPD. These findings highlight the importance of trauma-informed assessment and intervention in mood and personality disorders.

Key words: Childhood Maltreatment, Shame, Guilt, Major Depressive, Borderline Personality

Citation: Azadi, M., Salehzadeh, M., Naderi Nobandegani, Z., & Dastjerdi, Gh. (2025). The Relationship Between Childhood Maltreatment and Shame and Guilt in Individuals with Major Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder. *Appl. Psychol* 19 (4):85-108.

بررسی رابطه تجارب بدرفتاری در دوران کودکی با شرم و گناه در اختلال افسردگی اساسی و اختلال شخصیت مرزی

اسما آزادی^۱، مریم صالح‌زاده^۲، زهرا نادری نوبندگان^۳ و قاسم دستجردی^۴

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی و مشاوره دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. ایمیل: m.salehzadeh@yazd.ac.ir
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.
۴. استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین تجربه بدرفتاری در دوران کودکی با احساس شرم و گناه و تعیین تفاوت بدرفتاری در دوران کودکی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش: روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی و علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به روان‌پزشکان شهر یزد در سال ۱۴۰۰ و نیز افراد سالم بود. نمونه شامل ۵۱ فرد مبتلا به افسردگی، ۴۹ فرد مبتلا به شخصیت مرزی و ۵۰ فرد غیرمبتلا بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه کودک‌آزاری محمدخانی (۲۰۰۳)، افسردگی بک (۱۹۹۶)، شخصیت مرزی لیشرنرینگ (۱۹۹۹) و پرسشنامه شرم و گناه (کوهن و همکاران، ۲۰۱۱) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و تحلیل واریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که در مبتلایان به افسردگی، غفلت عاطفی پیش‌بینی‌کننده شرم ($\beta = ۰/۵۲$) و متغیر تجربه غفلت ($\beta = ۰/۵۵$) و متغیر تجربه آزار عاطفی ($\beta = ۰/۴۰$) پیش‌بینی‌کننده گناه بودند. در مبتلایان به شخصیت مرزی، آزار جنسی ($\beta = ۰/۳۷$) و متغیر تجربه آزار عاطفی ($\beta = ۰/۳۵$)، پیش‌بینی‌کننده شرم و آزار جسمی ($\beta = ۰/۵۵$) و متغیر تجربه غفلت ($\beta = ۰/۲۶$) پیش‌بینی‌کننده گناه بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از نقش مهم تجارب بدرفتاری در شکل‌گیری احساسات منفی و آسیب‌زای شرم و گناه در اختلالات روانی بود که می‌تواند برای درمانگران و نظریه‌پردازان مفید باشد.

کلید واژه‌ها: بدرفتاری کودکی، شرم، گناه، افسردگی اساسی، شخصیت مرزی

استناد به این مقاله: آزادی، اسما، صالح‌زاده، مریم، نادری نوبندگان، زهرا، و دستجردی، قاسم. (۱۴۰۴). بررسی رابطه تجارب بدرفتاری در دوران کودکی با شرم و گناه در اختلال افسردگی اساسی و اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۹ (۴): ۸۵-۱۰۸.

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جهان است که پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت جسمانی و روانی دارد. بر اساس آمارهای جهانی، سالانه حدود ۳ تا ۵٪ از بزرگسالان به این اختلال مبتلا می‌شوند و شیوع آن در زنان بالاتر است. افسردگی می‌تواند کیفیت زندگی، عملکرد شغلی و روابط اجتماعی را کاهش دهد و بار اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی بر جوامع تحمیل کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). همچنین حدود ۲۰٪ از زنان و ۱۵٪ از مردان در طول عمر خود دچار افسردگی می‌شوند که غالباً با سیر مزمن و افت عملکرد همراه است (سادوک و همکاران، ۲۰۰۹). از این رو، شناخت عوامل خطر و به‌ویژه عوامل قابل تغییر، برای پیشگیری و کاهش احتمال ابتلا اهمیت زیادی دارد (لیو، ۲۰۱۷). اختلال شخصیت مرزی نیز از دیگر اختلالات مهم روانی است که به دلیل پیچیدگی و پیامدهای بالینی آن مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. این اختلال حدود ۲٪ از جمعیت عمومی را دربرمی‌گیرد (گاندرسون، ۲۰۱۱) و با بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات روابط بین‌فردی و نوسان در خودپنداره مشخص می‌شود (فرجی و اوزارباسی، ۲۰۲۲). یکی از عوامل اساسی در بروز افسردگی و اختلال شخصیت مرزی، تجربه بدرفتاری در سال‌های اولیه زندگی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ناملایمات کودکی با بخش قابل توجهی از اختلالات روانی در کودکی و بزرگسالی مرتبط‌اند (کرت و ساکر، ۲۰۲۵).

بدرفتاری با کودکان پدیده‌ای گسترده در جوامع مختلف است و حدود ۹۰٪ موارد آن کشف نمی‌شود، در حالی که پیامدهای طولانی مدت و جدی به‌ویژه بر سلامت روان دارد (استولپر و همکاران، ۲۰۲۰). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷)، از هر چهار کودک یک نفر قربانی خشونت است و در ایران نیز بدرفتاری دوران کودکی نخستین نوع خشونت خانگی به شمار می‌آید (جعفری، ۲۰۱۷). این بدرفتاری شامل سوءاستفاده جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت است که همگی پیامدهای پایدار و منفی بر رشد روانی، عملکرد تحصیلی، سازگاری اجتماعی و سلامت عاطفی فرد بر جای می‌گذارند.

افزون بر این، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پیامدهای بدرفتاری دوران کودکی می‌تواند تا بزرگسالی ادامه یابد و خطر بروز اختلالات روان‌شناختی، مشکلات روابط بین‌فردی و ضعف در مهارت‌های مقابله‌ای را افزایش دهد (مجللی و همکاران، ۲۰۲۱؛ محمدپور و همکاران، ۲۰۲۵). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷) بدرفتاری در کودکی را شامل هر نوع آسیب جسمی، جنسی، عاطفی، بهره‌کشی و بی‌توجهی به نیازهای اساسی افراد زیر ۱۸ سال می‌داند. سوءرفتار جسمی به آسیب عمدی وارد شده از سوی والد یا مراقب اشاره دارد، سوءاستفاده جنسی به هر رفتار جنسی با هدف تأمین خواسته بزرگسال نسبت به کودک اطلاق می‌شود، سوءاستفاده عاطفی

