

June-July 2024, Volume 12, Issue 2

[10.22034/IJPN.12.2.84](https://doi.org/10.22034/IJPN.12.2.84)

Structural Relationships between Childhood Trauma Experience and Depressive Symptoms in Adults: The Mediating Role of Dissociative Experiences and Attachment Styles

Zahra Shahmohammadi¹, Zahra Hasannezhad², Samane Maleki^{3*},
Maryam Hassanzadeh Tabatabaee⁴

1- Master Student in Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran.

2- Master of General Psychology, Gorgan Branch, Payam Noor University, Gorgan, Iran.

3- Master of Family Counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

4-Master of Career Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Samane Maleki, Master of Family Counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

E-mail: Maleki6183@gmail.com

Received: 15 April 2024

Accepted: 19 June 2024

Abstract

Introduction: Although previous studies have shown that there is a strong relationship between childhood trauma and depression, the mediating mechanisms of this relationship have not been well-studied. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the structural relationships between childhood trauma experience and depressive symptoms in adults with the mediating role of dissociative experiences and attachment styles.

Methods: The research method was descriptive-correlation. The statistical population of the research was made up of all the people who were referred to the clinics and psychological service centers of Tehran in 2023. Among the statistical population, 320 people were selected by convenience sampling method. The research tools were: The Childhood Trauma Questionnaire, Beck Depression Inventory-II, Dissociative Experiences Scale, and Attachment Styles Questionnaire. Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS version 23 and AMOS version 23 software were used for data analysis.

Results: The results showed that the research model is a good fit. Direct path coefficients of childhood trauma experience ($T=0.28$, $\beta=2.52$), dissociative experiences ($T=0.27$, $\beta=2.63$), secure attachment ($T=0.27$, $\beta=-2.31$), and insecure attachment ($T=2.21$, $\beta=0.23$) were significant on depression symptoms. Also, the indirect coefficients of childhood trauma experience through dissociative experiences ($p < 0.05$, $b = 0.52$), secure ($p < 0.05$, $b = -0.60$), and insecure attachment styles ($b = 0.05$, $p > 0.05$, $b = 0.39$) were significant on depression symptoms. The results also showed that the research variables explained a total of 75% of the variance of depression symptoms.

Conclusions: These findings may provide indications for the development of measures to reduce dissociative experiences and teachings based on attachment styles to reduce depressive symptoms in adults with traumatic childhood experiences. It is suggested that trauma and depression psychotherapists pay special attention to the two components of dissociation and attachment styles in their interventions.

Keywords: Childhood trauma, Dissociative experiences, Attachment, Depression.



روابط ساختاری بین تجربه ترومای کودکی با علائم افسردگی در بزرگسالان: نقش میانجی تجارب تجزیه ای و سبک های دلبستگی

زهرا شاه محمدی^۱، زهرا حسن نژاد^۲، سمانه ملکی^{۳*}، مریم حسن زاده طباطبائی^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران.

۳. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: سمانه ملکی، کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

ایمیل: Maleki6183@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۲۷

چکیده

مقدمه: اگرچه مطالعات قبلی نشان دادند که رابطه قوی بین تجربه ترومای کودکی و افسردگی وجود دارد اما مکانیسم های میانجی این رابطه به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری بین تجربه ترومای کودکی با علائم افسردگی در بزرگسالان با نقش میانجی تجارب تجزیه ای و سبک های دلبستگی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری، ۳۲۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه آسیب های کودکی، پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، مقیاس تجارب تجزیه ای و پرسشنامه سبک های دلبستگی. برای تحلیل داده ها از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب مسیرهای مستقیم تجربه ترومای کودکی ($\beta = 0.28, T = 2.52$)، تجارب تجزیه ای ($\beta = 0.27, T = 2.63$)، دلبستگی ایمن ($\beta = -0.71, T = -2.31$) و دلبستگی ناایمن ($\beta = 0.23, T = 2.21$) بر علائم افسردگی معنادار بود. همچنین ضرایب غیرمستقیم تجربه ترومای کودکی از طریق تجارب تجزیه ای ($b = 0.52, P < 0.05$)، سبک های دلبستگی ایمن ($b = -0.60, P < 0.05$) و ناایمن ($b = 0.39, P < 0.05$) بر روی علائم افسردگی معنادار بودند. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۷۵ درصد از واریانس علائم افسردگی را تبیین کردند.

نتیجه گیری: این یافته ها ممکن است نشانه هایی از توسعه اقداماتی برای کاهش تجارب تجزیه ای و آموزه هایی مبتنی بر سبک های دلبستگی جهت کاهش علائم افسردگی در بزرگسالان دارای تجربیات آسیب زای دوران کودکی ارائه دهد. پیشنهاد می شود که روان - درمانگران تروما و افسردگی در مداخلات خویش به دو مولفه تجزیه و سبک های دلبستگی توجه ویژه ای داشته باشند.

کلیدواژه ها: ترومای کودکی، تجارب تجزیه ای، دلبستگی، افسردگی.

مقدمه

افسردگی (Depression) شایعترین و مخربترین اختلال روانی است که حدود ۳٫۸ درصد از جمعیت جهان را تحت تاثیر قرار می دهد (۱). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷ پیش بینی کرد که افسردگی تا سال ۲۰۳۰ عامل اصلی اختلالات روانی در سراسر جهان خواهد بود (۲). افسردگی با خلق و خوی ضعیف طولانی مدت، کاهش علاقه و کاهش انرژی مشخص می شود و می تواند منجر به کاهش عزت نفس، مشکلات خواب، کاهش اشتها و حتی رفتار خودکشی شود (۳). خودکشی به علت افسردگی، یکی دلیل اصلی مرگ و میر در بزرگسالان است (۴). با توجه به شیوع و تأثیر علائم افسردگی، درک فرآیندها و مکانیسم هایی که در شروع یا تشدید علائم افسردگی در بزرگسالان نقش دارند، ضروری است.

