

Predicting psychological distress based on childhood trauma with the mediating role of alexithymia

Mahsa Mahmoudi¹ , Hayedeh Saberi^{2*} , Simin Bashardoust²

1. PhD Student in Psychology, Department of General Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran

Abstract

Introduction: Psychological distress in the form of symptoms of anxiety, depression, and stress are among the most common psychological disorders in the human population. This study aimed to determine the mediating role of alexithymia in the relationship between psychological distress and childhood trauma in students.

Methods: The present study was applied in terms of purpose and based on the method, descriptive and structural equation modeling. The statistical population included students between the ages of 20 and 40 years in Tehran, Iran, in the 2019 academic year, from which 305 people were selected by convenience sampling. Participants completed the Childhood Trauma Questionnaire, the Depression Anxiety Stress Scales, and the Toronto Alexithymia Scale. Data analysis was performed using structural equation modeling with SPSS-24 and AMOS-26 software.

Results: The results showed a positive and significant relationship between alexithymia, childhood trauma and psychological distress (Stress, Anxiety, and Depression) in students. Besides, alexithymia has a mediating role in the relationship between childhood trauma and psychological distress in students ($P < 0.001$). The present study showed that childhood trauma and emotional malaise could predict psychological distress in students ($P < 0.001$).

Conclusion: Considering the role of childhood trauma and alexithymia in psychological distress, it is suggested that therapists and counselors screen people with a history of childhood trauma through valid and reliable tools in order to perform the appropriate treatment to reduce their problems. Furthermore, holding training workshops to increase awareness about emotion regulation and management are necessary.

Received: 18 Jul. 2022
Revised: 8 Sep. 2022
Accepted: 15 Sep. 2022

Keywords

Psychological distress
Childhood trauma
Alexithymia

Corresponding author

Hayedeh Saberi, Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran

Email: Hayedesaberi@yahoo.com



 doi.org/10.30514/icss.24.3.41

Citation: Mahmoudi M, Saberi H, Bashardoust S. Predicting psychological distress based on childhood trauma with the mediating role of alexithymia. *Advances in Cognitive Sciences*. 2022;24(3):41-56.

Extended Abstract

Introduction

Psychological distress in the description of individual psychopathology refers to a set of symptoms of depression, anxiety, perceived stress, and maladaptive psychological functioning at the level of stressful life events.

Anxiety, stress, and depression are some of the biggest problems in human life today, and having countless negative consequences can disrupt the ordinary course of life from various personal, social, occupational, family,

economic, and other dimensions. Current studies show that early painful experiences make a person susceptible to various psychological damages in adulthood, including anxiety, stress, and depression. Trauma is an event or experience that is emotionally disturbing and destructive and interferes with a person's ability to cope. In the meantime, the issue that comes to mind is that alexithymia can play a mediating role in the relationship between childhood trauma and psychological distress. Alexithymia refers to the inability to self-regulate emotions and process cognitive information, emotional information, and emotion regulation. Based on this and considering the high prevalence of anxiety, depression, and stress among people and its role in reducing performance and the need to investigate the dimensions and factors involved in this problem, this study aimed to determine the mediating role of alexithymia in the relationship between psychological distress and childhood trauma in students.

Methods

The research method was descriptive correlational, in which the relationship between research variables is analyzed through path analysis. This model used psychological distress as independent variables, alexithymia as mediated variables, and childhood trauma as dependent variables. The statistical population included all students between the ages of 20 and 40 in Tehran, Iran, in the academic year 2019. The sample of this study included 305 students in Tehran who were voluntarily selected. The criteria for entering the research were: being a 20 and 40- years-old student in Tehran, signing informed consent to participate in the research, and having knowledge about the research goals. Besides, the criteria for exclusion were: having a history of psychiatric disorder, physical illness, and disability affecting a person's life. In order to observe the ethical principles of the research, all subjects received information about the research. Par-

ticipants were assured that all information would remain confidential and only be used for research purposes. For privacy reasons, the subjects' details were not recorded. In the end, all of them received informed consent. The Childhood Trauma Questionnaire (1988), the Depression Anxiety Stress Scales (1995), and the Toronto Alexithymia Scale (1994) were used to measure the research variables. Data analysis was performed using descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency, and percentage) and the Pearson correlation using SPSS software version 24. To evaluate the fit of the structural equation model (In the method of structural equations, multivariate normality is one of the essential assumptions that must be considered. In this study, the Kolmogorov-Smirnov test was used to test the assumption of normality) several indicators include: Goodness of Fit Index (GFI), Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis (TLI), Bentler-Bonett normed fit index (NFI) were used by AMOS-26 software. In this study, a significance level of less than 0.01 was considered.

Results

The average age of the participant group was 32.19 (standard deviation=10.82). Fifty-four participants were 25 years old and younger. Approximately 48.2% of the participants (147 people) were in the age range of 26 to 35, and 23.6% were in the age range of 36 to 45 years (72 people). First, the normality of data distribution was checked and confirmed using the Kolmogorov-Smirnov statistical test ($P < 0.05$). The results showed the correlation coefficient between childhood trauma with depression (0.51), anxiety (0.49) and stress (0.36), alexithymia with depression (0.47), anxiety (0.49) and stress (0.49), and the correlation coefficient between childhood trauma and alexithymia (0.29) is significant at the 0.01 level. According to the evaluation indicators of model Fit, es-

pecially the ratio of the Chi-square value to the degree of freedom equal to 1.87, GFI index equal to 0.92, AGFI index equal to 0.92, CFI index equal to 0.99, TLI index equal to 0.86, IFI index equal to 0.93, NFI index equal to 0.94 and RMSEA index equal to 0.005, it can be said that the model has a good fit. The coefficient of the direct path of childhood trauma to anxiety ($P \geq 0.001$, $\beta = 0.38$) and alexithymia to anxiety ($P \geq 0.001$, $\beta = 0.38$) is significant at a level less than 0.001. The coefficient of the direct path of childhood trauma to depression ($P \geq 0.001$, $\beta = 0.41$) and alexithymia to depression ($P \geq 0.001$, $\beta = 0.36$) is significant at the level of 0.001. The coefficient of the direct path of childhood trauma to stress ($P \geq 0.001$, $\beta = 0.24$) and alexithymia to stress ($P \geq 0.001$, $\beta = 0.41$) is significant at the level of 0.001. Childhood trauma and alexithymia explain a total of 29% of the variance of the anxiety variable. Childhood trauma and alexithymia explain a total of 29% of the variance of the depression variable, childhood trauma, and alexithymia together explain 25% of the variance of the stress variable.

Conclusion

In general, the results of the present study showed that trauma experience could predict anxiety, depression, and stress in students through the mediation of alexithymia. Indeed, the results of the present study show that the experience of trauma, and emotional distress increases the prevalence of anxiety, stress, and depression in the studied students. In the end, two categories of theoretical and practical consequences can be mentioned in the current research. At the level of theoretical implications, the findings of this research can lead to the development of knowledge in the field of factors affecting the creation and continuation of anxiety, stress, and depression disorders. At the level of practical consequences, it is recommended to investigate alexithymia and trauma experience in people with anxiety, stress and depression disorders, be-

cause these psychological variables make the treatment and recovery process difficult for these people. Among the research limitations, this study can mention the use of only the questionnaire, the limited population, and the cross-sectional statistical sample of the research. Therefore, using other assessment methods such as interviews and observations along with questionnaires, the expansion of the statistical population and sample, and longitudinal studies can more appropriately explain the reasons for psychological distress.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

In order to comply with the ethical principles of the research, all subjects received information about the research. They were assured that all information would remain confidential and only be used for research purposes. In order to respect privacy, the details of the subjects were not recorded. In the end, informed consent was obtained from all of them. Notably, this research has the code of ethics IR.IAUBA.REC.1397.046 from the Ethics Committee of Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Iran.

