



The Role of Traumatic Childhood Experiences, Mentalization and Alexithymia in Predicting Depression and Suicidal thoughts in Women Suffering from the Trauma of Marital Betrayal

Shohreh Babaei¹, Mania Naseri Manesh^{2*}, Fatemeh Abouzari³, Saber Karami⁴

1- Master of General Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Master of Clinical Psychology, Nasser Khosrow Institute of Higher Education, Saveh, Iran.

3- Master of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- PhD student in General Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

Corresponding Author: Master of Clinical Psychology, Nasser Khosrow Institute of Higher Education, Saveh, Iran.

E-mail: Mania.naseri.manesh@gmail.com

Received: 26 Oct 2022

Accepted: 19 Feb 2023

Abstract

Introduction: Betrayal In recent years, it has become one of the most problematic and traumatic marital conflicts. In addition, this phenomenon brings with it various psychological problems; therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the role of traumatic childhood experiences, mentalization, and alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal.

Methods: The method of this research is a descriptive correlation. The statistical population of this research included all women suffering from the trauma of marital betrayal in Tehran in 2022. For this purpose, 220 of these people were selected by convenience sampling method and they responded to the short form of Bernstein et al.'s Childhood Trauma Questionnaire (2003), Fonagy et al.'s Reflective Function Questionnaire (2016), Toronto alexithymia Scale (1994), Revised Beck Depression Inventory (1996) and Beck Suicidal Ideation Scale (1991). The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there is a positive and significant relationship between traumatic childhood experiences, mentalization (uncertainty component), and alexithymia with depression and suicidal thoughts ($P < 0.01$). Also, there is a negative and significant relationship between mentalization (confidence component) and depression and suicidal thoughts ($P < 0.01$). The results of multiple regression analysis also revealed that 76.9% of the variance of depression and 55.2% of the variance of suicidal thoughts are explained by traumatic childhood experiences, mentalization, and alexithymia.

Conclusions: According to the results, it is possible to use mentalizing interventions, alexithymia, and training based on childhood trauma treatment in adulthood to reduce depression symptoms and suicidal thoughts in women suffering from marital infidelity.

Keywords: Traumatic childhood experiences, Mentalization, Emotional ataxia, Depression and suicidal thoughts, Marital infidelity.



نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به تروما خیانت زناشویی

شهره بابایی^۱، مانیا ناصری منش^{۲*}، فاطمه ابوذری^۳، صابر کرمی^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، موسسه آموزش عالی ناصر خسرو، ساوه، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۴. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

نویسنده مسئول: مانیا ناصری منش، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، موسسه آموزش عالی ناصر خسرو، ساوه، ایران.
ایمیل: Mania.naseri.manesh@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۴

چکیده

مقدمه: خیانت در سال‌های اخیر تبدیل به یکی از مشکل‌زاترین و آسیب‌زاترین تعارضات زناشویی شده است. به علاوه این پدیده مشکلات روان‌شناختی گوناگونی را با خود به همراه دارد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به تروما خیانت زناشویی انجام شد.

روش کار: روش این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به تروما خیانت زناشویی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. به این منظور تعداد ۲۲۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳)، پرسشنامه ذهنی‌سازی کارکرد تأملی فوناگی و همکاران (۲۰۱۶)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴)، سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی بک (۱۹۹۶) و مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۹۱) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی (مولفه عدم اطمینان) و ناگویی هیجانی با افسردگی و افکار خودکشی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین بین ذهنی‌سازی (مولفه اطمینان) با افسردگی و افکار خودکشی رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۷۶/۹ درصد واریانس افسردگی و ۵۵/۲ درصد از واریانس افکار خودکشی به وسیله تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، می‌توان از مداخلات ذهنی‌سازی، ناگویی هیجانی و آموزش مبتنی بر درمان ترومای کودکی در بزرگسالی جهت کاهش علائم افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به خیانت زناشویی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی، ناگویی هیجانی، افسردگی و افکار خودکشی، خیانت زناشویی.

مقدمه

خانواده نه تنها یک واحد اساسی جامعه است، بلکه نهاد مهمی جهت رشد جسمی و ذهنی افراد به حساب می‌آید. بنابراین آسیب به ساختار خانواده که پرورش‌دهنده رشد جسمی و روانی اعضای جامعه است، می‌تواند سلامت جسمی و روانی فرد و جامعه را مورد تهدید قرار دهد (۱). خیانت زناشویی (marital betrayal) یکی از مواردی است که می‌تواند این ساختار را به خطر بیندازد. خیانت زناشویی به عنوان نقض تعهدات ارتباطی تعریف شده است که در آن بی‌آلایشی جنسی یا هیجانی یا هر دو در بیرون از روابط زناشویی و بدون خشنودی شریک زندگی برآورده می‌شود (۲). تئوری ترومای خیانت (betrayal trauma theory) بیان می‌کند که نحوه پردازش اطلاعات در مورد یک رویداد آسیب‌زا بسته به ماهیت رابطه بین مرتکب و قربانی متفاوت است اما به هر حال این آسیب می‌تواند نشانه‌هایی شبیه اختلال پس از سانحه (Post-traumatic stress disorder)، افسردگی (depression)، خشم (rage)، افکار خودکشی (Suicidal thoughts) و احساس بی‌ارزشی را به وجود آورد (۳). پس از افزایش روبه رشد این آسیب نظریه‌های مختلفی تلاش کردند تبیین روشنی از خیانت زناشویی و پیامدهای ناشی از آن را ارائه دهند.

