



Structural Relationships of Childhood Trauma with Positive Memory and Depressive Symptoms in Adults: The Mediating Role of Positive Emotion Dysregulation

Najmeh Sadat Hamed Shamaei¹, Zahra Hasannezhad²,
Maryam Hassanzadeh Tabatabaee^{3*}, Sara Hajibaqeri⁴

1. Master of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2. Master of General Psychology, Gorgan Branch, Payam Noor University, Gorgan, Iran.
3. Master of Career Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
4. Master Student in Clinical Psychology, Ashtian branch, Islamic Azad University, Markazi, Iran.

Corresponding Author: Maryam Hassanzadeh Tabatabaee, Master of Career counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

E-mail: maryamtabatabaee312@gmail.com

Received: 25 Sep 2023

Accepted: 4 May 2024

Abstract

Introduction: Emotional dysregulation has been identified as an important meta-diagnostic factor for the etiology and treatment of various psychological problems. The present study was conducted with the aim of investigating the structural relationships of childhood trauma with positive memory and depressive symptoms with regard to the mediating role of positive emotional dysregulation in adults.

Methods: The statistical population included all people referring to clinics and psychological service centers in Tehran in 2023. Among the statistical population, 240 people were selected by the available sampling method. Research tools were: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Beck Depression Inventory (BDI-II), Difficulties Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P), Memory Experiences Questionnaire-Short Form (MEQ-SF). For data analysis, Pearson correlation, structural equation modeling and SPSS -22 and AMOS-26 software were used.

Results: The results showed that the research model is a good fit. The direct effect of childhood trauma on positive memory was not significant. The direct effect of childhood trauma on symptoms of depression ($T = 0.80$, $\beta = 0.80$, $T = 13.08$) and positive emotion dysregulation ($T = 0.80$, 16.48), and the direct effect of positive emotion dysregulation on positive memory ($40 T = 0.76$, $\beta = 0.5$) and depressive symptoms ($T = 2.05$, $\beta = 0.12$) were significant. Also, positive emotion dysregulation had a mediating role in the relationship between childhood trauma and positive memory and depressive symptoms.

Conclusions: According to the findings of the present research, positive emotional dysregulation should be a target for treatment in childhood trauma victims, to prevent mood disorders and make positive memories special. Therefore, it is suggested to use treatments such as emotion regulation-based treatments, and memory specificity training to reduce depression symptoms and increase memory specificity in people with childhood trauma experience.

Keywords: Childhood trauma, Positive Emotion Dysregulation, Positive Memory, Depression.



روابط ساختاری ترومای کودکی با حافظه مثبت و علائم افسردگی در بزرگسالان: نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی مثبت

نجمه سادات حامد شمعی^۱، زهرا حسن نژاد^۲، مریم حسن زاده طباطبایی^{۳*}، سارا حاجی باقری^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

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

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

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، مرکزی، ایران.

نویسنده مسئول: مریم حسن زاده طباطبائی، کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
ایمیل: maryamtabataee312@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۳

چکیده

مقدمه: بدتنظیمی هیجانی به عنوان یک عامل مهم فراتشخیصی برای علت شناسی و درمان مشکلات روانشناختی مختلف شناسایی شده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری ترومای کودکی با حافظه مثبت و علائم افسردگی با توجه به نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی مثبت در بزرگسالان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. از میان جامعه آماری، ۲۴۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)، پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت (DERS-P) و پرسشنامه تجارب حافظه-فرم کوتاه (MEQ-SF). برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرم افزار SPSS-22 و AMOS-26 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برآزش مطلوبی برخوردار است. اثر مستقیم ترومای کودکی بر حافظه مثبت معنادار نبود. اثر مستقیم ترومای کودکی بر علائم افسردگی ($\beta = 0/80, T=13/08$) و بدتنظیمی هیجانی مثبت ($\beta = 0/80, T=16/48$) و اثر مستقیم بدتنظیمی هیجانی مثبت بر حافظه مثبت ($\beta = 0/76, T=5/40$) و علائم افسردگی ($T=2/05$) معنادار بود. همچنین بدتنظیمی هیجانی مثبت در رابطه بین ترومای کودکی با حافظه مثبت و علائم افسردگی نقش میانجی داشت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر بدتنظیمی هیجانی مثبت باید هدفی برای درمان در قربانیان ترومای دوران کودکی، برای جلوگیری از اختلالات خلقی و اختصاصی کردن خاطرات مثبت باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، از درمان‌هایی از قبیل درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان و آموزش اختصاصی کردن خاطرات برای کاهش علائم افسردگی و افزایش اختصاصی کردن خاطرات در افراد دارای تجربه ترومای کودکی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: ترومای کودکی، بدتنظیم هیجانی مثبت، حافظه مثبت، افسردگی.

ترومای کودکی (Childhood trauma) به ویژه سوءاستفاده و غفلت، از گذشته تاکنون همواره در جامعه رایج بوده است (۱). همچنین، ترومای دوران کودکی به عنوان منشاء آسیب های روانی در نظر گرفته شده است. شواهد پژوهشی نشان می دهد که ترومای دوران کودکی با مشکلاتی از قبیل اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال جسمی، اختلالات خوردن و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مرتبط است (۲). اخیراً پژوهش ها بر شکل گیری پریشانی روان-شناختی (مانند علائم افسردگی و اضطراب) در بزرگسالان، پس از تجربه ترومای کودکی، تاکید نموده اند (۳). طبق تئوری فروید (Freud)، یک رویداد ثانویه (later event) در زندگی بیمار می تواند باعث فعال سازی آسیب های اولیه وی شود و یک تعارض یا مسئله حل نشده را دوباره بیدار کند. مفهوم عمل معوق فروید (deferred action)، به شیوه ای اشاره دارد که در آن یک رویداد ثانویه، ترومای اولیه (early trauma) را که از حافظه سرکوب (repressed) شده است، دوباره فعال می نماید. ترومای اولیه دوباره قابل دسترس می شود و می تواند پس از این نقش تاخیری محافظتی دوباره در ذهن بازنگری و منسجم گردد (۴). بر طبق این تئوری، آسیب های دوران کودکی می تواند به نوعی از طریق رویدادهای بعدی زندگی فعال شود. انواع تروماهای دوران کودکی از جمله سوء استفاده جسمی، روانی و هیجانی در دوران کودکی نشان دهنده نقص در رابطه دلبستگی (attachment) میان مراقبت کننده و کودک از طریق عدم وجود وابستگی احساسی و غفلت هیجانی (Emotional neglect) و یا اعمال آشکار سوءاستفاده کلامی و احساسی است که باعث اختلالات روان شناختی کودک و مانع از توسعه بهنجار ظرفیت های اساسی مانند احساسات خودکارآمدی، خودکفایی و افزایش ظرفیت ذهنی سازی (mentalization) و تنظیم هیجان (Emotion regulation) می شود (۵). اشکال متنوع تجربیات آسیب زا و بدرفتاری های دوران کودکی با آسیب پذیری های روان شناختی مختلفی از جمله بزهکاری (delinquency)، افسردگی، افکار خودکشی و مشکلات شخصیتی در سال های بعدی زندگی همراه است (۶).