Authors' contributions

Mahsa Mahmoudi & Haydeh Saberi: Defined the concepts in choosing the subject and designing the study. Haydeh Saberi: Performed a search of the research literature and background. Mahsa Mahmoudi: Collected and analyzed data. Simin Bashardoust. Writing and drafting: All authors discussed the results and participated in preparing and editing the article's final version.

Funding

This research did not receive any specific grant from the public, commercial, or non-profit funding agencies. This research was extracted from the PhD Dissertation of the first

author, in the Department of Psychology, faculty of psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Acknowledgments

In the end, the authors are grateful to all participants in

the research and all those who have facilitated the implementation of the research.

Conflict of interest

The author declared no conflict of interest.

پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی ناگویی هیجانی

مهسا محمودی^۱، هائیده صابری^{۲*}، سیمین بشردوست^۲

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
 ۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده

مقدمه: پریشانی روان‌شناختی به شکل علائم اضطراب، افسردگی و استرس از جمله آسیب‌های روانی شایع در جمعیت انسانی است. هدف این پژوهش تعیین نقش میانجی ناگویی هیجانی در ارتباط بین پریشانی روان‌شناختی و ترومای دوران کودکی در دانشجویان بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و بر اساس روش، همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان بین رده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود که از بین آنها ۳۰۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار SPSS-24 و AMOS-26 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از ارتباط مثبت و معنادار ناگویی هیجانی و ترومای دوران کودکی با پریشانی روان‌شناختی (اضطراب، استرس و افسردگی) در دانشجویان بود. همچنین مشخص گردید که ناگویی هیجانی در ارتباط بین ترومای دوران کودکی با پریشانی روان‌شناختی در دانشجویان دارای نقش میانجی است ($P \leq 0/001$). همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ترومای دوران کودکی و ناگویی هیجانی قادر به پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی در دانشجویان هست ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش ترومای دوران کودکی و ناگویی هیجانی در پریشانی روان‌شناختی پیشنهاد می‌شود، درمانگران و مشاوران از طریق ابزارهای روا و پایا افراد با سابقه ترومای دوران کودکی را غربال‌گری کنند تا اقدامات درمانی مناسب برای کاهش مشکلات آنها را انجام دهند. همچنین کارگاه‌های آموزشی با هدف افزایش آگاهی در مورد تنظیم و مدیریت هیجان برای این افراد برگزار کنند.

دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۷

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۴

واژه‌های کلیدی

پریشانی روان‌شناختی
 ترومای دوران کودکی
 ناگویی هیجانی

نویسنده مسئول

هائیده صابری، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

ایمیل: Hayedesaberi@yahoo.com



doi.org/10.30514/icss.24.3.41

مقدمه

اشتها، کاهش انرژی و ضعف تمرکز همراه است (۱). افسردگی و اضطراب با شیوع ۲۰ تا ۳۰ درصد در سال در جمعیت عمومی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی هستند و گفته می‌شود تقریباً ۱۵ درصد از کل جمعیت در مقطعی از زندگی خود، حداقل یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند (۲). استرس نیز همچون اضطراب و افسردگی، جزء غیرقابل اجتناب زندگی امروزی هر انسانی است. اضطراب و استرس و

پریشانی روان‌شناختی (Psychological distress) در توصیف روان‌آسیب‌شناسی فردی به مجموعه‌ای از نشانه‌های افسردگی و اضطراب و استرس ادراک شده و عملکرد روان‌شناختی غیرانطباقی در سطح رخدادهای استرس‌زای زندگی اشاره دارد. افسردگی بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت از مهمترین اختلالات خلقی است که با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی‌ارزشی، اختلال در خواب و

افسردگی یکی از بزرگترین مشکلات زندگی انسان امروزی است و با به دنبال داشتن عواقب منفی بی‌شمار می‌تواند روند عادی زندگی را از ابعاد مختلف فردی، اجتماعی، شغلی، خانوادگی، اقتصادی و ... مختل سازد (۳). طبق مطالعات موجود، هیجانات منفی پیش‌بین کاهش عملکرد، کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری و مرگ و میر محسوب می‌شوند. در همین راستا و بنا به گزارش مطالعات متعدد، اغلب مشکلات روانی و هیجانی و رفتاری در بزرگسالی همچون افسردگی، اضطراب، تجربه سطوح بالای خشم و خصومت و رفتارهای خود تخریب‌گرایانه ریشه در تجارب آسیب‌زای گذشته و یک ترومای اولیه (Trauma) به ویژه ترومای دوران کودکی دارند (۴). همچنین Van Assche و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که آسیب‌های بین فردی در دوران کودکی از طریق تاثیر بر سبک دلبستگی موجب افزایش احتمال علائم افسردگی و اضطراب در بزرگسالی می‌شوند (۵). علاوه بر این، Nillni و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که قرار گرفتن زنان باردار در مواجهه تروما می‌تواند موجب افزایش احتمال علائم اضطرابی و افسردگی در کودک آنها شود و مادرانی که در دوران بارداری در معرض ترومای بیشتری قرار دارند در مقایسه با سایر مادران بیشتر در معرض تولد فرزندی مستعد پریشانی روان‌شناختی قرار دارند (۶).

