The Mediator Role of Difficulty in Emotion Regulation in Relation between Child Maltreatment History and Borderline and Antisocial Personality Disorders among Inmates Female

Farokh Arjmandi
Ph.D Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad Univercity, North Tehran Branch, Tehran, Iran.

Mohsen Ahmadi Tahour Soltani
Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Associate Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author):

m.ahmaditahour@gmail.com

Hosseini Bigdeli
Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tehran East Branch, Tehran, Iran.

Received: 2024/06/28
Accepted: 2024/10/29

Doi: 10.22034/12.4.8

ABSTRACT

Background and Objectives: A history of child maltreatment is strongly associated with many mental disorders including personality disorders. The aim of present study was investigation the mediator role of difficulty in emotion regulation in relation between border line personality and antisocial disorders among female prisoners.

Materials and Methods: This descriptive-correlational cross-sectional study was conducted on a sample of 259 Iranian prisoners' women in 2023. Randomize sampling method was use for data gathering. The data of this research was collected by using 4 scales of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), borderline personality scale (STB) and Levenson Self-Report Psychopathy Scale. Data was analyzed using SPSS.24 and AMOS.24 software.

Results: The results showed that the history of childhood maltreatment had the highest correlation with Difficulty in Emotion Regulation ($p<0.001$, $r=0.718$) and the lowest correlation with antisocial personality disorder ($r=0.169$, $p<0.001$), Also, there is a significant relationship between difficulty in emotion regulation with borderline personality disorder ($p<0.001$, $r=0.618$) and antisocial personality disorder ($p<0.001$, $r=0.323$). The results of the path analysis showed that the difficulty in emotion regulation plays a mediating role in the relationship between childhood maltreatment history and borderline personality disorder and borderline personality disorder has a mediating role in the relationship between difficulty in emotion regulation and antisocial personality disorder.

Conclusion: These findings showed that difficulty in emotion regulation is an important mechanism that can explain the negative effects of childhood traumas on personality disorders.

Keywords: Child Maltreatment, Emotion Regulation, Borderline Personality Disorders, Antisocial Personality Disorders

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Paper Type: Research Article.

▶ **Citation (Vancouver):** Arjmandi F, Ahmadi Tahour Soltani M, Bigdeli H. The Mediator Role of Difficulty in Emotion Regulation in Relation between Child Maltreatment History and Borderline and Antisocial Personality Disorders among Inmates Female. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Winter 2025); 13(1): 417-428.

▶ **Citation (APA):** Arjmandi F., Ahmadi Tahour Soltani M., Bigdeli H. (Winter 2025). The Mediator Role of Difficulty in Emotion Regulation in Relation between Child Maltreatment History and Borderline and Antisocial Personality Disorders among Inmates Female. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion*., 13(1), 417-428.

نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در ارتباط بین سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی با اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی زنان زندانی

فرخ ارجمندی
دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

محسن احمدی‌طهورسلطانی
* مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران. (نویسنده مسئول):
m.ahmaditahour@gmail.com

حسین بیگدلی
استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شرق، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: سابقه‌ی بدرفتاری در دوران کودکی به شکل موثری با بسیاری از اختلالات روان ازجمله اختلالات شخصیت مرتبط است. هدف از مطالعه‌ی حاضر بررسی نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در ارتباط بین سابقه‌ی بدرفتاری در دوران کودکی با اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی از نوع توصیفی-همبستگی روی نمونه‌ی ۲۵۹ نفری از زنان زندانی ایرانی در سال ۱۴۰۲ انجام شد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، تصادفی ساده بود. داده‌های این پژوهش با استفاده از ۴ مقیاس پرسشنامه‌ی ضربه کودکی(CTQ)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS)، مقیاس شخصیت مرزی (STB) و مقیاس خودگزارشی سایکوپاتی لونسون جمع‌آوری شد. داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS.24 و AMOS.24 تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی بیشترین همبستگی را با دشواری در تنظیم هیجان (r=۰/۷۱۸ ،p<۰/۰۰۱) و کمترین همبستگی را با اختلال شخصیت ضداجتماعی (r=۰/۱۶۹ ،p<۰/۰۰۱) دارد، هم‌چنین بین دشواری در تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی (r=۰/۶۱۸ ،p<۰/۰۰۱) و اختلال شخصیت ضداجتماعی (r=۰/۳۲۳ ،p<۰/۰۰۱) رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان نقش واسطه‌ای در رابطه‌ی بین سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی با اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت مرزی، نقش واسطه‌ای در رابطه‌ی دشواری در تنظیم هیجان و اختلال شخصیت ضداجتماعی دارد.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان دادند که دشواری در تنظیم هیجان، مکانیسم مهمی است که می‌تواند تبیین‌کننده‌ی اثرات منفی تروماهای کودکی بر روی اختلالات شخصیت باشد.

کلیدواژه‌ها: بدرفتاری در کودکی، تنظیم هیجان، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضداجتماعی
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◄ **استناد (ونکوور):** ارجمندی ف، احمدی‌طهورسلطانی م، بیگدلی ح. نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در ارتباط بین سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی با اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی زنان زندانی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۴۰۳؛۱۳(۱):۴۱۷-۴۲۸ .

◄ **استناد (APA):** ارجمندی، فرخ؛ احمدی‌طهورسلطانی، محسن؛ بیگدلی، حسین. (زمستان ۱۴۰۳). نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در ارتباط بین سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی با اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی زنان زندانی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱۳(۱):۴۱۷-۴۲۸.