در حالی که بیشتر افراد یکبار در طول عمر خود تروما را

تجربه می کنند (یعنی در معرض تروما قرار می گیرند)، تعداد محدودی از افراد اثرات بالینی قابل توجه پس از تروما را گزارش می کنند و آسیب می بینند (۷). تجارب تروما بر رمزگذاری، ذخیره و بازیابی خاطرات آسیب زا و مثبت (خاطرات تجربیات برجسته/ معنی دار با پیامدهای مطلوب) تأثیر می گذارد (۸). بازیابی حافظه مثبت (positive memory) هم به خاطرات اختصاصی (Specific memories) و هم به خاطرات کلی (Overgeneral memories) اشاره دارد. خاطرات اختصاصی خاطراتی از رویدادهایی هستند که در یک مکان و زمان معین در ۲۴ ساعت اتفاق می افتند و خاطرات کلی خاطرات غیراختصاصی با محتوای انتزاعی هستند (۹). خاطرات کلی بیشتر شامل خاطرات گسترده (خاطرات رویدادهایی که بیش از ۲۴ ساعت طول می کشد) و خاطرات طبقه بندی شده (خاطراتی که خلاصه ای از رویدادهای تکراری را منعکس می کنند) می شود (۹). به همین ترتیب، اختصاصی بودن حافظه به توانایی بازیابی خاطرات اختصاصی اشاره دارد و سوگیری حافظه بیش کلی گرا (overgeneral memory) به مشکلات در بازیابی خاطرات اختصاصی اشاره دارد (۹). به طور کلی، شواهد پژوهشی نشان می دهد که افراد در معرض تروما، به ویژه آنهایی که دچار PTSD هستند، مشکلاتی را در بازیابی خاطرات مثبت اختصاصی گزارش می کنند (۱۰). مشکلات در بازیابی خاطرات مثبت اختصاصی ممکن است پیامد تروما باشد یا به عنوان یک مقدمه، ممکن است به پیامدهای پس از تروما کمک کند (۱۱). افرادی که در معرض تروما قرار گرفته اند ممکن است حفظ خاطرات مثبت برایشان مشکل باشد (۱۲) و خاطرات مثبت را با خاطرات دیگر ادغام کنند (۱۳). با گذشت زمان، افراد در معرض تروما ممکن است از فکر کردن به خاطرات منفی و مثبت اجتناب کنند، زیرا نگران هستند که فکر کردن به گذشته ممکن است افکار و احساسات مربوط به تروما را تحریک کند (۱۴). شواهد پژوهشی نشان می دهد که کاهش تعداد خاطرات مثبت اختصاصی و افزایش تعداد خاطرات مثبت کلی گرا به تجربه رویدادهای تروماتیک مرتبط است (۱۱).

اگر چه مطالعات کمی به بررسی مکانیسم های میانجی بین ترومای کودکی و ویژگی های حافظه مثبت و افسردگی پرداخته اند، اما برخی مکانیسم های میانجی در این زمینه

گزارش شده اند. در ادبیات پیشین بدتنظیمی هیجانی مثبت برای میانجی ترومای کودکی با حافظه مثبت و علائم افسردگی پیشنهاد شده است (۱۴). در این راستا شواهد پژوهش نشان می دهد که، فرآیندهای هیجانی مثبت برای مطالعه در بافت حافظه مثبت مرتبط هستند. به طور کلی، بازیابی خاطرات مثبت توجه به عاطفه منفی (negative affect) را کاهش می دهد و توجه را به تجربیات مثبت هدایت می کند و عاطفه مثبت (positive affect) را تنظیم می کند (۱۵). اگر فرد بتواند به طور موثر هیجانانگیز مثبت (positive emotions) تجربه شده را تنظیم و حفظ کند، در نتیجه ممکن است خاطرات خوشایند دیگری را بازیابی کند (۱۶). نشان دادن یک اثر تطابق خلقی (به عنوان مثال، تمایل به به خاطر سپردن اطلاعات منطبق با خلق و خوی تجربه شده فعلی). در واقع، شواهد تجربی از اثر ترمیم خلق و خوی خاطرات مثبت، از جمله در میان افراد در معرض تروما حمایت می کند (۱۷). به عبارت دیگر، خاطرات مثبت ممکن است به اصلاح حالات خلقی منفی کمک کند. با این حال، هنگامی که اختلال در تنظیم هیجانانگیز مثبت وجود دارد، ممکن است خاطرات مثبت مسدود، اجتناب یا سرکوب شود. شواهد حمایتی همچنین نشان می دهد که تروما به طور همزمان بر مناطقی از مغز که در تنظیم هیجانانگیز و حافظه نقش دارند تأثیر می گذارد (۱۸) که ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجانانگیز مثبت را با بازیابی حافظه مثبت توضیح می دهد. علاوه بر این، ببلو (Beblo) و همکاران (۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که افراد مبتلا به افسردگی (در مقایسه با افراد بدون افسردگی) احتمال بیشتری وجود دارد که هیجانانگیز مثبت را سرکوب کنند (۱۹). علیرغم آگاهی روزافزون از اهمیت تنظیم هیجان در عملکرد انطباقی و آسیب شناسی روانی، اکثر پژوهش ها در مورد مشکلات در تنظیم هیجانانگیز به طور خاص بر تنظیم هیجان های منفی متمرکز شده اند. با این وجود، تحقیقات نوظهور ارتباط نقص در تنظیم هیجان های مثبت را با انواع مشکلات بالینی برجسته می کند، به طوریکه بدتنظیمی هیجانی به عنوان یک مکانیسم کلیدی در سبب شناسی و درمان مشکلات بالینی متعدد در نظر گرفته می شود (۲۰). در واقع، با وجود شواهد پژوهشی برای ارتباط دشواری در تنظیم تجارب هیجانی مثبت با اختلالات روانشناختی مختلف، این جنبه از اختلال در تنظیم هیجان

