

«مقاله پژوهشی»

## ارائه مدل رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده در زنان و دختران آسیب‌دیده، با نقش واسطه‌ای ذهنی سازی و پردازش هیجانی

مینا بن راضی غابشی<sup>1</sup>، غلامرضا دهشیری<sup>2</sup>، اعظم فرح بیجاری<sup>3</sup>، سیدابوالقاسم مهری نژاد<sup>4</sup>

1. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران. 2. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران. 3. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران. 4. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: 00/01/17 - تاریخ پذیرش: 00/06/30)

### Designing a Model of Relationship between Traumatic Experiences and PTSD and Complex PTSD in Traumatized Women and Girls by Mediating Role of Mentalization and Emotional Processing

Mina Benrazi Ghabeshi<sup>1</sup>, \*Gholamreza Dehshiri<sup>2</sup>, Azam Farah Bijari<sup>3</sup>, Seyed Abolghasem Mehrinejad<sup>4</sup>

1. Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran, 2. Associate Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran, 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran, 4. Associate Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

(Received: Apr. 06, 2021 - Accepted: Sep. 21, 2021)

#### Abstract

The World Health Organization recently released the 11th revision of the International Classification of Diseases with the inclusion of Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD). ICD-11 construed CPTSD as a disorder comprising of posttraumatic stress disorder (PTSD) and disturbance of self-organization (DSO) domains. Despite the growing research on the study of this diagnostic classification, to date no research has been done on the symptoms and risk factors for this disorder in Iran. The present study was conducted to identify the signs and risk factors in the form of mediating variables (mentalization and emotional processing). In this study, cross-sectional descriptive research design and correlational research modeling with path analysis were used. Purposed sampling was done from 17 to 60 years traumatized women and girls and the International Trauma Questionnaire, Checklist of Traumatic Experiences, Mentalization Scale and Emotional Processing Scale were completed. Data were analyzed by using SPSS-26 and AMOS-24 software. The results showed that mentalization and emotional processing have a significant mediating role in the relationship between traumatic experiences and PTSD and CPTSD. As a result given the role of mentalization and emotional processing in the relationship between traumatic experiences and PTSD and CPTSD, training emotion regulation processes and strengthening mentalization skills can be effective in preventing these two disorders and raising the level of adjustment.

**Keywords:** CPTSD, Emotional processing, Factor structure, Mentalization, PTSD, Traumatic experiences.

#### چکیده

مقدمه: سازمان جهانی بهداشت اخیراً یازدهمین نسخه تجدیدنظر شده در طبقه‌بندی بیماری‌ها را با گنجاندن اختلال استرس پس از سانحه پیچیده (complex PTSD) منتشر کرده است. در این نسخه، اختلال CPTSD به‌عنوان یک اختلال مشکل از علائم اختلال استرس پس از سانحه ساده (PTSD) و اختلال در سازماندهی خود (DSO) مطرح شد. با وجود تحقیقات رو به رشد در رابطه با بررسی این طبقه تشخیصی تا به امروز هیچ تحقیقی در مورد نشانه‌ها و عوامل خطر ساز این اختلال در ایران انجام نشده است. پژوهش حاضر به منظور شناسایی نشانه‌ها و عوامل خطر ساز در قالب متغیرهای میانجی (ذهنی سازی و پردازش هیجانی) انجام شد. روش: در این مطالعه از طرح تحقیقی مقطعی - توصیفی و پژوهش همبستگی از نوع مدل پابی با تحلیل مسیر استفاده شد. نمونه‌گیری با روش هدفمند و از جامعه زنان و دختران آسیب‌دیده 17 تا 60 ساله صورت گرفت و پرسشنامه بین‌المللی وقایع آسیب‌زا، چک لیست تجارب آسیب‌زا، مقیاس ذهنی سازی و مقیاس پردازش هیجانی توسط آنان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد ذهنی سازی و پردازش هیجانی در ارتباط بین تجارب آسیب‌زا و PTSD و CPTSD نقش میانجی‌گرانه معناداری دارند. نتیجه‌گیری: در نتیجه، با توجه به نقش ذهنی سازی و پردازش هیجانی در رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال PTSD و CPTSD، آموزش فرایندهای تنظیم هیجان و تقویت مهارت‌های ذهنی سازی در پیشگیری از این دو اختلال و بالا بردن سطح سازگاری می‌تواند مؤثر باشد.

**واژگان کلیدی:** اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده، ساختار عاملی، ذهنی سازی، پردازش هیجانی، تجارب آسیب‌زا.

**Corresponding author:** Gholamreza Dehshiri

**Email:** dehshiri.ghr@gmail.com

\* نویسنده مسئول: غلامرضا دهشیری

## مقدمه

بافت و زمینه‌ای که شخص شانس فرار کمی برایش وجود دارد، رخ می‌دهد. در حال حاضر این طبقه تشخیصی در DSM-V وجود ندارد ولی معیارهای PTSD نسبت به DSM-IV تغییر کرده به طوری که به مفهوم Complex PTSD بسیار نزدیک شده است؛ از جمله این تغییرات می‌توان به اضافه شدن معیار خشونت جنسی<sup>5</sup> و تغییرات منفی در شناخت و خلق اشاره کرد. همچنین معیارهای اختلال استرس شدید مشخص نشده<sup>6</sup> (DESNOS) نیز که قبلاً در ضمیمه DSM-IV وجود داشت به‌عنوان اختلالی که با قرار گرفتن در معرض آسیب‌های بین فردی در دوران کودکی ایجاد می‌شود، به‌عنوان یک اختلال مرتبط با PTSD در DSM-V گنجانده شد و نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد که تقریباً تمام کسانی که معیارهای DESNOS را داشتند، معیارهای PTSD را نیز دارا بودند. از آن زمان، تلاش‌های علمی مستمری برای اثبات مفهوم و ویژگی‌های بالینی اختلال CPTSD با مرور ادبیات تجربی پشتیبانی‌کننده تمایز بین اختلال PTSD و CPTSD انجام شد و در نهایت منجر به گنجاندن اختلال CPTSD در نسخه یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها<sup>7</sup> (ICD-11) گردید (ون درکلک، روث، پلکوویتز، ساندی، اسپینازولا، 2005). در این طبقه تشخیصی،

