



(DOI): 10.22059/JAPR.2022.336112.644144

## نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی

### The Mediating Role of Defense Mechanisms in the Relationship between Childhood Trauma and Psychological Capital in College Students with Psychosomatic Symptoms

Zahra Sharifi  
Azra Zebardast  
Sajjad Rezaei

زهرا شریفی\*  
عذرا زبردست\*\*  
سجاد رضائی\*\*\*

#### چکیده

#### Abstract

The purpose of the present study was to examine the mediating role of defense mechanisms in the relationship between childhood trauma and psychological capital in college students with psychosomatic symptoms in 2021. This study was conducted using a basic purpose, descriptive cross-sectional correlational method. The instruments used in the study were the Defense Styles Questionnaire (DSQ), Childhood Injuries and Trauma (CTQ), Psychological Capital (PCQ), and Mohr Psychosocial Symptoms Questionnaire (MPSNCQ), which were created online and sent to participants via virtual messenger networks. Pearson correlation coefficient and structural equation modeling using SPSS-22 and Smart PLS-3 software were used for data analysis. The correlation coefficients revealed that there was a negative relationship between childhood trauma and psychological capital ( $r = -0.556$ ) and developed defense mechanism ( $r = -0.602$ ) and a positive relationship with underdeveloped defense mechanisms ( $r = 0.561$ ) and impaired defense ( $r = 0.757$ ) ( $P < 0.01$ ). There is a positive relationship between developed defense mechanisms and psychological capital ( $r = 0.775$ ) and a negative relationship between underdeveloped defense mechanisms ( $r = -0.772$ ) and disturbed defense ( $r = -0.604$ ) with psychological capital ( $P < 0.01$ ). Path analysis showed that the indirect effect of childhood trauma on psychological capital mediated by an underdeveloped defense mechanism of  $-0.263$ , a developed defense mechanism of  $-0.298$  was significant ( $p < 0.05$ ). Consequently, it is important that mental health professionals and parents develop well-developed defense mechanisms against childhood trauma to preserve their children's psychological capital in adulthood.

**Keywords:** Defense Mechanisms, Childhood Trauma, Psychological Capital, Psychosomatic Symptom.

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی بود. این مطالعه با هدفی بنیادی، به روش توصیفی-مقطعی از نوع همبستگی انجام گرفت. جامعه آماری را تمام دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی در سال ۱۴۰۰ در سراسر کشور تشکیل دادند. ۵۰۷ دانشجو به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند انتخاب شدند که از میان آنان ۱۲۳ نفر دارای نشانه‌های روان‌تنی بودند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ)، آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی (CTQ)، سرمایه روان‌شناختی (PCQ) و پرسشنامه سنجش نشانه‌های روان‌تنی موهر (MPSNCQ) به صورت برخط تنظیم شد و از طریق شبکه‌های پیام‌رسان مجازی برای شرکت‌کنندگان ارسال شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری، با نرم‌افزارهای SPSS-22 و Smart PLS-3 استفاده شد. ضرایب همبستگی آشکار ساخت بین ترومای دوران کودکی با سرمایه روان‌شناختی ( $r = -0.556$ ) و مکانیسم دفاعی رشدیافته ( $r = -0.602$ ) و رابطه منفی و با مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته ( $r = 0.561$ ) و روان‌آزرده ( $r = 0.757$ ) رابطه مثبت دارد ( $P < 0.01$ ). بین مکانیسم دفاعی رشدیافته و سرمایه روان‌شناختی ( $r = 0.775$ ) و مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته ( $r = -0.772$ ) و روان‌آزرده ( $r = -0.604$ ) با سرمایه روان‌شناختی دارای رابطه منفی است ( $P < 0.01$ ). تحلیل مسیر نشان داد اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مکانیسم دفاعی رشدنیافته با میزان  $-0.263$  و مکانیسم دفاعی رشدیافته با میزان  $-0.298$  معنادار است ( $P < 0.05$ ). در نتیجه ضروری است متخصصان بهداشت روانی و والدین به منظور حفظ سرمایه‌های روان‌شناختی فرزندان در دوران بزرگسالی به پرورش مکانیسم‌های دفاعی در برابر تروماهای دوران کودکی بپردازند.