اغلب در محیط های بالینی نادیده گرفته می شود. از سویی دیگر، اگر چه شواهد پژوهش نشان می دهد که تجربه تروما بر بازیابی خاطرات مثبت و علائم افسردگی تأثیر می گذارد، هنوز شواهد پژوهشی در زمینه چگونگی تأثیر تجربه تروما وجود ندارد. این مطالعه به درک عمیق تر مکانیسم هایی کمک می کند که از طریق آن تجربه تروما و بازیابی خاطرات مثبت و علائم افسردگی را به هم متصل می کند. از این رو با استفاده از تحلیل میانجی در صدد بودیم تا بررسی کنیم که آیا بدتنظیمی هیجانی مثبت بین تجربه ترومای کودکی و بازیابی خاطرات مثبت و علائم افسردگی می تواند نقش میانجی ایفا کند یا خیر؟

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. کلاین (Kline) (۲۱) معتقد است حداقل حجم نمونه برای مدل معادلات ساختاری ۲۰۰ قابل دفاع است، اما در این پژوهش برای تعمیم پذیری بیشتر نتایج حجم نمونه ۲۴۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شد. به علاوه نمونه مورد مطالعه، با استفاده از پرسشنامه آسیب های دوران کودکی، جهت ارزیابی علائم متوسط به بالا (نمره ۵۶ و بالاتر) توسط مصاحبه گر مورد سنجش قرار گرفتند. شیوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از هماهنگی با کلینیک های سطح شهر تهران و کارشناسان آن مراکز و انجام هماهنگی های لازم، نسبت به اجرای مطالعه اقدام شد. برای اجرای مطالعه نیز، پس از احراز ملاک های ورود و خروج از پژوهش و به علاوه اخذ رضایت کتبی شرکت در پژوهش و رعایت اصول اخلاقی، پرسشنامه ها در یک اتاق ساکت بر روی آزمودنی ها اجرا گردید. ملاک های ورود به پژوهش عبارتند از: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تجربه ترومای کودکی و وجود علائم متوسط به بالا براساس مقیاس آسیب های دوران کودکی. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده ها با

نجمه سادات حامد شمعی و همکاران

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 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 (۲۴). نتایج پژوهش بک و همکاران (۲۴) 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 Depression Rating Scale) برای جمعیت بالینی و غیربالینی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ می باشد که تاییدی در جهت روایی همگرا مطلوب پرسشنامه بود (۳۱). در پژوهشی دیگر برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و همبستگی معناداری با ناامیدی گزارش شده است (۲۵). حمیدی و همکاران (۲۶) 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 دشواری در تنظیم هیجان مثبت (Difficulties Emotion Regulation Scale-Positive) (DERS-P): مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت مقیاس توسط وایس، گرتز و لواندر، در سال ۲۰۱۵ طراحی شده است. این مقیاس خودگزارشی شامل ۱۳ گویه است و دارای سه خرده مقیاس پذیرش (پذیرش هیجانات مثبت) با سوالات (۱۲، ۴۶، ۲)، اهداف (توانایی درگیر شدن در رفتار هدفمند هنگام تجربه هیجانات مثبت) با سوالات (۱۱، ۹، ۱۰) و تکانه (توانایی کنترل رفتارهای تکانه‌ای هنگام تجربه هیجانات مثبت) با سوالات (۱۳، ۱۰، ۵، ۳) است و بدتنظیمی هیجانی مثبت را مورد سنجش قرار می دهد. شرکت کنندگان هر آیتام را از ۱ (تقریباً هرگز)؛ ۰ تا ۱۰ درصد زمان) تا ۵ (تقریباً همیشه؛ ۹۱ تا ۱۰۰ درصد زمان) رتبه بندی می کنند. نمرات بالاتر نشان دهنده مشکلات بیشتر در تنظیم هیجانات مثبت است (۲۷). این مقیاس از ویژگیهای روان سنجی قابل قبولی برخوردار است بطوری که در پژوهش وایس و همکاران آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس پذیرش ۰/۸۰، اهداف

استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری SPSS-26 و AMOS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

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 (سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده 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. همانطور 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 (۲۲). در ایران ابراهیمی، دژکام و ثقه الاسلام (۲۳) در نمونه ای از ۱۸۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم به دلیل خودکشی، برای برآورد پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند و نتایج ضریب پایایی نمره کل پرسشنامه و زیر مقیاس های آن بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ بدست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می باشد.

پرسشنامه افسردگی بک و 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

۰/۸۳، تکانه ۰/۸۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمده است (۲۷). در ایران کاظمی رضایی و همکاران (۲۸) ویژگی های روان سنجی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان بر روی دانشجویان را بررسی کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد روایی همگرا و واگرا از طریق محاسبه ی همبستگی مقیاس به ترتیب با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی تایید شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد که نتایج آلفای کرونباخ حاکی از همسانی درونی مناسب پرسشنامه و مولفه های آن بود. میزان آلفای کرونباخ برای پذیرش برابر با ۰/۷۲، اهداف برابر با ۰/۸۴، تکانه برابر با ۰/۸۶ و کل مقیاس برابر با ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه تجارب حافظه-فرم کوتاه (Memory Experiences Questionnaire-Short Form): این مقیاس خودگزارشی که توسط Luchetti و Sutin در سال ۲۰۱۶ طراحی شده است دارای ۲۹ ماده است و ۱۰ حوزه پدیدارشناختی حافظه شامل وضوح (۱،۱۱،۲۰)، انسجام (۲،۲۱)، دسترسی (امکان دستیابی) (۳،۱۲،۲۲)، جزئیات حسی (۴،۵،۱۴،۲۸)، شدت برانگیختگی هیجانی (۷،۱۶،۲۵)، چشم انداز دیداری (۶،۱۵،۲۴)، چشم انداز زمان (۱۳،۲۳،۲۹)، اشتراک گذاری (۸،۱۷،۲۶)، جداسازی (۹،۱۸،۲۷) و ارزش گذاری (۱۰،۱۹) را مورد اندازه گیری قرار می دهد. همچنین، سوالات: ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۲، ۱۹، ۱۵، ۱۲، ۱۱، ۴، ۲ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (۲۹). نمره گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم صورت می گیرد، نمرات بالاتر نشاندهنده ی سطح بالاتری از متغیر اندازه گیری شده است. این مقیاس دارای ویژگیهای روان سنجی مناسبی است. به طوری که میانگین آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۹ و همبستگی فرم کوتاه آن با فرم بلند نیز ۰/۹۵ گزارش شده است (۲۹). در ایران کاظمی رضایی و همکاران (۳۰) ویژگیهای روان سنجی پرسشنامه تجارب حافظه-فرم کوتاه در دانشجویان بررسی کردند. روایی ملاکی پرسشنامه تجارب حافظه با پرسشنامه های احساس تنهایی، اضطراب صفت، پرسشنامه علائم خلقی و اضطرابی تایید شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش

همسانی درونی استفاده شد که نتایج آلفای کرونباخ حاکی از همسانی درونی مناسب پرسشنامه و مولفه های آن بود. میزان آلفای کرونباخ برای وضوح برابر با ۰/۷۴، انسجام برابر با ۰/۷۱، امکان دستیابی برابر با ۰/۷۳، جزئیات حسی برابر با ۰/۴۵، شدت برانگیختگی هیجانی برابر با ۰/۶۸، چشم انداز دیداری برابر با ۰/۶۲، چشم انداز زمان برابر با ۰/۷۴، اشتراک گذاری برابر با ۰/۷۲، جداسازی برابر با ۰/۸۳ و ارزش گذاری برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. در این پژوهش از خرده مقیاس های وضوح، انسجام، دسترسی و جزئیات حسی استفاده شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر تعداد ۲۴۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که نمونه ی پژوهش حاضر از نظر تحصیلات ۱۷ نفر (۷/۱ درصد) فوق دیپلم، ۱۳۹ نفر (۵۷/۹ درصد) لیسانس، ۵۳ نفر (۲۲/۱ درصد) فوق لیسانس و ۳۱ نفر (۱۲/۹ درصد) دکترا بودند. میانگین سن ۳۷/۷۰ و انحراف معیار سن ۷/۱۱۵ بود. پیش از تحلیل داده ها مفروضه های نرمال بودن و عدم همخطی بررسی شد که نتایج آن در ادامه بیان می شود. محاسبه چولگی و کشیدگی هر یک از متغیرهای مشهود، روشی رایج برای ارزیابی نرمال بودن است. چو و بنتلر (Chou & Bentler) (۳۱) نقطه برش ± 3 را برای مقدار چولگی مناسب می دانند. برای شاخص کشیدگی نیز به طور کلی مقادیر بیش از ± 10 در مدل یابی معادلات ساختاری مسئله آفرین است (۲۱). مقادیر بدست آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها حاکی از تحقق پیش فرض نرمال بودن در متغیرهای پژوهش دارد. 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، بر این اساس می توان نسبت به مفروضه عدم همخطی نیز اطمینان حاصل کرد. در جدول زیر شاخص های توصیفی و همچنین همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

نجمه سادات حامد شماعی و همکاران

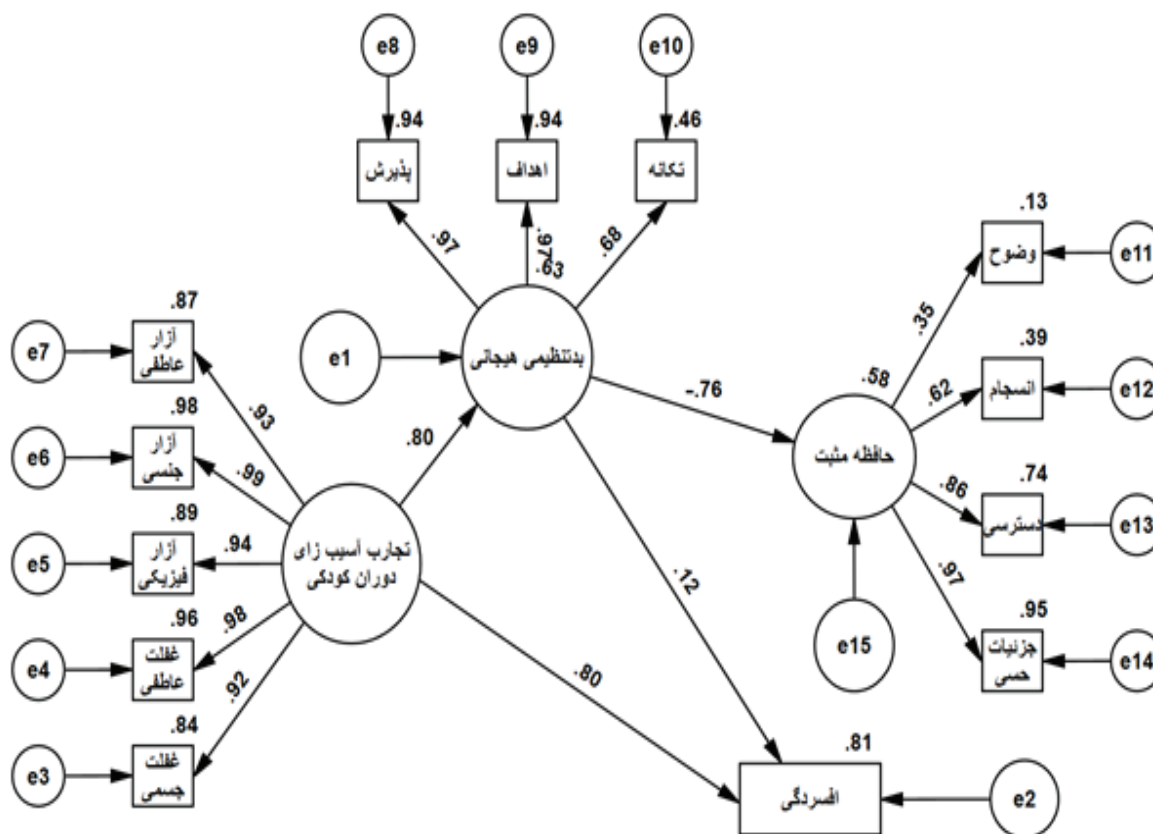
جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱- وضوح	۸/۰۵	۲/۵۲	۱														
۲- انسجام	۵/۳۱	۲/۰۶	۰/۶۶**	۱													
۳- دسترسی	۹/۰۷	۲/۲۲	۰/۱۳*	۰/۵۴**	۱												
۴- جزئیات حسی	۱۰/۳۸	۲/۹۱	۰/۳۶**	۰/۵۹**	۰/۶۴**	۱											
۵- افسردگی	۱۹/۱۵	۱۶/۱۶	-۰/۱۷**	-۰/۳۸**	-۰/۳۷**	-۰/۴۶**	۱										
۶- آزار عاطفی	۱۱/۳۹	۴/۸۲	-۰/۳۸**	-۰/۴۷**	-۰/۳۸**	-۰/۴۰**	۰/۴۹**	۱									
۷- آزار جنسی	۱۱/۰۱	۵/۳۷	-۰/۱۷**	-۰/۴۶**	-۰/۴۱**	-۰/۵۵**	۰/۵۰**	۰/۵۸**	۱								
۸- آزار فیزیکی	۱۱/۶۳	۵/۳۲	-۰/۱۷**	-۰/۴۳**	-۰/۴۱**	-۰/۵۴**	۰/۴۹**	۰/۶۱**	۰/۶۱**	۱							
۹- غفلت عاطفی	۱۱/۳۵	۵/۵۴	-۰/۱۹**	-۰/۴۱**	-۰/۳۷**	-۰/۵۱**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۰/۵۴**	۰/۳۴**	۱						
۱۰- غفلت جسمی	۱۱/۹۴	۴/۸۷	-۰/۲۵**	-۰/۴۰**	-۰/۴۱**	-۰/۴۱**	۰/۴۹**	۰/۶۴**	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۰/۶۱**	۱					
۱۱- نمره کل تجارب	۵۷/۱۱	۲۴/۹۶	-۰/۲۱**	-۰/۴۵**	-۰/۴۱**	-۰/۵۱**	۰/۵۰**	۰/۶۰**	۰/۸۷**	۰/۴۴**	۰/۵۶**	۰/۴۵**	۱				
۱۲- پذیرش	۱۰/۱۳	۳/۷۰	-۰/۱۰*	-۰/۱۵**	-۰/۱۶**	-۰/۲۰**	۰/۴۵**	۰/۵۱**	۰/۳۵**	۰/۵۱**	۰/۴۶**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۱			
۱۳- اهداف	۱۰/۲۳	۳/۸۵	-۰/۱۳*	-۰/۴۴**	-۰/۱۶**	-۰/۲۳**	۰/۶۲**	۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۵۱**	۰/۵۲**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۰/۸۷**	۱		
۱۴- تکانه	۱۰/۵۳	۳/۱۰	-۰/۳۳**	-۰/۵۵**	-۰/۵۷**	-۰/۶۳**	۰/۴۵**	۰/۲۵**	۰/۳۶**	۰/۵۱**	۰/۵۲**	۰/۳۷**	۰/۵۰**	۰/۷۱**	۰/۷۱**	۱	
۱۵- نمره کل بدتنظیمی	۳۱/۴۰	۱۰/۵۵	-۰/۲۲**	-۰/۵۵**	-۰/۶۸**	-۰/۷۵**	۰/۷۱**	۰/۶۳**	۰/۳۷**	۰/۵۴**	۰/۵۰**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۵۶**	۱