تجارب آسیب‌زا (تروما)، تجارب هیجانی شدیدی هستند که ممکن است اثرات نامطلوب روان‌شناختی، فیزیکی و اجتماعی گسترده‌ای را به دنبال داشته باشند و پیامدهای آن‌ها از حد معمول فراتر رود و نیازمند مداخلات مؤثر باشد. در نتیجه افرادی که سطوح بالایی از تروما را تجربه می‌کنند در معرض بیماری‌های مختلفی در بزرگسالی هستند (آدانوان، اسلاویچ، اپل و نیلان، 2013). یکی از انواع اختلالات روان‌شناختی که به دنبال یک رویداد آسیب‌زا<sup>1</sup> (تروماتیک) از قبیل مواجهه با مرگ، تهدید شدن به مرگ، جراحی شدید یا تجاوز جنسی رخ می‌دهد، اختلال استرس پس از سانحه ساده<sup>2</sup> (PTSD) است که بر اساس معیارهای پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>3</sup> (DSM-V)، با چهار طبقه از نشانه‌های زیر مشخص می‌شود: 1- مزاحمت‌ها، 2- اجتناب، 3- تغییرات منفی در شناخت و خلق، 4- تغییرات قابل ملاحظه در برانگیختگی و واکنش‌پذیری.

اما در بسیاری از موارد، تروما یک حادثه منفرد نیست بلکه یک واقعه پیچیده و چندگانه است. اختلال استرس پس از سانحه پیچیده<sup>4</sup> اختلالی روان‌شناختی است که در پاسخ به تروماهای طولانی مدت، تکرار شونده و بین فردی و در

5. Sexual violence

6. Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)

7. The International Classification of Diseases 11th Revision

1. Traumatic

2. Post-Traumatic Stress Disorder(PTSD)

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)

4. Complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD)

هیجانی<sup>8</sup> در قالب یک مدل در اختلال PTSD و CPTSD مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طور که در ملاک‌های تشخیصی دو اختلال PTSD و CPTSD مطرح شده است، وجود یک یا چند واقعه آسیب‌زا در سبب‌شناسی این اختلالات نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. از منظر نظریه دلبستگی، تجربه رویدادهای آسیب‌زا به‌ویژه تجاربی که توسط مراقبین اصلی شکل داده شده است، بر سیستم فکری، هیجانی و رفتاری فرد در رابطه با خودش و دیگران تأثیرات منفی بسزایی دارد. افراد آسیب‌دیده، برای جلوگیری از آسیب‌ها و بدرفتاری‌های احتمالی بعدی، باورهای مثبتی در مورد نگرانی ایجاد می‌کنند و نهایتاً تجارب مکرر منجر به شکل‌گیری فرانگرانی در آن‌ها می‌شود. در رابطه با اختلال CPTSD نیز وضعیت تقریباً به همین صورت است و تجارب آسیب‌زای مکرر و شدید به‌ویژه آن‌هایی که در کودکی تجربه شده‌اند، منجر به ایجاد دلبستگی ناایمن در فرد می‌شوند. در نتیجه فرد در موقعیت‌های آسیب‌زای بعدی از راهکارهای ناکارآمد برای مقابله استفاده می‌کند. از جمله راهکارهای ناکارآمدی که اکثراً توسط قربانیان تروما مورد استفاده قرار می‌گیرد بد تنظیمی‌های هیجانی به صورت اجتناب، سرکوبی و بیش برانگیختگی است؛ بنابراین یکی از متغیرهای تأثیرگذار در سبب‌شناسی و تداوم اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده که با تجارب آسیب‌زا نیز رابطه تنگاتنگی دارد، پردازش هیجانی است. پردازش هیجان به ظرفیت نظارت،

ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه ساده (شامل تجربه مجدد رویداد، اجتناب و بیش برانگیختگی) به علاوه سه دسته علائم اختصاصی تحت عنوان آشفتگی در سازماندهی خود (DSO)<sup>1</sup> مطرح شده‌اند که عبارت‌اند از: (1) اختلال و آشفتگی در هیجانات<sup>2</sup> که به صورت بد تنظیمی هیجانی - عاطفی<sup>3</sup>، واکنش‌های هیجانی افراطی، عصبانیت، تکانشگری و حالات تجزیه‌ای خود را نشان می‌دهد. (2) اختلال و آشفتگی در خود<sup>4</sup> که شامل احساس گناه، نقص، بی‌ارزشی و ناامیدی است و (3) اختلال و آشفتگی در ارتباطات<sup>5</sup> از جمله ناتوانی در برقراری روابط صمیمانه و طولانی مدت با دیگران.

میزان شیوع اختلال PTSD و CPTSD در جمعیت عمومی به ترتیب 9٪ و 6٪/2 و در جمعیت‌های بالینی 37٪ و 53/6٪ گزارش شده است (هایلند، کاراتزیاس، نیکرسون، 2017). با توجه به شیوع بالای اختلال PTSD و CPTSD، پژوهش‌های مختلفی با هدف شناسایی عوامل دخیل در شروع و حفظ این اختلالات انجام شده است و در همین راستا مدل‌های مختلفی بر نقش متغیرهایی مانند تجارب آسیب‌زا به‌ویژه بدرفتاری‌های دوران کودکی یا شناخت اجتماعی<sup>6</sup> تأکید کرده‌اند که در این پژوهش نقش متغیرهای تجارب آسیب‌زا، ذهنی سازی<sup>7</sup> و پردازش

1. Disturbances in Self Organization (DSO)

2. Disturbances in Emotion

3. Affect Dysregulation

4. Disturbances in Self

5. Disturbances in Relationships

6. Social cognition

7. Mentalization

8. Emotional processing

مینا بن راضی غابشی و همکاران: ارائه مدل رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده ...

دیگران، 2013؛ مالدا - کاستیلو، بروان و الیگروتا، (2019). والتر و موهنکی (2015) معتقدند ذهنی سازی یک توانایی مهم برای کنش‌های اجتماعی روزمره است و آسیب به آن ممکن است به اختلال‌های شدیدی در تعامل‌های اجتماعی که نقش محوری در بیماری‌های روانی دارد، منجر شود. به اعتقاد شیمنتی و بوفولکو (2015)، اختلال PTSD ممکن است با نقص در درک باورها و نیت‌های دیگران در موقعیت‌های بین فردی و نارسایی عمومی در عواطف مثبت همراه باشد. پژوهش‌ها در تبیین اختلالات مرتبط با تروما بر نقش نقص‌های شناختی تأکید کرده‌اند. نقص‌هایی که خود را به صورت ادراک تحریف شده و نادرست از باورها و نیت‌های دیگران نشان می‌دهد (پلانا، لاوی، بتاجیلا و آپچیم، 2014؛ دزیوبک و دیگران، 2006؛ سامسون و دیگران، 2012؛ لیساکر و دیگران، 2012؛ واشبرن، ویلسون، رویز، رنیک و هارکنس، 2016؛ هزل و مک نالی، 2014).