مقدمه

زندانیان، جمعیت ویژه و دارای نرخ شیوع بالای اختلالات روانی، اختلالات شخصیت و مشکلات مرتبط با آن‌ها از قبیل سوء مصرف مواد و الکل در ایران و سرتاسر جهان هستند (۱). اختلال شخصیت مرزی (BPD)[1] و اختلال شخصیت ضداجتماعی (ASPD)[2] دو اختلال شایع در بین اختلالات شخصیت هستند که به‌شدت با ارتکاب به جرم مرتبط می‌باشند (۲, ۳). ASPD به‌وسیله‌ی انجام رفتارهای غیرقانونی، پرخاشگری، رفتارهای فریبکارانه و تکانشی مشخص می‌شود (۴)، BPD به‌وسیله‌ی عدم ثبات در تنظیم هیجان، ارتباط میان‌فردی و خودآگاهی، رفتار پرخاشگرانه تکانشی و تمایل مزمن به خودکشی مشخص می‌شود (۵). خصیصه‌های اصلی BPD ازقبیل عدم ثبات عاطفی، اختلال هویت، خودآسیبی تکانشی[3]، و مشکلات ارتباطی، معمولا در نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع می‌شوند (۶). ASPD همواره مشکل جدی در جوامع انسانی بوده و در دو سطح فردی و اجتماعی مسئله برانگیز است (۷).

شکل‌گیری ASPD و BPD با عوامل بسیاری مرتبط است، عوامل زیستی، روانشناختی و آسیب‌های مغزی همگی اثرات مهمی روی شروع این اختلالات دارند (۸). از بین عوامل روانشناختی، نقشی که ترومای کودکی در ایجاد ASPD و BPD بازی می‌کند توسط تحقیقات بسیاری تائید شده است (۹-۱۲). افراد زندانی که از تجارب دردناک کودکی رنج می‌برند به‌احتمال بیشتری تشخیص اختلال ذهنی می‌گیرند، یا دارای رفتارهای خودآسیبی و اقدام به خودکشی هستند و در حالی‌که در زندان هستند از سلامت روانی پایینی برخوردارند (۱۳). مطالعه‌ای طولی در ایالات‌متحده نشان داد، زمانی که عوامل سن، نژاد، جنسیت و وضعیت اجتماعی خانواده کنترل شدند، کودکان مورد سوءاستفاده و غفلت واقع گرفته به‌احتمال بیشتری مبتلا به ASPD در بزرگسالی خواهند شد (۱۴)، هم‌چنین بیماران مبتلا به BPD نوعا حوادث آسیب‌زایی در کودکی تجربه کرده‌اند، از مرگ زودهنگام یا طلاق والدینشان گرفته تا مورد غفلت مکرر قرارگرفتن و طردشدن در کودکی و سوءاستفاده‌ی جسمی و حتی جنسی (۱۵). سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی با عادات روزمره[4] ازقبیل مصرف سیگار (۱۶)، مصرف غیرقانونی مواد (۱۷)، رفتار خودآسیبی (۱۸) و پرخاشگری (۱۹) در ارتباط است. علاوه بر این، برخی شواهد ارتباطی بین ترومای کودکی و ارتکاب به جرم نشان داده‌اند. برای مثال ویدم (۲۰) گزارش کرده که افرادی که ترومای کودکی را تجربه کرده‌اند دو برابر بیشتر از افراد بزرگسالی که این تجربه را نداشته‌اند به‌دلیل ارتکاب به جرم بازداشت شده‌اند.

ازجمله متغیرهای دیگری که با شکل‌گیری ASPD و BPD به‌شدت ارتباط دارد دشواری در تنظیم هیجان است. می‌توان گفت دشواری در تنظیم هیجان اولین و اصلی‌ترین نشانه‌ی افراد دارای استعداد بالا برای ابتلا به BPD باشد، هم‌چنین سبک هیجانی بیماران دارای ASPD نیز تمایل به منفی‌بودن دارد. الگوهای متفاوت تنظیم هیجانی در افراد دارای BPD و ASPD در مقایسه با جمعیت عمومی یافت شده است. مطالعات نشان داده که به‌خاطر ویژگی‌های برون‌گرایی[5] و تکانش‌گری[6] (۲۱)، بیماران مبتلا به ASPD دارای ویژگی‌های فاجعه انگاری و سرزنش دیگران در تنظیم هیجانیشان هستند. به‌طور مشابهی، حجم گسترده‌ای از مطالعات نشان داده‌اند که ارتباطی بین دشواری در تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی BPD وجود دارد. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای BPD دسترسی محدودی به راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثر داشته و دشواری‌هایی در زمینه‌ی کنترل تکانه در زمان تجربه‌ی هیجانات منفی دارند (۲۲)، به‌علاوه افراد داری BPD عدم تمایل بیشتری برای تجربه‌ی آشفتگی هیجانی به‌منظور تعقیب رفتارهای هدف‌محور دارند و در درگیرشدن در رفتار هدف‌محور در زمانی که دچار آشفتگی هستند ناتوانند (۲۳).

عمده تحقیقات صورت‌گرفته در خصوص نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در ارتباط با سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی با مشکلات رفتاری بعدی، روی کودکان صورت گرفته است (۲۴, ۲۵) و کمتر

1. Borderline Personality Disorder
2. Antisocial Personality Disorder
3. Self-Harming Impulsivity
4. Lifestyle Habits
5. Extraversion
6. Impulsivity

پژوهشی به بررسی تاثیر ترومای کودکی بر اختلالات شخصیت در بزرگسالی به‌خصوص ASPD پرداخته است. با مرور ادبیات پژوهشی در این ارتباط تنها یک پژوهش پیدا شد که در آن پژوهش نیز به بررسی رابطه‌ی ناگویی خلقی با ASPD (۲۶) پرداخته شده و در مدل ارائه‌شده، مشخص شده که BPD می‌تواند در رابطه بین ناگویی خلقی با ASPD نقش واسطه‌ای داشته باشد در حالی‌که نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان به‌طور هم‌زمان در حضور BPD معنی‌دار نیست. به‌علاوه، با وجود این‌که خصیصه‌ها و علائم مشترکی بین دشواری در تنظیم هیجان، BPD و ASPD وجود دارد هنوز مطالعات در خصوص نحوه‌ی روابط بین این سازه‌ها محدود است. از طرفی مدل‌های ارائه‌شده در گذشته به‌طور اختصاصی بر نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان بر شکل‌گیری BPD پرداخته‌اند (۲۷, ۲۸) و هنوز مطالعه‌ای وجود ندارد که نشان داده باشد چرا دشواری در تنظیم هیجان به‌طور مستقیم بر BPD اثر دارد ولی بر ASPD خیر؟ لذا پژوهش حاضر اولین پژوهشی است که در آن نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان و BPD به‌طور همزمان بر ASPD سنجیده می‌شود. از آن‌جایی‌که زنان زندانی، به‌عنوان گروهی که نه‌تنها نرخ شیوع بالایی در اختلالات شخصیت دارند، بلکه هم‌چنین دارای تجارب تروماتیک کودکی زیادی هستند (۱۷) و مطالعات کمی نیز روی این گروه در ایران صورت گرفته است بنابراین این پژوهش درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا بین ترومای کودکی با صفات ASPD و BPD با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در زنان زندانی رابطه وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