یکی از عواملی که بر افسردگی بزرگسالان تأثیر می گذارد، تجربیات آسیب زای دوران کودکی است (۵). ترومای کودکی (Childhood trauma)، آسیب روان شناختی است و زمانی ایجاد می شود که یک فرد در دوران کودکی یا توجوانی تحت رفتار نامناسبی قرار می گیرد و خارج از توانایی مقابله ای فرد با این رفتارهاست، از جمله این رفتارها شامل آزار عاطفی، غفلت عاطفی، آزار جسمی و غفلت جسمی است (۳). پژوهش ها نشان می دهد که تروماهای دوران کودکی می تواند خطر ابتلا به افسردگی را چهار برابر افزایش دهد (۶). در واقع ترومای دوران کودکی می تواند به عنوان یک عامل خطر اساسی برای افسردگی عمل کند. شواهد پژوهشی نشان می دهد که بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، سابقه تجربه ترومای دوران کودکی را گزارش کرده اند و علائم افسردگی شدیدتری را نشان می دهند (۵). طبق یک فرضیه، ترومای دوران کودکی حساسیت شدیدی نسبت به رویدادهای نامطلوب آینده ایجاد می کند، به طوری که حتی رویدادهای جزئی ممکن است واکنش ژنتیکی افسردگی را برانگیزد (۷). در همین حال، افرادی که ترومای دوران کودکی را تجربه می کنند، زودتر علائم افسردگی را بروز می دهند و درمان آن چالش برانگیزتر است (۸). ترومای دوران کودکی تأثیر طولانی مدتی بر خطر ابتلا به علائم افسردگی در افراد، حتی تا اواخر عمر دارد (۸). اگرچه تحقیقات قبلی ارتباط بین علائم افسردگی و ترومای دوران کودکی را نشان داده اند، اما عوامل تأثیرگذار بالقوه در پشت این ارتباط نسبتاً نامشخص باقی مانده است

(۹).

یکی از مسیرهای میانجی مهم بین تجربه تروما و افسردگی، تجزیه است. پژوهش ها نشان می دهد که تجارب تجزیه (Dissociative experiences)، پاسخ متداول به تروما است (۱۰). به عبارتی دیگر علائم تجزیه ای در میان بازماندگان ترومای دوران کودکی شایع است (۱۱). همچنین پژوهش ها رابطه بین علائم تجزیه ای با افسردگی را نشان داده اند (۱۱). بنابراین براساس مدل تجزیه می توان فرض کرد که تجزیه تا حدی رابطه بین ترومای دوران کودکی و علائم افسردگی بعدی را واسطه می کند. به عبارت دیگر بر مبنای مدل تجزیه، پاسخ های تجزیه ای راهبردی برای کاهش آگاهی از احساسات ناخوشایند مرتبط با تروما است (۱۰). در واقع تجزیه به عنوان یکی از مسیرهای واسطه ای مهم به یک فرایند ذهنی اشاره دارد که به موجب آن فرد از احساسات، افکار، خاطرات و هویت خود جدا می شود. به علاوه تجزیه را می توان به عنوان یک مکانیسم دفاعی در نظر گرفت که به موجب آن افراد تحت استرس، عواطف و رفتار عادی را از جریان عادی هشیاری جدا می کنند. بنابراین افراد با استفاده از تجزیه به جدا کردن خود از عواطف و افکار ناراحت کننده و دردناک ناشی از تروما می پردازند (۱۰). مطالعات متعددی نیز نشان می دهد که تجزیه نقش مهمی در آسیب شناسی روانی افسردگی دارد (۱۰، ۱۲، ۱۳). در واقع بزرگسالان افسرده ای که ترومای کودکی را تجربه کرده اند، متعاقباً شکل گیری علائم تجزیه ای در آنها راهی برای مقابله با فرایندهای ذهنی استرس زا، تحمل فقدان چشم اندازهای مثبت در آینده، درد و ناراحتی عاطفی است (۱۰).

سبک های دلبستگی (Attachment Styles) از دیگر متغیرهای میانجی مهم بین تروما و افسردگی است. کارنال (Kartal) و همکاران (۱۴) دریافتند که بین تجربیات آسیب زای دوران کودکی و سبک های دلبستگی ارتباط وجود دارد. نظریه دلبستگی نشان می دهد که ممکن است بین رویدادهای آسیب زای اولیه، پویایی ناکارآمد خانواده و شرایط آسیب شناختی روانی همبستگی وجود داشته باشد. این نظریه پیشنهاد می کند که تعامل با مراقبان اولیه در دوران کودکی می تواند عمیقاً بر افکار، عواطف و رفتارهای فرد نسبت به خود و دیگران تأثیر بگذارد و به عنوان سبک های دلبستگی شناخته می شوند (۱۵). براساس نظریه بالبی (Bowlby) (۱۵) افراد نیاز اساسی به دریافت آرامش و حمایت از اطرافیان در

بالقوه ای که ممکن است در این رابطه تاثیر میانجی داشته باشد، به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است. به علاوه پدیده افسردگی شایع ترین و مخرب ترین اختلال روانی است و تروما نیز به یک پدیده رایج در طول زندگی تبدیل شده است، به گونه ای که روان تحلیل گران عصر حاضر را عصر تروما در نظر گرفته اند (۱۰)؛ بنابراین به سبب شیوع بالای تروما و افسردگی، شناخت مکانیسم های موثر در رابطه بین تروما و به ویژه ترومای دوران کودکی و افسردگی ضروری به نظر می رسد؛ از این رو مطالعه حاضر نیز با هدف بررسی روابط ساختاری تجربه ترومای کودکی با علائم افسردگی در بزرگسالان با نقش میانجی تجارب تجزیه ای و سبک های دلبستگی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش را کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. به زعم کلاین (Kline) حداقل حجم نمونه لازم برای روش معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر می باشد (۲۰). در این مطالعه نیز جهت کاهش خطا و افزایش تعمیم پذیری نتایج، ۳۲۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه، با استفاده از پرسشنامه آسیب های دوران کودکی، جهت ارزیابی علائم متوسط به بالا (نمره ۵۶ و بالاتر) توسط محققان مورد سنجش قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۸ سال، تجربه ترومای کودکی و وجود علائم متوسط به بالا براساس مقیاس آسیب های دوران کودکی. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان پزشکی آمریکا از جمله اصل محرمانگی و رازداری، رضایت کتبی شرکت در پژوهش مورد توجه قرار گرفت. در این مطالعه پس از هماهنگی ها و اخذ مجوزهای لازم اقدام به اجرای مطالعه شد. اجرای ابزارها در یک اتاق ساکت و به دور از محرکات دیداری- شنیداری و به صورت انفرادی برای هر آزمودنی توسط پژوهشگران انجام شد و مدت زمان اجرای ابزارها از اول آبان ۱۴۰۲ تا اواخر دی ۱۴۰۲ به طول انجامید. روش تحلیل داده ها با