طبق تئوری فروید (Freud)، یک رویداد ثانویه (later event) در زندگی بیمار می‌تواند باعث فعال‌سازی آسیب‌های اولیه وی شود و یک تعارض یا مسئله حل نشده را دوباره بیدار کند. مفهوم عمل معوق فروید (deferred action)، به شیوه‌های اشاره دارد که در آن یک رویداد ثانویه، ترومای اولیه (early trauma) را که از حافظه سرکوب (repressed) شده است، دوباره فعال می‌نماید. ترومای اولیه دوباره قابل دسترس می‌شود و می‌تواند پس از این نقش تاخیری محافظتی دوباره در ذهن بازنگری و منسجم گردد (۴). بر طبق این تئوری، آسیب‌های دوران کودکی می‌تواند به نوعی از طریق رویدادهای بعدی زندگی فعال شود. انواع تروماهای دوران کودکی از جمله سوء استفاده جسمی، روانی و هیجانی در دوران کودکی نشان‌دهنده نقص در رابطه دلبستگی (attachment) میان مراقبت‌کننده و کودک از طریق عدم وجود وابستگی احساسی و غفلت هیجانی (Emotional neglect) و یا اعمال آشکار سوء استفاده کلامی و احساسی است که باعث اختلالات روان شناختی کودک و مانع از توسعه بهنجار ظرفیت‌های اساسی مانند احساسات

خودکارآمدی، خودکفایی و افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی (mentalization) و تنظیم هیجان (Emotion regulation) می‌شود (۵). اشکال متنوع تجربیات آسیب‌زا و بدرفتاری‌های دوران کودکی با آسیب‌پذیری‌های روان شناختی مختلفی از جمله بزهکاری (delinquency)، افسردگی، افکار خودکشی و مشکلات شخصیتی در سال‌های بعدی زندگی همراه است (۶، ۷). پژوهش‌های معدودی به صورت غیرمستقیم به آسیب‌های هیجانی و روانی دوران کودکی در افراد دارای پیشینه خیانت زناشویی صورت گرفته است. پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که آسیب‌های دوران کودکی منجر به سبک‌های دلبستگی ناایمن (Insecure attachment styles) می‌شود و این بر روابط آینده افراد تاثیر می‌گذارد و به نوعی این الگوی ارتباطی به دوران‌های بعدی زندگی تعمیم داده می‌شود و احتمال خیانت بزرگسالی در زندگی زناشویی را افزایش می‌دهد (۸، ۹، ۱۰).

افراد علی‌رغم تجربیات آسیب‌زا (Traumatic experiences) در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرایندهای درونی، توانایی تنظیم هیجان را دارا خواهند بود و از آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی به دور خواهند بود. ظرفیت ذهنی‌سازی (mentalizing capacity) که یک کارکرد بازتابی تلقی می‌شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی به دست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. ذهنی‌سازی به مثابه یک شکلی از تصویری است که به ما اجازه می‌دهد رفتار انسان را در اصطلاح حالت‌های ذهنی درونی (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) درک و تفسیر کنیم در نتیجه این ظرفیت موجب افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می‌شود (۱۱). براساس یافته‌ها و نظریه فوناگی (Fonagy) افراد دارای دلبستگی آشفته مشکلات بیشتری در توانایی ذهنی‌سازی دارند. روابط دلبستگی ایمن و ظرفیت والدین برای ذهنی‌سازی موجب افزایش توانایی ذهنی‌سازی کودکان می‌شود (۱۲). این ظرفیت ذهنی‌سازی در مراحل بعدی رشد و بزرگسالی موجب افزایش تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری (Impulsivity)، افزایش خودمهارگری (self-control) و بهبود روابط بین فردی می‌شود. افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می‌تواند در نتیجه ذهنی‌سازی در مراحل بعدی رشد و

شهره بابایی و همکاران

خیانت در سال‌های اخیر تبدیل به یکی از مشکل‌زاترین و آسیب‌زاترین تعارضات زناشویی شده است. به علاوه این پدیده مشکلات روان‌شناختی گوناگونی را با خود به همراه دارد. لذا آسیب‌هایی که زنان از خیانت زناشویی همسران خود می‌بیند علاوه بر ایجاد مشکلاتی در زمینه‌های هیجانی و شناختی، بنیان ارتباطات خانواده آنان را به هم می‌ریزد. همچنین با توجه به اینکه پدیده خیانت زناشویی چند وجهی و واکنش‌های افراد به این تروما متفاوت است و تعداد پژوهش‌هایی هم که به شناخت مکانیسم‌های متنوع و موثر در خیانت زناشویی با ماهیت هیجانی، شناختی ناشی از تروماهای کودکی پرداخته باشد، در ایران محدود است؛ بنابراین کاوش و بررسی مکانیسم‌های زمینه‌ساز مشکلات روانشناختی در زنان آسیب‌دیده از جمله آسیب‌های دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی بیش از پیش ضرورت دارد و برای محققین آتی و تمامی استفاده‌کنندگان از نتایج حاصل از این پژوهش دارای اهمیت موضوعی می‌باشد؛ لذا ضروری است که به بررسی چگونگی تاثیر این مکانیسم‌های هیجانی و شناختی و تروماهای کودکی بر روی واکنش‌های روانشناختی زنان خیانت‌دیده پرداخته شود و به این سوال پژوهشی پاسخ داده شود که آیا آسیب‌های دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی می‌توانند در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی در زنان خیانت‌دیده نقش مهمی ایفا کنند؟