شامل آسیب رساندن به احساسات و ایجاد ترس در کودک است و غفلت به نادیده گرفتن نیازهای اساسی کودک گفته می‌شود (صلواتی و سلبای، ۲۰۲۴). تحقیقات متعدد اثرات مخرب انواع بدررفتاری شامل سوءاستفاده جسمی (هلیس و همکاران، ۲۰۱۶)، عاطفی (تایلو، برونریچ و سارن، ۲۰۱۶)، غفلت (مگور-جک و فانت، ۲۰۱۷) و سوءاستفاده جنسی (چن و همکاران، ۲۰۱۰) را تأیید کرده‌اند. این تجارب معمولاً به آسیب‌های عمیق روانی منجر شده و احساس امنیت و آسایش کودک را در روابط صمیمانه، به‌ویژه در ارتباط با والدین، مختل می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد که بخش عمده آزارها توسط والدین یا افرادی که نقش والد را دارند رخ می‌دهد و کودک ناچار است در این روابط آسیب‌زا باقی بماند (بکس و همکاران، ۲۰۲۳). چنین شرایطی کودکان را در معرض تجربه هیجان‌های منفی مانند شرم و گناه قرار می‌دهد. شرم، احساسی فراگیر و مرتبط با حقارت و بی‌ارزشی است، در حالی که گناه به رفتار نادرست خاص و احساس پشیمانی و تمایل به جبران آن مربوط می‌شود (یان و همکاران، ۲۰۲۳). این هیجان‌ها به‌ویژه زمانی شدت می‌یابند که کودک خود را مسئول رفتارهای آسیب‌زا بداند (سانتودورو و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه بدررفتاری در کودکی از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری مشکلات روانی پایدار در نوجوانی و بزرگسالی است و نقشی تعیین‌کننده در بروز و تداوم افسردگی دارد. افراد دارای سابقه ناملايمات دوران کودکی بیش از دیگران در معرض افسردگی پایدار قرار دارند و روند بهبودشان کندتر است (لابونته و کیلی، ۲۰۲۴). همچنین این تجارب نه تنها با شدت بیشتر افسردگی مرتبط‌اند، بلکه اثربخشی درمان را نیز کاهش می‌دهند (سیکوسکی و همکاران، ۲۰۲۰؛ اسکوآرز و همکاران، ۲۰۲۴).

در اختلال شخصیت مرزی نیز رابطه‌ای قوی میان بدررفتاری دوران کودکی و بروز این اختلال گزارش شده است. میزان تجربه آزار در میان مبتلایان به این اختلال نسبت به سایر اختلالات شخصیتی به‌طور چشمگیری بالاتر است و این تجارب در شکل‌گیری ویژگی‌های شخصیتی و مشکلات هیجانی آنان نقش مهمی دارند (بیرمن، ۲۰۲۳؛ صلواتی و سلبای، ۲۰۲۴). بیش از ۹۰٪ مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی تجربه نوعی سوءاستفاده یا غفلت را گزارش می‌کنند (مک‌تریچ و همکاران، ۲۰۱۵) و شواهد اپیدمیولوژیک نیز ارتباط معناداری بین انواع بدررفتاری و احتمال ابتلا به این اختلال نشان داده است (عفیفی و همکاران، ۲۰۱۱). با وجود شواهد گسترده جهانی درباره نقش مخرب بدررفتاری دوران کودکی، مطالعات داخلی در این زمینه محدود است. از آنجا که اختلالات روانی تحت تأثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی شکل می‌گیرند، انجام پژوهش‌های سبب‌شناختی در فرهنگ‌های مختلف ضرورت دارد. بر این اساس، پژوهش حاضر به بررسی نقش بدررفتاری دوران کودکی در پیش‌بینی احساس شرم و گناه در دو گروه بیماران مبتلا

به افسردگی اساسی و اختلال شخصیت مرزی می‌پردازد. برخی پژوهش‌های بین‌المللی نیز نشان داده‌اند که شدت شرم و گناه بیمارگون در این بیماران نسبت به جمعیت غیربیمار بیشتر است (شیل و همکاران، ۲۰۱۴). این پژوهش به‌طور مشخص به دنبال تبیین نقش بدرفتاری کودکی در آسیب‌شناسی روانی و همچنین بررسی تفاوت‌های احتمالی میان دو گروه بالینی در تجربه هیجان‌های شرم و گناه است. پرسش‌های اصلی این پژوهش عبارتند از: ۱) کدام نوع بدرفتاری دوران کودکی بیشترین ارتباط را با شرم و گناه در هر یک از این اختلالات دارد؟ ۲) کدام نوع بدرفتاری دوران کودکی بیشترین ارتباط را با شدت اختلال در هر گروه (مبتلایان به افسردگی و مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی) دارد؟

روش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و علی‌مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال شخصیت مرزی (بدون همبودی با سایر اختلالات) مراجعه‌کننده به روانپزشکان شهر یزد در سال ۱۴۰۰ در بازه زمانی اردیبهشت تا آبان ماه بود. همچنین گروه کنترل شامل افراد عادی بدون ابتلا به اختلالات روانی ساکن یزد بودند که از مراکز آموزشی و محیط عمومی با رعایت معیارهای ورود انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در هر دو گروه غیرتصادفی، در دسترس و هدفمند بود. برای انتخاب افراد مبتلا، به یک پلی‌کلینیک و دو مطب روانپزشک مراجعه گردید. روش جمع‌آوری داده‌ها به این شکل بود که در یک بازه زمانی ۶ ماهه، پژوهشگر روزانه به کلینیک یا مطب مراجعه می‌نمود. روانپزشک پس از ویزیت فرد مبتلا در صورتی که معیار ورود اولیه را دارا بود ایشان را به پژوهشگر جهت تکمیل پرسشنامه‌ها ارجاع می‌داد. مهمترین معیار ورود که توسط روانپزشک چک می‌گردید عدم همبودی اختلال هر فرد با سایر اختلالات روانی بود. از آنجا که همایندی اختلال شخصیت مرزی با اختلال افسردگی بالا است، انتخاب نمونه و تکمیل پرسشنامه‌ها زمان‌بر شدند. در نهایت از ۱۱۰ فرد مبتلای دارای معیارهای ورود، پرسشنامه‌ها دریافت گردید. ۱۰ پرسشنامه مخدوش کنار گذاشته شد و در نهایت ۵۱ نفر با اختلال افسردگی و ۴۹ نفر با اختلال شخصیت مرزی انتخاب شدند. ۵۰ نفر در گروه کنترل از میان افراد عادی با حفظ تنوع و هم‌تاسازی در حد ممکن انتخاب شدند. جهت اطمینان از عدم ابتلا به اختلال روانی هر یک از افراد گروه کنترل، مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی انجام گرفت. هم‌تاسازی بین گروه‌ها بر اساس سن، تحصیلات و تأهل انجام شد. علاوه بر موارد فوق، ملاک ورود به پژوهش برای هر دو گروه شامل داشتن

سواد و رضایت آگاهانه و معیار خروج نیز پاسخ‌دهی ناقص به پرسشنامه‌ها بود. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی برای توصیف اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه و محاسبه میانگین، واریانس و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به کار برده شده است و برای آمار استنباطی نیز از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است. ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بود از:

مقیاس کودک‌آزاری

مقیاس کودک‌آزاری توسط محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از رستمی و همکاران، (۱۳۹۴) برای سنجش کودک‌آزاری و ادراک کودکان از بدررفتاری‌های خانواده طراحی شده است. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت (از ۰ = هرگز تا ۳ = همیشه) انجام می‌شود. پرسشنامه کودک‌آزاری چهار بعد غفلت، آزار جنسی، آزار جسمی و آزار عاطفی را بررسی می‌کند. این ابزار در ابتدا شامل ۵۴ سؤال بوده و محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) بعد از اجرای تحلیل عاملی، از ۵۴ ماده مقیاس فوق، ۳۸ ماده را که دارای بیشترین همبستگی با متغیرهای مورد اندازه‌گیری بود، بدست آوردند و به منظور بررسی روایی آن، از روش‌های محاسبه روایی محتوا، روایی سازه و روایی ملاکی استفاده کردند. همچنین این محققان برای محاسبه ضریب پایایی مقیاس مذکور از روش محاسبه همبستگی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ) و روش آزمون بازآزمون استفاده کردند. در پژوهش آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کودک‌آزاری، ۰/۹۲ محاسبه گردید. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس مورد نظر از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) ضریب همبستگی آزمون بازآزمون برای خرده مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و جنسی را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بدست آوردند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۴). ضریب آلفای کرونباخ برای کودک‌آزاری در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک ویراست دوم^۱