مواقع استرس و آسیب دارند. در دوران اولیه کودکی، تعامل با مراقبان اولیه و میزان هم خوانی پاسخ های والدین با نیازهای عاطفی کودک، به عنوان طرحواره ذهنی درباره خود و دیگران درونی می شود. کیفیت این تعاملات درونی شده، سبک های دلبستگی در دوران بزرگسالی را تعیین می کند. به عبارت دیگر، دلبستگی یکی از عوامل تعیین کننده استرس مادام العمر از دوران کودکی تلقی می شود و به الگوی پیوند عاطفی فرد در روابط بین فردی اشاره دارد. تصور می شود که این الگو با نگرش مادر یا مراقب اولیه نسبت به فرد در دوران شیرخواری شکل می گیرد و سپس در روابط بعدی فرد ظاهر می شود و بهزیستی عاطفی و پاسخ استرس فیزیولوژیکی که فرد در یک تعامل اجتماعی تجربه می کند، را تعیین می نماید (۱۵). در غیاب یک رویکرد قابل اعتماد و حساس در سنین پایین، کودک نمی تواند احساس امنیت و اعتماد درونی به دیگران ایجاد کند و در نتیجه الگوهای دلبستگی نایمن دوسوگرا یا اجتنابی ایجاد می کند. درواقع ناکامی در برقراری رابطه مناسب با مراقب اولیه می تواند توسعه یک مدل کار درونی مثبت (شامل احساساتی نسبت به خود به عنوان دوست داشتنی و ارزشمند بودن و نسبت به دیگران به عنوان قابل اعتماد و پاسخگو) را مختل کند و منجر به پیامدهای منفی برای روابط بین فردی در آینده شود (۱۵). بزرگسالان با سبک دلبستگی نایمن ممکن است به دیگران بی اعتماد شوند و در ایجاد یا استفاده از روابط اجتماعی یا حمایتی مشکل داشته باشند. بنابراین آنها ممکن است بیشتر مستعد استرس مزمن در روابط اجتماعی مختلف باشند (۱۶). وجود یک الگوی دلبستگی نایمن یک عامل خطر مهم برای افسردگی و اختلالات اضطرابی در نظر گرفته شده است (۱۷). سبک های دلبستگی نایمن با عوامل آسیب پذیری افسردگی از جمله روابط صمیمی و اطمینان بخش و عزت نفس در چارچوب یک مدل از افسردگی ارتباط متقابل دارند (۱۸). به طور کلی دلبستگی ایمن یک منبع درونی است که سلامت روان شناختی را در طول دوره های تنش حفظ می کند، در حالی که نبود منبع ایمن، مشکلات عاطفی از جمله افسردگی را در پی دارد (۱۹). فرض مطالعه حاضر نیز این است که سبک های دلبستگی می تواند میانجی بین آسیب های دوران کودکی و افسردگی باشد.

اگر چه مطالعات پیشین رابطه قوی بین ترومای دوران کودکی و افسردگی پیدا کرده اند اما مکانیسم های

استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS و SPSS نسخه بیست و سه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

پرسشنامه آسیب های کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این پرسشنامه شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۲۱). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرایی آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۲۲).

پرسشنامه افسردگی یک ویرایش دوم (Beck Depression Inventory-II (BDI-II): این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی یک (Beck) معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ در آن تجدید نظر شد و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. همچنین این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف تشکیل می شود و از آزمودنی خواسته می شود شدت نشانه ها را براساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. نمره ۱۳-۰ نشانگر هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۹-۱۴ نشانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۸-۲۰ نشانگر افسردگی متوسط و

نمره ۶۳-۲۹ نشانگر افسردگی شدید می باشد (۲۳). نتایج پژوهش بک و همکاران (۲۳) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای ۰/۹۱) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته (۰/۹۳) گزارش کرده اند. همچنین نتایج پژوهش بک و همکاران (۲۳) نشان داد که همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روان پزشکی افسردگی همیلتون برای جمعیت بالینی و غیر بالینی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ می باشد که تأییدی در جهت روایی همگرا مطلوب پرسشنامه بود (۲۳). در پژوهشی دیگر برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و همبستگی معناداری با ناامیدی گزارش شده است (۲۴). حمیدی و همکاران (۲۵) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۸۰ به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند.

مقیاس تجارب تجزیه ای (Dissociative Experiences Scale): مقیاس تجارب تجزیه ای یک ابزار خودسنجی کوتاه، برای اندازه گیری فراوانی تجارب گسستگی می باشد که در سال ۱۹۸۶ توسط برنشتاین و باتنم (Bernstein & Putnam) ساخته شد (۲۶). این مقیاس شامل ۲۸ سوال است. نشانه های تجزیه ای را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه ای از هرگز = ۰ تا همیشه = ۹ مورد ارزیابی قرار می دهد. همچنین این مقیاس سه خرده مقیاس شامل «گسست از خویشتن با سوالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۷ و ۲۸»، «فرااموشی تجزیه ای با سوالات ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۲۵ و ۲۶» و «تخیل و جذب با سوالات ۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۲ و ۲۳» را اندازه گیری می کند. سوالات ۱، ۴، ۵، ۹، ۱۹، ۲۱ و ۲۴ در هیچ کدام از خرده مقیاس ها قرار نمی گیرد (۲۷). برنشتاین و باتنم حساسیت این مقیاس را ۰/۷۶ و ویژگی آن را نیز ۰/۷۶ بیان نمود (۲۶). در پژوهش اولسون و بک (Olsen & Beck) همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۰ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۸). در این مقیاس از نمره برش ۳۰ استفاده می شود (۲۶). در پژوهش سجادی و دهقانی زاده (۲۹) بر روی نسخه فارسی مقیاس تجارب تجزیه ای، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ محاسبه شد. ضریب همبستگی درونی تجارب تجزیه ای با افکار خودکشی و صفات حالت عاطفی منفی؛ جدایی؛ بازداری زدایی و روان پریشی خوبی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۲۳، ۰/۲۵، ۰/۳۳ و ۰/۱۷ به دست آمد که گویای روایی همگرایی این ابزار با سازه های مشابه بود.