روش کار

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی (Correlation) در سال ۱۴۰۱ بر روی ۲۲۰ نفر از زنان ۲۰ تا ۶۰ سال دارای تجربه خیانت زناشویی در کلینیک‌های سطح شهر تهران انجام شد. در این مطالعه روش نمونه‌گیری به صورت دردسترس صورت پذیرفت و میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه پژوهش را تعیین نموده است (۲۱، ۲۲، ۲۳). شیوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از هماهنگی با کلینیک‌های سطح شهر تهران و کارشناسان آن مراکز و انجام هماهنگی‌های لازم، نسبت به اجرای مطالعه اقدام شد. برای اجرای مطالعه نیز، پس از احراز ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش و به علاوه اخذ رضایت کتبی شرکت در پژوهش و رعایت کدهای اخلاقی، پرسشنامه‌ها در یک اتاق ساکت بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن تجربه خیانت زناشویی (تشخیص

بزرگسالی موجب شود، درواقع چون ذهنی‌سازی یک فرایند تکاملی و تحولی است (۱۱)، در صورتی که تجارب آسیب‌زای کودکی توسط فردی تجربه شده باشد، خودکنترلی و خودمهارگری و تنظیم هیجان در نتیجه ذهنی‌سازی در مسیر تکاملی و تحولی می‌تواند از شکل‌گیری پیامدهای روان‌شناختی مختلف مثل افسردگی و افکار خودکشی ناشی از تجارب آسیب‌زای کودکی تا حدی جلوگیری نماید. اما از سوی دیگر با توجه به اینکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آسیب‌پذیری با سطح پایین ذهنی‌سازی ارتباط دارد و این سطح پایین ذهنی‌سازی باعث بدتنظیمی هیجانی شده و منجر به رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شود، بنابراین سطح پایین ذهنی‌سازی با تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به صورت مضاعف می‌تواند به آسیب‌های روانی بیشتر ناشی از خیانت زناشویی دامن بزنند (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶).

علاوه بر تروماهای کودکی و نقص در ذهنی‌سازی، ناگویی هیجانی (Alexithymia) نیز از دیگر مکانیسم‌های مهم در زمینه شکل‌گیری پیامدهای روان‌شناختی آسیب‌زای به سبب خیانت زناشویی است. عقیده بر این است که ناگویی هیجانی عاملی خطرناک برای بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی است. ناگویی هیجانی، سازه‌ای است متشکل از دشواری در شناسایی احساس‌ها، توصیف آن‌ها و جهت‌گیری فکری بیرونی. این نارسایی مانع از تنظیم هیجان می‌شود و سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد (۱۷). به طور کلی برقراری روابط صمیمی و دوستانه با همسر مستلزم ایجاد روابط نزدیک، درک، شناخت احساسات و عواطف، نیازها و هیجان وی می‌باشد. ولی افراد با ناگویی هیجانی به دلیل ناتوانی در شناسایی و شناخت احساسات دیگران، همچنین ناتوانی در بیان و توصیف احساسات خود قادر نخواهند بود تا به صمیمیت و نزدیکی که مستلزم رسیدن به سطح مناسبی از رضایت زناشویی است دست یابند چون همواره در بیان هیجان‌ها، احساسات و خواسته‌های درونی خود با مشکل مواجه هستند عدم بیان این خواسته و احساسات درونی مانع از صمیمیت و نزدیکی و حل خواسته‌ها و مشکلات شده، به علاوه فاصله و شکاف عاطفی را ایجاد نموده لذا پیامد آن سطح پایین رضایت زناشویی (Marital Satisfaction)، خیانت (Betrayal) و به نوعی سبب شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی گوناگون در افراد می‌شود (۱۸). پژوهش‌های مختلفی به صورت مستقیم و غیر مستقیم نیز در این باره صورت گرفته است (۱۸، ۱۹، ۲۰).

آمده است (۲۵). در این پژوهش از این ابزار جهت سنجش آسیب ها و ترومای دوران کودکی زنان خیانت دیده در ابعاد مختلف استفاده شد.

پرسشنامه کنش‌وری تاملی (Reflective Functioning Questionnaire): این پرسشنامه توسط فوناگی (Fonagy) و همکاران در سال ۲۰۱۶ به منظور ارزیابی سازه ذهنی سازی تهیه شده است که در تحلیل عاملی دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالت ذهنی خود و دیگران گزارش گردید. روش نمره گذاری پرسشنامه که ۲۶ ماده دارد برای مولفه اطمینان (با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹) سوالات به صورت مستقیم در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و برای مولفه عدم اطمینان (با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) همان مواد به صورت برعکس نمره گذاری می شود. فوناگی و همکاران (۲۶) ثبات درونی برای مولفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه های غیر بالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را با روش آزمون-بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۴ و برای عدم اطمینان ۰/۷۵. برای مولفه اطمینان به دست آوردند. هنجارسازی این مقیاس در جامعه ایرانی انجام شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز دو عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد، روای همگرایی آن از طریق همبسته کردن زیرمقیاس های آن با مقیاس ذهن آگاهی، پرسشنامه دل بستگی بزرگسال و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی قابل قبول گزارش شد. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۲۷).

مقیاس ناگوایی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): پرسشنامه ناگوایی هیجانی تورنتو توسط باگی (Bagby) و همکاران (۲۸) برای سنجش ناگوایی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه سه زیر مولفه دشواری در شناسایی احساسات با سوالات ۱، ۳، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات با سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷؛ تفکر عینی با سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان دهنده ناگوایی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگوایی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان دهنده

خیانت زناشویی بر مبنای اقرار خود افراد یا شاهد بودن افراد نزدیکشان)، ساکن تهران، تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری های جسمی و روانی جدی که مستلزم مصرف دارو است. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: تکمیل ناقص پرسشنامه ها. تجزیه و تحلیل داده ها نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند. برای جمع آوری داده ها نیز از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

پرسشنامه ترومای کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش ضربه و ترومای دوران کودکی در ابعاد مختلف تهیه و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۵ مولفه ی (سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی) می باشد و براساس طیف لیکرت (از هرگز تا همیشه) نمره گذاری شده است. 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. همان طور که بیان شد، نمره گذاری پرسشنامه براساس 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 (۲۴). 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

شهره بابایی و همکاران

ناگویی بالا در فرد بود (۲۸). ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه در پژوهش‌هایی خارجی و داخلی بررسی و تایید شده است (۲۸، ۲۹). در مطالعه بشارت (۲۹) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۰/۴۲ تا ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۳۰). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۲۸).