پرسشنامه افسردگی بک در سال ۱۹۶۳ توسط بک طراحی و در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران بازنگری شد (دسمت و همکاران، ۲۰۰۶). تا با راهنمای تشخیصی و آماری

^۱. beck depression inventory-ii

اختلالات روانی (ویرایش پنجم) همخوانی بیشتری داشته باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی شدت افسردگی شامل ۲۱ ماده است که هر کدام از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل آن بین ۰ تا ۶۳ متغیر است. شدت افسردگی به این ترتیب تعیین می‌شود: نمره ۰ تا ۱۳ برای افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ برای افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ برای افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ برای افسردگی شدید (فایربردار و مورتی، ۱۹۹۸). نسخه دوم این پرسشنامه تمام جنبه‌های افسردگی را بر اساس نظریه شناختی پوشش می‌دهد و مطالعات روان‌سنجی آن نشان می‌دهد که از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است. همچنین نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم، توسط قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) در نمونه‌ای شامل ۱۲۵ دانشجوی ایرانی مورد ارزیابی روان‌سنجی قرار گرفت. نتایج نشان داد این ابزار دارای پایایی درونی مطلوب با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی قابل قبول با ضریب ۰/۷۴ است. برای بررسی روایی همزمان نیز همبستگی افسردگی بک با پرسشنامه افکار خودکار محاسبه شد که نشان‌دهنده همبستگی قوی بین دو ابزار بود. افزون بر این، تحلیل عاملی تأییدی بیانگر آن بود که مدل دو عاملی شامل عامل عاطفی-شناختی و عامل بدنی نسبت به مدل یک‌عاملی برازش بهتری دارد. ضریب همسانی درونی پرسشنامه در تحقیقات مختلف بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. در یک بررسی ایرانی، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۳ به دست آمد (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است.

پرسشنامه شخصیت مرزی^۱

پرسشنامه شخصیت مرزی توسط لیشنرینگ (۱۹۹۹) برای سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده و به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۵۳ ماده است که بر اساس مفهوم کرنبرگ^۲ (۱۹۶۸) و ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش چهارم طراحی شده است. عوامل مورد سنجش شامل آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، آسیب در واقعیت‌آزمایی و ترس از صمیمیت هستند. در نسخه ایرانی، دو سؤال پایانی حذف شده و ۲۰ سؤال به‌عنوان مهم‌ترین سؤالات برای تشخیص شخصیت مرزی در نظر گرفته شده‌اند. اگر نمره فرد در این ۲۰ سؤال بالاتر از ۱۰ باشد، احتمال بالایی برای وجود شخصیت مرزی

^۱. borderline personality inventory

^۲. kernberg

وجود دارد. لیشنرینگ (۱۹۹۹) همسانی درونی با آلفای کرونباخ در دامنه بین ۶۸ درصد تا ۹۱ درصد بود، و پایایی بازآزمایی بین ۷۳ درصد تا ۸۹ درصد را گزارش کرد. همچنین محمدزاده و رضایی (۱۳۹۰) روایی همزمان با ضریب ۷۰ درصد و همبستگی خرده مقیاس ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۷۱ درصد تا ۸۰ درصد و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دونیمه سازی و همسازی درونی به ترتیب ۸۰ درصد، ۸۳ درصد و ۸۵ درصد بدست آمد. کاهیا و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان دادند که نمرات کل و زیرمقیاس های پرسشنامه شخصیت مرزی با نمرات پرسشنامه نگرش های تغذیه ای و پرسشنامه مشکلات هیجانی - رفتاری همبستگی مثبت و معنادار دارند، که تأییدی بر روایی همزمان و سازه ای این ابزار است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ بدست آمده است.

پرسشنامه سنجش هیجان شرم و گناه

این پرسشنامه ۱۴ ماده ای توسط کوهن و همکاران، (۲۰۱۱) برای سنجش هیجان های شرم و گناه طراحی شده است. آزمودنی ها شدت تجربه ذهنی خود را در یک طیف ۷ درجه ای از "اصلاً" تا "به شدت" ارزیابی می کنند. هیجان شرم با کلماتی مانند شرمنده، سرافکننده، احساس حماقت و خجالت و هیجان گناه با کلماتی مانند احساس گناه، عذاب وجدان و پشیمانی سنجیده می شود. این کلمات از پرسشنامه احساسات شخصی (هارد و همکاران، ۱۹۸۷ به نقل از هارد و زالما، ۱۹۹۰) و مقیاس سازگار شده شرم و گناه (هابلیتزل، ۱۹۸۲ به نقل از هارد و زالما، ۱۹۹۰) انتخاب شده اند. تحلیل های روایی سازه پرسشنامه سنجش هیجان شرم و گناه نشان داده است که زیرمقیاس های گناه و شرم، هر یک سازه ای مستقل اما مرتبط را اندازه می گیرند و مدل چهار عاملی برازش بهتری نسبت به مدل ادغام شده دارد. همچنین، همبستگی های مثبت این زیرمقیاس ها با ابزارهای نظری مرتبط (رفتار اخلاقی، خودآگاهی منفی) نشان دهنده روایی همزمان و سازه ای پرسشنامه است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات مختلف نیز به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداخته اند. به عنوان مثال، سگورا و همکاران (۲۰۱۸) در اسپانیا، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های گناه را بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ و برای زیرمقیاس های شرم را بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۶ گزارش کردند. همچنین روایی همگرای این پرسشنامه با مولفه های شرم و گناه پرسشنامه هیجان های خودآگاه به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۷۳ به دست آمده و روایی محتوایی آن نیز بر اساس نظر پنج تن از متخصصان روان شناسی مورد تأیید قرار گرفته است. در ایران نیز، ورمقانی و همکاران (۱۴۰۱) روایی و پایایی این مقیاس را بررسی کردند. همسانی درونی

مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و روایی واگرایی آن با مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا به ترتیب ۰/۳۳ و ۰/۳۰ گزارش شد که نشان‌دهنده مطلوب بودن این دو نوع روایی است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین در مطالعه‌ای مقدماتی با ۴۹ دانشجوی روانشناسی دانشگاه تهران، ۱۴ کلمه با بیشترین نمرات انتخاب شدند. همسانی درونی این مقیاس‌ها با آلفای کرونباخ در این مطالعه برای هیجان گناه (میانگین ۵، انحراف استاندارد ۱/۴۶) ۰/۸۸ و برای هیجان شرم (میانگین ۳/۹۵) انحراف استاندارد ۱/۳۵) ۰/۸۴. به دست آمده است (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲). ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش هیجان شرم و گناه در پژوهش حاضر، ۰/۸۰ به دست آمده است.