زهرا شاه محمدی و همکاران

دلبستگی کولینز و رید به استخراج سه عامل عمده منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می شود. دیواندری (۳۳) با مطالعه‌ای که بر روی ۵۱۳ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر انجام داد روایی همگرایی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی با روش محاسبه میانگین واریانس استخراج شده را ۰/۷۰ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمونه فوق را ۰/۹۴ گزارش کرد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۳۲۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۷۵ نفر (۵۴/۷ درصد) زن و ۱۴۵ نفر (۴۵/۳ درصد) مرد بودند. همچنین از نظر تحصیلات ۵۹ نفر (۱۸/۴ درصد)، دیپلم، ۶۹ نفر (۲۱/۶ درصد) فوق دیپلم، ۱۰۸ نفر (۳۳/۸ درصد) لیسانس، ۲۷ نفر (۸/۴ درصد) فوق لیسانس و ۵۷ نفر (۱۷/۸ درصد) دکترا بودند. میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۳۷/۴۱ و ۷/۱۱ بود.

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی (Attachment Styles Questionnaire): پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسال، با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازان و شیور (Hazan & shaver) در سال ۱۹۸۷ (۳۰) ساخته و در مورد نمونه‌های دانشجویی، دانش‌آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است (۳۱). یک آزمون ۱۵ گویه ای است و سه زیر خرده مقیاس شامل سبک دلبستگی ایمن؛ سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی؛ سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی؛ سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات پرسشنامه توسط علامت گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه ای از نوع لیکرت شامل هرگز نمره ۰، به ندرت نمره ۱، بعضی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و تقریباً همیشه نمره ۴ نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره برای سبک دلبستگی ایمن ۱ تا ۴۰، برای سبک اجتنابی ۱ تا ۳۰ و برای سبک دوسوگرا ۱ تا ۳۵ است. هرچه در عبارات مربوط به هر سبک نمره بالاتری کسب شود به همان میزان شخص از آن سبک دلبستگی برخوردار است. هازان و شیور (۳۰) پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و کولینز و رید (۳۲) نیز پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آوردند. روایی مقیاس

جدول ۱. تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
علائم افسردگی	۲۵/۹۰	۵/۵۷	-۱/۰۲	-۰/۳۴
آزار عاطفی	۱۱/۸۳	۳/۰۲	-۱/۰۵	۰/۶۴
آزار جنسی	۱۳/۴۳	۲/۹۱	-۱/۶۲	۱/۸۴
آزار فیزیکی	۱۳/۲۰	۳/۳۱	-۰/۷۲	۰/۵۵
غفلت عاطفی	۱۳/۵۶	۳/۷۵	-۰/۳۸	-۰/۶۰
غفلت جسمی	۱۴/۰۳	۲/۸۹	-۲/۱۵	۱/۴۹
نمره کل ترومای کودکی	۶۶/۰۵	۱۵/۴۱	-۱/۱۴	۰/۷۱
گسست از خویشتن	۲۰/۲۸	۹/۱۶	-۰/۳۴	-۱/۵۹
فراموشی تجزیهای	۱۲/۲۶	۵/۰۲	-۰/۵۷	-۱/۵۲
تخیل و جذب	۱۵/۴۳	۶/۲۰	-۰/۵۹	-۱/۵۹
نمره کل تجارب تجزیهای	۴۷/۹۷	۱۹/۹۹	-۰/۵۴	-۱/۵۰
دلبستگی ایمن	۷/۷۳	۴/۵۶	۰/۶۷	-۱/۲۴
دلبستگی ناایمن	۲۱/۴۱	۶/۳۰	-۰/۶۲	-۱/۳۳
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۷۰	نسبت بحرانی: ۲/۵۰		

به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می‌شود

جدول ۱ تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۳۲۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری

از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است، که نتایج در جدول ۱- آمده است که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۲/۷۰ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۵۰ به دست آمد که نشان دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده ها