پرسشنامه افکار خودکشی بک (Beck Suicidal Ideation Scale): برای سنجش این متغیر از مقیاس افکار خودکشی بک (۳۴) استفاده شد. این مقیاس شامل یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی بوده که براساس ۳ درجه ای نقطه ای از صفر تا تنظیم شده است. نمره کلی فرد براساس جمع نمرات محاسبه می شود و دامنه نمره از صفر تا ۳۸ است. سوالات این مقیاس در مورد فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر انفعال، مدت و تمایل به خودکشی به صورت فعال و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می دهد. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استاندارد شده بالینی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. ضرایب همبستگی آن برای بیماران بستری ۰/۹۰ و برای بیماران درمانگاهی ۰/۹۴ می باشد. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی بوده و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ به دست آمده است (۳۴). در ایران انیسی و همکاران (۳۵) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۷۶ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (Beck Depression Inventory-II (BDI-II): این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک (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 نشانه‌های مختلف تشکیل می شود و از آزمودنی خواسته می شود شدت نشانه‌ها را براساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. نمره ۰-۱۳ نشانگر هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۴-۱۹ نشانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۰-۲۸ نشانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹-۶۳ نشانگر افسردگی شدید می باشد (۳۱). نتایج پژوهش بک و همکاران (۳۱) 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 (Beck) و همکاران نشان داد که همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روانپزشکی افسردگی همیلتون (Hamilton

یافته‌ها

جدول ۱. توصیف ویژگی جمعیت شناختی افراد نمونه

متغیر جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
سیکل	۵۶	۲۵/۵
دیپلم	۴۸	۲۱/۸
فوق دیپلم	۳۵	۱۵/۹
لیسانس و بالاتر	۸۱	۳۶/۸
کل	۲۲۰	۱۰۰
میانگین سن	میانگین	انحراف معیار
	۳۹/۸۱	۱۰/۳۰۶

بالاتر بودند. میانگین سن افراد ۳۹/۸۱ و انحراف معیار سن ۱۰/۳۰۶ بود. (جدول ۲) میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل چولگی و کشیدگی را نشان می دهد.

تعداد آزمودنی ها در این پژوهش ۲۲۰ نفر بودند. ۵۶ نفر (۲۵/۵ درصد) سیکل، ۴۸ نفر (۲۱/۸ درصد) دیپلم، ۳۵ نفر (۱۵/۹ درصد) فوق دیپلم و ۸۱ نفر (۳۶/۸ درصد) لیسانس و

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
افسردگی	۱۴/۹۵	۴/۵۳۱	-۰/۵۲۱	-۰/۶۴۲
افکار خودکشی	۱۴/۵۵	۴/۶۱۱	-۰/۴۹۹	-۰/۸۱۲
آزار عاطفی	۱۴/۰۰	۴/۲۶۰	-۰/۲۳۵	-۱/۲۴۰
آزار جنسی	۱۳/۵۲	۳/۸۶۷	-۰/۱۳۲	-۱/۳۲۹
آزار فیزیکی	۱۳/۹۷	۴/۱۳۷	-۰/۲۴۶	-۰/۸۶۳
غفلت عاطفی	۱۴/۱۱	۴/۰۶۸	-۰/۱۸۲	-۱/۱۳۵
غفلت جسمی	۱۳/۸۶	۴/۴۹۴	-۰/۰۲۳	-۱/۳۸۱
نمره کل تجارب آسیب‌زای دوران کودکی	۶۹/۴۶	۱۸/۳۶۴	-۰/۰۵۴	-۱/۱۸۱
کنش وری تاملی-اطمینان	۱۸/۲۲	۷/۱۷۳	-۰/۲۸۳	-۱/۷۶۹
کنش وری تاملی-عدم اطمینان	۱۵/۳۰	۷/۲۴۰	-۰/۲۹۲	-۱/۷۱۳
دشواری در شناسایی احساسات	۱۵/۷۰	۴/۹۸۹	-۰/۰۵۶	-۰/۷۴۶
دشواری در توصیف احساسات	۱۴/۶۶	۵/۴۷۷	-۰/۱۰۶	-۱/۱۲۶
تفکر عینی	۱۶/۱۴	۶/۴۶۳	-۰/۳۴۲	-۱/۱۰۱
نمره کل ناگویی هیجانی	۴۶/۵۰	۱۶/۳۷۷	-۰/۱۸۵	-۱/۱۱۵

کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۲ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی با افسردگی و افکار خودکشی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند ($P > 0.05$). مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ

جدول ۳: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- افسردگی	۱											
۲- افکار خودکشی	۰/۷۹۳**	۱										
۳- آزار عاطفی	۰/۵۷۴**	۰/۷۰۴**	۱									
۴- آزار جنسی	۰/۷۱۳**	۰/۷۸۳**	۰/۶۱۷**	۱								
۵- آزار فیزیکی	۰/۴۰۳**	۰/۵۶۹**	۰/۷۴۴**	۰/۵۷۷**	۱							
۶- غفلت عاطفی	۰/۷۳۴**	۰/۷۲۱**	۰/۷۴۵**	۰/۷۴۰**	۰/۵۹۹**	۱						
۷- غفلت جسمی	۰/۵۶۲**	۰/۷۰۴**	۰/۷۶۶**	۰/۷۳۷**	۰/۷۱۳**	۰/۷۶۳**	۱					
۸- اطمینان	-۰/۷۲۵**	-۰/۵۷۳**	-۰/۳۵۰**	-۰/۴۵۶**	-۰/۲۲۲**	-۰/۵۷۸**	-۰/۲۳۰**	۱				
۹- عدم اطمینان	۰/۶۶۳**	۰/۴۹۴**	۰/۳۲۵**	۰/۳۷۹**	۰/۱۸۰**	۰/۵۰۲**	۰/۲۲۳**	-۰/۷۳۱**	۱			
۱۰- دشواری در شناسایی احساسات	۰/۴۶۴**	۰/۶۳۳**	-۰/۵۷۱**	-۰/۴۹۰**	-۰/۳۶۵**	-۰/۴۲۶**	-۰/۲۸۶**	-۰/۳۹۲**	-۰/۳۰۰**	۱		
۱۱- دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۲۳**	۰/۴۵۷**	-۰/۴۴۷**	-۰/۴۲۱**	-۰/۲۲۵**	-۰/۳۱۹**	-۰/۲۲۴**	-۰/۳۷۷**	-۰/۲۵۳**	-۰/۷۱۳**	۱	
۱۲- تفکر عینی	۰/۴۴۹**	۰/۴۷۶**	-۰/۴۴۶**	-۰/۳۶۰**	-۰/۲۰۳**	-۰/۲۹۹**	-۰/۱۵۱**	-۰/۳۴۹**	-۰/۲۸۵**	-۰/۷۹۷**	-۰/۷۰۱**	۱

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

شهره بابایی و همکاران

آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی از رگرسیون چندمتغیره استفاده می‌شود که نتایج آن در جداول ۴ آمده است.

بر اساس (جدول ۳) نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان‌پذیر می‌سازد، لذا برای پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی براساس تجارب

جدول ۴: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه افسردگی بر اساس تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی

پیش‌بینی‌کننده‌ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	۴/۴۰۸	۰/۰۰۱	-	-	
آزار عاطفی	۰/۱۷۰	۶/۶۱۰	۰/۰۴۳	۰/۱۸۳	۹/۰۱۵	
آزار جنسی	۰/۲۹۱	۳/۵۳۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶۳	۶/۱۲۶	
آزار فیزیکی	۰/۱۶۵	۰/۷۱۲	۰/۰۰۷	۰/۱۳۴	۷/۴۵۹	
غفلت عاطفی	۰/۲۱۱	۰/۱۱۶	۰/۰۲۷	۰/۱۳۴	۷/۴۸۴	
غفلت جسمی	۰/۲۶۰	۳/۴۱۹	۰/۰۰۱	۰/۱۹۱	۵/۲۲۲	۲/۳۵۲
کنش‌وری تاملی-اطمینان	-۰/۴۹۹	-۶/۰۱۸	۰/۰۰۱	۰/۱۷۲	۹/۹۸۵	
کنش‌وری تاملی-عدم اطمینان	۰/۲۲۹	۲/۲۶۱	۰/۰۲۵	۰/۱۸۶	۸/۵۷۶	
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۲۶۸	۳/۲۶۱	۰/۰۲۴	۰/۱۷۸	۸/۷۷۱	
دشواری در توصیف احساسات	۰/۱۶۷	۲/۴۹۱	۰/۰۳۸	۰/۰۸۷	۸/۴۳۰	
تفکر عینی	۰/۴۶۰	۵/۵۸۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲۲	۸/۱۷۱	

$$R=۰/۸۷۷; =۰/۷۶۹ \text{ تعدیل شده}; F=۶۹/۶۷۳^{**} = ۰/۷۵۸$$

** معنادار در سطح ۰/۰۱

نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی می‌توانند افسردگی را پیش‌بینی کنند و قوی‌ترین متغیر پیش‌بین اطمینان با ضریب بتای ۰/۴۹۹- است. در جدول ۵ ضرایب رگرسیون چندمتغیره پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی آمده است.

با توجه (جدول ۴) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی با افسردگی برابر ۰/۸۷۷ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۷۶/۹ درصد از واریانس افسردگی بر اساس تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۶۹/۶۷۳ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است و

جدول ۵: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه افکار خودکشی بر اساس تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی

پیش‌بینی‌کننده‌ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	۲/۰۳۵	۰/۰۴۳	-	-	
آزار عاطفی	۰/۲۴۲	۳/۰۲۳	۰/۰۰۳	۰/۱۸۳	۹/۰۱۵	
آزار جنسی	۰/۱۴۱	۲/۰۰۴	۰/۰۴۶	۰/۱۶۳	۶/۱۲۶	
آزار فیزیکی	۰/۲۴۱	۰/۶۵۹	۰/۰۴۱	۰/۱۳۴	۷/۴۵۹	
غفلت عاطفی	۰/۲۰۹	۳/۳۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳۴	۷/۴۸۴	
غفلت جسمی	۰/۴۸۳	۳/۱۶۰	۰/۰۰۱	۰/۱۹۱	۵/۲۲۲	۱/۹۰۲
کنش‌وری تاملی-اطمینان	-۰/۵۶۷	-۵/۷۸۲	۰/۰۰۱	۰/۱۷۲	۹/۹۸۵	
کنش‌وری تاملی-عدم اطمینان	۰/۳۲۴	۴/۱۲۶	۰/۰۰۱	۰/۱۸۶	۸/۵۷۶	
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۲۶۲	۳/۸۹۳	۰/۰۰۱	۰/۱۷۸	۸/۷۷۱	
دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۷۶	۲/۲۳۶	۰/۰۰۱	۰/۰۸۷	۸/۴۳۰	
تفکر عینی	۰/۱۸۷	۲/۸۴۴	۰/۰۰۵	۰/۱۲۲	۸/۱۷۱	