** P<./۰.۰۱ * P<./۰.۰۵

قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌شود.

در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه‌ای از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد در مدل اصلاح شده

۲ نشان داده شده است. همانگونه که مندرجات این جدول نشان می دهد شاخص های برازش مدل ساختاری اصلاح شده نشانگر برازش خوب مدل است. شاخص های برازش مدل اصلاح شده پس از حذف اثر غیرمعنی دار (مسیر تجارب آسیب زای دوران کودکی به حافظه مثبت) نیز در محدوده پذیرش مدل قرار دارند، بنابراین ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تایید می باشد.

در شکل ۱ نشان داده شده است که مسیر تجارب آسیب زای دوران کودکی بر روی حافظه مثبت به دلیل معنادار نبودن حذف شده است و مدل اصلاح شده فوق نشان داد ۵۸ درصد از واریانس حافظه مثبت و ۸۱ درصد از واریانس افسردگی توسط تجارب آسیب زای دوران کودکی با نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی مثبت تبیین می شود. در ادامه شاخص های برازش مدل ساختاری اصلاح شده در جدول

جدول ۲: شاخص های برازش مدل ساختاری اصلاح شده پژوهش

شاخص برازندگی	دامنه قابل پذیرش	مدل اولیه	مدل اصلاح شده
خی دو (χ^2)	-	۱۶۸/۳۷۸	۱۷۲/۲۹۶
نسبت خی دو به درجه آزادی	کمتر از ۳	۲/۷۶۰	۲/۷۷۹
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۵۰	۰/۹۸۸
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۲۱	۰/۹۴۸
شاخص نیکویی برازش (GFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۵۲	۰/۹۶۱
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۸۲	۰/۰۶۳
ریشه دوم میانگین مربعات باقی مانده (SRMR)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۲۸۴	۰/۰۷۴

می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش پرداخت.

در ادامه نتایج جدول ۳ و ۴ اثرات مستقیم و واسطه ای متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن

جدول ۳. بررسی روابط مستقیم متغیرها در مدل اصلاح شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	خطای استاندارد	t	p
تجارب آسیب زای دوران کودکی	حافظه مثبت	-	-	-	-	-
تجارب آسیب زای دوران کودکی	علائم افسردگی	۰/۸۹	۰/۸۰	۰/۲۲	۱۳/۰۸	۰/۰۰۱
تجارب آسیب زای دوران کودکی	بدتنظیمی هیجانی مثبت	۰/۶۴	۰/۸۰	۰/۰۴	۱۶/۴۸	۰/۰۰۱
بدتنظیمی هیجانی مثبت	حافظه مثبت	۰/۱۹	-۰/۷۶	۰/۰۳	۵/۴۰	۰/۰۰۱
بدتنظیمی هیجانی مثبت	علائم افسردگی	۰/۵۶	۰/۱۲	۰/۲۷	۲/۰۵	۰/۰۴۰

بر علائم افسردگی ($\beta = ۰/۸۰, T = ۱۳/۰۸$)، مسیر مستقیم متغیر تجارب آسیب زای دوران کودکی بر بدتنظیمی هیجانی مثبت ($\beta = ۰/۸۰, T = ۱۶/۴۸$)، مسیر مستقیم متغیر بدتنظیمی هیجانی مثبت بر حافظه مثبت ($\beta = -۰/۷۶, T = ۵/۴۰$) و مسیر مستقیم متغیر بدتنظیمی هیجانی مثبت بر علائم افسردگی ($\beta = ۰/۱۲, T = ۲/۰۵$) معنادار بود.