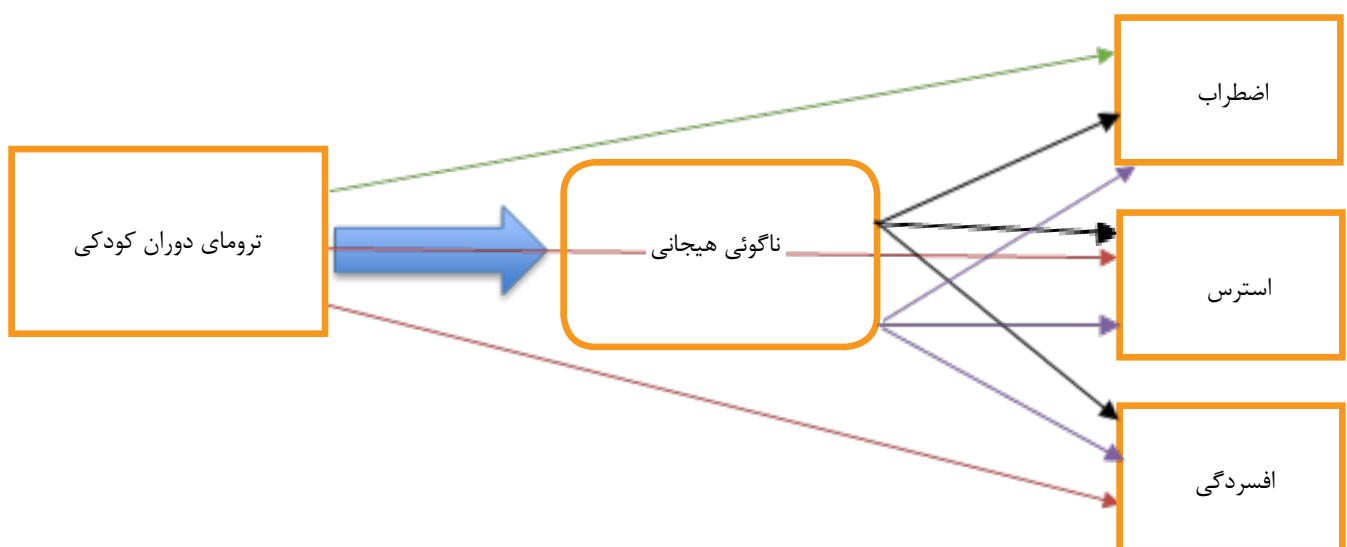
تروما یک واقعه یا تجربه است که از نظر هیجانی نگران‌کننده و مخرب است و مانع از توانایی فرد برای مقابله می‌شود (۷). ترومای بین فردی ممکن است در اوایل سال‌های کودکی تحت عنوان ترومای کودکی (Childhood Trauma) رخ دهد که در چارچوب روابط بین فردی/ مراقبتی والدین و فرزند قرار می‌گیرد و معمولاً شامل مواجهه با اشکال مختلف اضطراب و پریشانی در قالب سوءاستفاده و غفلت طولانی مدت والد و مراقب می‌باشد (۸). بدرفتاری با کودکان به عنوان یک مشکل گسترده بین‌المللی و با پیامدهای متفاوت برای توصیف تمامی اشکال کودک‌آزاری اعم از غفلت (فیزیکی و هیجانی)، آزار جسمی، آزار هیجانی و آزار جنسی و خشونت خانوادگی به کار برده می‌شود. غفلت فیزیکی به اعمالی اشاره دارد که طی آن نیازهای اساسی کودک برآورده نمی‌شود و از امکاناتی از قبیل امنیت، تغذیه محروم می‌شود. غفلت هیجانی نیز به اعمال اشاره دارد که در آن کودک مراقبت و حمایت عاطفی مناسبی را از مراقب خود دریافت نمی‌کند. آزار جسمی عبارت است از ایجاد جراحت عمدی یا وارد کردن ضربه جسمانی به کودک که احتمال خطر مرگ، آسیب دیدن، از دست دادن عضو بدن یا سلامتی وجود داشته باشد. آزار هیجانی زمانی ایجاد می‌شود که به کودک القاء شود موجودی بی‌ارزش، معیوب، منفور، ناخواسته و مخاطره‌انگیز است. آزار جنسی از کودک نیز مربوط می‌شود به رابطه جنسی میان یک کودک و یک

بزرگسال یا دو کودک، زمانی که یکی از آنها به طور مشخص بزرگتر بوده یا از زور و اجبار استفاده کرده است (۹). ترومای دوران کودکی علاوه بر این که تأثیرات زیان‌باری در حیطه رشدی، شناختی، هیجانی و رفتاری کودک دارد، سلامت روان او را در بزرگسالی نیز تهدید می‌کند. بگیان کوله‌مرز و همکاران در پژوهشی به نقش تجربه ترومای دوران کودکی در اقدام‌کننده به خودکشی پرداختند و نشان دادند که تجربه ترومای دوران کودکی می‌تواند زمینه‌ساز اقدام به خودکشی شود (۱۰). بررسی‌های موجود نشان می‌دهند که تجارب دردناک اولیه، فرد را در بزرگسالی مستعد انواع آسیب‌های روانی از جمله اضطراب، استرس و افسردگی می‌کند (۱۱، ۱۲). رضایی و همکاران در یک مطالعه به بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره‌های هیجانی در رابطه بین غفلت و نشانه‌های افسردگی پرداختند و نشان دادند که ترومای غفلت به طور معناداری نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، طرحواره‌های هیجانی انطباقی و طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی به صورت معناداری بین ترومای غفلت و نشانه‌های افسردگی واسطه‌گری می‌کنند (۱۳). در همین زمینه Nikkheslat و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در افراد افسرده سابقه ترومای دوران کودکی با اثر بر روی هورمون‌های زیستی مربوط به افسردگی و اضطراب موجب مستعد شدن این افراد به بروز علائم افسردگی می‌شود (۱۱). بنابراین می‌توان دریافت که ترومای دوران کودکی می‌تواند مولد اضطراب، افسردگی و استرس در افراد باشد. در این بین، موضوعی که به ذهن متبادر می‌شود این است که در رابطه ترومای دوران کودکی با پریشانی روانی، ناگویی هیجانی (Alexithymia) می‌تواند احتمالاً دارای نقش میانجی باشد.

ناگویی هیجانی به ناتوانی در خود تنظیمی هیجانی و پردازش اطلاعات شناختی، اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانات اشاره دارد (۱۴). ناگویی هیجانی سازهای چندوجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و حس‌های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات، تجسم محدود، سبک شناختی عینی، عملگر و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی است (۱۵). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، حس‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزشی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند (۱۶). به طور معمول، کودک از ارتباط اولیه با مراقب خود می‌آموزد که چگونه عواطف مثبت و منفی خود را ابراز کند و قادر به درک عواطف طرف مقابل خود نیز باشد و آن چه که کودک از ارتباط اولیه خود با مادر یاد می‌گیرد به دوران بزرگسالی تعمیم می‌یابد (۱۷). از دیدگاه روان‌پویشی، وقتی افراد الکسی‌تایمیک

پیشانی روان‌شناختی نسبت به سایر افراد منجر شود. بر اساس مطالب ذکر شده می‌توان دریافت که ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری ناگوئی هیجانی می‌تواند مولد اضطراب، افسردگی و استرس در افراد باشد. بر همین اساس و با توجه به شیوع بالای اضطراب، افسردگی و استرس در بین دانشجویان و اهمیت بررسی ابعاد و عوامل دخیل در این معضل و کمبود مطالعات در این زمینه، پژوهش حاضر به بررسی پیش‌بینی اضطراب، افسردگی و استرس بر اساس ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری ناگوئی هیجانی می‌پردازد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند از طریق افزایش آگاهی در مورد متغیرهای ترومای دوران کودکی و ناگوئی هیجانی و نقش آنها در اضطراب، افسردگی و استرس، مضامین مهمی درباره سازوکارهای تأثیرگذاری این متغیرها داشته باشد و از لحاظ نظری به بسط و تعدیل رویکردهای مرتبط با متغیرهای پژوهش بیانجامد و از لحاظ کاربردی نیز به پژوهشگران، روان‌پزشکان و روان‌درمانگران علاقه‌مند و متخصص و دست‌اندرکاران در مراکز بهداشت روانی، در زمینه کسب اطلاعات در مورد متغیرهای مطرح شده کمک قابل توجهی خواهد کرد که بر این اساس بتوانند برنامه‌های پیشگیری مناسبی را تدوین و برای دانشجویان، طرح‌های درمانی ویژه و متناسب با این مشکلات را پیگیری نمایند. در واقع، این پژوهش به جهت کمک به آگاه‌سازی و شناسایی عوامل موثر بر اضطراب، افسردگی و استرس حائز اهمیت خواهد بود. بنابراین، پژوهش حاضر به پیش‌بینی روانی بر اساس ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری ناگوئی هیجانی می‌پردازد.