$$R=0/743; =0/552; \text{ تعدیل شده} = 0/549; F=167/266^{**}$$

**معنادار در سطح ۰/۰۱

بوده و به نوعی مانع از توسعه بهنجار ظرفیت‌های اساسی مانند احساسات خودکارآمدی، خودکفایی و افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان می‌شود و لذا پیامد آن شامل اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و افکار خودکشی است (۵). به عبارت دیگر می‌توان گفت که انواع تروماهای دوران کودکی خود موجب ایجاد سبک‌های دلبستگی ناایمن (Insecure Attachment Style) مثل سبک‌های اجتنابی (avoidant) و یا اضطرابی (Anxious) می‌شود و این بر روابط بزرگسالی فرد تاثیر می‌گذارد. در واقع این الگوی ارتباطی بعدها در زندگی فرد تعمیم یافته و احتمال خیانت بزرگسالی در زندگی زناشویی را افزایش می‌دهد و به نوعی ممکن است فرد یا در نقش آزارگر و یا در نقش قربانی قرار بگیرد و به صورت اجبار به تکرار آسیب‌های گذشته را تکرار کند؛ از این رو با توجه به نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله محور سالم، می‌توان انتظار داشت که پیامد این مولفه‌های پاتولوژیک به سبب انواع تروماهای دلبستگی در دوران کودکی، مشکلات روان‌شناختی متنوع از جمله افسردگی، افکار خودکشی و مشکلات شخصیتی باشد.

در بخش دیگری از یافته‌ها، نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به خیانت زناشویی با ذهنی‌سازی (اطمینان) رابطه منفی و معنی‌دار و با ذهنی‌سازی (عدم اطمینان) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان اظهار داشت که ذهنی‌سازی به واسطه افزایش عاملیت و اطمینان، تنظیم هیجان و خودکنترلی نقش مهمی در سلامت روان و جلوگیری از مشکلات روان‌شناختی ایجاد می‌کند (۱۱). به عبارت دیگر خودکنترلی و خود مهارگری و تنظیم هیجان در نتیجه ذهنی‌سازی در مسیر تکاملی و تحولی می‌تواند از شکل‌گیری پیامدهای روان‌شناختی مختلف مثل افسردگی و افکار خودکشی ناشی از تجارب آسیب‌زای کودکی تا حدی جلوگیری نماید (۱۲). بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی، کاهش استرس بین‌فردی و افزایش اطمینان در نتیجه روابط دلبسته ایمن (Secure attachment) موجب می‌شود که افراد در شرایط استرس از مکانیسم‌های پخته‌تر استفاده کنند و توانایی تنظیم هیجان را داشته باشند؛ لذا وجود ظرفیت ذهنی‌سازی، بعدها تاب‌آوری (Resilience)

با توجه جدول ۵- نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی با افکار خودکشی برابر ۰/۷۱۰ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۵۰/۴ درصد از واریانس افکار خودکشی بر اساس تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۶۹/۹۳۹ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی می‌توانند افسردگی را پیش بینی کنند و قوی‌ترین متغیر پیش بین متغیر اطمینان با ضریب بتای ۰/۵۶۷- است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به تروما خیانت زناشویی انجام شد. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به تروما خیانت زناشویی با تجارب آسیب‌زای دوران کودکی (آزار عاطفی، جنسی، فیزیکی و غفلت عاطفی و جسمی) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. نتایج این یافته‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های پین و کوهن (Pine & Cohen) (۶)، راتر و موگان (Rutter & Maughan) (۷)، وارچ (Warach) و همکاران (۸)، دکل (Dekel) و همکاران (۹)، یومبول (Yumbul) و همکاران (۱۰) هم‌راستا است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به تئوری عمل معوق فروید اشاره کرد که در آن یک رویداد ثانویه، ترومای اولیه را که از حافظه سرکوب شده است، دوباره فعال می‌نماید (۴). در واقع یک رویداد ثانویه در زندگی بیمار می‌تواند باعث فعال‌سازی آسیب‌های اولیه وی شود و یک تعارض یا مسئله حل نشده را دوباره بیدار کند. بنابراین رویدادهای بعدی زندگی مانند خیانت زناشویی می‌تواند آسیب‌های دوران کودکی مانند انواع سوءاستفاده‌های جسمی، عاطفی و جنسی را فعال نماید. خود این تروماها نیز نشان‌دهنده نقص شدید در رابطه دلبستگی میان مراقبت‌کننده و کودک