نتایج

در این پژوهش در کل ۱۵۰ نفر وارد پژوهش شدند، که از این تعداد در گروه کنترل (۵۱ درصد) ۲۵ نفر زن بودند و (۴۹ درصد) ۲۵ نفر مرد، در گروه مبتلایان به افسردگی اساسی (۵۵ درصد) ۲۸ نفر زن و (۴۵ درصد) ۲۳ نفر مرد و در گروه مبتلا به شخصیت مرزی (۵۱ درصد) ۲۵ نفر زن و (۴۹ درصد) ۲۴ نفر مرد بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه کنترل ۳۳/۳۵، گروه افسردگی ۳۳/۶۵ و گروه شخصیت مرزی ۳۲/۶۷ بود. از نظر وضعیت تأهل در گروه کنترل ۲۰ نفر متأهل و ۳۰ نفر مجرد، گروه افسردگی ۲۵ نفر متأهل و ۲۶ نفر مجرد و در گروه اختلال شخصیت مرزی ۲۱ نفر متأهل و ۲۸ نفر مجرد بودند. در ادامه جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه کنترل		گروه مبتلا به		گروه مبتلایان به اختلال	
گروه‌ها			افسردگی		شخصیت مرزی	
شاخص	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزار جسمی	۹/۵۰	۱/۴۴	۲۰/۳۹	۴/۸۶	۲۵/۲۸	۳/۵۰
آزار جنسی	۱۱/۸۰	۰/۹۴	۱۲/۸۴	۱/۷۸	۱۳/۷۶	۱/۵۴
آزار عاطفی	۱۹/۴۲	۲/۶۳	۲۶/۶۰	۴/۶۴	۳۵/۹۰	۶/۲۲
غفلت	۱۸/۱۸	۳/۶۷	۳۴/۰۴	۶/۱۶	۳۹/۲۹	۷/۲۵

متغیرها گروه‌ها	گروه کنترل	گروه مبتلا به افسردگی	گروه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی
شاخص	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
احساس شرم	۱۶/۶۲	۳۸/۴۹	۴۲/۳۶
احساس گناه	۱۱/۶۸	۲۳/۵۳	۲۱/۵۳
شدت افسردگی	۲/۳۶	۳۸/۷۶	-
شدت اختلال شخصیت مرزی	-	-	۵/۳۷

برای بررسی رابطه بین متغیرها و استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون ابتدا پیش فرض‌های این آزمون‌ها که نرمال بودن توزیع است با آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد. براساس یافته‌های به دست آمده، سطح معناداری در همه متغیرها، دو گروه افسرده و مرزی، بالاتر از ۰/۰۵ بوده و بنابراین داده‌ها نرمال هستند. جدول ۲ سطح معناداری این آزمون را در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۲. سطح معناداری آماره Z در آزمون کولموگراف-اسمیرنوف

شاخص گروه	تجربه جسمی	تجربه جنسی	تجربه عاطفی	غفلت شرم	احساس گناه	احساس شدت اختلال افسردگی	شدت اختلال مرزی
گروه دارای اختلال افسردگی	۰/۰۵۶	۰/۶۵	۰/۶۸	۰/۵۴	۰/۱۲	۰/۱۷	۰/۰۶
گروه دارای اختلال مرزی	۰/۳۱	۰/۲۵	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۳۲	۰/۱۵	-

برای بررسی پیش بینی متغیرهای پژوهش مانند احساس شرم و احساس گناه و شدت اختلال افسردگی و شخصیت مرزی بر اساس بدرفتاری دوران کودکی از آزمون رگرسیون چندگانه با روش اینتر^۱ استفاده شد. نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

^۱. enter

جدول ۳. ضرایب استاندارد رگرسیون چندگانه احساس شرم، احساس گناه و شدت اختلال افسردگی بر اساس بدرفتاری دوران کودکی (آزار جسمی، آزار جنسی، غفلت و آزار عاطفی) در مبتلایان به افسردگی

گروه	متغیر ملاک	متغیر پیش بین	B	β	T	sig	F	Sig-F	R	R ²	Tolerance	VIF
افسردگی	شرم	تجربه غفلت	۰/۶۶	۰/۵۲	۲/۴۲	۰/۰۱	۷/۶۳	۰/۰۰	۰/۶۳	۰/۳۹	۰/۲۷	۳/۵۸
افسردگی	احساس گناه	تجربه غفلت	۰/۴۹	۰/۵۵	۲/۳۰	۰/۰۲	۰/۴۶	۰/۰۰	۰/۷۱	۰/۵۰	۰/۲۷	۳/۵۸
		تجربه آزار عاطفی	۰/۳۰	۰/۳۹	۱/۲۴	۰/۰۴					۰/۲۵	۳/۸۵
افسردگی	شدت اختلال عاطفی	تجربه آزار عاطفی	۰/۷۶	۰/۵۲	۲/۰۹	۰/۰۴	۴/۶	۰/۰۱	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۵	۳/۸۵

مطابق با نتایج جدول ۳ متغیر تجربه غفلت ($\beta = ۰/۵۲$) پیش‌بینی‌کننده معنادار احساس شرم در افراد مبتلا به افسردگی است و می‌توان ۳۹ درصد از تغییرات احساس شرم در افراد مبتلا به افسردگی را تبیین کرد. متغیر تجربه غفلت ($\beta = ۰/۵۵$) و متغیر تجربه آزار عاطفی ($\beta = ۰/۴۰$) پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار احساس گناه در افراد مبتلا به افسردگی هستند و می‌توان ۵۰ درصد از تغییرات احساس گناه در افراد مبتلا به افسردگی را تبیین نمود. از نظر شدت اختلال، متغیر تجربه آزار عاطفی پیش‌بینی‌کننده بود ($\beta = ۰/۵۲$) و ۲۳ درصد از شدت اختلال افسردگی مربوط به تجربه آزار عاطفی در افراد مبتلا به افسردگی است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۴. ضرایب استاندارد رگرسیون چندگانه احساس شرم، احساس گناه و شدت اختلال شخصیت مرزی بر اساس بدرفتاری دوران کودکی (آزار جسمی، آزار جنسی، غفلت و آزار عاطفی) در مبتلایان به شخصیت مرزی

گروه	متغیر ملاک	متغیر پیش بین	B	β	T	sig	F	Sig-F	R	R ²	Tolerance	VIF
شخصیت مرزی	شرم	تجربه آزار جنسی	۰/۳۰	۰/۳۷	۳/۲۸	۰/۰۰۲	۹/۴۷	۰/۰۰۱ ۰/۴۶	۰/۶۸	۰/۹۵	۱/۰۴	
		تجربه آزار عاطفی	۰/۲۶	۰/۳۵	۲/۷۶	۰/۰۰۸				۰/۷۲	۱/۳۷	
		تجربه آزار جسمی	۰/۵۸	۰/۵۵	۳/۷۹	۰/۰۰۱	۱۳/۷۲	۰/۰۰۱ ۰/۵۵	۰/۷۴	۰/۴۷	۲/۰۹	
شخصیت مرزی	شدت اختلال	تجربه آزار جنسی	۰/۱۵	۰/۲۶	۲/۰۲	۰/۰۴				۰/۶۰	۱/۶۵	
		تجربه آزار عاطفی	۰/۹۰	۰/۲۶	۲/۵۹	۰/۰۱	۱۴/۹۱	۰/۰۰۱ ۰/۷۵	۰/۵۷	۰/۹۵	۱/۰۴	
		تجربه آزار جسمی	۰/۴۳	۰/۴۹	۳/۹۴	۰/۰۰۱				۰/۶۰	۱/۶۵	
شخصیت مرزی	شدت اختلال	تجربه آزار عاطفی	۰/۲۳	۰/۳۱	۲/۷۴	۰/۰۰۹				۰/۷۲	۱/۳۷	
		تجربه آزار جنسی										

متغیر تجربه آزار جنسی ($\beta = ۰/۳۷$) و متغیر تجربه آزار عاطفی ($\beta = ۰/۳۵$)، پیش‌بینی -کننده‌های معنادار احساس شرم در افراد مبتلا به شخصیت مرزی هستند و ۴۶ درصد از تغییرات احساس شرم در افراد مبتلا به شخصیت مرزی را تبیین کرد. متغیر تجربه آزار جسمی ($\beta = ۰/۵۵$) و متغیر تجربه غفلت ($\beta = ۰/۲۶$) پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار احساس گناه در افراد مبتلا به شخصیت مرزی هستند و می‌توان ۵۵ درصد از تغییرات احساس گناه در افراد مبتلا به شخصیت مرزی را تبیین کرد. پیش‌بینی‌کننده شدت اختلال در شخصیت مرزی، متغیرهای تجربه آزار جنسی، غفلت و تجربه آزار عاطفی ($\beta = ۰/۳۱$) بود و ۷۵ درصد شدت اختلال را می‌توان تأثیر تجربه این متغیرها در افراد مبتلا به شخصیت مرزی دانست.