در معرض یک رویداد استرس‌زا قرار می‌گیرند، به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم و مدیریت احساسات خود دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند (۱۸). در همین راستا، برخی از مطالعات به بررسی رابطه ناگوئی هیجانی با عواطف دردناک پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که علائم افسردگی و اضطراب در این افراد نسبت به سایر افراد بیشتر است (۱۸، ۱۹). یافته‌های مطالعات نشان داده است که افراد مبتلا به ناگوئی هیجانی توانایی محدود در سازگاری با شرایط استرس‌زا دارند که این ممکن است به تجربه میزان بالایی از پیشانی روانی و علائم اضطرابی و استرس در آنها بینجامد (۲۰). Tesio و همکاران در مطالعه‌ای بر روی افراد با درد مزمن نشان دادند که کیفیت زندگی تحت تأثیر سطوح بالای افسردگی قرار دارد و علائم افسردگی نیز در آنها تا حد زیادی ناشی از ناگوئی هیجانی است (۲۱). همچنین Durukan و همکاران در مطالعه خود بر روی والدین با کودک مبتلا به اختلالات رشدی نشان دادند که شیوع علائم افسردگی و اضطرابی در آنها نسبت به سایر والدین بیشتر است که درصد بالایی از این علائم از طریق ناگوئی هیجانی قابل تبیین است (۲۲). بنابراین می‌توان چنین فرض کرد که ناگوئی هیجانی در رابطه ترومای دوران کودکی با اضطراب، افسردگی و استرس دارای نقش میانجی است؛ چرا که طبق یافته مطالعات، روابط اولیه والد-کودک و تجارب دردناک اولیه کودک در ارتباط با مراقبش، سهم مهمی در شکل‌گیری ناگوئی هیجان دارد و از سوی دیگر، در دوران بعدی زندگی، ناتوانی افراد الکسی‌تایمیک در تشخیص و پردازش اطلاعات هیجانی می‌تواند به تجربه سطوح بالاتر استرس و اضطراب و



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش کار

مطالعه حاضر از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری در این مطالعه شامل دانشجویان بین رده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال دانشگاه‌های آزاد اسلامی شهر تهران (دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب، تهران شمال، رودهن) در سال ۱۳۹۹ بود که از بین آنها ۳۰۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. بنا به نظر کلاین برای مدل‌یابی معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است (۲۳). نحوه دسترسی به گروه نمونه به این صورت بود که پژوهشگر بعد از دریافت نامه از دانشگاه و اخذ مجوزهای لازم، فرم پرسشنامه الکترونیکی را به همراه توضیحات کلی در مورد هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها برای دانشجویان در دسترس ارسال کرد تا تکمیل کنند. با توجه به شیوع ویروس کرونا و عدم امکان جمع‌آوری حضوری پرسشنامه، مجبور به جمع‌آوری آنلاین پرسشنامه‌ها بودیم. بدین منظور ابتدا با مدیرهای کانال‌ها و گروه‌های مجازی دانشگاه‌های منتخب صحبت شد و سپس لینک پرسشنامه‌ها در گروه‌ها و کانال‌های مذکور قرار گرفت. در ابتدای پرسشنامه آنلاین توضیحاتی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه شد و از آزمودنی درخواست شد که با نهایت دقت پرسشنامه را پر کنند و هیچ سوالی را بدون جواب نگذارند. مهمترین معیارهای ورود به پژوهش؛ دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران بودن، آگاهی از اهداف پژوهش و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. مهمترین معیارهای خروج از پژوهش؛ بیماری جسمانی و روانی تاثیرگذار بر نتایج پژوهش و عدم تمایل برای ادامه پژوهش بود.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ Questionnaire): این پرسشنامه به وسیله Bernstein و Childhood Trauma همکاران در سال ۱۹۸۸ تنظیم شد. این پرسشنامه ۲۵ ماده دارد که برای دامنه سنی ۱۲ سال و بالاتر قابل اجراست و پنج حوزه تجارب آسیب‌زا شامل سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده فیزیکی، غفلت فیزیکی، سوءاستفاده هیجانی و غفلت هیجانی را می‌سنجد. این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا همیشه=۵) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. پایایی به دو روش آزمون بازآزمون و آلفای کرونباخ در این مقیاس در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۴). در مطالعه‌ای بر روی جمعیت ایرانی روایی سازه‌های آن مورد تایید قرار گرفت و آلفای کرونباخ آن برای فرم

کوتاه از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ برآورد شده است (۲۵).

مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS Scales): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Depression Anxiety Stress) Lovibond تهیه شده دارای ۴۲ سؤال ۴ گزینه‌ای (هیچ، کمی، گاهی و همیشه) است که به هر یک از گزینه‌ها به ترتیب نمرات صفر تا سه تعلق می‌گیرد و سه زیرمقیاس استرس، اضطراب و افسردگی را با ۱۴ سؤال مجزا برای هر کدام مورد سنجش قرار می‌دهد. آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت، شدت (فراوانی) علامت مطرح شده در آن عبارت را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است درجه‌بندی کند. دامنه نمرات در این مقیاس از صفر تا ۱۲۶ بوده و نمره بالا نشانگر علائم شدیدتر است. مطالعات انجام شده توسط Lovibond نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای زیرمقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب و ۰/۷۱ برای افسردگی می‌باشد. برای روایی مقیاس نیز ضرایب همبستگی با پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمد (۲۶). در پژوهشی توسط فضلی و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون در نمونه ۴۰۰ نفری از دانش‌آموزان شهر کرمانشاه اجرا شد و نتایج نشان داد زیر مقیاس افسردگی این آزمون با تست افسردگی ۰/۸۴، زیرمقیاس اضطراب با آزمون ژانگ ۰/۸۳ و زیرمقیاس استرس با سیاهه استرس دانش‌آموزان ۰/۷۵ رابطه معنادار دارند. ضریب آلفای زیرمقیاس افسردگی نیز ۰/۹۴، زیرمقیاس اضطراب ۰/۸۵ و زیرمقیاس استرس ۰/۸۷ محاسبه شده است (۲۷).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Alexithymia Scale-20): یک آزمون توسط Bagby و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. دارای ۲۰ سوال است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ سوال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سوال) را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود که در دامنه ۲۰ تا ۱۰۰ قرار دارد (۲۸). در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی یا تجارب بیرونی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی هم بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش

در گروه سنی ۴۶ تا ۵۵ سال، ۶/۹ درصد از شرکت‌کنندگان با تعداد ۲۱ نفر حضور داشتند. ۵ نفر از شرکت‌کنندگان در دامنه سنی بالای ۵۶ سال بودند. تعداد ۶ نفر نیز سن خود را اعلام نکرده بودند. از ۳۰۵ شرکت‌کننده ۲۶۴ نفر زن و ۴۱ نفر مرد و ۱۵۲ نفر متاهل و ۱۵۳ نفر مجرد بودند. سطح تحصیلات کارشناسی ارشد با ۱۳۴ بیشترین و سطح کاردانی (۱۳ نفر) کمترین فراوانی را داشتند. ۶/۶ درصد از شرکت‌کنندگان سطح تحصیلات دیپلم، ۳۲/۱ درصد کارشناسی و ۴۳/۹ درصد کارشناسی ارشد را گزارش کردند.

ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها در **جدول ۱** گزارش شده است. ضریب همبستگی بین ترومای کودکی با افسردگی (۰/۵۱)، اضطراب (۰/۴۹) و استرس (۰/۳۶)، ناگویی هیجانی با افسردگی (۰/۴۷)، اضطراب (۰/۴۹) و استرس (۰/۴۹) و ضریب همبستگی بین ترومای کودکی با ناگویی هیجانی (۰/۲۹) در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و باز آزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به دست آمده است (۲۹).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل ضریب همبستگی پیرسون و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-24 و AMOS-26 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه شرکت‌کنندگان ۳۲/۱۹ (انحراف معیار=۱۰/۸۲) بود. ۵۴ نفر از شرکت‌کنندگان سن ۲۵ سال و کمتر داشتند. حدود ۴۸/۲ درصد از شرکت‌کنندگان (۱۴۷ نفر) در دامنه سنی ۲۶ تا ۳۵ و ۲۳/۶ درصد از آنها در دامنه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال (۷۲ نفر) قرار داشتند.