شهره بابایی و همکاران

می‌سازد (۱۷). در واقع افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ای موثر ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌ترند. در مقابل افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به دلیل نارسایی در شناسایی و تنظیم هیجان‌ها، در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی هیجان‌ها دچار آشفتگی و درماندگی شده، این نارسایی نیز می‌تواند سازمان عواطف و شناخت‌های آنان را مختل و سازگاری موقت‌آمیز را دچار مشکل کند؛ در نتیجه روابط مشترک زوجین دچار تعارض، دل‌زدگی زناشویی و نقص در روابط صمیمی می‌شود (۱۸). به طور کلی افراد با ناگویی هیجانی به دلیل ناتوانی در شناسایی و شناخت احساسات دیگران، همچنین ناتوانی در بیان و توصیف احساسات خود قادر نخواهند بود تا به صمیمیت و نزدیکی که مستلزم رسیدن به سطح مناسبی از رضایت زناشویی است دست یابند، لذا شکاف و فاصله‌گیری عاطفی، عدم بیان این خواسته و احساسات درونی خود موجبات بسیاری از مشکلات روان‌شناختی گوناگون از جمله افسردگی و افکار خودکشی را فراهم می‌آورد به عبارتی این مولفه عاملی خطر ساز برای بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی است (۱۷) که یافته‌های این پژوهش نیز بر این موضوع صحت گذاشته است.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به تروما خیانت زناشویی نقش مهمی را ایفا می‌کند. از آنجایی که خیانت در سال‌های اخیر تبدیل به یکی از مشکل‌زاترین و آسیب‌زاترین تعارضات زناشویی شده است. به علاوه به سبب اینکه این پدیده مشکلات روان‌شناختی گوناگونی را با خود به همراه دارد؛ لذا - همان‌طور که یافته‌های این پژوهش نیز پیش‌بینی می‌کند- شناخت مکانیسم‌های مختلف از جمله تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی سبب می‌شود که آگاهی بیشتری از چگونگی آسیب‌پذیری زنان مبتلا به خیانت زناشویی به مشکلات روان‌شناختی مختلف از جمله افسردگی و افکار خودکشی دست یابیم و با افزایش ذهنی‌سازی، توجه و اهمیت به تجارب آسیب‌های دوران کودکی و به

زنان تروماتایز را بالا برده و آنها را در برابر پریشانی‌های روان‌شناختی محافظت می‌نماید. اما هرگونه آسیب به دلبستگی، غفلت و تجربیات آزادهنده، و عدم اطمینان به نمادهای دلبستگی (Attachment figure) فرد را در برابر شرایط تروماتیک و استرس‌زای بعدی آسیب‌پذیر می‌نماید و این در بروز و پیدایش بیماری‌ها و تیپ‌های شخصیتی نوروتیک نقش به‌سزایی دارد. در واقع این تجربیات آسیب‌زا به نوعی امکان آسیب‌پذیری فرد را در برابر تروما‌های بعدی مانند ترومای خیانت زناشویی افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر عدم ظرفیت ذهنی‌سازی (عدم اطمینان) با عدم تاب‌آوری در شرایط تروماتیک (مانند ترومای خیانت زناشویی) و ناتوانی در بکارگیری راهبردهای موثر ارتباط دارد و زنان خیانت دیده را در برابر مشکلات روان‌پزشکی از جمله افسردگی و افکار خودکشی آسیب‌پذیر می‌سازد (۱۳، ۱۴). به طور کلی افراد دارای دلبستگی نایمن اجتنابی (avoidant) و دوسوگرا (ambivalent) ظرفیت ذهنی‌سازی پایین‌تری کسب می‌کنند، خودپنداره و تجربیات منفی بیشتری را در روابط زناشویی گزارش می‌کنند و این به نوبه خود ناتوانی در تنظیم عواطف، هیجانات منفی و شکل‌گیری علائم افسردگی را به همراه دارد اما افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی، ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری رابطه ایجاد می‌شود، به عبارتی افراد قادر می‌شوند با دیگران که مراقب و مفید هستند و می‌توانند در تنظیم مشترک موثر استرس و نامالایمات کمک کنند، ارتباط برقرار کنند، اما بدون ذهنی‌سازی قوی، مشکل در تعاملات، تقابل در روابط و احساس امنیت نمی‌توانند وجود داشته باشد. بنابراین این به نوبه خود ناتوانی در تنظیم هیجان، عدم درک مشترک، انزواگزینی و سرانجام شکل‌گیری علائم افسردگی و افکار خودکشی را به همراه دارد.

همچنین نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به خیانت زناشویی با ناگویی هیجانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های درجزینی و مرادخانی (۱۸)، مانسینلی (Mancinelli) و همکاران (۱۹)، ویلیامز (Williams) و همکاران (۲۰) همسو است. در تبیین این یافته‌ها نیز می‌توان گفت که ناگویی هیجانی، سازه‌ای است متشکل از دشواری در شناسایی احساس‌ها، توصیف آن‌ها و جهت‌گیری فکری بیرونی. این نارسایی مانع از تنظیم هیجان می‌شود و سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل

می رسد. پیشنهاد می شود که پژوهش بر روی سایر شهرها نیز انجام شود و همچنین از روش های جمع آوری اطلاعات همچون مصاحبه فردی و مشاهده استفاده گردد. و در نهایت پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده، ضمن گنجاندن مولفه های مرتبط و مهم دیگر به صورت یکپارچه در کنار این مولفه ها، گام مهمی در راستای کشف یک مدل درمانی، جهت مداخله و کاهش پیامدهای روانشناختی ناشی از ترومای خیانت زناشویی برداشته شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی زنان شهر تهران که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می نمایم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

علاوه بهبود ناگویی هیجانی احتمال می رود که توجه به این مولفه ها در مداخلات درمانی بتواند کاهش مشکلات روان شناختی مثل افسردگی و افکار خودکشی به همراه داشته باشد و به نوعی در آینده از بروز مشکل در روابط زناشویی و پیامدهای ناشی از آن جلوگیری نماید.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش ها در حوزه علوم انسانی با محدودیت هایی روبه رو بود؛ از جمله اینکه از مقیاس های خودگزارشی استفاده شده است؛ لذا احتمال خطا در آنها بیشتر و همچنین بررسی دقیق تر مشکلات چندوجهی خیانت با این ابزارها به طور کامل میسر نیست. پژوهش روی زنان شهر تهران انجام شد و تعمیم نتایج به مردان و سایر شهرها ممکن نیست. همچنین از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر می توان به در دسترس بودن نمونه گیری پژوهش حاضر اشاره نمود. به علاوه اگر چه برخی ملاکهای ورود و خروج در این پژوهش لحاظ گردیده است، اما امکان ارزیابی زمان و علت مشکلات روانشناختی با زمان تروماتایز شدن زنان دشوار به نظر