روش مطالعه‌ی پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی با تکیه بر مدل‌یابی معدلات ساختاری است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان یکی از زندان‌های شهر تهران (واقع در شهر ری) در شش ماهه‌ی دوم سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند که تعداد کل آنها ۱۰۰۰ نفر بود. حجم نمونه با توجه به جدول مرگان ۲۸۷ نفر به‌دست آمد که با در نظر گرفتن پاسخ نامه‌های ناکامل و ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش تعداد ۳۰۰ پرسشنامه بین نمونه‌ی پژوهش به‌روش تصادفی تقسیم شد. از بین ۳۰۰ پاسخ‌نامه‌ی تکمیل‌شده تعداد ۴۱ پاسخ‌نامه ناکامل بود که از فرایند تحلیل خارج شدند و در مجموع ۲۵۹ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از حداقل سواد سیکل، عدم سابقه‌ی زندگی در پرورشگاه یا مراکز حمایتی دولتی، فقدان علائم سایکوتیک (بیماران دارای علائم سایکوتیک در بند اعصاب‌وروان قرار داشتند و تحت‌نظر روان‌پزشک زندان دارودرمانی می‌شدند)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در حال حاضر، و فقدان بیماری‌های جسمانی مزمن (بیماری‌های قلبی‌عروقی و بیماری‌هایی که سیستم ایمنی بدن را درگیر می‌کنند ازقبیل لوپوس). معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ناقص‌بودن پاسخ‌نامه‌ها، تحصیلات پایین‌تر از سیکل، مصرف داروهای اعصاب‌وروان هنگام اجرای پژوهش، ابتلا به بیماری جسمانی مزمن. تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند.

روند اجرای پژوهش

در ابتدا کلیه‌ی هماهنگی‌های لازم جهت اجرای پرسشنامه‌ها با سازمان زندان‌های جمهوری‌اسلامی‌ایران صورت گرفت و مجوزهای لازم اخذ گردید. با مراجعه به زندان مورد نظر از بین بندهای مختلف آن زندان (بند مادران، بند سرقت، بند موادمخدر، بند مالی و بند اعصاب‌روان) و بر حسب نسبت تعداد زندانی هر بخش تعداد نمونه‌ی مورد نظر تعیین شد. لازم به ذکر است که از بند اعصاب‌وروان نمونه‌گیری به‌عمل نیامد، به‌دلیل این‌که با مراجعه به پرونده‌ی تعدادی از زندانیان این بند مشخص شد که از ملاک‌های ورود به پژوهش برخوردار نیستند. سپس نمونه‌ی تعیین‌شده در هر بند به‌طور تصادفی انتخاب، و پرسشنامه‌ها بین آن‌ها توزیع شد. لازم به ذکر است که در فرایند انتخاب تصادفی نمونه اگر شرکت‌کننده‌ی مورد نظر تمایلی به شرکت در پژوهش نداشت از فرایند نمونه‌گیری حذف می‌شد و نفر بعدی مجددا به‌طور تصادفی از بین اعضای باقی‌مانده با در نظر گرفتن ملاک رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش انتخاب می‌شد، این روند تا زمانی که تعداد نمونه مورد نیاز از هر بخش تکمیل شد ادامه یافت.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در قسمت آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف‌معیار و در قسمت آمار استنباطی از آزمون های همبستگی و تحلیل مسیر استفاده شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته: جهت سنجش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از قبیل سن، تحصیلات، سابقه‌ی مصرف مواد، سابقه‌ی دستگیری، سابقه‌ی بیماری‌های اعصاب‌وروان، سابقه‌ی بیماری جسمی، سابقه‌ی ازدواج فرد (متاهل، مجرد، مطلقه)، وضعیت ازدواج والدین آنها، سابقه‌ی اعتیاد در خانواده و سابقه‌ی ارتکاب‌جرم اعضای خانواده از پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته ویژگی‌های جمعیت شناختی استفاده شد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان(DERS)[1] (۲۹): یک ابزار ۳۶ سؤالی است که توسط گراتز و رومر(۲۰۰۴) ساخته شده و سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه‌ی عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی می‌سنجد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در پژوهش‌های مختلف تائید شده است (۲۹). در مطالعه‌ی گراتز و رومر روایی و پایایی این ابزار مطلوب گزارش شده است (۲۹). در مطالعه‌ی حاضر نیز همسانی درونی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ شد.

پرسشنامه‌ی ضربه کودک(CTQ)[2]: یک مقیاس خودگزارشی ۲۸ سؤالی است که توسط برنستین و فینک در سال ۱۹۹۸ ساخته شد (۳۰). این مقیاس وجود و شدت جنبه‌های سوءاستفاده و غفلت از کودک را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از (۱) هرگز صحیح نیست تا همیشه صحیح است (۵) می‌سنجد (۳۰). CTQ دارای یک نمره‌ی کلی و پنج خرده مقیاس سوءاستفاده‌ی هیجانی، جسمانی و جنسی و هم‌چنین غفلت هیجانی و جسمی است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی گستره‌ی وسیع‌تر بدرفتاری در کودکی است. نقطه برش ۹ و بالاتر برای سوءاستفاده‌ی هیجانی، ۸ یا بالاتر برای سوءاستفاده‌ی جسمی، ۶ یا بالاتر برای سوءاستفاده‌ی جنسی، ۱۰ یا بالاتر برای غفلت هیجانی و ۸ یا بالاتر برای غفلت جسمی، برای شناسایی شرکت‌کنندگانی که دارای تاریخچه‌ی تجارب بدرفتاری کودکی ضعیف یا متوسط می‌باشند مطابق نسخه‌ی اصلی CTQ استفاده می‌شود (۳۰). ساختار عاملی[3] و روایی ملاکی[4] در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی مورد تائید قرار گرفته است (۳۱). همسانی درونی خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ی آلفای ۰/۶۲ (غفلت جسمی) تا آلفای ۰/۹۶ (سوءاستفاده‌ی جنسی) در نمونه‌ی اصلی آلمانی گزارش شده است (۳۲). در پژوهش حاضر همسانی درونی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمد.