جدول ۱. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- سوءاستفاده فیزیکی	۱									
۲- سوءاستفاده جنسی	۰/۶۴**	۱								
۳- سوءاستفاده هیجانی	۰/۷۲**	۱	۱							
۴- غفلت فیزیکی	۰/۵۵*	۰/۵۱**	۰/۶۱**	۱						
۵- غفلت هیجانی	۰/۵۳**	۰/۵۴**	۰/۶۳**	۰/۷۰**	۱					
۶- ترومای کودکی	۰/۸۲**	۰/۴۰**	۰/۸۷**	۰/۸۳**	۰/۸۴**	۱				
۷- ناگویی هیجانی	۰/۲۱**	۰/۷۲**	۰/۲۷**	۰/۳۲**	۰/۲۰**	۰/۲۹**	۱			
۸- افسردگی	۰/۳۵**	۰/۲۲**	۰/۵۵**	۰/۴۳**	۰/۴۲**	۰/۵۱**	۰/۴۷**	۱		
۹- اضطراب	۰/۳۶**	۰/۳۳**	۰/۴۸**	۰/۴۷**	۰/۳۲**	۰/۴۹**	۰/۴۹**	۰/۶۹**	۱	
۱۰- استرس	۰/۲۵**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۳۲**	۰/۲۶**	۰/۳۶**	۰/۴۹**	۰/۷۷**	۰/۷۰**	۱

حجم نمونه پژوهش، از نسبت خی‌دو بر درجه آزادی استفاده شد که مقدار آن برابر ۱/۸۷ بود. بر اساس این شاخص، عدد حاصل از این نسبت نباید بیش از ۳ باشد تا الگو مورد تأیید قرار گیرد. با توجه به این که نسبت مجذور خی به درجه آزادی کمتر از ۳ می‌باشد، می‌توان گفت که داده‌های به دست آمده با الگوی فرضی مطابقت دارند. با توجه به شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو به ویژه نسبت مقدار خی‌دو به درجه آزادی برابر با ۱/۸۷، شاخص GFI برابر با ۰/۹۲، شاخص AGFI برابر با ۰/۹۲، شاخص CFI برابر با ۰/۹۹، شاخص TLI برابر با ۰/۸۶، شاخص

جهت آزمودن اثرغیر مستقیم ترومای کودکی بر اضطراب، افسردگی و استرس با میانجی‌گری ناگویی هیجانی از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس ترکیبی از سنجه‌های برازندگی جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت که در **جدول ۲** گزارش شده است.

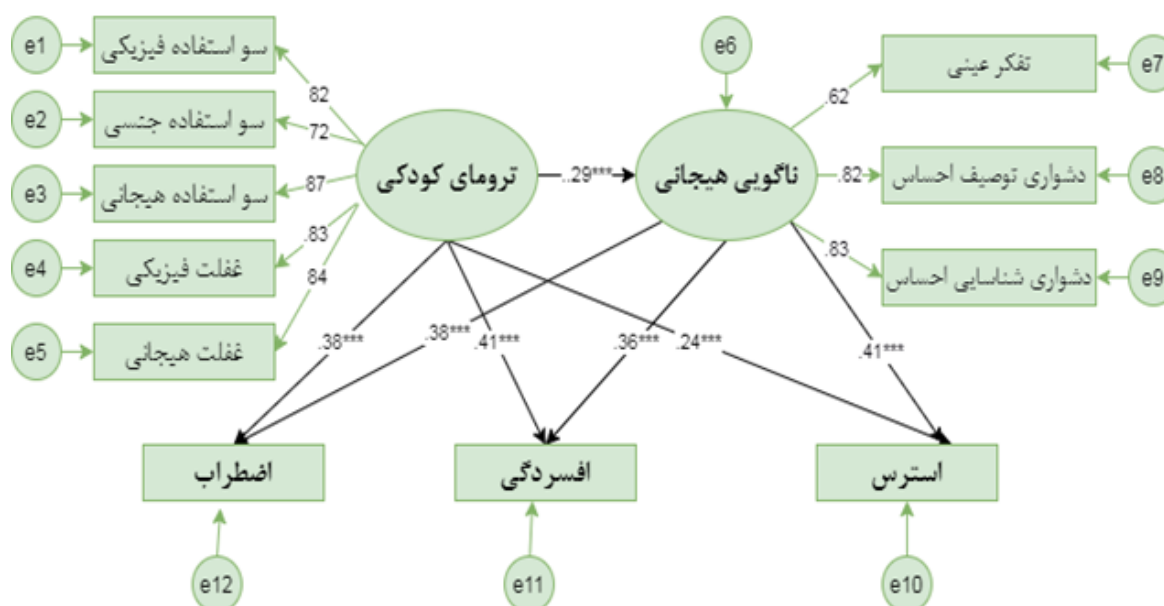
با توجه به اطلاعات مربوط به **جدول ۲**، مقدار مجذور خی برابر با ۱۱۶/۱۹ بوده که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. با توجه به بالا بودن

IFI برابر با ۰/۹۳، شاخص NFI برابر با ۰/۹۴ و شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۰۵ می‌توان گفت الگو از برازش خوبی برخوردار است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

NFI	IFI	TLI	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	X2/df	P	df	X2
.94	.93	.96	.99	.92	.92	.005	1/17	<.01	63	116/19

پارامتر اصلی مدل اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر اضطراب، افسردگی و استرس بامیانجی‌گری ناگویی هیجانی در شکل و جداول زیر گزارش شده است:



شکل ۲. مدل معادله ساختاری اثر مستقیم ترومای کودکی بر اضطراب، افسردگی و استرس با میانجی گری ناگویی هیجانی

۰/۳۸، β) معنادار است. ضریب مسیر غیرمستقیم ترومای کودکی به اضطراب با میانجی‌گری ناگوئی هیجانی ($\beta=0/11$ ، $P\leq 0/01$) معنادار است. ضریب مسیر کل بین ترومای کودکی با اضطراب معنادار است ($\beta=0/49$ ، $P\leq 0/01$). همچنین ضریب تعیین برابر ۰/۲۹ بود که به بیان دیگر ترومای کودکی و ناگوئی هیجانی مجموعاً ۲۹ درصد از واریانس متغیر اضطراب را تبیین می‌کنند.

با توجه به شکل ۲ و ضریب مسیر مستقیم و غیرمستقیم مشخص شده در مدل ساختاری پژوهش می‌توان گفت ترومای کودکی اثر مستقیم و غیرمستقیم (با میانجی‌گری ناکویی هیجانی) بر استرس، اضطراب و افسردگی دارد.

طبق نتایج جدول ۳، ضریب مسیر مستقیم ترومای کودکی به اضطراب ($\beta=0/38$, $P\leq 0/01$) و ناگوئی هیجانی به اضطراب ($P\leq 0/01$)

جدول ۳. برآورد اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر اضطراب

اضطراب					مسیرها	
R ²	P	β	SE	b		
-	۰/۰۰	۰/۳۸	۰/۰۲۳	۰/۱۹	ترومای کودکی	اثر مستقیم
-	۰/۰۰	۰/۳۸	۰/۰۳۳	۰/۲۷	ناگویی هیجانی	
-	۰/۰۰	۰/۱۱	۰/۰۴۴	۰/۰۶	ترومای کودکی	ثر غیرمستقیم
۰/۲۹	۰/۰۰	۰/۴۹	۰/۰۱۶	۰/۲۴	ترومای کودکی	اثر کل

طبق نتایج جدول ۴، ضریب مسیر مستقیم ترومای کودکی به افسردگی ($\beta=0/41, P\leq 0/001$) و ناگویی هیجانی به افسردگی ($\beta=0/36, P\leq 0/001$) معنادار است. ضریب مسیر غیرمستقیم ترومای کودکی به افسردگی با میانجی‌گری ناگوئی هیجانی ($\beta=0/10, P\leq 0/001$)

معنادار است. ضریب مسیر کل بین ترومای کودکی با افسردگی معنادار است ($\beta=0/52, P\leq 0/001$). همچنین ضریب تعیین برابر با ۰/۳۴ بود که به بیان دیگر ترومای کودکی و ناگوئی هیجانی مجموعاً ۲۹ درصد از واریانس متغیر افسردگی را تبیین می‌کنند.