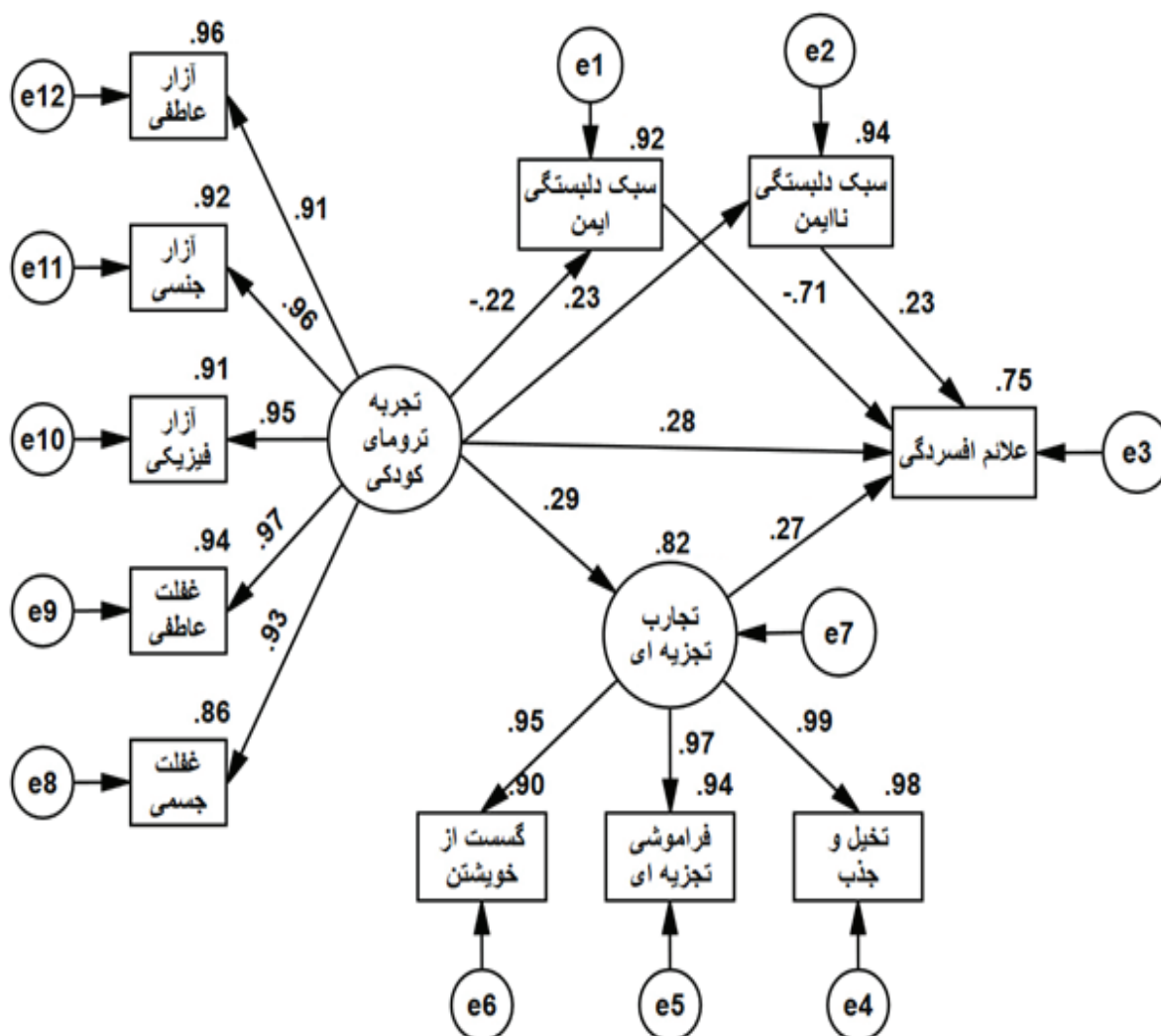
جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱- علائم افسردگی	۱												
۲- آزار عاطفی	۰/۳۵**	۱											
۳- آزار جنسی	۰/۴۹**	۰/۵۶**	۱										
۴- آزار فیزیکی	۰/۴۱**	۰/۴۲**	۰/۴۶**	۱									
۵- غفلت عاطفی	۰/۳۸**	۰/۴۱**	۰/۵۷**	۰/۴۸**	۱								
۶- غفلت جسمی	۰/۳۸**	۰/۴۱**	۰/۴۴**	۰/۶۰**	۰/۴۰**	۱							
۷- نمره کل تروما	۰/۴۱**	۰/۴۹**	۰/۵۷**	۰/۵۱**	۰/۴۶**	۰/۴۸**	۱						
۸- گسست از خویشن	۰/۴۹**	۰/۴۵**	۰/۵۲**	۰/۴۲**	۰/۵۸**	۰/۴۱**	۰/۴۲**	۱					
۹- فراموشی تجزیه ای	۰/۴۱**	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۰/۵۰**	۰/۴۹**	۰/۴۵**	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۱				
۱۰- تخیل و جذب	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۵۳**	۰/۴۸**	۰/۳۹**	۰/۵۲**	۰/۵۷**	۰/۴۸**	۰/۴۷**	۱			
۱۱- نمره کل تجارب تجزیه ای	۰/۵۹**	۰/۴۶**	۰/۴۸**	۰/۴۳**	۰/۴۱**	۰/۴۶**	۰/۴۳**	۰/۴۷**	۰/۴۷**	۰/۵۳**	۱		
۱۲- دلبستگی ایمن	-۰/۵۸**	-۰/۴۹**	-۰/۴۱**	-۰/۳۸**	-۰/۳۵**	-۰/۳۶**	-۰/۴۹**	-۰/۴۶**	-۰/۴۶**	-۰/۴۶**	-۰/۵۳**	۱	
۱۳- دلبستگی نایمن	۰/۳۸**	۰/۴۸**	۰/۵۰**	۰/۴۵**	۰/۴۶**	۰/۵۰**	۰/۴۸**	۰/۴۸**	۰/۴۶**	۰/۴۶**	۰/۴۷**	۰/۴۸**	۱

* معنادار در سطح ۰/۰۵ * * معنادار در سطح ۰/۰۱

بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم ارائه می شود.

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بین تجربه ترومای کودکی، تجارب تجزیه ای و دل بستگی نایمن با علائم افسردگی ($P < 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین دل بستگی ایمن با علائم افسردگی ($P < 0/01$) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی



شکل ۱. مدل برازش شده و نهایی پژوهش

آمد، این موضوع بیانگر آن است که تجربه ترومای کودکی با میانجی تجارب تجزیه ای و سبک های دل بستگی ایمن و نایمن در مجموع ۷۵ درصد از واریانس علائم افسردگی را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل برازش شده و نهایی پژوهش را نشان می دهد که مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای علائم افسردگی براساس تجربه ترومای کودکی با نقش میانجی تجارب تجزیه ای و سبک های دل بستگی ایمن و نایمن برابر با ۰/۷۵ به دست

جدول ۳. شاخص های برازندگی مدل برازش شده پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۷۴/۳۱	-
	درجه آزادی (DF)	۴۰	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۱/۸۶	کمتر از ۳
شاخص های نسبی	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۶	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۴	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۸	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹۰

جدول ۳ مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۶ می باشد که بر اساس مدل کلاین نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در علائم افسردگی پرداخت.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳ استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس

جدول ۴. شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
تجربه ترومای کودکی	علائم افسردگی	۰/۲۸	۰/۳۸	۰/۱۳	۲/۵۲	۰/۰۰۵
تجارب تجزیه ای	علائم افسردگی	۰/۲۷	۰/۲۹	۰/۱۲	۲/۶۳	۰/۰۰۷
دلبستگی ایمن	علائم افسردگی	-۰/۷۱	-۰/۶۴	۰/۱۳	-۲/۳۱	۰/۰۰۱
دلبستگی نایمن	علائم افسردگی	۰/۲۳	۰/۲۸	۰/۱۲	۲/۲۱	۰/۰۰۸

و دلبستگی نایمن ($\beta=۰/۲۳$ ، $T=۲/۲۱$) بر علائم افسردگی معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل برازش شده از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۵ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی (۱/۹۶+ و ۱/۹۶-) قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم تجربه ترومای کودکی ($\beta=۰/۲۸$ ، $T=۲/۵۲$)، تجارب تجزیه ای ($\beta = -۰/۷۱$ ، $T=۲/۳۱$)، دلبستگی ایمن ($\beta = ۰/۲۷$ ، $T=۲/۶۳$)