**واژه‌های کلیدی:** مکانیسم‌های دفاعی، ترومای دوران کودکی، سرمایه روان‌شناختی، نشانه‌های روان‌تنی.

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

\*\* نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

Email: zebardast@guilan.ac.ir

Received: 24 Dec 2021

Accepted: 11 Feb 2022

پذیرش: ۰۰/۱۱/۲۲

نوع مقاله: علمی پژوهشی

دریافت: ۰۰/۱۰/۰۳

## مقدمه

مسئله مهم سلامتی در دو بعد جسمانی و روانی به هم پیوسته و مرتبط است. این پیوستگی تا حدی است که نوعی از بیماری‌های جسمانی با منشأ و علت روان‌شناختی ظهور پیدا می‌کنند و با نام اختلالات روان‌تنی<sup>۱</sup> شناخته می‌شوند. اختلالات روان‌تنی شامل مجموعه گسترده و متعددی از بیماری‌ها مانند نشانه‌های مرتبط با اختلالات قلبی-عروقی، معده‌ای-روده‌ای، استخوانی-عضلانی، تنفسی و بیماری‌هایی مانند سردردهای میگرنی، تهوع و... می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نسخه پنجم<sup>۲</sup>، انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). معمولاً افراد با اختلالات روان‌تنی در مواجهه با آشفتگی‌های روان‌شناختی<sup>۳</sup>، پاسخ جسمانی نشان می‌دهند و برای درمان این مسئله جسمانی، خدمات پزشکی را دنبال می‌کنند. اما بعد از انجام معاینات و آزمایش‌های کامل پزشکی، یک سوم نشانه‌ها و بیماری‌ها از نظر پزشکی قابل تبیین و درمان نیست (کلثوم و حنیفه، ۲۰۲۱)؛ چرا که در تبیین علی نقش آشفتگی‌های روان‌شناختی در اختلالات روان‌تنی، سهم پررنگی به مکانیسم‌های دفاعی ناهشیار داده می‌شود (بدایع، وزیر و لطفی کاشانی، ۲۰۲۱). به عبارت دیگر، سلامت جسمانی در گرو سلامت روانی است. در بعد روانی نیز نبود نشانه‌های بیماری روانی، تنها شاخص سلامت نیست، بلکه در دیدگاه روان‌شناسی مثبت‌نگر<sup>۴</sup>، سازش‌یافتگی<sup>۵</sup>، شادکامی<sup>۶</sup>، اطمینان به خود<sup>۷</sup> و ویژگی‌های ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان‌دهنده سلامت است. یکی از این سازه‌های مهم نشانگر سلامتی، برخورداری از سرمایه روان‌شناختی<sup>۸</sup> است که افراد را قادر می‌سازد تا در مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا، کمتر دچار تنش شوند و از توان زیادی برخوردار باشند، به دیدی واضح از خود برسند و سلامت روان‌شناختی بیشتری داشته باشند (رودریگز، سگارو-کماکو، دراسیو-آئل و توبا، ۲۰۲۰). سرمایه روان‌شناختی توسط لوتانز و همکارانش مطرح شده و شامل چهار عنصر خودکارآمدی<sup>۹</sup>، خوش‌بینی<sup>۱۰</sup>، امید<sup>۱۱</sup> و انعطاف‌پذیری<sup>۱۲</sup> است (لوتانز، لوتانز و جنسن، ۲۰۱۲). خودکارآمدی یعنی باور یا اطمینان فرد به توانایی‌هایی که در انجام وظیفه‌ای خاص موجب موفقیت می‌شود و این موفقیت از راه ایجاد انگیزه سبب تأمین منابع شناختی برای خود و نیز اجرای اقدامات لازم می‌شود (سلیگمن، أبرامسون، سمل و وون‌بایر، ۱۹۹۸). طبق نظریه سلیگمن (۲۰۱۱) خوش‌بینی از سه مرحله آسان‌گیری نسبت به گذشته، درک ارزش چیزی در زمان حال و ایجاد فرصت برای