جدول ۴. برآورد اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر افسردگی

افسردگی					مسیرها	
R ²	P	β	SE	b		
-	0/001	0/41	0/031	0/27	ترومای کودکی	اثر مستقیم
-	0/001	0/36	0/044	0/33	ناگوئی هیجانی	
-	0/001	0/10	0/026	0/06	ترومای کودکی	اثر غیرمستقیم
0/34	0/001	0/52	0/021	0/34	ترومای کودکی	اثر کل

طبق نتایج جدول ۵، ضریب مسیر مستقیم ترومای کودکی به استرس ($\beta=0/24, P\leq 0/001$) و ناگوئی هیجانی به استرس ($\beta=0/41, P\leq 0/001$) معنادار است. ضریب مسیر غیرمستقیم ترومای کودکی به استرس با میانجی‌گری ناگوئی هیجانی ($\beta=0/12, P\leq 0/001$)

است. ضریب مسیر کل بین ترومای کودکی با استرس معنادار است ($\beta=0/36, P\leq 0/001$). همچنین ضریب تعیین برابر با ۰/۲۵ بود که به بیان دیگر ترومای کودکی و ناگوئی هیجانی مجموعاً ۲۵ درصد از واریانس متغیر استرس را تبیین می‌کنند.

جدول ۵. برآورد اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر استرس

افسردگی					مسیرها	
R ²	P	β	SE	b		
-	0/001	0/24	0/030	0/14	ترومای کودکی	اثر مستقیم
-	0/001	0/41	0/043	0/34	ناگوئی هیجانی	
-	0/001	0/12	0/044	0/07	ترومای کودکی	اثر غیرمستقیم
0/25	0/001	0/36	0/067	0/21	ترومای کودکی	اثر کل

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ناگوئی هیجان بر ابعاد پریشانی روانی شامل استرس، اضطراب و افسردگی اثر مستقیم و مثبت داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های خادمی و همکاران (۳۰)، Palma-Alvarez و همکاران (۱۸)، Marchi و همکاران (۱۹) و van der Cruysen و همکاران (۲۰) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که دشواری در بیان احساسات و سرکوب هیجانی می‌تواند از طریق ایجاد اختلال در عملکرد بهنجار سیستم پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و همچنین تنظیم و مدیریت هیجان‌ها و در نتیجه تولید ضعف در

فرایند عملی‌سازی احساسات و هیجان‌ها در سطح رفتارهای شخصی و تعاملات بین فردی منجر به تشدید استرس، اضطراب و افسردگی و پریشانی روان‌شناختی شود. در همین راستا یافته مطالعات متعدد نشان‌دهنده این است که ناتوانی در شناسایی و توصیف احساسات و ضعیف بودن فرد در مدیریت هیجان‌ها به ویژه هیجان‌های منفی می‌تواند منجر به افزایش سطح اضطراب و افسردگی گردد (۳۰). در واقع می‌توان چنین استدلال کرد که ارتباط نادرست بین فراخوانی و ارزیابی محرک هیجانی، با شناسایی و ابراز احساس ارتباط دارد. به عبارت دیگر، ارتباط بین ارزیابی ثانویه و آمادگی برای عمل می‌تواند با ناتوانی در ابرازگری

مصالحه و حفظ کردن یا بازسازی رابطه با دیگران منجر شود و بدین طریق از فشار رویداد تحریک‌کننده بکاهد، اما افراد با تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به طور معمول در مواقع قرارگیری در موقعیت اضطراب‌زا به احتمال زیاد از راهبردهای مدیریت هیجان ناکارآمد همچون سرکوبی یا نادیده گرفتن هیجانات پریشان‌کننده استفاده می‌کنند که در نتیجه به معنای فرار از احساسات خود و عدم شناسایی و ابراز آنها و همچنین فاصله‌گیری در ارتباط دیگران است که این فرایند پیامدی جز تجربه سطوح بالای افسردگی، اضطراب و استرس برای فرد نخواهد داشت.

در واقع کودکانی که در دوران کودکی خود آسیب دیده‌اند، معمولاً ناچارند درد عاطفی و جسمانی زیادی را تحمل کنند، که این مانع از ایجاد احساس امنیت در آنها می‌شود و بر همین اساس آنها از تجارب درونی خود و برقراری روابط بین فردی گریزان هستند. علاوه بر این، رشد ساختاری و عملکردی در سطح عصبی نیز منجر به رشد فرآیندهای اجرایی مورد نیاز برای تنظیم هیجانی، از جمله کنترل بازدارنده در طول بزرگسالی می‌شود. تعامل بین فرآیندهای شناختی عصبی و فشارهای اجتماعی ناشی از سوءرفتاری ممکن است منجر به تشدید ناتوانی فرد برای ادراک و پردازش هیجان‌ها شود که این خود مولد اضطراب و افسردگی است (۳۲).

همچنین در تبیینی دیگر باید بیان داشت که اجتناب از واقعیت هیجانی و ناتوانی در سامان‌دهی درست هیجان اغلب به ضعف عملکرد از جمله در حیطه حل مسئله، ارزیابی مسائل، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و یا جستجوی حمایت عاطفی و اجتماعی منجر می‌شود که این موارد نیز می‌تواند به تولید بیشتر اضطراب و افسردگی و پریشانی روانی کمک کند (۱۹). در واقع می‌توان چنین استدلال نمود که برای افراد با ترومای دوران کودکی با تجارب مورد غفلت عاطفی و بدرفتاری واقع شدن، روابط بین فردی و اعتماد به دیگران و جستجوی حمایت اجتماعی در مواقع لزوم به عنوان عملی دشوار و ناراحت‌کننده و مخاطره‌آمیز تلقی می‌شود (۳۲). علاوه بر این، آنها ممکن است در حل مسئله یا ارزیابی دوباره مشکل داشته باشند، زیرا این شیوه‌های کنار آمدن بر بازشناسی تهدیدها و خطاهایی تأکید دارند که افراد با تجارب بدرفتاری در دوران کودکی ترجیح می‌دهند آنها را انکار کنند و یا نادیده بگیرند. ناتوانی یا عدم تمایل در مواجهه مستقیم با هیجانات دردناک و علل درونی آن اغلب برای چنین افرادی تنها یک انتخاب به عنوان راهبرد نظم‌دهنده هیجانی باقی می‌گذارد و آن راهبرد سرکوب هیجانات یا جدا کردن خود از تأثیرات آن در تجربه و رفتار است که پیامد آن چیزی جز افزایش اضطراب، افسردگی و استرس نخواهد بود. همچنین سوءاستفاده‌های هیجانی دوران کودکی منجر به شکل‌گیری تحریفات