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	تجارب تجزیه ای	علائم افسردگی	۰/۵۲	۰/۱۴	۰/۱۸	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	دلبستگی ایمن	علائم افسردگی	-۰/۶۰	-۰/۳۵	-۰/۴۶	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	دلبستگی نایمن	علائم افسردگی	۰/۳۹	۰/۳۸	۰/۴۱	۰/۰۰۱

احساسات و عواطف کودک را بی اعتبار کرده و کودک در فضای ناامن، از راهبردهای ناسازگار مانند سرکوب و اجتناب از هیجانات منفی استفاده می کند. بنابراین احساسات ناسازگار ناشی از آسیب های دوران کودکی باعث آسیب پذیری در عملکرد روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب در مراحل بعدی زندگی می شود (۳۵). به طور کلی این یافته ها مهر تاییدی است بر فرضیه بنیادی روان پویایی مبنی بر اینکه آسیب های دوران کودکی بر آسیب روان شناختی تاثیر دارند. در واقع هسته اصلی اختلال افسردگی در دوران بزرگسالی، آسیب های روان شناختی دوران کودکی و یا پدیده ترومای کودکی می باشد.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که تجارب تجزیه ای اثر میانجی معنی داری بین تجربه ترومای کودکی با علائم افسردگی دارد. این یافته با پژوهش های احمدی و همکاران (۱۰)، پتوروسو (Pettoruso) و همکاران (۱۲)، فونگ (Fung) و همکاران (۱۱)، و مک کانلیز (McCanlies) و همکاران (۳۶) هم سو است. به طور کلی یافته های مطالعات ذکر شده همسو با یافته های این مطالعه نشان داده اند که افسردگی با علائم تجزیه ای پس از تروما مرتبط است. در تبیین این یافته نیز می توان بیان کرد که تجزیه پیامد تروما است و به علاوه تجزیه نقش مهمی در آسیب شناسی افسردگی دارد. از نقطه نظر بالینی، تجزیه را می توان به عنوان راهی برای همزیستی (coexist) با ناامیدی توضیح داد. تجزیه راهی برای مواجهه با فرآیندهای ذهنی استرس زا، تحمل فقدان چشم اندازهای مثبت آینده و درد و پریشانی عاطفی تجربه شده در بیماران افسرده است (۱۰، ۱۲). در واقع مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، درخودخزیدگی روان شناختی و بی نظمی عاطفی از علائم تجزیه هستند که می تواند نقش مهمی در تبیین شکل گیری افسردگی بعد از تجربه تروما داشته باشند (۱۰). براساس پژوهش مولینا-سرانو (Molina-Serrano) و همکاران (۳۷) علائم تجزیه ای در افراد مبتلا به افسردگی به ویژه در میان افراد با سابقه تجربه ترومای کودکی رخ می دهد و این علائم ممکن است با اختلال عصب شناختی به ویژه حافظه و توجه همراه باشد. همچنین پژوهش فونگ و همکاران (۱۱) نشان داد که تجزیه رابطه بین ترومای کودکی و علائم افسردگی بعدی را میانجی گری می کند. بنابراین می توان گفت که تجزیه یک مکانیسم مهم در سیر و ایجاد افسردگی بعد از تجربه تروما تلقی می شود. به عبارت دیگر می توان گفت که

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر علائم افسردگی از طریق نقش میانجی تجارب تجزیه ای معنی دار است ($b=0/52, P<0/05$). اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر علائم افسردگی از طریق نقش میانجی دلبستگی ایمن معنی دار ($b=0/60, P<0/05$) و اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر علائم افسردگی از طریق نقش میانجی دلبستگی نایمن معنی دار ($P<0/05, b=0/39$) است.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی روابط ساختاری بین تجربه ترومای کودکی با علائم افسردگی در بزرگسالان با نقش میانجی تجارب تجزیه ای و سبک های دلبستگی انجام شد. یافته پژوهش در زمینه روابط مستقیم بین متغیرهای پژوهش نشان داد که بین تجربه ترومای کودکی با علائم افسردگی روابط معنی داری وجود دارد. این یافته با پژوهش های وانگ (Wang) و همکاران (۲)، فلتی (Felitti) و همکاران (۶)، راوشنبرگ (Rauschenberg) و همکاران (۷) و فن (Fan) و همکاران (۸) هم سو است. در تبیین این یافته، همسو با یافته های مطالعات ذکر شده می توان گفت افرادی که ترومای دوران کودکی بیشتری را تجربه کردند، نمرات افسردگی بالاتر و علائم افسردگی بیشتری گزارش نمودند، این نتایج از فرضیه کیندلینگ (kindling hypothesis) پشتیبانی می کند. طبق این فرضیه، ترومای دوران کودکی حساسیت شدیدی نسبت به رویدادهای نامطلوب آینده ایجاد می کند، به طوری که حتی رویدادهای جزئی در بزرگسالی ممکن است واکنش ژنتیکی افسردگی را برانگیزد (۷). در تبیین دیگر می توان گفت که ترومای کودکی رشد هیجانی-اجتماعی بزرگسالی را تحت تاثیر قرار می دهد، ازجمله گسترش شناخت های منفی در مورد خود و دیگران می تواند شکل گیری روابط شرطی بین محرک مربوط به آسیب و آشفتگی هیجانی و تنظیم هیجانی رشد نیافته را تسهیل کند و به عبارت دیگر مانع از توانایی تنظیم عواطف و هیجانات در دناک شود و لذا زمینه ساز افسردگی در بزرگسالی شود (۳۴). همچنین براساس تئوری دلبستگی اگر در دلبستگی اولیه اختلالی ایجاد شود و به عبارت دیگر، تجربیات آسیب زای اولیه به ویژه با مراقبین، محیطی را ایجاد می کند که