با توجه به جدول ۳ 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 ۳ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم متغیر تجارب آسیب زای دوران کودکی بر حافظه مثبت معنادار نبود. مسیر مستقیم متغیر تجارب آسیب زای دوران کودکی

جدول ۴. بررسی روابط غیر مستقیم متغیرها در مدل اصلاح شده

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیر استاندارد	حد پایین	حد بالا	p
تجارب آسیب زا	بدتنظیمی هیجانی	حافظه مثبت	۰/۵۲۸	-۰/۱۵۹	-۰/۳۳۵	۰/۰۰۱
تجارب آسیب زا	بدتنظیمی هیجانی	علائم افسردگی	۰/۵۱۰	۰/۱۷۶	۰/۴۲۱	۰/۰۰۲

رویداد تروماتیک به شکل ضعیفی در حافظه شرح حال موجود یکپارچه می شوند. این حالت موجب این می شود که پردازش و بازیابی خاطرات رویداد آسیب زا دچار مشکل شود و موجب به وجود آمدن شرح روایتی ضعیف از رویداد تروماتیک می شود. وقتی که افراد با هرگونه محرک مربوط به رویداد آسیب زا مواجه می شوند این حالت می تواند پتانسیل تجربه مجدد خاطرات تروماتیک را بالا ببرد. این نوع مفهوم سازی توضیح می دهد که این سبک از ضعف یکپارچگی خاطرات و ارزیابی های منفی منجر به حفظ و تداوم علائم تروما در فرد خواهد شد (۳۴). با گذشت زمان، افراد در معرض تروما ممکن است از فکر کردن به خاطرات منفی و مثبت اجتناب کنند، زیرا نگران هستند که فکر کردن به گذشته ممکن است افکار و احساسات مربوط به تروما را تحریک کند (۳۵). در نتیجه، آن ها تلاش می کنند خاطرات آسیب زای مزاحم را مسدود کنند تا از هیجانات، افکار و علائم فیزیولوژیکی منفی ناشی از آن جلوگیری کنند (۳۶). آنها همچنین ممکن است خاطرات با ظرفیت مثبت را مسدود کنند زیرا قادر به تنظیم موثر هیجانات مثبت برانگیخته نیستند (۳۲). در این راستا، نتایج پژوهش ویس و همکاران (۳۲) حاکی از آن است که برخی افراد مبتلا به

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر تجارب آسیب زای دوران کودکی به متغیر حافظه مثبت از طریق بدتنظیمی هیجانی مثبت معنی دار است ($b = ۰/۵۲۸, P < ۰/۰۵$). اثر غیرمستقیم متغیر تجارب آسیب زای دوران کودکی به متغیر علائم افسردگی از طریق بدتنظیمی هیجانی مثبت معنی دار است ($b = ۰/۵۱۰, P < ۰/۰۵$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری ترومای کودکی با حافظه مثبت و علائم افسردگی در بزرگسالان با توجه به نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی مثبت انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد تجارب آسیب زای دوران کودکی به صورت مستقیم بر حافظه مثبت تاثیر ندارد ولی به صورت غیرمستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی مثبت بر حافظه مثبت تاثیر دارد. این یافته ها با پژوهش های تایکر (Teicher) و همکاران (۱۸)، ویس (Weiss) و همکاران (۳۲)، کانتراکتر (Contractor) و همکاران (۳۳) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت خاطرات مربوط به

اختلال استرس پس از سانحه هیجان‌نا مثبت را به عنوان احساس انزجار تجربه می‌کنند، زیرا آن‌ها برانگیختگی فیزیولوژیکی ایجاد می‌کنند که نشانه‌ای از علائم مرتبط با تروما است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی مثبت بر روی علائم افسردگی تأثیر دارد. این یافته با پژوهش‌های کراتزر (Kratzer) و همکاران (۲)، ماواها (Marwaha) و همکاران (۳)، پاین و کوهن (Pine and Cohen) و بیلو (Beblo) و همکاران (۱۹) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت ادبیات نظری و تجربی نشان می‌دهد که افراد ممکن است در سیستم‌های هیجانی مثبت و منفی دچار بی‌نظمی در هیجان‌نا شوند (۳۷). به طوری که، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد افراد دارای تجربه تروما ممکن است از هر گونه برانگیختگی، از جمله برانگیختگی فیزیولوژیکی مرتبط با برخی از حالات هیجانی مثبت اجتناب کنند (۳۸). به عنوان مثال، PTSD با افزایش پاسخ فیزیولوژیکی به محرک‌های هیجانی مثبت مرتبط است (۳۹)، که ممکن است به دلیل ارتباط با علائم مربوط به تروما، به عنوان یک هیجان‌نا آزارنده تجربه شود (۴۰). همچنین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلالات افسردگی (۴۰)، اختلال استرس پس از سانحه (۴۲) و اختلالات مصرف مواد (۴۳) سطوح پایین‌تری از هیجان‌نا پذیری مثبت را نشان می‌دهند، در حالی که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی سطوح بالاتری از هیجان‌نا پذیری مثبت را تجربه می‌کنند (۴۴).

علاوه بر این، بیلو و همکاران (۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که افراد مبتلا به افسردگی (در مقایسه با افراد بدون افسردگی) احتمال بیشتری وجود دارد که هیجان‌نا مثبت را سرکوب کنند. علاوه، مشخص شده است که تنظیم مؤثر هیجان‌نا مثبت با طیفی از نتایج مثبت، از جمله رضایت از زندگی و عزت نفس بالاتر و ناامیدی و افسردگی کمتر مرتبط است (۴۵). براساس نظریه گراتزر و رومر، بدتنظیمی هیجانی توانایی کنار آمدن فرد با استرس‌های روانی را دچار تخریب می‌کند و این امر فرد را به سمت گسترش نشانه‌های آسیب‌روانی سوق می‌دهد و تنظیم هیجان‌نا را از راهبردهای مورد استفاده در کاهش، افزایش، سرکوب و یا ابقای هیجان‌نا می‌دانند و معتقدند که تنظیم هیجان‌نا از ویژگی‌های ذاتی و فطری آدمی است. در نتیجه کم شدن

توانایی فرد برای مدیریت استرس‌هایش و همچنین تنظیم غیرانطباقی هیجان‌نا با گسترش آسیب‌روانی مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی ارتباط پیدا می‌کند (۴۶).