بدین ترتیب با توجه به مطالب بالا و طبق نظریات مطرح شده، می‌توان گفت که به دنبال تجارب آسیب‌زا و تبع آن شکل‌گیری ناقص ذهنی سازی و بد تنظیمی هیجانی، چرخه معیوبی شکل می‌گیرد و راهبردهایی ایجاد می‌شود که به جای کاهش نشانه‌ها، به احتمال قوی‌تری نشانه‌های PTSD و CPTSD را پیش‌بینی می‌کنند، ولی پژوهشی که این رابطه را به صورت تجربی بررسی نموده باشد، یافت نشد؛ بنابراین هدف از این مطالعه تدوین مدلی برای تعیین و شناسایی

ارزیابی، درک و اصلاح واکنش‌های هیجانی برای کنش‌های بهنجار اشاره دارد و فرایندی است که از طریق آن، افراد هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار با اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده هیجان، پردازش و تنظیم می‌کنند (پولک، مک کیب، سوتهارد، زیگلر، 2016). بر اساس یافته‌های نظری متعدد، بیماران مبتلا به اختلالات مرتبط با تروما، حساسیت بیش از حد نسبت به محرک‌های هیجانی دارند. بر اساس این دیدگاه، مشکلات هیجانی در مبتلایان به این اختلالات، از تعامل بین یک محیط نا آرنده ساز و آسیب‌پذیری هیجانی ناشی می‌شود. این افراد در روابط بین فردی مشکلاتی دارند که می‌تواند احتمالاً از ظرفیت محدود این افراد برای پردازش اطلاعات هیجانی مربوط به خود یا دیگران ناشی شود که نشان دهنده اختلال در فرایند تنظیم هیجانی در مبتلایان است (نتلیسباخ و همکاران، 2010؛ پارلار و همکاران، 2014). از طرفی دیگر، به اعتقاد فوناگی (2016)، بین تجارب آسیب‌زا با ظرفیت ذهنی سازی نیز رابطه نیرومندی وجود دارد. این ظرفیت که فوناگی (2016) آن را ذهنی سازی یا کنش‌وری تأملی می‌نامد، عبارت است از توانایی فرد در درک حالت‌های درونی مانند احساس‌ها، باورها، خواسته‌ها و حالت‌های درونی دیگر خود و دیگران. پژوهش‌های متعددی به بررسی رابطه بین ذهنی سازی با اختلال‌های مختلف پرداخته‌اند (پدرسون، لو آن، کاتزلسون و پولسن، 2012؛ تات، راگوسچ و سیچتی، 2008؛ فیسچر-کرن و

نقش تجارب آسیب‌زا، ذهنی سازی و پردازش هیجانی در اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده بود.

## روش

این مطالعه یک پژوهش توصیفی - تحلیلی، از نوع طرح‌های همبستگی با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری است که در آن تلاش می‌شود روابط علی میان متغیرهای برون‌زا (تجارب آسیب‌زا)، میانجی (ذهنی سازی و پردازش هیجانی) و درون‌زا (نشانه‌های PTSD و CPTSD) در یک الگوی نظری مورد آزمون واقع شود. جامعه آماری را کلیه زنان 17 تا 60 ساله مراجعه کننده به اورژانس‌های اجتماعی استان تهران تشکیل داد و نمونه تحقیق از بین آن‌ها و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. بر این اساس، از بین زنان و دختران مراجعه کننده به اورژانس‌های اجتماعی کسانی که سابقه حداقل یک رویداد آسیب‌زا را داشتند و دامنه سنی‌شان بین 17 تا 60 سال بود انتخاب شدند. حجم نمونه کافی بر اساس دیدگاه کلاین (2015) که حدود 20 نمونه را برای هر عامل (متغیر پنهان) پیشنهاد می‌کند برابر با 120 نفر بود که با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، حجم 140 نفری در نظر گرفته شد، اما در نهایت به دلیل شیوع ویروس کرونا و محدودیت اعمال شده از سوی مراکز بهداشتی و ممنوعیت ورود و خروج به مراکز نگهداری، تعداد 134 نفر به ابزار پژوهش پاسخ دادند؛ که پس از گردآوری داده‌ها و

جداسازی 19 پرسشنامه ناقص، تعداد نمونه به 115 نفر رسید. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: پرسشنامه بین‌المللی وقایع آسیب‌زا<sup>1</sup> (ITQ)، چک لیست تجارب آسیب‌زا (TEC)، مقیاس ذهنی سازی (MENTS) و مقیاس 25 سؤالی پردازش هیجانی<sup>2</sup> (EPS-25).

پرسشنامه بین‌المللی وقایع آسیب‌زا (کلویتر و دیگران، 2015) یک ابزار خود گزارشی برای تشخیص اختلال PTSD و CPTSD بر مبنای ICD-11 است که برای اولین بار در سال 2015 ساخته شد و در سال 2018 مورد بازبینی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل 22 گویه است که 6 گویه آن نشانه‌های PTSD (2 گویه برای هر خوشه) و 16 گویه نشانه‌های DSO را می‌سنجند. از بین این 16 گویه، 9 گویه خوشه AD (5 گویه AD1-AD5) بیش‌فعال سازی و 4 گویه (AD6-AD9) کم‌فعال سازی را مورد بررسی قرار می‌دهند. 4 گویه خوشه NSC و در نهایت 3 سؤال خوشه DR را می‌سنجند. تمام گویه‌ها در یک مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت بین 0 (اصلاً) تا 4 (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌گردند. برای تشخیص PTSD فرد باید در هر یک از خوشه‌ها (Av, Re, Th) و (Th) نمره مساوی یا بالاتر از 2 کسب نماید. برای تشخیص CPTSD نیز علاوه بر کسب نمره لازم در خوشه‌های PTSD فرد باید در خوشه DSO برای گویه‌های AD1-AD5 نمره مساوی یا بالاتر از 10، برای AD6-AD9 نمره مساوی یا