هیجانی مرتبط است و نقص در اجرا که در واقع نشانه اصلی ناگویی هیجانی است به عاطفه سطحی، تظاهرات هیجانی معیوب، بدکارکردی در ابراز هیجان، زبان و حرکات بیانگر چهره‌های نامتناسب منجر می‌شود که این امر می‌تواند در درازمدت فرد را دچار فرسودگی روانی ساخته و زمینه‌ساز بروز آسیب‌های روانی، پریشانی روانی و اضطراب، استرس و افسردگی شود. در همین راستا، یافته برخی از پژوهشگران گویای این است که ناتوانی در شناسایی و ابراز هیجانات و احساسات با ایجاد دشواری در تنظیم احساسات هیجانی شدید ممکن است یک عامل مشترک در اشکال مختلف پریشانی روانی در سطوح متفاوت باشد (۲۰). از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که ترومای دوران کودکی اثر مستقیم و مثبتی بر ابعاد پریشانی روانی شامل افسردگی، اضطراب و استرس داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های Hopfinger و همکاران (۳۱)، Gamache و همکاران (۳۲)، Berenz و همکاران (۳۳) و Huh و همکاران (۳۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت آسیب در دوران کودکی رشد هیجانی-اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از جمله گسترش شناخت‌های منفی در مورد خود و دیگران می‌تواند شکل‌گیری روابط شرطی بین محرک مربوط به آسیب و آشفته‌گی هیجانی و تنظیم هیجانی رشد نایافته را تسهیل سازد (۳۱). به نظر می‌رسد که آسیب‌های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی‌های تنظیم هیجانی به شیوه‌ای سالم می‌شود. آسیب‌های دوران کودکی، به ویژه آسیب‌های بین فردی تکرار شده بین مراقب و کودک، با اکتساب مهارت‌های تنظیم هیجانی مناسب تداخل می‌کنند. کیفیت تبادلات هیجانی کودک و مراقبت‌کننده عامل مهمی در ظرفیت تنظیم هیجان بزرگسالی است و افراد با تجارب آسیب‌زای دوران کودکی معمولاً در دریافت و سامان‌دهی اطلاعات هیجانی دچار ضعف هستند، چرا که در موقعیت تجربه استرس و شرایط پرتنش، همواره هیجانات مربوط به تهدید را مورد توجه و تمرکز قرار می‌دهند. استرس‌های مداوم در زندگی کودکی سیستم‌های عصبی مرکزی را که در پاسخ‌دهی به استرس و تنظیم هیجان درگیرند، حساس می‌سازند. این در حالی است که ناتوانی فرد در توجه فراگیر به تمام محرک‌ها و داشتن توجه سوگیرانه به محرک تهدیدکننده می‌تواند با ایجاد استرس و اضطراب همراه شود و ناخواسته فرد را در معرض موجی از هیجانات منفی قرار دهد (۳۴). از سوی دیگر و از زاویه راهبردهای مورد استفاده در مدیریت هیجانات پریشان‌کننده باید گفت، گرچه که در افراد عادی راهبردهای مورد استفاده در تنظیم و مدیریت هیجان از نوع سالم و مناسب همچون رویارویی با رویداد ناراحت‌کننده و شناسایی و ابراز هیجانات خود در رابطه با آن رویداد است که در نهایت می‌تواند به منافع دیگر از جمله

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که گرچه طرح پژوهش برای نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای تنظیم شده بود ولی به دلیل شیوع بیماری کرونا امکان این نوع از نمونه‌گیری فراهم نشد و بنابراین فرم پرسشنامه الکترونیکی برای دانشجویان داوطلب ارسال شد. علاوه بر این استفاده تنها از پرسشنامه، محدود بودن جامعه و نمونه آماری و مقطعی بودن پژوهش از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نقش قابل توجه ناگوئی هیجانی بر اختلال افسردگی، اضطراب و استرس در افراد با سابقه تروما، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی با هدف افزایش آگاهی در مورد تنظیم و مدیریت هیجان و آموزش راهکارهای علمی به منظور بهبود مدیریت هیجان برای افراد در معرض رویدادهای تروماتیک در نظر گرفته شود و نکات کلیدی در مورد نحوه مدیریت هیجان در قالب کاتالوگ در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گیرد. همچنین، با توجه به تاثیر ترومای دوران کودکی در میزان بروز افسردگی، اضطراب و استرس پیشنهاد می‌شود، درمانگران و مشاوران از طریق ابزارهای روا و پایا افراد با سابقه ترومای دوران کودکی را غربال‌گری کنند تا اقدامات درمانی مناسب برای کاهش مشکلات آنها را انجام دهند و کارگاه‌های آموزشی جهت آگاهی هرچه بیشتر والدین از تاثیر بدرفتاری و غفلت از کودکان بر عملکرد آنها در دوران بزرگسالی برگزار گردد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، کلیه آزمودنی‌ها اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کردند. این اطمینان به آنان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه خواهد ماند و فقط برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات آزمودنی‌ها ثبت نشد. در پایان از همه آنان رضایت آگاهانه دریافت شد. لازم به ذکر است این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAUBA.REC.1397.046 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد بندرعباس می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

مهسا محمودی و هائیده صابری: در انتخاب موضوع، طراحی مطالعه و تعریف مفاهیم نقش داشتند. جستجوی ادبیات و پیشینه پژوهشی توسط هائیده صابری انجام گرفت. مهسا محمودی نسبت به جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام کرد. نگارش و تهیه پیش‌نویس توسط

و خطاهای شناختی می‌شوند و این تحریفات شناختی با دور ساختن فرد از واقعیت موجود و ایجاد تهدید در مواجهه با محرک‌ها در نهایت منجر به بروز اضطراب و افسردگی خواهند شد (۳۳).

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد ضریب مسیر غیرمستقیم ترومای کودکی به اضطراب، افسردگی و استرس با میانجی‌گری ناگوئی هیجانی معنادار بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های نریمانی و همکاران (۳۵)؛ بشرپور و جانی (۳۶)؛ رضائی و همکاران (۱۳)؛ Worrell (۳۷) و Obeid و همکاران (۳۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد با سابقه تروما در دوران کودکی معمولاً والدینی دارند که تجربیات هیجانی کودک و ابراز هیجانی کودک (مانند خشم، اضطراب و غم) را نوعی رویداد منفی قلمداد می‌کنند که باید از آن اجتناب کرد. در این صورت، والد نسبت به هیجان‌های کودک بی‌اعتنا می‌شود یا از آنها انتقاد می‌کند یا تحمل خود را در برابر آنها از دست می‌دهد. این دیدگاه هیجانی منفی، در تعاملات والدین به دیگران نیز منتقل می‌شوند. این سبک از مربیگری هیجانی باعث می‌شود که فرد طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی از قبیل کنترل‌ناپذیری، احساس گناه، بی‌حسی هیجانی، نشخوار فکری درباره هیجان منفی، خردگرایی و... را گسترش دهد و این شرایط زمینه لازم را برای ناگوئی هیجانی کودک فراهم می‌کند. کودکان این والدین دارای هوش هیجانی کمتری بوده و نمی‌دانند که در چه هنگام باید هیجان را ابراز کرد و در چه هنگام باید آن را مهار کرد و نمی‌دانند که هیجان‌های خود را چگونه پردازش و تنظیم کنند، همه این شرایط منجر به کاهش توانایی مقابله کارآمد در مواجهه با شرایط استرس‌زا و به دنبال آن افزایش احتمال ابتلا به اختلالات روانی مختلف می‌گردد (۳۵).