در نهایت یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بدتنظیمی هیجانی مثبت بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با حافظه مثبت و علائم افسردگی نقش میانجی دارد. این یافته با پژوهش‌های ویس و همکاران (۳۲)، کانتراکتر و همکاران (۳۳)، دولان (Dolan) و همکاران (۴۷) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت از جمله راه‌هایی که افراد می‌توانند به یک حالت هیجانی مثبت پاسخ دهند، نشخوارفکری مثبت (positive rumination) (حفظ/ تقویت خلق مثبت) و خنثی‌سازی (تضعیف) (Dampening) (کاهش/ حذف خلق مثبت) است. کلارک و واتسون (Clark and Watson) (۴۸) معتقدند که افسردگی هم شامل افزایش عاطفه منفی و هم کاهش عاطفه مثبت است. در این راستا، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد افسرده به حالت خلقی مثبت، با راهبرد خنثی‌سازی (تضعیف) بیشتر و نشخوار کمتر پاسخ می‌دهند. همچنین، نشخوارفکری مثبت پاسخ عاطفی مثبت در افراد مبتلا به مانیا را افزایش می‌دهد (۴۹)؛ به عبارتی افراد مبتلا به اختلالاتی مثل شیدایی و دوقطبی بیشتر درگیر نشخوارفکری مثبت و متمرکز بر هیجان‌نا و افراد افسرده بیشتر از راهبرد خنثی‌سازی در پاسخ به هیجان‌نا مثبت استفاده می‌کنند (۵۰). درواقع هیجان‌نا به خوبی تنظیم شده برای زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد اساسی تلقی می‌شوند. به گونه‌ای که احساسات فیزیولوژیکی منفی با احساسات مثبت متعادل می‌شوند و این تعادل پایه اصلی حالات هیجانی انسان به شمار می‌روند. با این حال این مکانیسم ممکن است گاهی اوقات زمانی که هیجان‌نا منفی و یا مثبت به درستی متعادل نمی‌گردند، ناکارآمد شده و باعث رفتارهای ناسازگارانه در افراد می‌شود (۵۱). در نتیجه بدتنظیمی هیجان‌نا فارغ از مثبت و یا منفی بودن آن‌ها می‌تواند رفاه زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد را مورد تهدید قرار دهند و منجر به علائم افسردگی شود. همچنین، هنگامی که اختلال در تنظیم هیجان‌نا مثبت یا ترس از هیجان‌نا مثبت وجود دارد، ممکن است خاطرات مثبت مسدود، اجتناب یا سرکوب شود. شواهد پژوهشی همچنین نشان می‌دهد که تروما به طور همزمان بر مناطقی از مغز که در تنظیم هیجان‌نا و حافظه نقش دارند تأثیر می‌گذارد (۱۸) که ارتباط بین اختلال

افسردگی و افزایش اختصاصی کردن خاطرات در افراد دارای تجربه ترومای کودکی استفاده شود. همچنین مطالعه حاضر دارای محدودیت های است که باید کنار نتیجه گیری پژوهش، مورد توجه قرار گیرند. باتوجه به اینکه پژوهش بر روی افراد ترومازده (جنسی، عاطفی و ...) انجام شده و ابزار سنجش نیز خودگزارشی بوده است، لذا احتمال سوگیری در گزارش ما وجود دارد. کاربرد تعمیم نتایج این یافته ها بر روی تروماهای طبیعی و سایر جمعیت ها و فرهنگ ها محدود است. مطالعه مقطعی، به ما اجازه استنباط روابط علی را نمی دهد. همچنین پیشنهاد می شود سایر متغیرهای شناختی و هیجانی در افراد دارای تجربه ترومای کودکی مورد بررسی قرار گیرد.

سیاسگزاری

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

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اظهار می دارند که هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Kim JS, Jin MJ, Jung W, Hahn SW, Lee SH. Rumination as a mediator between childhood trauma and adulthood depression/anxiety in non-clinical participants. *Frontiers in psychology*. 2017 Sep 25; 8:1597. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01597>
2. Kratzer L, Heinz P, Pfitzer F, Padberg F, Jobst A, Schennach R. Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2018 Jan 1; 2(1):5-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.004>
3. Marwaha S, Gordon-Smith K, Broome M, Briley PM, Perry A, Forty L, Craddock N, Jones I, Jones L. Affective instability, childhood trauma and major affective disorders. *Journal of affective disorders*. 2016 Jan 15; 190:764-71. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.024>
4. Eickhoff FW. On Nachträglichkeit: The modernity of an old concept. *The International Journal of*

در تنظیم هیجان‌ات مثبت را با بازیابی حافظه مثبت توضیح می دهد. همچنین افرادی که علائم تروما شدیدتر و اختلال در تنظیم هیجان‌ات مثبت را تجربه می کنند، ممکن است خاطرات مثبت کمتری را برای فرار یا اجتناب از هر گونه هیجان مثبت تجربه شده بعدی بازیابی کنند. با این حال، اگر افرادی که تروما تجربه می کنند اختلالات هیجانی مثبت کمتری را تجربه کنند، ممکن است مایل و قادر به بازیابی خاطرات مثبت بیشتر و تنظیم هیجان‌ات مثبت متعاقب آن باشند (۳۳).

نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش حاضر بدتنظیمی هیجانی مثبت بین تجربه ترومای کودکی با حافظه مثبت و علائم افسردگی در بزرگسالان نقش میانجی ایفا می کند. بنابراین می توان گفت که یافته های این پژوهش یک مفهوم بالینی مهم به ما ارائه می دهد مبنی بر اینکه، بدتنظیمی هیجانی مثبت باید هدفی برای درمان در قربانیان ترومای دوران کودکی، برای جلوگیری از اختلالات خلقی و اختصاصی کردن خاطرات مثبت باشند. بنابراین پیشنهاد می شود، از درمان هایی از قبیل درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان، آموزش اختصاصی کردن خاطرات برای کاهش علائم

Psychoanalysis. 2006 Dec 1; 87(6):1453-69. <https://doi.org/10.1516/EKAH-8UH6-85C4-GM22>

5. 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>
6. 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)
7. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of traumatic stress*. 2013 Oct; 26(5):537-47. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
8. Mickley Steinmetz KR, Kensinger EA. The