1. psychosomatic
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V)
3. psychological distress
4. positive psychology
5. compromise
6. welfare
7. self-confidence
8. psychological capital
9. self-efficacy
10. optimism
11. hope
12. adaptation

فهم آینده تشکیل شده است. اسنایدر، ایروینگ و اندرسون (۱۹۹۱) امید را حالت انگیزی مثبت براساس یک حس تعاملی معطوف به هدف و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف می‌دانند. عنصر انعطاف‌پذیری به صورت مثبت یا منفی می‌تواند ظرفیت فرد را برای چیزی که تجربه کرده، منطبق کند که مشخصه اصلی آن، توانایی برگشت از شکست یا تغییرات اساسی است (لیران و میلر، ۲۰۱۹).

سرمایه روان‌شناختی می‌تواند تحت تأثیر عواملی قرار گیرد که بهداشت روانی را تهدید می‌کند. از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سرمایه روان‌شناختی کودک آزاری<sup>۱</sup> است (پول، کیم، دابسون و هودگینس، ۲۰۱۷؛ ژانگ، لی، فان، تانگ و ژانگ، ۲۰۲۰؛ نوگوتسی و همکاران، ۲۰۲۰). کیفیت بهیستی در زندگی کودکان به دلیل سوءاستفاده<sup>۲</sup> به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد و اثر این سوءاستفاده‌های دوران کودکی به زندگی بزرگسالی کودک نیز سرایت می‌کند (کوید، گرشکین، واتکیس، کار و گرین، ۲۰۲۱؛ دیستری، بریرلی، آلبرتلا، جابسون و فونته، ۲۰۲۱؛ گاودا، موریتز و گوریتز، ۲۰۱۹). کودکانی که بدرفتاری والدین را تجربه کرده‌اند، در بزرگسالی با احتمال بیشتری دچار مشکلات روان‌پزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، مصرف مواد مخدر و اختلالات شخصیتی می‌شوند (لوتزین، گرنمن، هیلر، پاولیس و چافر، ۲۰۱۹).

از طرفی، یکی از عوامل تأثیرگذار بر رشد بهنجار از نظر روان‌تحلیل‌گری<sup>۳</sup> معاصر، مکانیسم دفاعی<sup>۴</sup> است که از خود<sup>۵</sup> محافظت می‌کند و به سازش‌یافتگی فرد کمک می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۱). مکانیسم‌های دفاعی، فرایندهای شناختی ناخودآگاهی هستند که با کاهش تأثیرات منفی هیجان‌های ناخوشایند و به‌حداکثرسازندن هیجان‌های خوشایند و مثبت، افراد را از اضطراب و خطرات آن محافظت می‌کنند. مکانیسم‌های دفاعی توانایی این را دارند که ادراکات هیجانی را دستخوش تغییر قرار دهند و این عمل را به‌واسطه تحریف توجه و دقت افراد از واقعیت انجام می‌دهند و واقعیت را از دایره توجه دور می‌کنند. از این‌رو، مکانیسم‌ها نقش بسزایی در بهداشت و سلامت روان ایفا می‌کنند و انعکاس‌دهنده خصوصیات نسبتاً پایدار افراد هستند (دی‌جوزپ، جمیگانی و کنورسانو، ۲۰۲۰). براساس رویکرد روان‌تحلیل‌گری، افراد در برخورد با تنیدگی از سبک‌های دفاعی مشخص استفاده می‌کنند که این سبک‌ها به چهار گروه رشدنیافته<sup>۶</sup>، روان‌آزرده<sup>۷</sup>، خودشیفته<sup>۸</sup> و رشدیافته<sup>۹</sup> تقسیم می‌شوند (فنگ، چانگ و ونگ، ۲۰۲۰).