مقیاس شخصیت مرزی: این مقیاس به‌منظور سنجش الگوهای شخصیت مرزی توسط جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ساخته شده است (۳۳) و شامل ۲۴ ماده است که به‌صورت بلی-خیر جواب داده می‌شود، جواب بلی، نمره‌ی یک و جواب خیر نمره‌ی صفر می‌گیرد. این مقیاس سه عامل ناامیدی، عامل تکانش‌گری و علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به تنیدگی دارد. جکسون و کلاریج (۳۳) ضریب اعتبار بازآزمایی این آزمون را ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. راولینگز و همکاران ضریب آلفای ۰/۸ را برای STB گزارش کرده‌اند (۳۴). در پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۱ به‌دست آمد.

مقیاس خودگزارشی ساکوپاتی لونسون (LSRP)[5]: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۵ توسط میشل آرلونسون، کنت‌ای.کیل و کری‌ام‌فیتزپاتریک ساخته شد و دارای ۲۶ سؤال است که در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و برای اندازه‌گیری ساکوپاتی اولیه و ثانویه[6] در جمعیت‌های غیر بستری[7] استفاده می‌شود. مقیاس با هدف بررسی

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale
2. The Childhood Trauma Questionnaire
3. Factor Structure
4. Criterion-Related Validity
5. Levenson Self-Report Psychopathy Scale
6. Primary and Secondary Psychopathy
7. Non-Institutionalized

پیش‌آمادگی[1] رفتار ضداجتماعی در بین نمونه‌ی ۴۸۷ نفری از دانشجویان روانشناسی دانشگاه کالیفرنیا ساخته شد (۳۵). در مطالعه‌ای که روی زندانیان و دانشجویان به‌منظور سنجش روایی سازه LSRP صورت گرفت نتایج نشان داد که این ابزار همبستگی قوی با سیاهه شخصیت ساکوپاتیک (PPI)[2] و مقیاس همدلی هیجاتی[3] دارد (۳۶). مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۷ نشان داد که آلفای کرونباخ و میانگین همبستگی‌های درون آیتمی[4] برای تعیین همسانی درونی نمره‌ی کلی LSRP و هم‌چنین نمرات خرده مقیاس‌های آن مطلوب هستند (۳۷). در مطالعه‌ی حاضر نیز همسانی درونی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به‌دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۶/۸۱ (SD=۱۰/۴۵) بود. ۴۴/۶ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش زیر دیپلم، ۳۳/۸ درصد دیپلم، ۳/۶ درصد فوق‌دیپلم، ۱۱/۵ درصد لیسانس، ۵/۰ درصد فوق‌لیسانس و ۱/۴ درصد دارای تحصیلات دکتری بودند. ۳۸/۹ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد، ۳۶/۱ درصد متأهل و ۰/۲۵ درصد مطلقه بودند. ۶۹/۷ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سابقه‌ی مصرف مواد و ۳۰/۳ درصد فاقد سابقه مصرف بودند. ۳۳/۶ درصد از شرکت‌کنندگان فاقد سابقه‌ی زندان و ۶۶/۴ درصد دارای سابقه زندان بودند. ۳۰/۱ درصد به‌دلیل حمل موادمخدر، ۲۶/۶ درصد به‌دلیل سرقت، ۲۱/۳ درصد به‌دلیل مشکلات مالی، ۷/۴ درصد به جرم کلاه‌برداری، ۰/۷ درصد به جرم زورگیری، ۰/۷ درصد جرائم اینترنتی، ۵/۹ درصد به جرم قتل و ۱۳/۲ درصد مرتکب سایر جرائم شده بودند. ۲۵/۵ درصد دارای سابقه طلاق والدین و ۷۴/۵ درصد فاقد سابقه طلاق والدین بودند.

قبل از انجام تحلیل مسیر نیاز است که مفروضه‌های آن بررسی شود یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل مسیر هم‌خطی چندگانه است که با شاخص VIF نشان داده می‌شود. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود نمرات تمامی متغیرها در این شاخص زیر ۱۰ است که نشان از عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین است. هم‌چنین مقدار آماره دوربین-واتسن عدد ۲ را نشان داد که حاکی از عدم وجود همبستگی باقی‌مانده‌ها است. جهت بررسی بهنجاری داده‌ها از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است مقادیر بین ۲- تا ۲+ برای این شاخص‌ها نشان از نرمال‌بودن توزیع متغیرها دارد که با نگاهی به جدول ۱ می‌بینیم که توزیع تمامی متغیرها بهنجار است و درنتیجه همه‌ی مفروضه‌های لازم جهت تحلیل مسیر برقرار است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرها

متغیر	میانگین	کمینه	بیشینه	کجی	کشیدگی	آماره‌های هم خطی	
						تحمل	VIF
سابقه بدرفتاری	۳۴/۵۷ (±۱۹/۶۹)	۵	۸۸	۰/۴۲۴	۰/۳۸۲	۰/۴۸۵	۲/۰۶۳
دشواری در تنظیم هیجان	۸۸/۴۸ (±۲۵/۵۹)	۲۰	۱۵۰	۰/۴۹۳	۰/۱۲۴	۰/۳۷۷	۲/۶۵۶
مرزی	۳۴/۲۳ (±۱۸/۰۸)	۶	۹۲	۰/۵۶۶	۰/۳۵۰	۰/۶۱۸	۱/۶۱۸
ضداجتماعی	۳۹/۱۶ (±۱۱/۴۹)	۸	۷۶	۰/۳۷۶	۱/۳۱۴		

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود کلیه روابط بین متغیرهای پژوهش معنادار است ($p<0/01$) بیشترین همبستگی به‌ترتیب بین متغیرها سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی با دشواری در تنظیم هیجان، دشواری در تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت مرزی با اختلال شخصیت ضداجتماعی مشاهده می‌شود. در ادامه جهت پاسخ‌گویی به سؤال اصلی پژوهش از تحلیل مسیر استفاده شد.