- effects of valence and arousal on the neural activity leading to subsequent memory. *Psychophysiology*. 2009 Nov;46(6):1190-9. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2009.00868.x>
9. Williams JM, Broadbent K. Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of abnormal psychology*. 1986 May;95(2):144. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.95.2.144>
 10. McNallyRJ, LitzBT, PrassasA, ShinLM, Weathers FW. Emotional priming of autobiographical memory in post-traumatic stress disorder. *Cognition & Emotion*. 1994 Jul 1;8(4):351-67. <https://doi.org/10.1080/02699939408408946>
 11. Williams JM, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E, Dalgleish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological bulletin*. 2007 Jan;133(1):122. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
 12. Porter S, Peace KA. The scars of memory. *Psychological science*. 2007 May;18(5):435-41. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01918.x>
 13. Berntsen D, Rubin DC. When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied cognitive psychology*. 2007 May;21(4):417-31. <https://doi.org/10.1002/acp.1290>
 14. Contractor AA, Brown LA, Caldas SV, Banducci AN, Taylor DJ, Armour C, Shea MT. Posttraumatic stress disorder and positive memories: Clinical considerations. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018 Aug 1;58:23-32. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.007>
 15. Quoidbach J, Mikolajczak M, Gross JJ. Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological bulletin*. 2015 May;141(3):655. <https://doi.org/10.1037/a0038648>
 16. Rūsting CL, DeHart T. Retrieving positive memories to regulate negative mood: consequences for mood-congruent memory. *Journal of personality and social psychology*. 2000 Apr;78(4):737. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.4.737>
 17. Rūsting CL, Larsen RJ. Personality and cognitive processing of affective information. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1998 Feb;24(2):200-13. <https://doi.org/10.1177/0146167298242008>
 18. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*. 2016 Oct;17(10):652-66. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
 19. Beblo T, Fernando S, Klocke S, Griepenstroh J, Aschenbrenner S, Driessen M. Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal of affective disorders*. 2012;141(2-3):474-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.019>
 20. Cyders MA, Smith GT. Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin*. 2008;134(6):807. <https://doi.org/10.1037/a0013341>
 21. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2023 May 24.
 22. 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)
 23. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 19(4): 282-275.
 24. 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>
 25. 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>
 26. 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].
 27. Weiss NH, Gratz KL, Lavender JM. Factor Structure and Initial Validation of a Multidimensional Measure of

- Difficulties in the Regulation of Positive Emotions: The DERS-Positive. Behavior modification. 2015; 39 (3):431-53. <https://doi.org/10.1177/0145445514566504>
28. Kazemi Rezaei SA, Moradi A, Shahgholian M, Abdollahi M, Parhoon H. Psychometric Properties of Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P). Journal of Clinical Psychology. 2022 Jun 22;14(2).[Persian].
 29. Luchetti M, Sutin AR. Measuring the phenomenology of autobiographical memory: A short form of the Memory Experiences Questionnaire. Memory. 2016 May 27; 24 (5):592-602. <https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1031679>
 30. Kazemi Rezaei S A, Moradi A, Shagholian M, Abdollahi M H, Parhoon H. Psychometric properties of the Persian version of the short form Memory Experience Questionnaire. Advances in Cognitive Sciences 2022; 24 (2) : 84-98. [Persian].
 31. Chou CP, Bentler PM. Estimates and tests in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), Structural equation modelling: Concepts, issues, and applications. Sage Publications, Inc.1995.
 32. Weiss NH, Dixon-Gordon KL, Peasant C, Sullivan TP. An examination of the role of difficulties regulating positive emotions in posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress. 2018 Oct;31(5):775-80. <https://doi.org/10.1002/jts.22330>
 33. Contractor AA, Weiss NH, Forkus SR. Moderating effects of dysregulation and fear of positive emotions on the relationship between posttraumatic stress disorder symptoms and positive memory count. Journal of Clinical Psychology. 2021 Mar;77(3):701-21. <https://doi.org/10.1002/jclp.23046>
 34. Ehlers A, Clark DM. Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments. Nordic journal of psychiatry. 2008 Jan 1;62(sup47):11-8. <https://doi.org/10.1080/08039480802315608>
 35. Contractor AA, Brown LA, Caldas SV, Banducci AN, Taylor DJ, Armour C, Shea MT. Posttraumatic stress disorder and positive memories: Clinical considerations. Journal of Anxiety Disorders. 2018 Aug 1;58:23-32. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.007>
 36. Moradi AR, Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dalgleish T. Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). Acta psychologica. 2008 Mar 1;127(3):645-53. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2007.11.001>
 37. Lineman MM, Bohus M, Lynch TR. Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation: Theoretical and Practical Underpinnings. Handbook of emotion regulation. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 581-605.
 38. Tull MT. Extending an Anxiety Sensitivity Model of Uncued Panic Attack Frequency and Symptom Severity: The Role of Emotion Dysregulation. Cognitive Therapy and Research. 2006;30(2):177-84. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9036-7>
 39. Litz BT, Orsillo SM, Kaloupek D, Weathers F. Emotional processing in posttraumatic stress disorder. Journal of Abnormal Psychology. 2000;109(1):26-39. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.1.26>
 40. Taylor S, Koch WJ, McNally RJ. How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? Journal of Anxiety Disorders. 1992;6(3):249-59. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90037-8](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90037-8)
 41. Brown TA. Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. Journal of Abnormal Psychology. 2007;116(2):313. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.313>
 42. Miller MW. Personality and the etiology and expression of PTSD: A three-factor model perspective. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003;10(4):373. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg040>
 43. Swendsen JD, Conway KP, Rounsaville BJ, Merikangas KR. Are personality traits familial risk factors for substance use disorders? Results of a controlled family study. American Journal of Psychiatry. 2002;159(10):1760-6. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1760>
 44. Gruber J, Johnson SL, Oveis C, Keltner D. Risk for mania and positive emotional responding: Too much of a good thing? Emotion. 2008;8(1):23. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.1.23>

45. Tugade MM, Fredrickson BL. Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of happiness studies*. 2007;8(3):311-33. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4>
46. Wei M, Vogel DL, Ku TY, Zakalik RA. Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of counseling psychology*. 2005 Jan;52(1):14. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.1.14>
47. Dolan M, Contractor AA, Ryals AJ, Weiss NH. Trauma, posttraumatic stress disorder severity, and positive memories. *Memory*. 2020 Sep 13;28(8):998-1013. <https://doi.org/10.1080/09658211.2020.1809679>
48. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*. 1991;100(3):316. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
49. Feldman GC, Joormann J, Johnson SL. Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive therapy and research*. 2008;32(4):507. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9083-0>
50. Gilbert KE, Nolen-Hoeksema S, Gruber J. Positive emotion dysregulation across mood disorders: How amplifying versus dampening predicts emotional reactivity and illness course. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(11):736-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.004>
51. De Berardis D, Fornaro M, Orsolini L, Ventriglio A, Vellante F, Di Giannantonio M. Emotional dysregulation in adolescents: implications for the development of severe psychiatric disorders, substance abuse, and suicidal ideation and behaviors. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*; 2020. p. 591. <https://doi.org/10.3390/brainsci10090591>