1. International Trauma Questionnaire (ITQ)  
2. Emotional Processing Scale (EPS-25)

گویه، ذهنی‌سازی مرتبط با دیگری (MentS-O) با ده گویه و انگیزه‌ی ذهنی‌سازی (MentS-M) با ده گویه. گستره‌ی پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت 1 تا 5 (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) قرار می‌گیرد. سؤالات 8، 9، 11، 14، 18، 19، 21، 22، 26 و 27 به صورت معکوس و باقی گویه‌ها به صورت مثبت نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره‌ی ممکن در این مقیاس 140 است و جمع نمرات در خرده مقیاس‌ها وضعیت فرد در ذهنی‌سازی را نشان می‌دهد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی توانایی ذهنی‌سازی کارآمدتر است. نتایج پژوهش دیمیتروویچ و همکاران (2017) حاکی از این بود که این مقیاس از همسانی درونی بالایی (0/89) برخوردار است و هر سه خرده مقیاس آن آلفای کرونباخ بالای 0/78 دارند. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس 0/81، برای خرده مقیاس ذهنی‌سازی مرتبط با خود 0/80، ذهنی‌سازی مرتبط با دیگری 0/81 و برای خرده مقیاس انگیزه‌ی ذهنی‌سازی 0/79 محاسبه شد. مقیاس پردازش اطلاعات هیجانی توسط باکر و همکاران (2007) توسعه داده شده است. این مقیاس دارای 5 بعد یا خرده مقیاس با عناوین سرکوبی، تجربه هیجان‌ناخوشایند، کنترل هیجان، اجتناب و نشانه‌های هیجان‌ناخوشایند پردازش نشده است. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت 5 درجه‌ای (به هیچ وجه تا بی‌نهایت) درجه بندی می‌شود. همچنین محاسبه نمرات خرده مقیاس‌های مقیاس پردازش هیجانی بدین صورت است: سرکوبی: سؤال‌های 7، 9، 16، 19، 25؛

بالاتر از 8، برای NSC نمره مساوی یا بالاتر از 8 و برای گویه‌های DR نمره مساوی یا بالاتر از 6 کسب نماید. نتایج پژوهش کلویتر و همکاران (2015) میزان پایایی درونی بر اساس آلفای کرونباخ را برای عامل PTSD برابر با 0/91 و برای عامل آشفتگی در سازماندهی خود (DSO) به‌طورکلی برابر با 0/94 نشان داد. از آنجا که این پرسشنامه برای اولین بار در ایران استفاده می‌شد، روایی آن توسط محقق با روش آلفای کرونباخ بررسی شد که برای عامل اول (PTSD) و دوم (DSO) به ترتیب 0/83 و 0/81 محاسبه شد.

چک لیست تجارب آسیب‌زا (TEC) توسط نیجن هویس و وندرهارت (2002) ساخته شده است که به صورت یک فرم نیمه ساختار یافته است و 29 آیتم مرتبط با بدرفتاری را در بر می‌گیرد. دامنه نمرات این مقیاس از 0 تا 29 است. آلفای کرونباخ در مطالعه نیجن هویس که به صورت ساختار یافته اجرا شده بود 0/62 گزارش شده است. در ایران صادقی، دولتشاهی، پورشهباز و کافی (2017) اعتبار این پرسشنامه را 0/62 به دست آوردند. در این مطالعه آلفای کرونباخ برابر با 0/82 به دست آمد.

مقیاس ذهنی‌سازی (Ments): مقیاس ذهنی‌سازی (دیمیتروویچ و همکاران، 2017)، یک ابزار خود گزارشی است که برای ارزیابی ظرفیت ذهنی‌سازی تدوین شده است. این مقیاس 28 گویه و 3 خرده مقیاس دارد؛ خرده مقیاس ذهنی‌سازی مرتبط با خود (MentS-S) با هشت

گرفتند.

#### یافته‌ها

در این پژوهش تعداد 115 زن و دختر آسیب‌دیده مورد بررسی قرار گرفتند که در دامنه سنی 17 تا 60 سال بودند. از لحاظ سنی، 33 درصد در گروه سنی 17 تا 30 سال، 33 درصد در گروه سنی 31 تا 45 سال و 9/33 درصد نیز در گروه سنی 46 تا 60 سال قرار داشته‌اند. از نظر وضعیت تأهل نیز، 1/39 درصد مجرد و 7/41 درصد متأهل، 13 درصد مطلقه و 1/6 درصد نیز بیوه بوده‌اند.

تجربه هیجانی ناخوشایند: سؤال‌های 3، 8، 11، 12، 22؛ نشانه‌های هیجان پردازش نشده: سؤال‌های 1، 5، 20، 24؛ اجتناب: سؤال‌های 4، 13، 14، 21، 23 و کنترل هیجانی: سؤال‌های 6، 10، 15، 17، 18. ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این مقیاس به ترتیب 0/92 و 0/79 توسط طراحان آزمون گزارش شد. در ایران نیز لطفی (1389) ضریب همبستگی این مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان 0/54 به دست آورد که حاکی از روایی همگرای آزمون است. داده‌های نهایی با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار

جدول 1. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
بازای طبعی	5/89	1/15	1														
هذیان	4/69	0/86	0/339	1													
فطنت	4/13	1/16	0/226	0/250	1												
سوء استفاده هیجانی	4/03	1/03	0/165	0/180	0/440	1											
سوء استفاده جسمانی	4/68	1/04	0/427	0/451	0/272	0/318	1										
سوء استفاده جنسی	6/69	1/25	0/492	0/347	0/256	0/361	0/458	1									
سایر تجارب آسیب‌زا	5/18	1/05	0/471	0/362	0/436	0/227	0/402	0/342	1								
ذهنی سازی مرتبط با خود	23/10	5/88	-0/155	-0/143	-0/392	-0/319	-0/162	-0/207	-0/188	1							
ذهنی سازی مرتبط با دیگران	35/45	7/90	-0/276	-0/280	-0/132	-0/115	-0/202	-0/172	-0/146	0/173	1						
ذهنی سازی مرتبط با انگیزش	34/51	6/18	-0/202	-0/103	-0/090	-0/034	-0/141	-0/047	-0/071	0/121	0/743	1					
سرکوبی	13/18	4/54	0/118	-0/021	0/290	0/266	0/020	0/169	0/101	0/467	0/125	0/081	1				
تجربه هیجانی ناخوشایند	4/67	0/58	0/007	0/316	0/325	0/010	0/126	0/068	-0/016	-0/044	0/139	0/105	0/074	1			
هیجان پردازش نشده	13/81	4/15	0/035	0/337	0/418	0/050	0/154	0/068	0/046	0/127	0/230	0/066	0/813	0/081	1		
اجتناب	15/50	4/01	-0/005	-0/032	0/018	0/131	-0/083	-0/054	-0/173	-0/175	0/405	0/439	0/571	0/590	0/481	1	
کنترل هیجانی	13/58	4/26	0/183	0/036	0/382	0/236	0/137	0/294	0/210	0/051	0/082	0/027	0/733	0/730	0/387	0/037	1

P < 0/01\*\* P < 0/05\*

آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه ساده، از طریق مدل معادلات ساختاری انجام شد. برای آزمون مدل

آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر نقش واسطه‌ای ذهنی سازی و پردازش هیجانی در ارتباط بین تجارب

مینا بن راضی غابشی و همکاران: ارائه مدل رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده ...

مفهومی ابتدا نرمال بودن تک متغیری بررسی شد و پس از بررسی مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری، برازش داده با مدل مفهومی آزمون شد. نتایج برازش مدل مفهومی در جدول 2 ارائه شده است.

جدول 2. شاخص‌های برازش مدل مفهومی اول و دوم

وضعیت شاخص	CMIN / DF	RMSEA	CFI	TLI	PCFI	PNFI
حد مطلوب	کوچکتر از 5	کوچکتر از 0/08	بزرگتر از 0/90	بزرگتر از 0/90	بزرگتر از 0/50	بزرگتر از 0/50
مدل اول	1/97	0/06	0/94	0/98	0/54	0/59
مدل دوم	2/16	0/07	0/95	0/92	0/56	0/52

نشانه‌های اختلال PTSD به ترتیب 0/41، 0/37- و 0/66 و اثرات مستقیم تجارب آسیب‌زا بر ذهنی سازی و پردازش هیجانی به ترتیب 0/41- و 0/51 بود که معنادار بودند. همچنین نتایج به دست آمده از اثرات مستقیم تجارب آسیب‌زا، ذهنی سازی و پردازش هیجانی بر نشانه‌های اختلال PTSD به ترتیب 0/30، 0/37- و 0/78 و اثرات مستقیم تجارب آسیب‌زا بر ذهنی سازی و پردازش هیجانی به ترتیب 0/41- و 0/51 بود که معنادار بودند.

همان‌طور که نتایج جدول 2 نشان می‌دهد وضعیت شاخص‌های بدی برازش مدل (CMIN / DF و RMSEA) و شاخص‌های خوبی برازش مدل (CFI، TLI، PCFI و PNFI) در حد مطلوب و استاندارد است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مدل‌های مفهومی ارائه شده از برازش مطلوب برخوردارند. پس از بررسی شاخص‌های برازش مدل، اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل مفهومی بررسی شد (جدول 3). نتایج به دست آمده از اثرات مستقیم تجارب آسیب‌زا، ذهنی سازی و پردازش هیجانی بر

جدول 3. اثرات مستقیم متغیرها برای مدل‌های پیشنهادی

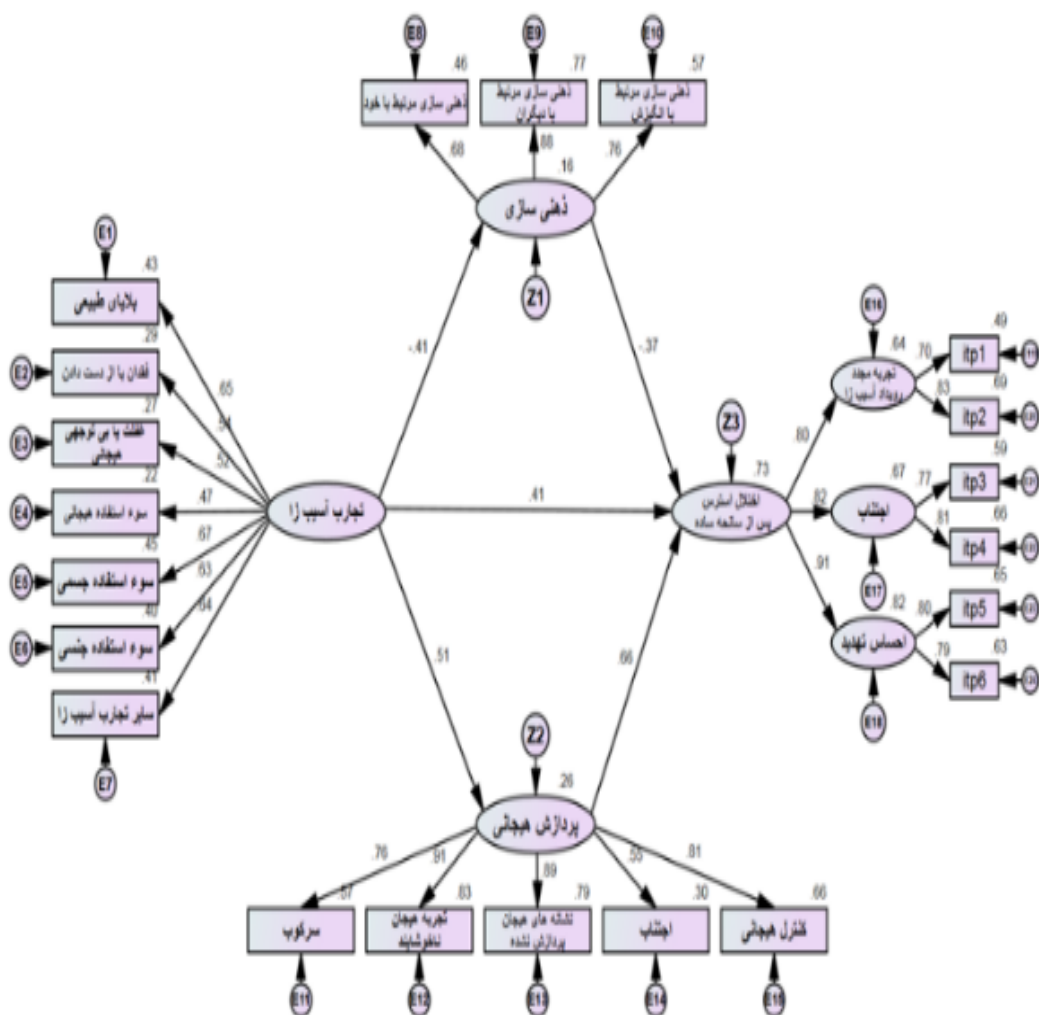
وضعیت شاخص	مقادیر استاندارد شده	نقاط بحرانی	سطح معناداری
تأثیر مستقیم تجارب آسیب‌زا بر اختلال استرس پس از سانحه ساده	0 / 41	3 / 98	0/003
تأثیر مستقیم تجارب آسیب‌زا بر ذهنی سازی در مدل اول	-0 / 41	-4 / 58	0/0001
تأثیر مستقیم تجارب آسیب‌زا بر پردازش هیجانی در مدل اول	0 / 51	7 / 19	0/0001
تأثیر مستقیم ذهنی سازی بر اختلال استرس پس از سانحه ساده	-0 / 37	-3 / 87	0/0001
تأثیر مستقیم پردازش هیجانی بر اختلال استرس پس از سانحه ساده	0 / 66	12 / 13	0/003
تأثیر مستقیم تجارب آسیب‌زا بر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده	0 / 30	3 / 08	0/003
تأثیر مستقیم تجارب آسیب‌زا بر ذهنی سازی در مدل دوم	-0 / 41	-6 / 91	0/0001
تأثیر مستقیم تجارب آسیب‌زا بر پردازش هیجانی در مدل دوم	0 / 51	6 / 15	0/0001
تأثیر مستقیم ذهنی سازی بر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده	-0 / 37	-3 / 50	0/0001
تأثیر مستقیم پردازش هیجانی بر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده	0 / 78	14 / 22	0/0001