جدول ۵. مقایسه تجارب بدرفتاری، شرم و احساس گناه در دوران کودکی در گروه افسرده، مرزی و

کنترل

معناداری	آماره F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات		
۰/۰۰۱	۳۳۰/۹۵	۳۲۷/۵۳	۲	۶۵۴۱/۰۶	آزار	بین گروهی
		۱۲/۴۴	۱۴۶	۱۸۱۷/۵۱	جسمی	درون گروهی
			۱۴۸	۸۳۵۸/۵۸	کل	
۰/۰۰۱	۲۲/۰۳	۴۷/۹۴	۲	۹۵/۸۹	آزار	بین گروهی
		۲/۱۷	۱۴۶	۳۱۷/۷۵	جنسی	درون گروهی
			۱۴۸	۴۱۳/۶۴	کل	
۰/۰۰۱	۱۷۴/۹۸	۶۰۳۱/۰۵	۲	۱۲۰۶۲/۱۱۳	آزار	بین گروهی
		۳۴/۴۶	۱۴۶	۵۰۳۲/۱۵	عاطفی	درون گروهی
			۱۴۸	۱۷۰۹۴/۲۶	کل	
۰/۰۰۱	۱۶۰/۳۸	۳۴۴۸/۳۰	۲	۶۸۹۶/۶۰	غفلت	بین گروهی
		۲۱/۵۰	۱۴۶	۳۱۳۹/۰۴		درون گروهی
			۱۴۸	۱۰۰۳۵/۶۵	کل	
۰/۰۰۱	۳۵۷/۲۴	۹۶۰۰/۱۹	۲	۱۹۲۰۰/۳۹	شرم	بین گروهی
۰/۰۰۱		۲۶/۸۷	۱۴۶	۳۹۲۳/۴۷		درون گروهی
			۲۴۸	۲۳۱۲۳/۸۶	کل	
۰/۰۰۱	۱۶۸/۸۹	۱۹۱۷/۰۴	۲	۳۸۳۴/۰۸	احساس	بین گروهی
۰/۰۰۱		۱۱/۳۵	۱۴۶	۱۶۵۷/۱۸	گناه	درون گروهی
			۱۴۸	۵۴۹۱/۲۶	کل	

همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌گردد، تجارب بدرفتاری در دوران کودکی (آزار جسمی) در سه گروه افسرده، مرزی و گروه کنترل به صورت معنی‌داری متفاوت است ($p < 0.001, F = 330.95$). همچنین تجارب بدرفتاری در دوران کودکی (آزار جنسی) در سه گروه افسرده، مرزی و گروه کنترل به صورت معنی‌داری متفاوت است ($p < 0.001, F = 22.03$). بقیه جزئیات آزمون تحلیل واریانس در جدول ۴ نشان داده شده است. جهت بررسی اینکه کدام گروه میانگین بیشتری از این تجارب بدرفتاری در دوران کودکی را دارا هستند و تفاوت بین گروه‌ها چگونه است، نتایج آزمون توکی (HSD) در ادامه گزارش شده است. مقایسه‌های آزمون تعقیبی توکی نشان داد که میانگین نمره‌های گروه مبتلایان به شخصیت مرزی در متغیر آزار جسمی ($M = 25.28$) با گروه افسردگی

($M=20/39$) و گروه کنترل ($M=9/34$) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و گروه مبتلا به شخصیت مرزی بیشترین میانگین را داشت. در متغیر آزار جنسی نیز میانگین نمره‌های گروه مبتلایان به شخصیت مرزی ($M=13/74$) با گروه افسردگی ($M=12/48$) و گروه کنترل ($M=11/79$) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و گروه مبتلا به شخصیت مرزی بیشترین میانگین را داشت. همچنین در متغیر آزار عاطفی میانگین نمره‌های گروه مبتلایان به شخصیت مرزی ($M=39/29$) با گروه افسردگی ($M=34/04$) و گروه کنترل ($M=18/02$) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و گروه مبتلا به شخصیت مرزی بیشترین میانگین را داشت و در متغیر غفلت میانگین نمره‌های گروه مبتلایان به شخصیت مرزی ($M=35/90$) با گروه افسردگی ($M=26/60$) و گروه کنترل ($M=19/16$) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و گروه مبتلا به شخصیت مرزی بیشترین میانگین را داشت. در متغیر شرم میانگین نمره‌های گروه مبتلایان به شخصیت مرزی ($M=42/22$) با گروه افسردگی ($M=38/49$) و گروه کنترل ($M=16/37$) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و گروه مبتلا به شخصیت مرزی بیشترین میانگین را داشت و در متغیر احساس گناه میانگین نمره‌های گروه مبتلایان به شخصیت مرزی ($M=23/53$) با گروه افسردگی ($M=21/59$) و گروه کنترل ($M=11/91$) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و گروه مبتلا به شخصیت مرزی بیشترین میانگین را داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش بدررفتاری دوران کودکی در پیش‌بینی شرم و گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد تجربه غفلت پیش‌بینی‌کننده معنادار احساس شرم در افراد افسرده است و ۳۹ درصد از تغییرات آن را تبیین می‌کند. همچنین تجربه غفلت و آزار عاطفی پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار احساس گناه در این بیمارانند و ۵۰ درصد از تغییرات احساس گناه را توضیح می‌دهند. این یافته‌ها با نتایج ژانگ و همکاران (۲۰۲۵)، محمدپور و همکاران (۲۰۲۵)، بیرمن (۲۰۲۳) و هامفریس و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت کودکانی که غفلت را تجربه می‌کنند، در بزرگسالی بیشتر مستعد افسردگی و هیجان‌های منفی مرتبط با آن هستند. احساس شرم که اغلب با کناره‌گیری اجتماعی، خودسرزنی و الگوهای تفکر منفی همراه است به‌عنوان یکی از عوامل خطر افسردگی شناخته می‌شود و پنهان‌سازی آن می‌تواند به تشدید ناراحتی هیجانی بینجامد (سانتارو و همکاران، ۲۰۲۵). افزون بر این، شرم با تغییرات زیستی مانند افزایش

سیتوکین‌های پیش‌التهابی و اختلال در ریتم کورتیزول مرتبط است که خطر علائم افسردگی را افزایش می‌دهد (اسلاویچ و همکاران، ۲۰۲۰).