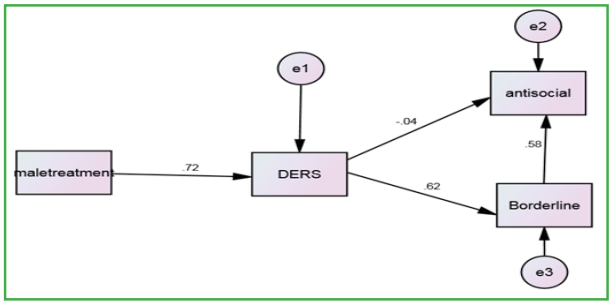
1. Disposition
2. "Psychopathic Personality Inventory"
3. Emotional Empathy Scale
4. Internal Consistency Reliability

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱.سابقه بدرفتاری در کودکی	۱			
۲. دشواری در تنظیم هیجان	۰/۷۱۸**	۱		
۳. اختلال شخصیت مرزی	۰/۴۵۲**	۰/۶۱۸**	۱	
۴. اختلال شخصیت ضداجتماعی	۰/۱۶۹**	۰/۳۲۳**	۰/۵۵۹**	

(** p <۰/۰۱)

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود مدلی که بهترین برازش را با داده‌ها دارد الگویی است که در آن بدرفتاری در کودکی به‌طور مستقیم با دشواری در تنظیم هیجان (P<۰/۰۰۰۱، ۰/۷۱۸)، دشواری در تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی (P<۰/۰۰۰۱، ۰/۶۱۸)، اختلال شخصیت مرزی با اختلال شخصیت ضداجتماعی (P<۰/۰۰۰۱، B=۵۸۲) رابطه‌ی مستقیم معنی‌دار دارد.



شکل ۱. الگوی مسیر رابطه سابقه بدرفتاری در کودکی(Maltreatment) با نشانگان اختلال شخصیت مرزی(Borderline) و ضداجتماعی(Antisocial) با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان(DERS)

به‌علاوه تأثیر بدرفتاری در کودکی بر اختلال مرزی به‌واسطه‌ی دشواری در تنظیم هیجان (P<۰/۰۰۰۱، B=۰/۴۴۳، Zsobel=۲/۷۲)، و تأثیر دشواری در تنظیم هیجان بر اختلال شخصیت ضداجتماعی به‌واسطه‌ی اختلال شخصیت مرزی (P<۰/۰۰۰۱، B=۰/۳۶۰، Zsobel =۸/۲۰) معنی‌دار است (جدول ۳).

جدول ۳. اثر استاندارد مستقیم و غیرمستقیم متغیر پیش‌بین و واسطه‌ای بر متغیرهای ملاک

اثرات مستقیم	ضریب مسیر	معنی‌داری	اثرات غیرمستقیم	ضرایب مسیر	معنی‌داری	Zsoble
بدرفتاری در کودکی ← دشواری در تنظیم هیجان	۰/۷۱۸	۰/۰۰۰۱	سابقه بدرفتاری در کودکی← اختلال شخصیت مرزی	۰/۴۴۳	۰/۰۰۰۱	۷/۷۲
دشواری در تنظیم هیجان ← اختلال شخصیت مرزی	۰/۶۱۸	۰/۰۰۰۱	دشواری در تنظیم هیجان← اختلال شخصیت ضداجتماعی	۰/۳۶۰	۰/۰۰۰۱	۸/۲۰
دشواری در تنظیم هیجان← اختلال شخصیت ضداجتماعی	۰/۰۳۷	۰/۶۷۷				
اختلال شخصیت مرزی ←اختلال شخصیت ضداجتماعی	۰/۵۸۲	۰/۰۰۰۱				

شاخص‌های نیکویی برازش الگو نشان می‌دهد که مقدار خی‌دو با توجه به درجه آزادی معنی‌دار نیست، لذا الگوی پیشنهادی پژوهشگر با داده‌ها برازش دارد. نسبت خی دو بر درجه آزادی در الگوهای باکفایت کمتر از ۲ است و هرچقدر به صفر نزدیک‌تر باشد بهتر است. در الگوی برازش‌شده نسبت خی ۲/۰۲۹ تقسیم بر درجه آزادی ۲ برابر ۱/۰۱۴ است که کمتر از ۲ است. ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) برای الگو ۰/۰۱۰ استاین شاخص برای مدل‌های خوب، کمتر از ۰/۰۵ و برای مدل‌های ضعیف، بزرگ‌تر از ۰/۱۰ است. سایر شاخص‌ها که در جدول ۴ آمده است همگی حاکی از برازش خوب مد هستند.

جدول ۴. شاخص‌های نیکویی برازش مدل نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در ارتباط بین سابقه بدرفتاری در کودکی با اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی

شاخص	χ^2	df	P value	RMSEA	CFI	NFI	RFI	IFI
مقدار	۲/۰۲۹	۲	۱/۰۱۴	۰/۰۱۰	۱/۰۰۰	۰/۹۹۱	۰/۹۷۳	۱/۰۰۰