است (اندازه اثر کل 0/48 و 0/54 و سطح معناداری 0/001).

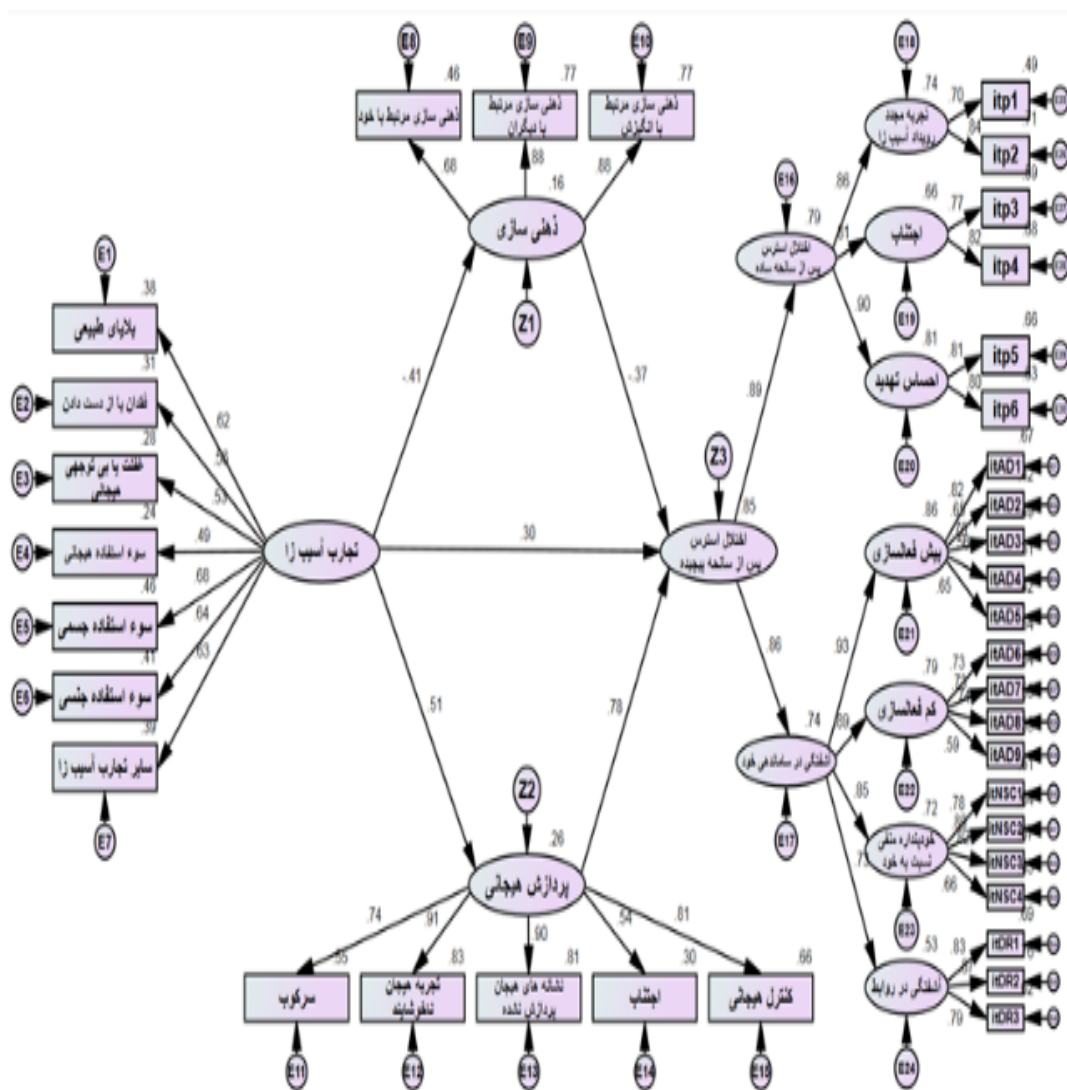
بر اساس مدل‌های مفهومی آزمون شده، رابطه بین تجارب آسیب‌زا با نشانه‌های اختلال PTSD و CPTSD از طریق ذهنی سازی و پردازش هیجانی، برازش مطلوبی دارد.