References

- Weiser DA, Weigel DJ. Exploring intergenerational patterns of infidelity. *Personal Relationships*. 2017 Dec; 24(4):933-52. <https://doi.org/10.1111/per.12222>
- Utley EA. Infidelity's coexistence with intimate partner violence: An interpretive description of women who survived a partner's sexual affair. *Western journal of communication*. 2017 Aug 8; 81(4):426-45. <https://doi.org/10.1080/10570314.2017.1279744>
- Hocking EC, Simons RM, Surette RJ. Attachment style as a mediator between childhood maltreatment and the experience of betrayal trauma as an adult. *Child abuse & neglect*. 2016 Feb 1; 52:94-101. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.01.001>
- Eickhoff FW. On Nachträglichkeit: The modernity of an old concept. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2006 Dec 1; 87(6):1453-69. <https://doi.org/10.1516/EKAH-8UH6-85C4-GM22>
- Spinazzola J, Van der Kolk B, Ford JD. When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of traumatic stress*. 2018 Oct; 31(5):631-42. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>
- Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry* 2002; 51:519-31. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01352-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01352-X)
- Rutter M, Maughan B. Psychosocial adversities in childhood and adult psychopathology. *J Pers Disor* 1997; 11:4-18. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.4>
- Warach B, Josephs L, Gorman BS. Pathways to infidelity: The roles of self-serving bias and betrayal trauma. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2018 Jul 4; 44(5):497-512. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1416434>
- Dekel B, Abrahams N, Andipatin M. Exploring adverse parent-child relationships from the perspective of convicted child murderers: A South African qualitative study. *PloS one*. 2018 May 23; 13(5):e0196772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196772>
- Yumbul C, Cavusoglu S, Geyimci B. The effect of childhood trauma on adult attachment styles, infidelity tendency, romantic jealousy and self-esteem. *Procedia-social and behavioral sciences*. 2010 Jan 1; 5:1741-5.

- <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.357>
11. Bateman AW, Fonagy PE. Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
 12. Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PloS one*. 2017 May 4; 12(5):e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
 13. Chana SM, Wolford-Clevenger C, Faust A, Hemberg J, Ramaswamy M, Cropsey K. Associations among betrayal trauma, dissociative posttraumatic stress symptoms, and substance use among women involved in the criminal legal system in three US cities. *Drug and alcohol dependence*. 2021 Oct 1; 227:108924. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108924>
 14. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino JL. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: the mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*. 2022 Oct 1; 132:105815. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105815>
 15. Shams S, Ghelichkhan N, yousefi N, alijani S. Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *IJPN* 2022; 10 (1):106-121.
 16. Tahmasebiashtiani E, Vatankhah Amjad F, karimgholipour N, Soleimani H. The effectiveness of mentalization-based therapy on insecure attachment, fear of intimacy and suicidal ideation in people with major depressive disorder. *IJPN* 2022; 10 (2):85-97
 17. Fietz J, Valencia N, Silani G. Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2018 Aug; 24(4):901-8. <https://doi.org/10.1111/jep.12961>
 18. Darjazini S, Moradkhani M. The relationship between marital satisfaction and alexithymia. *Journal of Ecophysiology and Occupational Health*. 2017 Dec 1; 17(3/4):124-35.
 19. Mancinelli E, Salcuni S, Muratti A, Grillo A, Alessi C, Guglielmino A, Finos L. P-487 Couples undergoing first level assisted reproductive techniques: An Actor-Partner interdependence model of dyadic adjustment, psychological symptoms, alexithymia and romantic attachment on body-image avoidance. *Human Reproduction*. 2021 Jul; 36(Supplement_1):deab130-486. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab130.486>
 20. Williams L, Curren C, Bruce G. Are alexithymia and Type D personality distinct or overlapping constructs? A confirmatory factor analysis of the Toronto alexithymia and Type D scales. *Personality and individual differences*. 2011 Oct 1; 51(5):683-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.007>
 21. Davoudian M, Soleimani H. The role of mentalization, psychological flexibility and difficulty in regulating emotion in predicting psychological distress and sleep problems in pregnant women During the Corona Epidemic. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2022 May 10; 11(1):46-58.
 22. Shareh H, Eshaghi Sani M. Predictive Role of Morningness-Eveningness Personality, Cognitive Flexibility and Cognitive Emotion Regulation in Marital Satisfaction in Middle-Aged Women. *IJPCP* 2019; 24 (4):384-399 <https://doi.org/10.32598/ijpcp.24.4.384>
 23. Mahmoudpour A, Aminian A, Nowzari M, naeimi E. The role of cognitive avoidance and emotional expression in predicting marital conflict in women in Tehran. *Psychological sciences* 2021; 20 (98):209-218
 24. 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)
 25. 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.
 26. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678.

- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
27. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 2020; 12(1): 1-12.
28. Michael Bagby R, Parker JDA, 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. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
29. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):47-56.
30. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*. 2007; 101(1):209-20. <https://doi.org/10.2466/PR0.101.5.209-220> <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
31. 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>
32. 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. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>
33. 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]
34. Beck A, Steer R. Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed. San Antonio psychological publication. 1991; 5:230-9.
35. Anisi, J., Fathi, A. A., Salimi, S., & Ahmadi, N. K. [Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers]. *Journal of Military Medicine*. 2005: 7(1), 33-37. (Persian).