علاوه بر این، دشواری در شناسایی و تمایز بین احساسات، افراد را مستعد نارسایی در تنظیم هیجان‌ها در شرایط استرس‌آمیز مثل حوادث تروماتیک می‌کند. بنابراین، این افراد دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند و ظرفیت آنها برای سازگاری با موقعیت استرس‌زا کاهش می‌یابد (۳۶). یکی از روش‌های کنترل تنش، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است، در صورتی که این هیجان‌ها تخلیه نگردد و فرد نتواند احساسات منفی خود را به صورت کلامی بیان کند، جزء روان‌شناختی سیستم‌های ابراز هیجان از جمله افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را ندارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ای موثر ابراز نمی‌کنند، نمی‌توانند با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران مشکل دارند و در نتیجه این افراد از سلامت روانی پایین رنج می‌برند و بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب و استرس قرار می‌گیرند (۳۵).

سیمین بشردوست انجام گرفت. همه نویسندگان نتایج را مورد بحث قرار داده و در تنظیم و ویرایش نسخه نهایی مقاله مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تعارض منافع را گزارش نکرده‌اند.

منابع مالی

این پژوهش هیچ کمک مالی خاصی از سازمان‌های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است. این پژوهش از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول، استخراج شده است.

References

1. Gao W, Ping S, Liu X. Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *Journal of affective disorders*. 2020;263:292-300.
2. Hamidizadeh N, Ranjbar S, Ghanizadeh A, Parvizi MM, Jafari P, Handjani F. Evaluating prevalence of depression, anxiety and hopelessness in patients with Vitiligo on an Iranian population. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020;18:20.
3. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(1):61.
4. Greenberg DM, Baron-Cohen S, Rosenberg N, Fonagy P, Rentfrow PJ. Elevated empathy in adults following childhood trauma. *PLoS One*. 2018;13(10):e0203886.
5. Van Assche L, Van de Ven L, Vandenbulcke M, Luyten P. Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety and depression in late life. *Aging & Mental Health*. 2020;24(6):898-905.
6. Nillni YI, Mehralizade A, Mayer L, Milanovic S. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2018;66:136-148.
7. Denton R, Frogley C, Jackson S, John M, Querstret D. The assessment of developmental trauma in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2017;22(2):260-287.
8. Calder BW, Vogel AM, Zhang J, Mauldin PD, Huang EY, Savoie KB, et al. Focused assessment with sonography for trauma in children after blunt abdominal trauma: A multi-institutional analysis. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2017;83(2):218-224.
9. Agarwal A. Foreign body-related extremity trauma in children: A single-center experience. *Indian Journal of Orthopaedics*. 2018;52(5):481-488.
10. Bagiyan Kuemarez M, Karami J, Momeni K, Elahi A. The investigation of the role of childhood trauma experience, cognitive reactivity, and mental pain in suicide attempted and normal individuals. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2019;14(53):77-89. (Persian)
11. Nikkheslat N, McLaughlin AP, Hastings C, Zajkowska Z, Nettis MA, Mariani N, et al. Childhood trauma, HPA axis activity and antidepressant response in patients with depression. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;87:229-237.
12. Lazary J, Eszlari N, Juhasz G, Bagdy G. A functional variant of CB2 receptor gene interacts with childhood trauma and FAAH gene on anxious and depressive phenotypes. *Journal of Affective Disorders*. 2019;257:716-722.
13. Rezaei F, Karimi F, Afshari A, Hosseini-Ramaghani N. The correlation between alexithymia and anxiety, depression in asthma. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2017;21(2):178-187. (Persian)
14. Ghanadzadegan HA, Salehi M, Kochakentazar R, Sepahmansor M. The modeling of internet addiction based on iden-

tity styles: The mediating role of alexithymia. *Developmental Psychology*. 2018;15(58):165-173. (Persian)

15. Medina-Porqueres I, Romero-Galisteo RP, Galvez-Ruiz P, Moreno-Morales N, Sanchez-Guerrero E, Cuesta-Vargas JS, et al. Alexithymia and depression in older people who practice directed physical activity. *Ibero-American Journal of Physical Activity and Sports Sciences*. 2016;5(3):36-48.

16. Bermudez AM, Mendez I, Garcia-Munuera I. Inteligencia emocional, calidad de vida y alexitimia en personas mayores institucionalizadas. *European Journal of Health Research*. 2017;3(1):17-25.

17. Yearwood K, Vliegen N, Luyten P, Chau C, Corveleyn J. Psychometric properties of the Alexithymia Questionnaire for Children in a Peruvian sample of adolescents. *Revista de Psicologia*. 2017;35(1):97-124.

18. Palma-Alvarez RF, Ros-Cucurull E, Daigre C, Perea-Ortuna M, Martinez-Luna N, Serrano-Perez P, et al. Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders?: A one year follow-up study. *Addictive Behaviors*. 2021;113:106681.

19. Marchi L, Marzetti F, Orru G, Lemmetti S, Miccoli M, Ciacchini R, et al. Alexithymia and psychological distress in patients with fibromyalgia and rheumatic disease. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:1735.

20. Van Der Crujisen R, Murphy J, Bird G. Alexithymic traits can explain the association between puberty and symptoms of depression and anxiety in adolescent females. *PloS One*. 2019;14(1):e0210519.

21. Tesio V, Di Tella M, Ghiggia A, Romeo A, Colonna F, Fusaro E, et al. Alexithymia and depression affect quality of life in patients with chronic pain: A study on 205 patients with fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*. 2018;9:442.

22. Durukan I, Kara K, Almbaideen M, Karaman D, Gul H. Alexithymia, depression and anxiety in parents of children with neurodevelopmental disorder: Comparative study of autistic disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified and attention deficit-hyperactivity disorder. *Pediat-*

rics International. 2018;60(3):247-253.

23. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford publications; 2015.

24. 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):169-190.

25. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014;19(4):275-282. (Persian)

26. Lovibond PF. Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1998;107(3):520-526.

27. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric properties of DASS-42 as assessed in a sample of Kermanshah High School students. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2007;5(2):81-92. (Persian)

28. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38(1):23-32.

29. Besharat MA. Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, instruction and scoring (Persian version). *Journal of Developmental Psychology*. 2013;10(37):90-92. (Persian)

30. Khademi M, Hajiahmadi M, Faramarzi M. The role of long-term psychodynamic psychotherapy in improving attachment patterns, defense styles, and alexithymia in patients with depressive/anxiety disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2019;41(1):43-50.

31. Hopfinger L, Berking M, Bockting CL, Ebert DD. Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of Affective Disorders*. 2016;198:189-197.

32. Gamache Martin C, Van Ryzin MJ, Dishion TJ. Profiles of childhood trauma: Betrayal, frequency, and psychological distress in late adolescence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2016;8(2):206-213.

33. Berenz EC, Vujanovic A, Rappaport LM, Kevorkian S,

- Gonzalez RE, Chowdhury N, et al. A multimodal study of childhood trauma and distress tolerance in young adulthood. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2018;27(7):795-810.
34. Huh HJ, Kim KH, Lee H-K, Chae J-H. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*. 2017;213:44-50.
35. Narimani M, Jani S, Rezaei R. The role of alexithymia and mindfulness in predicting depression and anxiety in women with cancer. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020;7(1):78-89. (Persian)
36. Basharpour S, Jani S. The role of mindfulness and alexithymia in reducing depression and anxiety in women victims of spouse violence. *Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry*. 2020;6(6):55-65. (Persian)
37. Worrell C. Navigating a complex landscape—a review of the relationship between inflammation and childhood trauma and the potential roles in the expression of symptoms of depression. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*. 2022:100418.
38. Obeid S, Lahoud N, Haddad C, Sacre H, Akel M, Fares K, et al. Factors associated with depression among the Lebanese population: Results of a cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020;56(4):956-967.