برای درک بهتر اثر میانجی‌گرانه و ارزیابی معنی‌داری اثرات واسطه‌ای از آزمون بوت استرپ با 5000 بار فرایند نمونه‌گیری استفاده شد که نتایج نشان داد اثر غیرمستقیم متغیر تجارب آسیب‌زا بر نشانه‌های اختلال PTSD و CPTSD از طریق ذهنی سازی و پردازش هیجانی معنادار



شکل 1. مدل مفهومی آزمون شده رابطه بین تجارب آسیب‌زا با نشانه‌های اختلال PTSD از طریق ذهنی سازی و پردازش هیجانی

مینا بن راضی غابشی و همکاران: ارائه مدل رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده ...



شکل 2. مدل مفهومی آزمون شده رابطه بین تجارب آسیب‌زا با نشانه‌های اختلال CPTSD از طریق ذهنی سازی و پردازش هیجانی

### نتیجه‌گیری و بحث

معناداری بر اختلال PTSD و CPTSD دارند. این یافته، با نتایج تحقیقات هانگ و همکاران (2020)، کاراتزیاس و همکاران (2017)، واشبرن و همکاران (2016)، پارلا و همکاران (2014)، فیسچر و همکاران (2013) و نایتلیسبیج و همکاران (2010) همسو بود و برحسب چند

این پژوهش با هدف تعیین نقش واسطه‌ای ذهنی سازی و پردازش هیجانی در رابطه بین تجارب آسیب‌زا و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده انجام شد. نتایج پژوهش نشانگر آن بود که تجارب آسیب‌زا با واسطه ذهنی سازی و پردازش هیجانی اثر غیرمستقیم و

اشاره کرد. تروماهای اولیه در روابط دلبستگی کودک، اغلب با آشفتگی در رشد توانایی‌های ذهنی سازی مناسب در ارتباط هستند (آلن، لِمَا و فوناگی، 2012). دو حالت عملکرد پیش ذهنی سازی قبل از این که کودک ظرفیت ذهنی سازی را در خود رشد دهد و آن را به طور کامل تجربه کند، وجود دارد (تارگت، فوناگی، 2018). حالت معادل روانی<sup>3</sup> که شامل این تفکر است که هر آنچه در درون تجربه می‌شود، در دنیای بیرون نیز اتفاق می‌افتد و دوم حالت نماینده (معرف)<sup>4</sup> که شامل تجربه احساسات و ایده‌هایی است که صرفاً نماینده و معرف هستند و تأثیر کمی بر دنیای خارج دارند (همان منبع). در نهایت در طی سال‌های چهارم یا پنجم رشد، ظرفیت ذهنی سازی با تلفیق دنیای درونی و بیرونی رشد می‌یابد. برای وقوع این رشد، کودک باید از توانایی شناختی برای درک افکار و احساسات برخوردار باشد و این حالات ذهنی توسط والدین باثبات منعکس می‌شود. تعارضات زودرس در روابط دلبستگی می‌تواند احتمال شکست در رشد توانایی ذهنی سازی را افزایش دهد که این مسئله به نوبه خود می‌تواند در طول عمر و در مواجهه با موقعیت‌های گوناگون خود را نشان دهد؛ بنابراین، می‌توان این گونه استنباط کرد که افراد مبتلا به اختلال CPTSD که در دوران کودکی مورد انواع سوء استفاده‌ها (جسمی، جنسی، غفلت) قرار گرفته‌اند، غالباً از این فرایند یادگیری

احتمال بدین شرح تبیین می‌گردد. بدرفتاری‌های کودکی و رویدادهای آسیب‌زا، شکل‌گیری توانایی‌های بازشناسی<sup>1</sup> و برجسب زنی<sup>2</sup> به حالات هیجانی را شدیداً به تأخیر می‌اندازند و روند طبیعی اکتساب این دو توانایی را مختل می‌کنند. وقتی افراد در معرض آسیب قرار می‌گیرند، ممکن است از توانایی ناقص خود برای پردازش هیجان استفاده کنند و در نهایت این نقص و ناکارآمدی به بروز اختلال منجر گردد؛ بنابراین می‌توان استنباط کرد که تجارب آسیب‌زا منجر به حساسیت هیجانی می‌شوند و فرد یاد می‌گیرد که نسبت به موقعیت‌هایی که موجب هیجان منفی می‌شوند، گوش به زنگ باشد. از طرف دیگر، مطابق با مدل اجتماعی - شناختی شارپ و همکارانش (2013)، افرادی که تجارب آسیب‌زای اولیه‌ای را با مراقبین اصلی خود داشته‌اند، طرح‌واره‌های دلبستگی ناسازگارانه‌ای را در مورد خود و دیگران به وجود می‌آورند. فعال شدن طرح‌واره‌های منفی دلبستگی، پردازش اطلاعات اجتماعی مرتبط با دلبستگی را در فرد مخدوش می‌کند که با نقص در توانایی ذهنی سازی و یادگیری اجتماعی آشکار می‌گردد و با افزایش خطر آسیب‌پذیری بیشتر و سازگاری ضعیف‌تر پس از سانحه همراه است.

برای تبیین رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال CPTSD از منظر ذهنی سازی می‌توان به تأثیر تروماهای رشدی بر شکل‌گیری دلبستگی

3. Psychic equivalent mode  
4. Presented mode

1. Recognizing  
2. Labeling

مینا بن راضی غابشی و همکاران: ارائه مدل رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده ...

به شکل ساده و خطی منجر به آسیب‌های روان‌شناختی نمی‌شوند و در این زمینه باید به نقش تعاملی متغیرها توجه داشت. در سطح عملی، نتایج این پژوهش در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات شایع و فراگیر استرس پس از سانحه ساده و پیچیده می‌تواند امید بخش باشد. با توجه به هزینه‌های گزاف فردی و اجتماعی که اختلالات مرتبط با تروما دارند؛ شناخت عوامل مؤثر بر آن می‌تواند تا حدود زیادی به متخصصان سلامت روان در زمینه تدوین برنامه‌های پیشگیرانه برای این اختلالات مؤثر باشند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر ایجاب می‌کند که تعمیم، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی با احتیاط صورت گیرد. روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که این امر تبیین‌های علت‌شناختی در روابط بین متغیرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. نمونه مورد بررسی این پژوهش گروهی از زنان و دختران آسیب‌دیده شهر تهران بودند. این امر تعمیم نتایج به زنان سایر شهرها و جامعه مردان را با احتیاط همراه می‌کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جمعیت‌های عادی و جامعه مردان نیز انجام شود.