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بین سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی و دشواری در تنظیم هیجان رابطه وجود دارد. هم‌چنین نتایج تحلیل معادلات ساختاری نشان از نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجانی در رابطه بین سابقه بدرفتاری در کودکی با شدت اختلالات مرزی و ضداجتماعی داشت. در مطالعه‌ای چی و او(۳۸) نشان دادند که اثر ترومای تجمعی دوران کودکی[1] روی مشکلات رفتاری بیرونی شده/ درونی شده[2] به‌دنبال سوءاستفاده‌ی جنسی توسط دشواری در تنظیم هیجان به‌طور کامل تعدیل می‌شود. نتایج مطالعه‌ی حاضر در راستای مطالعات قبلی است که نشان از نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در ارتباط با اثرات منفی ترومای کودکی و رفتارهای مشکل‌آفرین بزرگ‌سالی دارد (۲۵, ۳۹, ۴۰) و این‌که تروماهای تجمعی منجر به بدتنظیمی هیجانی بعدی می‌شوند (۴۱). بدتنظیمی هیجانی[3] مؤلفه‌ی اصلی اختلال شخصیت مرزی است. مدل زیستی-اجتماعی لینهان[4] نشان داده که بدتنظیمی هیجانی در بین افراد دارای اختلال شخصیت مرزی به شکل حساسیت هیجانی بالا، هیجانات شدید که افراد قادر به تنظیم آن‌ها نیستند، و بازگشت کند به خط پایه یا حالت اولیه مشاهده می‌شود (۴۲). بر طبق نظر لینهان (۴۲)، تعامل بین شکنندگی هیجانی زیستی[5] و تجارب آسیب‌زا در کودکی از قبیل سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی، جنسی و غفلت می‌تواند اثرات منفی بر رشد مغز از طریق مکانیسم‌های اپی‌ژنتیک[6] داشته باشد (۴۳) و درنتیجه خطر ابتلا به BPD در بزرگ‌سالی را افزایش دهد (۴۴). اثرات پیش‌بین تروما و سوءاستفاده بر روی BPD در مطالعات مقطعی و طولی گوناگونی دیده شده است (۴۵, ۴۶)، افراد متجاوز[7] به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد سالم در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند (۴۷) علاوه بر این، برخی شواهد ارتباطی بین ترومای کودکی و ارتکاب به جرم نشان داده‌اند. برای مثال ویدم (۲۰) گزارش کرده که افرادی که ترومای کودکی را تجربه کرده‌اند دو برابر بیشتر از افراد بزرگ‌سالی که این تجربه را نداشته‌اند به‌دلیل ارتکاب به جرم بازداشت شده‌اند.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر وجود ارتباط بین دشواری در تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی بود. چندین مطالعه به بررسی ویژگی‌های مختص تنظیم هیجان در بیماران دارای ASPD و BPD پرداخته‌اند (۲۳, ۴۸). صفات BPD و ASPD به‌طور منحصربه‌فردی با صفت تکانش‌گری مرتبط بودند (۴۹)، و در مقایسه با دیگر اختلالات روانی، افراد دارای BPD نرخ بالاتری از نشخواری ذهنی و اجتناب و نرخ پایین‌تری در حل‌مسئله و پذیرش داشتند (۵۰) برخی از مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای BPD دسترسی محدودی به راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثر داشته و دشواری‌هایی در زمینه‌ی کنترل تکانه در زمان تجربه‌ی هیجانات منفی دارند (۲۲)، به‌علاوه افراد داری BPD عدم تمایل بیشتری برای تجربه‌ی آشفتگی هیجانی به‌منظور تعقیب رفتارهای هدف محور دارند و در درگیرشدن در رفتار هدف‌محور در زمانی که دچار آشفتگی هستند ناتوان هستند (۲۳). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که تاریخچه‌ی قرارگرفتن در معرض ضربه[8] رابطه مثبتی با نشانگان مرزی دارد (۲۸). وجود نقص در شناسایی و توصیف هیجانات نیز با تحمل پایین آشفتگی هیجانی[9] و افزایش خشونت در هنگام برانگیختگی رابطه دارد. نقص در توانایی شناسایی، توصیف و فهم هیجان با عدم تحمل آشفتگی و رفتار تکانشی در هنگام برانگیختگی منفی[10] رابطه دارد. نشانگان شخصیتی مرزی بازتاب‌دهنده‌ی نقایصی در کنترل رفتاری در هنگام برانگیختگی منفی، خودکارآمدی ضعیف هستند. برانگیختگی هیجانی مانع از انجام فعالیت‌های هدف‌محور در زمان‌های آشفتگی است و همان‌طور که مطالعه‌ی حاضر نشان داد زندانیان ازجمله افرادی هستند که به‌دلیل غلبه‌ی هیجانات منفی قادر به تصمیم‌گیری‌های صحیح در مواقع حساس نیستند و غالب تصمیماتی که در این مواقع می‌گیرند پیامدهای منفی در بردارد و دلیل

1. Cumulative Childhood Trauma
2. Internalizing/Externalizing
3. Emotional Dysregulation
4. Linehan's Biosocial Model
5. Biological Emotional Fragility
6. Epigenetic Mechanisms
7. Offenders
8. History of Traumatic Exposure
9. Emotional Distress
10. Negatively Aroused

این مسئله نیز نرخ ابتلای بالای اختلال مرزی در افراد زندانی است.

از دیگر نتایج مهم مطالعه‌ی حاضر این بود که در الگوی برازش‌شده دشواری در تنظیم هیجان با واسطه‌ی اختلال شخصیت مرزی با اختلال شخصیت ضداجتماعی رابطه داشت. در این خصوص تنها یک پژوهش انجام شده است (۲۶). آن‌ها در مطالعه‌ی خود نشان دادند که BPD نقش واسطه‌ای در رابطه‌ی بین ناگویی خلقی و ساکوپاتی ثانویه دارد، و دشواری در تنظیم هیجان و BPD به‌عنوان متغیرهای واسطه‌ای هم‌زمان قادر به پیش‌بینی سایکوپاتی نیستند. از آن‌جایی که افراد سایکوپات عموما بدون اضطراب و احساس گناه اقدام به رفتارهای پرخاشگرانه و خارج از قانون می‌کنند به نظر می‌رسد که تنظیم هیجان به‌طور مستقیم نمی‌تواند روی این متغیر تاثیرگذار باشد بلکه از طریق تاثیرگذاری بر BPD و به‌طور غیرمستقیم بر سایکوپاتی موثر است به‌علاوه نتایج مطالعه‌ای نشان داد افراد دارای سایکوپاتی ثانویه[1]، سطوح پایین‌تری از هوش هیجانی دارند و کنترل کمی روی هیجانات و تکانه‌هایشان دارند (۵۱) در واقع ویژگی‌های سایکوپاتی را می‌توان به‌عنوان نقص در تنظیم هیجان خلاصه کرد، مجموعه‌ای از مشکلات که شاخصه‌ی اختلال شخصیت مرزی هستند (۵۲). به‌طور کلی نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که دشواری در تنظیم هیجان به‌طور مستقیم بر اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت مرزی نیز به طور مستقیم بر ASPD تاثیرگذار است و زیر بنای کلیه‌ی این مشکلات نیز متاثر از داشتن سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی است.