پر واضح است که احساس تهدید و تنیدگی در زندگی روزمره امری اجتناب‌ناپذیر است و ناگزیر از تجربه

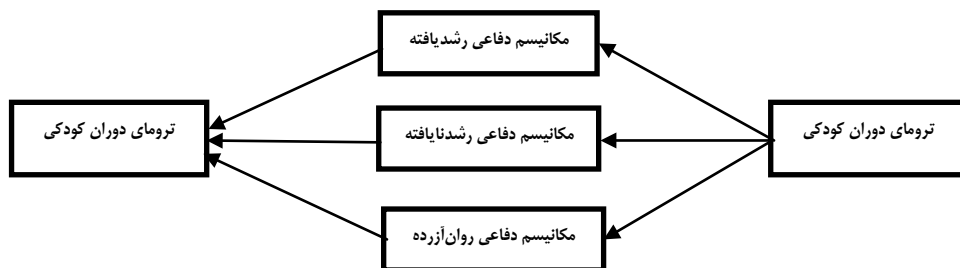
- 
1. child abuse
  2. abuse
  3. psychoanalysis
  4. defensive mechanisms
  5. ego
  6. undeveloped
  7. psychedelic
  8. narcissist
  9. developed

آن‌ها هستیم. انسان در برابر تهدید، واکنش نشان می‌دهد که شدت آن بسته به میزان تنش‌زا بودن موقعیت، کم و زیاد می‌شود (کاپلان، سادوک و گرب، ۲۰۰۳). فروید اعتقاد داشت مکانیسم‌های دفاعی نوعی عملیات ذهنی هستند که افکار و احساسات تنش‌زا را از حوزه آگاهی ذهن دور نگه می‌دارند. به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته و روان‌آورده توسط افراد، به معنی از بین رفتن آن احساس منفی و تنش‌آور نیست، بلکه صرفاً این احساسات نادیده گرفته شده‌اند و به شکل رفتارهایی برون‌ریزی می‌شوند که خارج از کنترل فرد است (فنگ، چانگ و ونگ، ۲۰۲۰؛ اوزسوی و تاسی، ۲۰۲۱).

بررسی نشانه‌های بیماری‌های روان‌تنی و منابع تنش‌زا نشان می‌دهد این نشانه‌ها با منابع تنش‌زا رابطه مثبت و معنادار دارند و می‌توانند رفتاری برون‌زا برای مشکلات هیجانی قلمداد شوند (تکسیرا، برندوا و دروس، ۲۰۲۱؛ بدایع، وزیری و لطفی کاشانی، ۲۰۲۱). بیماری‌های روان‌تنی از نقاط مشترک بین روان‌شناسی و پزشکی است؛ بیماری‌هایی که شروع و شدت یافتن آن‌ها تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی است و طیف وسیعی از نشانه‌های جسمانی مثل سردرد تنشی، کمردرد، گردن‌درد، پشت‌درد، گاستریت، زخم معده، زخم اثنی‌عشر، میگرن و... را دربرمی‌گیرند. حتی یکی از دلایل ایجاد رشته روان‌شناسی سلامت<sup>۱</sup>، گستردگی زمینه‌های بررسی درخصوص اختلالات روان‌تنی است تا پل ارتباطی بین علوم زیستی، پزشکی و روان‌شناسی باشد (سارافینو، ۱۳۸۴). در روان‌شناسی سلامت، مهم‌ترین دلیل بروز اختلالات روان‌تنی را تنش می‌دانند. در صورتی که منبع تنش طی دوره‌هایی طولانی ادامه‌دار باشد، واکنش‌های کوتاه‌مدت به آن، به واکنش‌های بلندمدت تبدیل می‌شود و با تثبیت مقاومت، در نهایت نشانه‌های روان‌تنی بروز می‌یابد (غضنفری و همکاران، ۲۰۲۰). برخی از افراد به دلیل بازداری روان‌شناختی، با برخی از تجارب تنش‌زا مقابله می‌کنند و این‌گونه هیجان‌های بیان‌نشده و هیجان‌های دارای سبک‌های مقابله‌ای مبهم مانند سرکوبی سبب ابتلای افراد به بیماری می‌شود (یوسف‌زاده و ابراهیمی، ۲۰۲۰). سبک‌های مقابله‌ای با آگاهی کامل و از روی تصمیم‌گیری، برای مدیریت منبع تنش‌زا هستند؛ درحالی‌که مکانیسم‌ها به‌صورت دفاع‌های ناهشیارانه بروز می‌یابند و هیجان‌های منفی را تحریف می‌کنند (لی و همکاران، ۲۰۲۱؛ آس و همکاران، ۲۰۱۷؛ ژی و همکاران، ۲۰۱۸). این عدم کنترل بر بروز دفاع‌ها متناظر با نداشتن کنترل بر بروز نشانه‌های روان‌تنی است. به همین جهت شناخت و آگاهی نسبت به نحوه بروز این متغیرهای غیرارادی، چشم‌اندازهای گسترده‌تری را برای پژوهش‌های آتی رقم می‌زند (نیگو، امریو و گرسو، ۲۰۲۰).