کودکانی که انواع بدرفتاری را تجربه می‌کنند، به‌ویژه زمانی که نسبت به مراقبان خود احساسات متناقض دارند، بیشتر مستعد شکل‌گیری احساس گناه هستند. تجربه غفلت، آزار جنسی یا تنبیه بدنی می‌تواند کودک را در چرخه‌ی وابستگی به فرد آسیب‌رسان قرار دهد و احساس درماندگی و گناه را تقویت کند. برخی کودکان نیز ممکن است رفتارهای آزاردهنده را درونی کنند و این فرایند مشابه همانندسازی با متجاوز به افزایش گناه در بزرگسالی منجر شود (سلطان‌لیو و لاهو، ۲۰۲۳). پیام‌های منفی و آسیب‌زای والدین در بدرفتاری عاطفی، کودک را بد یا ناخواسته معرفی می‌کند و این پیام‌ها معمولاً به درونی‌سازی گناه و شرم می‌انجامد؛ هیجان‌هایی که حتی پس از توقف سوءرفتار نیز باقی می‌مانند. شواهد نشان می‌دهد شرم و آسیب اخلاقی نقش واسطه‌گر مهمی در پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بدرفتاری دوران کودکی دارند (بکیس و همکاران، ۲۰۲۳؛ لاونته و کلی، ۲۰۲۵). شرم و گناه از مؤلفه‌های کلیدی آسیب‌شناسی روانی به‌شمار می‌آیند و در افرادی با سابقه‌ی تجربیات آسیب‌زا با شدت بیشتری مشاهده می‌شوند. این هیجان‌ها با افزایش نشانه‌های افسردگی، تداوم خلق پایین و مشکلات هویتی مرتبط‌اند (اسکوارزی و همکاران، ۲۰۲۴). افراد افسرده معمولاً اشتباهات کوچک را بزرگ می‌کنند، دچار خودسرزنی شدید می‌شوند و در برابر ناکامی‌ها احساس گناه و ناامیدی بیشتری تجربه می‌کنند؛ الگویی که در زمینه بدرفتاری دوران کودکی تشدید می‌شود (یوان و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین پژوهش‌های کیفی جدید نشان داده‌اند که تجربه تروما در کودکی می‌تواند در بزرگسالی به تداوم الگوهای خودسرزنی و شکل‌گیری طرح‌واره‌های منفی درباره خود منجر شود (اوسی‌سارپونگ، ۲۰۲۵).

در ادامه نتایج پژوهش نشان داد که تجربه آزار جنسی و آزار عاطفی پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار احساس شرم در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند و ۴۶ درصد از واریانس احساس شرم را تبیین می‌کنند. همچنین آزار جنسی و غفلت پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار احساس گناه در این افراد هستند و ۵۵ درصد از تغییرات احساس گناه را توضیح می‌دهند. شرم یکی از پیامدهای مهم سوءاستفاده جنسی در کودکی است و به‌صورت تجربه‌ای فراگیر از بی‌ارزشی، نقص و ناتوانی بروز می‌کند. این احساس پایدار می‌تواند بر روابط اجتماعی، حل مسئله و واکنش‌های بین‌فردی اثرات منفی بر جای بگذارد. پژوهش‌ها تأکید می‌کنند که شرم نقش مهمی در آسیب‌شناسی روانی و شکل‌گیری الگوهای ناسازگار دارد (اصغری‌زاده و همکاران، ۲۰۲۳؛ صلواتی و سلبای، ۲۰۲۴). همچنین شرم با خودسرزنی، کاهش ارزشمندی و اختلال

در خودآگاهی مرتبط است و می‌تواند منجر به کناره‌گیری اجتماعی و ترس از طرد شود؛ به‌ویژه در سال‌های کودکی که هویت در حال شکل‌گیری است (بیرمن، ۲۰۲۳). شواهد نشان می‌دهند که شرم نه‌تنها با سابقه بدرفتاری مرتبط است، بلکه به‌عنوان متغیر میانجی در ایجاد آسیب‌های بعدی از جمله رفتارهای خودآزارانه عمل می‌کند (محمدپور و همکاران، ۲۰۲۵).

در اختلال شخصیت مرزی، شرم هیجانی بنیادی است و می‌تواند رفتارهایی چون خودآسیب‌رسانی، خشم شدید، تکانشگری و اقدام به خودکشی را تسهیل کند. افراد این گروه به دلیل حساسیت زیاد هیجانی و تجربه بی‌اعتباری محیطی، شرم را شدیدتر احساس می‌کنند و اغلب برای پنهان‌سازی آن به واکنش‌هایی مانند خشم یا سرزنش متوسل می‌شوند. پژوهش‌های اخیر نیز این نقش محوری شرم را در الگوهای ناسازگار مرزی تأیید کرده‌اند (کاهایا و همکاران، ۲۰۲۲). تجربه آزار جنسی و غفلت می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری احساس گناه شود. قربانیان ممکن است به دلیل تعارض میان وابستگی به مراقب و خشم یا ترس از او، خود را مسئول رخداد آسیب بدانند. این فرایند اغلب با وارونگی نقش‌ها در خانواده همراه است؛ به‌طوری‌که کودک احساس می‌کند باید بار مشکلات والدین را به دوش بکشد. قربانیان سوءاستفاده جنسی نیز ممکن است تصور کنند در وقوع آزار نقش داشته‌اند و خود را ناکام یا ناتوان در محافظت از خود ببینند. این گناه‌پنداری با درونی‌سازی جنبه‌های منفی مراقب سازگار است؛ آن‌گونه که فیبرن توضیح می‌دهد، کودک برای حفظ تصویر مراقب خوب، جنبه‌های آسیب‌زا را به خود نسبت می‌دهد. مطالعات جدید نشان می‌دهند که گناه، شرم و آسیب‌دیدگی اخلاقی میانجی مهمی بین بدرفتاری دوران کودکی و بروز ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی هستند و با ناتوانی در تنظیم هیجان ارتباط دارند (یوان و همکاران، ۲۰۲۳؛ بیکی و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین پژوهش‌ها بیان می‌کنند که کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی می‌تواند پیوند میان شرم، افسردگی و مشکلات هویتی را تقویت کند (اسکوارزر و همکاران، ۲۰۲۴؛ کیلی و همکاران، ۲۰۲۴).

نتایج پژوهش نشان داد که تجربه آزار عاطفی پیش‌بینی‌کننده معنادار شدت افسردگی در افراد مبتلا به این اختلال است و ۲۳ درصد از واریانس شدت افسردگی را تبیین می‌کند. همچنین آزار جنسی، آزار عاطفی و غفلت پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار شدت اختلال شخصیت مرزی هستند و ۷۵ درصد از تغییرات این اختلال را توضیح می‌دهند. این یافته‌ها با نتایج پورتر و همکاران (۲۰۲۰)، داکوینو فریرا و پیرا (۲۰۱۸)، کریست و همکاران (۲۰۱۹)، لی و همکاران (۲۰۲۰) و گاردنر، توماس و ارکسین (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که کودک‌آزاری یکی از عوامل اصلی آسیب‌های روانی بزرگسالی است و می‌تواند به افسردگی، اضطراب و رفتارهای خودکشی منجر شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سوءاستفاده عاطفی