#### تضاد منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافع بین مؤلفان وجود نداشت. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

بی‌بهره هستند و بنابراین مشکلات بالقوه‌ای در ظرفیت ذهنی‌سازی دارند. از دیدگاه شناختی نیز، قربانیان آسیب‌های طولانی مدت، شناخت‌های ناکارآمدی درباره خود، دیگران و دنیا دارند. ادراکات ننگ، شرم، گناه و خود سرزنشگری به صورت منفی سازگاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد زیرا می‌تواند باعث ماندن تفکر در سطح پیش عملیاتی و اجازه پذیرفتن احساس شرم، لکه ننگ بودن و بی‌ارزش بودن را بدهد و باور مرکزی افراد درباره ارزشمندی‌شان را متأثر کند، افکار و باورهایی که در هسته مرکزی DSO در اختلال CPTSD نیز وجود دارد (برمان، 2017). ذات طاقت فرسا، مزمن و تکرار شونده تروماهای تجربه شده در اختلال CPTSD قابلیت حل مسئله و قضاوت را متأثر می‌کند به همین دلیل افرادی که تجارب آسیب‌زای بیشتری را تجربه کرده‌اند به صورت کلی در پردازش هیجانی (تنظیم هیجان) مشکلات شدیدتری دارند (فوستر، 2014). در مجموع این پژوهش نشان داد که ذهنی‌سازی و پردازش هیجانی دو مؤلفه مهم در افراد دارای اختلال PTSD و CPTSD هستند.

پيامدها و دستاوردهای پژوهش حاضر را می‌توان در دو سطح نظری و عملی بدین شرح مطرح کرد: در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش موجبات افزایش آگاهی در زمینه عوامل مؤثر در پیدایش و تداوم نشانه‌های اختلال PTSD و CPTSD را فراهم می‌کند. نتیجه این پژوهش تأییدی بر این فرض است که عوامل روان‌شناختی

## منابع

- Dziobek, I.; Fleck, S.; Kalbe, E.; Rogers, K.; Hassenstab, J.; Brand, M.; Kessler, J.; Woike, J. K.; Wolf, O. T. & Convit, A. (2006). "Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623-636.
- Fischer-Kern, M.; Fonagy, P.; Kapusta, N. D.; Luyten, P.; Boss, S.; Naderer, A., ... & Leithner, K. (2013). "Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 202-207.
- Fonagy, P.; Luyten, P.; Allison, E. & Campbell, C. (2016). "Reconciling psychoanalytic ideas with attachment theory. In: Cassidy J, Shaver PR, editors". *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York (NY): Guilford Press, pp.780-804.
- Hezel, D. M. & McNally, R. J. (2014). "Theory of mind impairments in social anxiety disorder". *Behavior Therapy*, 45(4), 530-540.
- Karatzias, T.; Shevlin, M.; Fyvie, C.; Hyland, P.; Efthymiadou, E.; Wilson, D. & Cloitre, M. (2017). "Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ)". *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Publications; 134-138.
- Lysaker, P. H.; Olesek, K. L.; Warman, D. M.; Martin, J. M.; Salzman, A. K.; Nicolò, G., ... & Dimaggio, G. (2012). "Metacognition in schizophrenia: Correlates and stability of deficits in theory of mind and selfreflectivity". *Psychiatry Research*, 190(1), 18-22.
- Malda-Castillo, J.; Browne, C. & Perez-Algorta, G. (2019). "Mentalization- based treatment and its evidence- base status: A systematic literature review". *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 465-498.
- Nietlisbach, G. (2010). "Social cognition and interpersonal impairments in trauma survivors with PTSD". *Thesis presented to the Faculty of Arts of the University of Zurich for the degree of Doctor of Philosophy*.
- O'Donovan, A.; Slavich, G. M.; Epel, E. S. & Neylan, T. C. (2013). "exaggerated neurobiological sensitivity to threat as a mechanism linking anxiety with increased risk for diseases of aging". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(1):96-108.
- Parlar, M.; Frewen, P.; Nazarov, A.; Oremus, C.; MacQueen, G.; Lanius, R. & McKinnon, M. C. (2014). "Alterations in empathic responding among women with posttraumatic stress disorder associated with childhood trauma". *Brain and Behavior*, 4(3), 381-389.
- Pedersen, S. H.; Lunn, S.; Katznelson, H. & Poulsen, S. (2012). "Reflective functioning in 70 patients suffering from Bulimia nervosa". *European*

*Eating Disorders Review*, 20(4), 303-310.

- Plana, I.; Lavoie, M. A.; Battaglia, M. & Achim, A. M. (2014). "A meta-analysis an scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders". *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 169-177.

- Pollock, N. C.; McCabe, G. A.; Southard, A. C. & Zeigler-Hill, V. (2016). "Pathological personality traits and emotion regulation difficulties". *Personality and Individual Differences*, 95, 168-177.

- Samson, A. C.; Lackner, H. K.; Weiss, E. M. & Papousek, I. (2012). "Perception of other people's mental states affects humor in social anxiety". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 625-631.

- Sharp, C.; Fonagy, P. & Allen, J. (2013). "Posttraumatic stress disorder: social-cognitive perspective". *Clinical Psychology*, 19:229-40.

- Toth, S. L.; Rogosch, F. A. & Cicchetti, D. (2008). "Attachment-theory-informed intervention and reflective functioning in depressed mothers. In H. Steele, & M. Steele (Eds.)". *Clinical applications of the adult attachment interview* (pp. 154-172). New York, NY: Guilford Press.

- Van Der Kolk, B. A.; Roth, S.; Pelcovitz, D.; Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). "Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma". *Journal of Trauma & Stress*, 18(5):389-399.

- Walter, H. & Mohnke, S. (2015). "Mentalizing and psychopathology in schizophrenia, depression, and social anxiety disorders: The mediating role of emotion regulation". *Child Psychiatry & Human Development*, 44,537-548.

- Washburn, D.; Wilson, G.; Roes, M.; Rnic, K. & Harkness, K. L. (2016). "Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions". *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 71-77.

#### COPYRIGHTS



© 2021 by the authors. Licensee PNU, Tehran, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY4.0) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)