نقاط‌قوت، محدودیت‌ها و پیشنهادات: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود بنابراین نمی‌توان از نتایج آن به روابط علت و معلولی دست یافت. بنابراین پیشنهاد می‌شود محققان در پژوهش‌های بعدی برای بررسی تأثیر دقیق‌تر سابقه‌ی بدرفتاری در کودکی بر روی انواع اختلالات شخصیت از پژوهش‌های طولی استفاده کنند. محدودیت دیگر پژوهش حاضر این بود که پژوهشگران از نمرات کلی پرسشنامه‌ها در تحلیل داده‌ها استفاده کردند که پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به بررسی اثرات دقیق‌تر هر یک از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه‌ی ضربه‌های کودکی (سوءاستفاده هیجانی، جسمانی، جنسی، غفلت هیجانی و جسمی) بر اختلالات مرزی و ضداجتماعی با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان بپردازند. در برخی از مطالعات به بررسی تاثیر خرده‌مقیاس سوءاستفاده‌ی جنسی در کودکی بر مشکلات رفتاری درون‌فردی و برون‌فردی بزرگسالی پرداخته شده است (۳۸) و نیاز است که پژوهشگران به‌طور اختصاصی تاثیر هر یک از خرده‌مقیاس‌های ضربه‌ی کودکی بر اختلالات شکل‌گرفته‌ی بزرگسالی بپردازند. محدودیت دیگر پژوهش حاضر این بود که تنها روی جامعه‌ی زنان زندانی شهر تهران صورت گرفت و در تعمیم نتایج آن باید احتیاط کرد، بنابراین پیشنهاد می‌شود روی جوامع دیگر نیز پژوهش مشابهی انجام شود. داده‌های این تحقیق از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد و پیشنهاد می‌شود که محققان در پژوهش‌های بعدی از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات جهت درک عمیق‌تر روابط استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر سابقه بدرفتاری در کودکی و دشواری در تنظیم هیجان روی اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی بود. از آن‌جایی‌که افراد دارای اختلال شخصیت دسترسی محدودی به راهبردهای تنظیم هیجان دارند پیشنهاد می‌شود آموزش‌هایی در این راستا به زندانیان زن داده شود. هم‌چنین از آن‌جایی‌که این آموزش‌ها می‌توانند قدرت کنترل تکانه و تصمیم‌گیری را افزایش دهند لازم است که به کودکانی که در معرض بدرفتاری قرارگرفته‌اند نیز آموزش‌هایی در زمینه کنترل و تنظیم هیجاناتشان داده شود.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر برگرفته از رساله‌ی دکترای تخصصی روانشناسی نویسنده اول به راهنمایی و مشاوره‌ی نویسندگان دوم و سوم است و پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از سازمان زندان‌های جمهوری‌اسلامی‌ایران که اجازه‌ی اجرای پژوهش را صادر نمود و هم‌چنین از کارکنان زحمت‌کش زندان که همکاری لازم جهت اجرای پرسشنامه‌ها را فراهم نمودند و در نهایت از شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال قدردانی و تشکر را به‌عمل آورند.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار می‌دارند که تعارض منافع ندارند.

1. Secondary Psychopathy

حمایت مالی: این پژوهش حامی مالی نداشته است و با هزینه‌ی نویسندگان انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی طرح شامل موارد زیر بود: دادن اطمینان خاطر به شرکت‌کنندگان در خصوص محرمانه‌ماندن اطلاعات دریافتی از آنها، اخذ رضایتنامه‌ی کتبی از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل داوطلبانه شرکت‌کردن در تحقیق. لازم به ذکر است کلیه‌ی مراحل این تحقیق پس از دریافت کداخلاق (IR.IAU.TNB.REC.1403.004) در مورخ ۱۴۰۳/۱/۲۰ از کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال انجام شد.

سهم نویسندگان: نویسنده‌ی اول در طراحی مطالعه و گردآوری داده‌ها نقش داشته است. نویسنده‌ی دوم در تحلیل داده‌ها و هم‌چنین نگارش مقاله نقش داشته است و نویسنده‌ی سوم در مطالعه و بازنگری نهایی نسخه‌ی تهیه‌شده‌ی مقاله نقش داشته است.

References

1. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. The British journal of psychiatry. 2012;200(5):364-73. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370
2. Health NCCfM. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. 2013.
3. Hill J. Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. The British Journal of Psychiatry. 2003;182(S44):s11-s4. https://doi.org/10.1192/bjp.182.44.s11
4. Skodol AE. Personality disorders in DSM-5. Annual review of clinical psychology. 2012;8:317-44. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131
5. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. Journal of personality disorders. 2008;22(1):22-41. https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22
6. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. Nature Reviews Disease Primers. 2018;4(1):1-20. https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29
7. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The lancet. 2002;359(9306):545-50. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1
8. Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. Current psychiatry reports. 2009;11(1):63-8. https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4
9. Herrenkohl TI, Hong S, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ. Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. Journal of family violence. 2013;28(2):191-9. https://doi.org/10.1007/s10896-012-9474-9
10. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. Child abuse & neglect. 2018;86:167-77. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019
11. Dargis M, Newman J, Koenigs M. Clarifying the link between childhood abuse history and psychopathic traits in adult criminal offenders. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2016;7(3):221. https://doi.org/10.1037/per0000147
12. Krastins A, Francis AJP, Field AM, Carr SN. Childhood predictors of adulthood antisocial personality disorder symptomatology. Australian Psychologist. 2014;49(3):142-50. https://doi.org/10.1111/ap.12048
13. Ford K, Bellis MA, Hughes K, Barton ER, Newbury A. Adverse childhood experiences: a retrospective study to understand their associations with lifetime mental health diagnosis, self-harm or suicide attempt, and current low mental wellbeing in a male Welsh prison population. Health & justice. 2020;8:1-13. https://doi.org/10.1186/s40352-020-00115-5
14. Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. Journal of health and social behavior. 2001:184-201. https://doi.org/10.2307/3090177
15. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rüther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. Psychiatry research. 2005;134(2):169-79. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008
16. Papadodima SA, Sakelliadis EI, Sergentanis TN, Giotakos O, Sergentanis IN, Spiliopoulou CA. Smoking in prison: a hierarchical approach at the crossroad of personality and childhood events. European Journal of Public Health. 2010;20(4):470-4. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp209
17. Cuomo C, Sarchiapone M, Di Giannantonio M, Mancini M, Roy A. Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. The American journal