تجزیه می تواند یک مکانیسم اجتناب هیجانی باشد که افراد با استفاده از تجزیه به جدا شدن از هیجانات و افکار ناخوشایند می پردازند و خود این عامل نیز می تواند زمینه ساز ایجاد افسردگی در دوره های بعدی زندگی باشد (۱۰). بخش دیگر نتایج این مطالعه نشان داد که اثر غیرمستقیم تجربه ترومای کودکی بر علائم افسردگی با میانجی گری سبک های دلبستگی معنی دار است. این یافته ها با پژوهش های مک ویلیامز و بیلی (McWilliams & Bailey) (۱۷)، بیفولکو (Bifulco) و همکاران (۱۸) و نظری چگانی و همکاران (۱۹) هم سو است. یافته های مطالعات ذکر شده نشان دادند که ناملايمات دوران کودکی و دلبستگی ناایمن در آسیب پذیری نسبت به افسردگی نقش مهمی دارند. در تبیین این یافته ها می توان به نظریه دلبستگی اشاره کرد. نظریه دلبستگی یک مدل قدرتمند برای درک تعامل بین بازنمایی های ذهنی، تنظیم عواطف، الگوهای رفتاری بین فردی و آسیب شناسی روانی ارائه می دهد. یک اصل اساسی نظریه دلبستگی بیان می کند که کیفیت روابط کودک و مراقب بر رشد امنیت دلبستگی تاثیر می گذارد. دلبستگی ایمن در بزرگسالی با ظرفیت بیشتر برای تنظیم عاطفه، شیوه سازگارانه فرد با مشکلات و عزت نفس مرتبط است اما تروماهای اولیه تاثیر منفی بر دلبستگی بزرگسالان دارد و دلبستگی ناایمن شکل گرفته نیز به دلیل ناتوانی در تنظیم عواطف و الگوهای رفتاری بین فردی زمینه ساز انواع مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی است (۳۸). همچنین براساس مدل اسنادی می توان گفت که افراد دلبسته ناایمن به نسبت دادن حوادث مثبت زندگی به صورت بیرونی و ناپایدار و حوادث منفی زندگی به صورت درونی و پایدار تمایل دارند. بنابراین وقتی افراد دلبسته ی ناایمن با حوادث خوب در زندگی شان روبه رو می شوند آنها حوادث را بدون داشتن کنترل و احساس شخصی درک می کنند که این امر منجر به چرخه بی پایان از نومیدی، بدبینی و افسردگی می گردد. براساس نظریه شناختی، افسردگی ریشه در افکار خودآیند دارند که خود این افکار نیز ریشه در مدل کارکرد درونی حاصل شده از روابط اولین مادر- کودک دارد. بنابراین ایجاد اختلال در این روابط به سبب تروما و بی ثباتی موضوع محبوب (مادر) می تواند منجر به ایجاد طرحواره هایی گردد که در آینده باعث ایجاد اختلالات روان شناختی همچون افسردگی در فرد شود. به طور کلی دلبستگی با ظرفیت تنظیم هیجان، عاملیت

شخصی و انعطاف پذیری فرد هنگام مواجهه با شرایط استرس زا مرتبط است و هر گونه اختلال در دلبستگی اولیه به سبب تروماهای کودکی می تواند منجر به آسیب های روان شناختی از جمله افسردگی در دوره های بعدی زندگی شود.

نتیجه گیری

با جمع بندی نتایج به دست آمده، می توان نتیجه گرفت که نه تنها تجربه ترومای کودکی، بلکه برخی مکانیسم های میانجی از جمله تجارب تجزیه ای و سبک های دلبستگی نیز نقش ویژه ای در شکل گیری مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی دارند. به عبارت دیگر نه تنها تروما بلکه شیوه های مواجهه درون روانی فرد با تروما می تواند نقش مهمی در شکل گیری افسردگی داشته باشد (۱۰)؛ بنابراین متخصصان بالینی می توانند جهت بهبود برنامه های مداخلاتی خویش برای درمان افسردگی، نه تنها به پدیده ترومای کودکی بلکه به مکانیسم های میانجی این مطالعه یعنی تجارب تجزیه ای و سبک های دلبستگی توجه ویژه ای داشته باشند. پژوهش حاضر با برخی محدودیت ها روبه رو بود. این مطالعه بر روی افراد مراجعه کننده به کلینیک های شهر تهران انجام شده است و لذا تعمیم نتایج به کل جامعه بر پایه یافته های به دست آمده از این مطالعه باید با احتیاط انجام شود. استفاده از مقیاس های خودگزارشی ممکن است در یادآوری تجربه های ترومای کودکی با سوگیری همراه باشند. پژوهش مبتنی بر همبستگی صورت گرفته است و لذا نمی توان روابط علت و معلولی را برای نتایج این مطالعه استنباط کرد. به علاوه افسردگی پدیده ای شایع در همه ادوار زندگی بنا به دلایل مختلف است و لذا ارتباط دادن آن با ترومای کودکی، برخلاف اختلالاتی چون PTSD به آسانی نیست و ممکن است با مشکلات و سوگیری هایی همراه باشد. پیشنهاد می شود که پژوهش های آتی با نمونه های بزرگ تر، در قالب مطالعه طولی، طرح آزمایشی و با به کار بردن آموزش های مبتنی بر سازه های این پژوهش یعنی تجارب تجزیه ای و سبک های دلبستگی، گامی مهم در توسعه درمان افسردگی بزرگسالان بردارند. در نهایت پیشنهاد می شود که روان درمانگران تروما و افسردگی در مداخلات خویش به دو مولفه تجزیه و سبک های دلبستگی توجه ویژه ای داشته باشند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

از کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می گردد.