با اینکه بزرگ‌ترین هدف خدمات روان‌شناختی، حفظ و ارتقای سلامت روانی افراد جامعه است و سرمایه روان‌شناختی یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌های آن به‌شمار می‌آید، به‌دلیل تمرکز بر درمان مشکلات روانی، از وجود عوامل مؤثر دیگر بر ارتقای سلامت روان نسبتاً غفلت شده است. از طرفی، به‌دلیل ناشناخته‌بودن نحوه بروز دفاع‌ها، ضرورت انجام تحقیقاتی که خواهان شناسایی و تشخیص نحوه بروز دفاع‌ها و میزان ارتباط آن با تجارب دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی است، حائز اهمیت است. به‌طور ویژه، شناسایی نقش

مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین تجارب ترومایی دوران کودکی در افراد با نشانه‌هایی از اختلال روان‌تنی، به آشکارسازی منجر می‌شود و همین آشکارسازی به شناخت بهتر این طیف از افراد در معرض خطر، تعیین عوامل مؤثر بر حفظ و ارتقای سرمایه روان‌شناختی در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای روانی در طول تحول، و در نهایت ارتقای سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی می‌انجامد. به همین دلیل، پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سؤال پژوهشی است که نقش میانجی‌گرانه مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی چگونه است. مدل مفهومی مدنظر محققان در شکل ۱ نمایش داده شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی: نقش میانجی‌گرانه مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، بنیادی و از نظر روش، توصیفی-مقطعی از نوع همبستگی است. در این پژوهش، تجربه ترومای دوران کودکی به منزله متغیر برون‌زا، سرمایه روان‌شناختی به‌عنوان متغیر درون‌زا و ابعاد مختلف مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویانی است که دارای نشانه‌های روان‌تنی بودند. نمونه‌ها از سراسر کشور به‌ویژه استان‌های شمالی ایران به روش غیراحتمالی و هدفمند انتخاب شدند. زمان اجرای پژوهش از ابتدای تیرماه تا پایان شهریور سال ۱۴۰۰ بود. به‌منظور تعیین حجم نمونه، از فرمول برآورد نسبت صفات کیفی (ملک‌افضلی، مجدزاده، فتوحی و توکلی، ۱۳۸۳: ۳۱۰-۳۰۸) استفاده شد. در این فرمول، میزان شیوع اختلال روان‌تنی برآورد شده ۱۴ درصد ( $P=0/14$ ) از مطالعه‌ای مشابه در جامعه دانشجویی (چیناوا و همکاران، ۲۰۱۶) جایگذاری شد و سطح اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد. همچنین مقدار ۳ درصد (یک‌چهارم مقدار شیوع) به‌عنوان خطای قابل تحمل ( $d=0/03$ ) در برآورد شیوع اختلال با توجه به محدودیت وقت، امکانات و منابع انسانی در این مطالعه پذیرفته شد. حجم نمونه ۵۱۱ نفر برآورد شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل موارد پیش‌رو بود: دانشجوی بودن، دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال و کسب