of drug and alcohol abuse. 2008;34(3):339-45. https://doi.org/10.1080/00952990802010884
18. Sakelliadis E, Papadodima S, Sergentanis T, Giotakos O, Spiliopoulou C. Self-injurious behavior among Greek male prisoners: prevalence and risk factors. European Psychiatry. 2010;25(3):151-8. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.014
19. Swogger MT, You S, Cashman-Brown S, Conner KR. Childhood physical abuse, aggression, and suicide attempts among criminal offenders. Psychiatry research. 2011;185(3):363-7. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.036
20. Widom CS. The cycle of violence. Science. 1989;244(4901):160-6. https://doi.org/10.1126/science.2704995
21. Cale EM. A quantitative review of the relations between the "Big 3" higher order personality dimensions and antisocial behavior. Journal of Research in Personality. 2006;40(3):250-84. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.01.001
22. Ibraheim M, Kalpakci A, Sharp C. The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. 2017;4(1):1-9. https://doi.org/10.1186/s40479-017-0052-x
23. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez C, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. Journal of abnormal psychology. 2006;115(4):850. https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850
24. Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. Journal of affective disorders. 2018;225:306-12. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044
25. Langevin R, Hébert M, Cossette L. Emotion regulation as a mediator of the relation between sexual abuse and behavior problems in preschoolers. Child Abuse & Neglect. 2015;46:16-26. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.001
26. Ridings LE, Lutz-Zois CJ. Emotional dysregulation and borderline personality disorder: Explaining the link between secondary psychopathy and alexithymia. Personality and Individual Differences. 2014;57:14-9. https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.09.008
27. Kuo JR, Linehan MM. Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. Journal of abnormal psychology. 2009;118(3):531. https://doi.org/10.1037/a0016392
28. Gaher RM, Hofman NL, Simons JS, Hunsaker R. Emotion regulation deficits as mediators between trauma exposure and borderline symptoms. Cognitive therapy and research. 2013;37:466-75. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9515-y
29. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004;26:41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
30. Berstein DP, Fink L. Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report. The Psychological Corporation: San Antonio. 1998.
31. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect. 2003;27(2):169-90. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0
32. Wingenfeld K, Spitzer C, Mensebach C, Grabe HJ, Hill A, Gast U, et al. Die deutsche version des childhood trauma questionnaire (CTQ): erste befunde zu den psychometrischen kennwerten. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie. 2010:442-50. https://doi.org/10.1055/s-0030-1247564
33. Jackson M, Claridge G. Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). British Journal of Clinical Psychology. 1991;30(4):311-23. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00952.x
34. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). Personality and Individual Differences. 2001;31(3):409-19. https://doi.org/10.1016/0191-8869(85)90070-4 https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00146-X
35. Levenson MR, Kiehl KA, Fitzpatrick CM. Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. Journal of personality and social psychology. 1995;68(1):151. https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.1.151
36. Sellbom M. Elaborating on the construct validity of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale in incarcerated and non-incarcerated samples. Law and human behavior. 2011;35:440-51. https://doi.org/10.1007/s10979-010-9249-x
37. Falkenbach D, Poythress N, Falki M, Manchak S. Reliability and validity of two self-report measures of psychopathy. Assessment. 2007;14(4):341-50. https://doi.org/10.1177/1073191107305612
38. Choi JY, Oh KJ. Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: Mediating effects of emotion regulation. Child abuse & neglect. 2014;38(2):296-303.

https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.009
39. Kim J, Cicchetti D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. Journal of child psychology and psychiatry. 2010;51(6):706-16. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
40. Schwartz D, Proctor LJ. Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: the mediating roles of emotion regulation and social cognition. Journal of consulting and clinical psychology. 2000;68(4):670. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.670
41. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, Kolk Bvd, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. Journal of traumatic stress. 2009;22(5):399-408. https://doi.org/10.1002/jts.20444
42. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. NIDA research monograph. 1993;137:201-. https://doi.org/10.1037/e495912006-012
43. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. BMC psychiatry. 2017;17:1-14. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2
44. Trull TJ. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. Journal of abnormal psychology. 2001;110(3):471. https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.3.471
45. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, et al. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Journal of personality Disorders. 2004;18(2):193-211. https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777
46. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H, et al. Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. Journal of psychiatric research. 2011;45(6):814-22. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008
47. Zou Z, Meng H, Ma Z, Deng W, Du L, Wang H, et al. Executive functioning deficits and childhood trauma in juvenile violent offenders in China. Psychiatry research. 2013;207(3):218-24. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.013
48. Daros AR, Williams GE. A meta-analysis and systematic review of emotion-regulation strategies in borderline personality disorder. Harvard review of psychiatry. 2019;27(4):217-32. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000212
49. Fossati A, Barratt ES, Borroni S, Villa D, Grazioli F, Maffei C. Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders. Psychiatry Research. 2007;149(1-3):157-67. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.03.011
50. Gunderson JG. Revising the borderline diagnosis for DSM-V: An alternative proposal. Journal of personality disorders. 2010;24(6):694-708. https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.694
51. Vidal S, Skeem J, Camp J. Emotional intelligence: Painting different paths for low-anxious and high-anxious psychopathic variants. Law and Human Behavior. 2010;34:150-63. https://doi.org/10.1007/s10979-009-9175-y
52. Webb D, McMurran M. Emotional intelligence, alexithymia and borderline personality disorder traits in young adults. Personality and Mental Health. 2008;2(4):265-73. https://doi.org/10.1002/pmh.48