References

1. Tayab MA, Islam MN, Chowdhury KA, Tasnim FM. Targeting neuroinflammation by polyphenols: A promising therapeutic approach against inflammation-associated depression. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2022 Mar 1; 147:112668. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2022.112668>
2. Wang J, He X, Chen Y, Lin C. Association between childhood trauma and depression: A moderated mediation analysis among normative Chinese college students. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Nov 1; 276:519-24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.051>
3. Qin Q, Jiang Y, Mei X, Zhu Y, Li H, Li S, Chen K, Zhang C, Wang X, Bai H, Zhang J. The effect of childhood trauma on depression in college students: A moderated mediation model. *Journal of Affective Disorders*. 2024 Feb 23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.067>
4. Horowitz LM, Mournet AM, Lanzillo E, He JP, Powell DS, Ross AM, Wharff EA, Bridge JA. Screening pediatric medical patients for suicide risk: is depression screening enough?. *Journal of Adolescent Health*. 2021 Jun 1; 68(6):1183-8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.028>
5. Schulz A, Becker M, Van der Auwera S, Barnow S, Appel K, Mahler J, Schmidt CO, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *Journal of psychosomatic research*. 2014 Aug 1; 77(2):97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.06.008>
6. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Reprint of: relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American journal of preventive medicine*. 2019 Jun 1; 56(6):774-86. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
7. Rauschenberg C, van Os J, Cremers D, Goedhart M, Schievelde JN, Reininghaus U. Stress sensitivity as a putative mechanism linking childhood trauma and psychopathology in youth's daily life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017 Oct; 136(4):373-88. <https://doi.org/10.1111/acps.12775>
8. Fan L, Chen Y, Zhu M, Mao Z, Li N. Correlation between childhood trauma experience and depressive symptoms among young adults: the potential mediating role of loneliness. *Child Abuse & Neglect*. 2023 Oct 1; 144:106358. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106358>
9. Rek SV, Reinhard MA, Bühner M, Freeman D, Adorjan K, Falkai P, Padberg F. Identifying potential mechanisms between childhood trauma and the psychological response to the COVID-19 pandemic in Germany: a longitudinal study. *Scientific Reports*. 2022 Jul 28; 12(1):12964. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-13205-1>
10. Ahmadi F, Goodarzi MA, Taghavi MR, Imani M. Modeling the structural relationships between trauma exposure with substance use tendency, depression symptoms, and suicidal thoughts in individuals with earthquake trauma experience: the mediatory role of peritraumatic dissociation and experiential avoidance. *BMC psychiatry*. 2024 Mar 1; 24(1):171. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05595-5>
11. Fung HW, Cheung CT. The bidirectional relationship between depression and dissociation: A longitudinal investigation. *Asian Journal of Psychiatry*. 2024 Feb 2:103940. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.103940>
12. Pettorruso M, d'Andrea G, Martinotti G, Cocciolillo F, Miuli A, Di Muzio I, Collevocchio R, Verraastro V, De-Giorgio F, Janiri L, Di Giannantonio M. Hopelessness, dissociative symptoms, and suicide risk in major depressive disorder: clinical and biological correlates. *Brain sciences*. 2020 Aug 5; 10(8):519. <https://doi.org/10.3390/brainsci10080519>
13. Fung HW, Chien WT, Lam SK, Ross CA. Prevalence and correlates of dissociative symptoms among people with depression. *Journal of psychiatric research*. 2022 Oct 1; 154:132-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.054>
14. Kartal F, Uğur K, Mete B, Demirkol ME,

- Tamam L. The relationship between the oxytocin level and rejection sensitivity, childhood traumas, and attachment styles in borderline personality disorder. *Psychiatry Investigation*. 2022 Mar; 19(3):239. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0358>
15. Bowlby J. Attachment and loss (vol. 3) Sadness and Depression Basic books. New York. 1980.
 16. Kani AS, Çinçin A, Özercan A, Şenoğuz UD, Örnek E, Dokuz G, Topçuoğlu V, Sayar K. Exploring the role of adult attachment, major depression and childhood trauma in arterial stiffness: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2023 Aug 1; 171:111386. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111386>
 17. McWilliams LA, Bailey SJ. Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*. 2010 Jul; 29(4):446. <https://doi.org/10.1037/a0020061>
 18. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Lillie A. Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002 Feb; 37:60-7. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8216-x>
 19. Nazari Chegani A, Behroozi N, Hashemi Sheikh Shabani SE, Mehrbizadeh Honarmand M. The Relationship of Attachment Styles with Depression and Life Satisfaction with Mediating Role of Social Support and Optimism in Female Students of SCU. *Psychological Achievements*. 2012 Dec 21; 19(2):81-100.
 20. Kline P. An easy guide to factor analysis. Routledge; 2014 Feb 25. <https://doi.org/10.4324/9781315788135>
 21. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
 22. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychology*. 2021 Jun; 1(97):98.
 23. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory. second edition manual. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1996. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
 24. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & research*. 2011; 63 Suppl 11:S454-66. doi:10.1002/acr.20556 <https://doi.org/10.1002/acr.20556>
 25. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015; 22(1):189-98. [Persian]
 26. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*. 1986. <https://doi.org/10.1037/e609912012-081>
 27. Hosseinzadeh A, Taghizadeh M E. Mind simulation model; an effective treatment to decreasing dissociative experiences caused by traumatic events in adult with stuttering disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020; 7 (1):90-102. <https://doi.org/10.52547/shenakht.7.1.90>
 28. Olsen SA, Beck JG. The effects of dissociation on information processing for analogue trauma and neutral stimuli: A laboratory study. *Journal of anxiety disorders*. 2012 Jan 1; 26(1):225-32. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.003>
 29. Sajadi S.F., Dehghanizadeh Z. A Survey on the Relationship between Alexithymia and Dissociation Experiences with Eating Attitudes in Girl Students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences [Internet]*. 2016; 18(5):8-17. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-3384>
 30. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987 Mar; 52(3):511. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>
 31. Besharat M. Standardization of adult attachment scale. Tehran University, 2005.
 32. Collins NL, Read S. Cognitive representations of attachment: the structure and function of attachment models. *Attachment processes in*

- adulthood: Advances in personal relationships. London: Kingsley. 1994.
33. Divandari H. The young schema questionnaire-short form (SQ-SF): investigation psychometric properties and factor structure between students in Islamic Azad University, Kashmar Branch. Educational researches. 2009 Oct 23; 5(20):1-29.
34. Hopfinger L, Berking M, Bockting CL, Ebert DD. Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. Journal of affective disorders. 2016 Jul 1; 198:189-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.050>
35. Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. 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 Apr 15; 213:44-50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>
36. McCanlies EC, Sarkisian K, Andrew ME, Burchfiel CM, Violanti JM. Association of peritraumatic dissociation with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2017 Jul; 9(4):479. <https://doi.org/10.1037/tra0000215>
37. Molina-Serrano A, Linotte S, Amat M, Souery D, Barreto M. Dissociation in major depressive disorder: A pilot study. Journal of Trauma & Dissociation. 2008 Jul 1; 9(3):411-21. <https://doi.org/10.1080/15299730802139311>
38. Fowler JC, Allen JG, Oldham JM, Frueh BC. Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. Journal of affective disorders. 2013 Jul 1; 149(1-3):313-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.045>