نمره با یک انحراف معیار بالاتر از نمونه ارزیابی شده در پرسشنامه نشانه‌های روان‌تنی. ملاک‌های خروج نیز استفاده از داروهای روان‌پزشکی (برحسب خوداظهاری در پرسشنامه جمعیت‌شناختی) و شرکت در دوره‌های فردی یا گروهی روان‌شناختی درمانی-آموزشی (بنا بر اظهار شرکت‌کنندگان) بود. از میان ۵۱۱ شرکت‌کننده، داده‌های ۵۰۷ نفر قابل‌پردازش بود و براساس ملاک‌های ورود و خروج، داده‌های ۱۲۳ دانشجوی دارای نشانه‌های روان‌تنی (دارای نمره با یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمونه مورد بررسی) به‌عنوان نمونه نهایی برای تحلیل‌های آماری در نظر گرفته شدند.

### شیوه اجرای پژوهش

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات و به‌دلیل جلوگیری از شیوع ویروس و قطع زنجیره انتقال، پرسشنامه‌ها به‌صورت برخط (آنلاین) در بستر گوگل‌فرم<sup>۱</sup> تنظیم شد و از طریق فضای مجازی برای شرکت‌کنندگان انتخاب‌شده ارسال شد. نمونه‌ها از سراسر کشور، به‌ویژه استان‌های شمالی بودند؛ زیرا لینک پرسشنامه در گروه‌های آموزش مجازی دانشجویی و نیز شبکه‌های پیام‌رسان اجتماعی پرمخاطب در استان‌های شمالی معرفی و منتشر شد. علاوه بر ابزارهای فوق، شرکت‌کنندگان در این پژوهش به سؤالات جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنسیت و سطح تحصیلات، مصرف داروهای اعصاب روان و سابقه شرکت در دوره‌های فردی یا گروهی روان‌شناختی درمانی-آموزشی نیز پاسخ دادند. از نظر ملاحظات اخلاقی سعی شد تمامی موارد ممکن رعایت شود. به همراه لینک ارسالی، متنی با توجه به شرایط ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش، توضیح کلی در مورد هدف تحقیق، شرایط بی‌نام‌ماندن پرونده داده‌های افراد و محرمانه‌ماندن اطلاعات ایشان و نیز امکان خروج پژوهش و حق انصراف از پاسخدهی به پرسشنامه‌های برخط ارسال شد. از آزمودنی‌ها خواسته شد در صورت تمایل، با رضایت آگاهانه و به‌صورت داوطلبانه به پرسشنامه‌های برخط پاسخ دهند.

### ابزار سنجش

#### پرسشنامه آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی<sup>۲</sup> (CTQ)

از این پرسشنامه به‌منظور ارزیابی میزان ترومای دوران کودکی استفاده شد. این ابزار را برنستاین، استین، نیوکمب، واکر و پوگ (۲۰۰۳) ارائه کرده‌اند. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکارکردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی است. این پرسشنامه هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل‌استفاده است و پنج نوع بدرفتاری در دوران کودکی را سنجش می‌کند که عبارت‌اند از: سوءاستفاده جنسی<sup>۳</sup>، سوءاستفاده جسمی<sup>۱</sup>، سوءاستفاده عاطفی<sup>۲</sup>، و غفلت عاطفی و جسمی<sup>۳</sup>. پرسشنامه ۲۸

1. <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc0B1LtfTBhvFvIcxw9RVasrOPaeg171ApaTNYogK-pln1jaw/viewform?usp=sf-link>

2. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

3. sexual abuse

سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند، به کار می‌رود. برای هر زیرمقیاس، نمره‌ای بین ۵ تا ۲۵ به دست می‌آید که نمرات بالاتر نشان‌دهنده تجربه میزان ترومای بیشتر در دوران کودکی است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند (ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام، ۱۳۹۲). در پژوهش پورشه‌ریار، علیزاده و رجایی‌نیا (۱۳۹۷) در میان ۳۰۰ دانشجوی کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی نیز ضریب آلفای کرونباخ برای دو بعد سوءاستفاده هیجانی و غفلت هیجانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹ گزارش شد (پورشه‌ریار، علیزاده و رجایی‌نیا، ۱۳۹۷). به منظور تعیین روایی این پرسشنامه میکائیلی و زمانلو (۱۳۹۱) از روش تحلیل عاملی استفاده کردند و مشخص شد عوامل استخراج شده منطبق با خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۰ محاسبه شد.

#### پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی<sup>۴</sup> (PCQ)

از این پرسشنامه به منظور ارزیابی میزان سرمایه روان‌شناختی استفاده شد. مؤلف این ابزار لوتانز<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) به نقل از لوتانز و اولیو، (۲۰۰۷) و شامل ۲۴ سؤال است. این ابزار چهار خرده‌مقیاس امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را مورد سنجش قرار می‌دهد که هر خرده‌مقیاس شامل شش گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش‌درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. نمره نهایی پاسخ‌دهندگان برای کل مقیاس در دامنه‌ای از ۲۴ تا ۱۴۴ قرار می‌گیرد. لوتانز و اولیو (۲۰۰۷) پایایی و روایی این پرسشنامه را ۰/۸۸ و ۰/۸۹ گزارش کردند. پژوهشی برای تأیید پایایی و روایی این پرسشنامه طراحی و اجرا شد. با بررسی ساختار عاملی آن، چهار عامل به دست آمد که با تحلیل عاملی لوتانز و اولیو (۲۰۰۷) در رابطه با این پرسشنامه مطابقت داشت (کلپ اسمیت، وگلگسنگ و آوی، ۲۰۰۹). هاشمی نصرت‌آباد، خسروشاهی بهادری و باباپور (۱۳۹۰) پایایی این پرسشنامه را در ایران براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه شد.

- 
1. physical abuse
  2. emotional abuse
  3. emotional and physical neglect
  4. Psychological Capital Questionnaire (PCQ)
  5. Luthans, F.

### پرسشنامه سبک‌های دفاعی<sup>۱</sup> (DSQ)

از این پرسشنامه به منظور ارزیابی میزان استفاده از انواع مکانیسم‌های دفاعی استفاده شد. این پرسشنامه را اندروز، سینگ و بوند در سال ۱۹۹۳ تدوین کردند که شامل ۴۰ سؤال در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح سبک رشدیافته (فرونشانی<sup>۲</sup>، والایش<sup>۳</sup>، شوخ‌طبعی<sup>۴</sup> و پیشاپیش‌نگری<sup>۵</sup>)، سبک روان‌آزوده‌وار (دیگ‌دوستی کاذب<sup>۶</sup>، تشکیل واکنشی<sup>۷</sup>، عقلانی‌سازی<sup>۸</sup>، ابطال<sup>۹</sup>) و سبک رشدنیافته (دلیل‌تراشی<sup>۱۰</sup>، فرافکنی<sup>۱۱</sup>، انکار<sup>۱۲</sup>، همه‌کارتوانی<sup>۱۳</sup>، ناززنده‌سازی<sup>۱۴</sup>، گذار به عمل<sup>۱۵</sup>، بدنی‌سازی<sup>۱۶</sup>، خیال‌پردازی اوتیستیک<sup>۱۷</sup>، لایه‌سازی<sup>۱۸</sup>، پرخاشگری منفعلانه<sup>۱۹</sup>، جابه‌جایی<sup>۲۰</sup> و مجزاسازی<sup>۲۱</sup>) است. اندروز، سینگ و بوند (۱۹۹۳) همبستگی بین آزمون و بازآزمون را بین ۰/۴۶ تا ۰/۸۶ گزارش دادند و آلفای کرونباخ را برای سبک رشدیافته ۰/۶۸، رشدنیافته ۰/۵۸ و روان‌آزوده ۰/۸۰ گزارش دادند. طی پژوهش‌های انجام‌یافته، میزان همبستگی بین سطوح مکانیسم‌های دفاعی به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۳ و ۰/۹۵ گزارش شده که نشان می‌دهد اعتبار سازه‌های این پرسشنامه بالا است. به علاوه، بین سبک دفاعی بیماران اضطرابی و گروه کنترل بهنجار به شکل معنی‌داری تمایز ایجاد می‌کند. حیدری‌نسب، منصور، آزادفلاح و شعیری (۱۳۸۶) به منظور بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های ایرانی، ۶۶۶ دانش‌آموز (با میانگین سنی ۱۶/۶۱ و انحراف معیار ۱/۱۳) و ۴۰۱ دانشجو (با میانگین سنی ۲۱/۳ و انحراف معیار ۳/۸) در مجموع ۱۰۶۷ نفر را در این مطالعه بررسی کردند. با استفاده از روش آزمون و بازآزمون و نیز محاسبه آلفای کرونباخ در گروه‌های مورد مطالعه، اعتبار این پرسشنامه بررسی شد و همچنین روایی