بیشترین تأثیر را در مقایسه با سایر انواع بدرفتاری بر بروز افسردگی دارد (مارتین و همکاران، ۲۰۱۴). پیام‌های منفی و تحقیرکننده‌ای که کودک در این شرایط دریافت می‌کند به تدریج درونی‌سازی شده و به ایجاد سبک‌های شناختی منفی و افسردگی می‌انجامد (گیب و آلو، ۲۰۰۶). همچنین نقص در تنظیم هیجان، که پیامد مستقیم بی‌توجهی و بدرفتاری عاطفی است، آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی را افزایش می‌دهد (ویلنا-چرچیل و گلدشتاین، ۲۰۱۴؛ گولر، ۲۰۲۱). اختلال شخصیت مرزی نیز به‌طور گسترده با سوءتجارب دوران کودکی از جمله آزار عاطفی، جسمی و جنسی و غفلت ارتباط دارد. براساس مدل زیستی-اجتماعی لینهان (۱۹۹۳)، این اختلال نتیجه تعامل عوامل زیستی (مانند دشواری در تنظیم هیجان) و محیط‌های تربیتی ناکارآمد و بی‌اعتبارساز است. چنین تجربه‌هایی می‌توانند منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه شوند و در بزرگسالی شدت ویژگی‌های شخصیت مرزی را افزایش دهند. استفاده از استراتژی‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان مانند نشخوار فکری، سرزنش خود و سرزنش دیگران، شدت علائم مرزی را بیشتر می‌کند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله امکان سوگیری پاسخ‌ها به دلیل تأثیر ارزش‌ها و باورهای شخصی شرکت‌کنندگان، دشواری تمایز بین احساس گناه و شرم، کمبود ابزارهای متناسب با فرهنگ، حجم نمونه محدود و فقدان امکان مقایسه جنسیتی. همچنین احتمال سوگیری در پاسخ به سؤالات مربوط به مسائل جنسی وجود داشت. برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود مطالعات کیفی با مصاحبه‌های عمیق انجام شود تا تجربه‌های بدرفتاری دوران کودکی در مبتلایان به افسردگی و شخصیت مرزی بهتر درک شود. همچنین بررسی پروفایل‌های مختلف شرم و گناه در انواع کودک‌آزاری می‌تواند روشن کند کدام الگوهای هیجانی بیشترین نقش را در بروز افسردگی و ویژگی‌های شخصیت مرزی دارند. بررسی متغیرهای واسطه‌ای و تعدیل‌گر متنوعی مانند طرحواره‌های شناختی و هیجانی، بازشناسی و سوگیری هیجانی میان فردی، سوء مصرف مواد و دارو، هوش و انعطاف‌پذیری شناختی و همچنین، مطالعه نقش فرایندهای ذهنی‌سازی به‌عنوان میانجی بین بدرفتاری اولیه و هیجان‌های خودآسیب‌زا می‌تواند درک عمیق‌تری از سازوکارهای زیربنایی این اختلالات فراهم کند. مطالعاتی با نمونه گسترده‌تر که بتواند تأثیرات انواع بدرفتاری را به تفکیک بررسی کند می‌تواند نتایج جالبی به همراه داشته باشد زیرا در بسیاری از موارد چندین نوع بدرفتاری به طور همزمان بر کودکان وارد می‌شود. همچنین بررسی تأثیرات بدرفتاری عاطفی و غفلت به‌طور ویژه‌تر می‌تواند حائز اهمیت فراوانی باشد چرا که بسیاری از پژوهش‌هایی که به تأثیر تروماهای کودکی می‌پردازند بر آزار جنسی و جسمی (بنابر تعریف DSM از

تروما) متمرکز هستند و آزار عاطفی- روانشناختی و غفلت کمتر مورد توجه قرار می گیرد. علاوه بر این، انجام پژوهش‌های مداخله‌ای که در آن مداخلات مبتنی بر خودشفقتی با مداخلات استاندارد تنظیم هیجان مقایسه شوند، می‌تواند به توسعه راهبردهای درمانی کارآمدتر برای کاهش شرم و گناه ناسازگار در این گروه از بیماران کمک کند.

موازن اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچ‌گونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است.

مشارکت نویسندگان

تمامی مراحل پژوهش با همکاری هر چهار نویسنده و با مشارکتی مسئولانه از جانب نویسندگان، سرانجام یافته است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان که برای به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. [[Link](#)]
- Antonijevic, I. A. (2006). Depressive disorders—is it time to endorse different pathophysiology's? *Psych neuroendocrinology*, 31(1), 1-15. [[Link](#)]
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H., & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of psychiatric research*, 45(6), 814-822. [[Link](#)]

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. *Text Revision, DSM-IV-TR*. [\[Link\]](#)
- Anderson, P. L., Tiro, J. A., Price, A. W., Bender, M. A., & Kaslow, N. J. (2002). Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 131-138. [\[Link\]](#)
- Asgarizadeh, A., Sharp, C. & Ghanbari, S. (2023). Shame-coping clusters: comparisons regarding attachment insecurities, mentalizing deficits, and personality pathology, controlling for general emotion dysregulation. *borderline personal disord emot dysregul* 10, 25. [\[Link\]](#)
- Beck AT, & Freeman A. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. *New York: The Guilford Press*. [\[Link\]](#)
- Békés, V., Szabó, D., Lévy, E. E., Salgó, E., & Unoka, Z. (2023). Moral injury and shame mediate the relationship between childhood trauma and borderline personality disorder, PTSD, and complex PTSD symptoms in psychiatric inpatients. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 37(4), 406–420. [\[Link\]](#)
- Biermann, M. (2023). *Shame, self-criticism and fears of compassion in borderline personality disorder* (Inaugural dissertation, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg). Heidelberg. [\[Link\]](#)
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., ... & Ziraqzadeh, A. (2010, July). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. In *Mayo clinic proceedings* (Vol. 85, No. 7, pp. 618-629). Elsevier. [\[Link\]](#)
- Christ, C., De Waal, M. M., Dekker, J. J., van Kuijk, I., Van Schaik, D. J., Kikkert, M. J., ... & Messman-Moore, T. L. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS One*, 14(2), e0211882. [\[Link\]](#)
- Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 947-966. [\[Link\]](#)
- De Aquino Ferreira, L. F., Pereira, F. H. Q., Benevides, A. M. L. N., & Melo, M. C. A. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: a systematic review. *Psychiatry research*, 262, 70-77. [\[Link\]](#)
- Fairbairn, W.R. (1954). *Psychological Studies of the Personality*. *Routledge and Kegan Paul*, London. [\[Link\]](#)

- Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child maltreatment*, 10(4), 337-349. [[Link](#)]
- Fairbrother, N., & Moretti, M. (1998). Sociotropy, autonomy, and self-discrepancy: Status in depressed, remitted depressed, and control participants. *Cognitive Therapy and Research*, 22(3), 279-297. [[Link](#)]
- Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(21), 2037-2042. [[Link](#)]
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 373(9657), 68-81. [[Link](#)]
- Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 96, 104082. [[Link](#)]
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2025). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II-Persian). *Depression and Anxiety*, 21(4), 185-192. [[Link](#)]
- Guler, D. (2022). Childhood psychological maltreatment and depressive symptoms: parallel-serial mediating effects of certain psychological factors. *Current psychology*, 41 (2), 1-11. [[Link](#)]
- Göttlich, M., Westermair, A. L., Beyer, F., Bußmann, M. L., Schweiger, U., & Krämer, U. M. (2020). Neural basis of shame and guilt experience in women with borderline personality disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 270(8), 979-992. [[Link](#)]
- Harper, J. M. (2011). Regulating and coping with shame. *Re-constructing emotional spaces: From experience to regulation*, 189-206. [[Link](#)]
- Harder, D. W., Lewis, S. J., Butcher, J. N., & Spielberger, C. D. (1987). The assessment of shame and guilt. *Advances in personality assessment*, 6, 89-114. [[Link](#)]
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3). [[Link](#)]
- 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, 104361. [[Link](#)]
- Jafari R. Child abuse reports [Internet]. Tehran: Fars News; 2017 [cited 2018 Oct 8]. Available from: <https://www.farsnews.com/news> [Persian]. [[Link](#)]

- Kahya, Y., Munguldar, K., & Gun, M. (2022). Examination of the psychometric properties of the Borderline Personality Inventory in an adolescent sample. *Studies in Psychology-Psikoloji Calismalari Dergisi*, 42(2). [\[Link\]](#)
- Kugler, K., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of personality and Social Psychology*, 62(2), 318. [\[Link\]](#)
- Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 600-619. [\[Link\]](#)
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. [\[Link\]](#)
- Kilborne, B. (1999). When trauma strikes the soul: Shame, splitting, and psychic pain. *American Journal of Psychoanalysis*, 59(4), 385-402. [\[Link\]](#)
- Labonté, L.E., Kealy, D. Linking childhood maltreatment and depressive symptoms: identity, shame, and age effects. *Curr Psychol* 43, 11904–11913 (2024). [\[Link\]](#)
- Liu, R. T. (2017). Childhood adversities and depression in adulthood: current findings and future directions. *Clinical psychology: science and practice*, 24(2), 140-153. [\[Link\]](#)
- Li, D., Chu, C. M., & Lai, V. (2020). A developmental perspective on the relationship between child sexual abuse and depression: A systematic and meta-analytic review. *Child abuse review*, 29(1), 27-47. [\[Link\]](#)
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (Vol. 29). New York: Guilford press. [\[Link\]](#)
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63. [\[Link\]](#)
- Martins, C. M. S., Baes, C. V. W., de Carvalho Tofoli, S. M., & Juruena, M. F. (2014). Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(11), 774-782. [\[Link\]](#)
- Mathews, B., Pacella, R., Dunne, M. P., Simunovic, M., & Marston, C. (2020). Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. *PloS one*, 15(1), e0227884. [\[Link\]](#)
- Maguire-Jack, K., & Font, S. A. (2017). Community and individual risk factors for physical child abuse and child neglect: Variations by poverty status. *Child maltreatment*, 22(3), 215-226. [\[Link\]](#)

- Mohammadzadeh, A., & Rezaei, A. (2011). Validation of the Borderline Personality Inventory in the Iranian population. *Journal of Behavioral Sciences*, 5(3), 269–277. (Persian). [[Link](#)]
- Morris, M. C., Kouros, C. D., Fox, K. R., Rao, U., & Garber, J. (2014). Interactive models of depression vulnerability: The role of childhood trauma, dysfunctional attitudes, and coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 245–263. [[Link](#)]
- McFetridge, M. A., Milner, R., Gavin, V., & Levita, L. (2015). Borderline personality disorder: patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *BJPsych open*, 1(1), 18–20. [[Link](#)]
- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: a meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European psychiatry*, 30(6), 665–680. [[Link](#)]
- Mohammadpour, F., Mohajerin, B., Sam Kianimoghadam, A., & Sarani Yaztappeh, J. (2025). The relation between adverse childhood events and self-harm with the mediating roles of shame and self-disgust. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 14(1), e154506. [[Link](#)]
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96–104. [[Link](#)]
- Osei Sarpong, P. (2025). Exploring the lived experiences of adults with personality disorders arising from childhood trauma: Understanding the connection between childhood trauma and the development of personality disorders in adulthood (Doctoral dissertation, Liberty University). Liberty University. [[Link](#)]
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. [[Link](#)]
- Rostami, M., Sa'adati, N., & Qazal-Saflou, M. (2015). The relationship between childhood abuse experiences, coping strategies, and early maladaptive schemas. *Journal of Mental Health Principles*, 17(6), 269–277. (Persian). [[Link](#)]
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). Textbook of psychiatry.
- Saeedi, Z., Ghorbani, N., Sarafriz, M. R., & Sharifian, M. H. (2013). The effect of self-compassion and self-esteem induction on the experience of shame and guilt. *Contemporary Psychology Journal*, 8(1), 91–102. (Persian). [[Link](#)]
- Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P., & Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment,

- shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 276, 667-677. [[Link](#)]
- Santoro G, Sideli L, Musetti A, Schimmenti A. (2025). The Relationship Between Childhood Trauma and Shame: The Mediating Role of Dissociation. *Eur J Investig Health Psychol Educ*, 7;15(8):151. [[Link](#)]
- Slavich GM, Giletta M, Helms SW, Hastings PD, Rudolph KD, Nock MK, Prinstein MJ. (2020). Interpersonal life stress, inflammation, and depression in adolescence: Testing Social Signal Transduction Theory of Depression. *Depress Anxiety*, 37(2):179-193. [[Link](#)]
- Sultana Eliav, A., & Lahav, Y. (2023). Posttraumatic Growth, Dissociation and Identification with The Aggressor Among Childhood Abuse Survivors. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(3), 410-425. [[Link](#)]
- Scheel, C. N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., Brodführer, A., Matthies, S., Hermann, C., & Jacob, G. A. (2014). Do patients with different mental disorders show specific aspects of shame? *Psychiatry research*, 220(1-2), 490-495. [[Link](#)]
- Salavati, M., Selby, E.A. (2024). Childhood Maltreatment and Borderline Personality Disorder. In: *Theories of Borderline Personality Disorder*. Springer, Cham. [[Link](#)]
- Schwarzer, N.-H., Nolte, T., Fonagy, P., Feigenbaum, J., King-Casas, B., Rüfenacht, E., Gengelmaier, S., Leibowitz, J., Pilling, S., & Montague, P. R.; London Personality and Mood Disorder Research Network. (2024). Linking mentalizing capacity, shame, and depressive symptoms in the context of childhood maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 163, 107787. [[Link](#)]
- Stolper, E., Verdenius, J. P., Dinant, G. J., & van de Wiel, M. (2020). GPs' suspicion of child abuse: how does it arise and what is the follow-up? *Scandinavian journal of primary health care*, 38(2), 117-123. [[link](#)]
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child abuse & neglect*, 59, 1-12. [[Link](#)]
- Vilhena-Churchill, N., & Goldstein, A. L. (2014). Child maltreatment and marijuana problems in young adults: Examining the role of motives and emotion dysregulation. *Child abuse & neglect*, 38(5), 962-972. [[Link](#)]
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals*. World Health Organization. [[Link](#)]
- Wilson, H. W., & Widom, C. S. (2010). The role of youth problem behaviors in the path from child abuse and neglect to prostitution: A prospective examination. *Journal of research on adolescence*, 20(1), 210-236. [[Link](#)]

- World Health Organization. (2017). *Together on the road to universal health coverage: A call to action* (17.1). World Health Organization. [[Link](#)]
- Yuan, Y., Lee, H., Newhill, C.E. *et al.* Differential associations between childhood maltreatment types and borderline personality disorder from the perspective of emotion dysregulation. *bord personal disord emot dysregul* 10, 4 (2023). [[Link](#)]
- Zhang H, Wang X, Zhang Q, Zhao M, Wang Y. (2025). The association between child maltreatment and shame: A meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 167:107557. [[Link](#)]