1. Defense Style Questionnaire (DSQ)
2. suppression
3. sublimation
4. humor
5. preview
6. another false friendship
7. reactive formation
8. rationalization
9. annulment
10. rationalization
11. overhang
12. contradiction
13. transition to action
14. depreciation
15. transition to action
16. somatization
17. autism imagination
18. layering
19. passive aggression
20. displacement
21. isolation



محتوایی، روایی همگرا و روایی سازه نیز با استفاده از نظر متخصصان درمورد ارتباط ماده‌های پرسشنامه با تعاریف مرتبط با مکانیسم‌های مورد واری و نیز استفاده از آزمون نئو مورد مطالعه قرار گرفت. توافق نظر بالای متخصصان درمورد ارتباط ماده‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی با تعاریف ارائه‌شده درمورد مکانیسم‌های دفاعی در منابع معتبر (حداقل ۲/۴۶ و حداکثر ۴/۵۳ روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای که پنج نشانه ارتباط کامل و یک نشانه عدم ارتباط بود) نشانه روایی قابل‌قبول این پرسشنامه است. وجود همبستگی‌های قابل‌قبول بین عامل‌های نئو و پرسشنامه سبک‌های دفاعی (اکثر ضرایب همبستگی مثبت ۰/۲۲ تا ۰/۳۴ و ۰/۴۰-) و نیز همبستگی‌های بالا بین ماده‌های پرسشنامه با مکانیسم‌ها و سبک‌های مرتبط (در همه موارد مرتبط ضرایب بالای ۰/۶۰) روایی قابل‌قبول پرسشنامه را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۸ محاسبه شد.

### پرسشنامه نشانه‌های روان‌تنی (PSQ) در محیط غیربالینی<sup>۱</sup>

از این ابزار به‌منظور غربال دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی استفاده شد. این پرسشنامه برای ارزیابی نشانه‌های روان‌تنی در محیط غیربالینی و توسط موهر (۲۰۰۰) ساخته شده که از نوع خودگزارش‌دهی است و شدت نشانه‌های روان‌تنی مورد تجربه توسط فرد پاسخ‌دهنده را با ۲۰ ماده و روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هیچ‌وقت» تا «تقریباً هر روز» می‌سنجد. موهر (۲۰۰۰) همسانی درونی برای این پرسشنامه را طی مطالعات مختلف بین ۰/۷ تا ۰/۹۳ اعلام کرده و اعتبار همگرای و واگرایی این پرسشنامه را تأیید کرده است. بامامیری، نیسی، ارشدی، مهرابی‌زاده هنرمند و بشلیده (۱۳۹۴) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی عاملی آن را مناسب گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه شد.

### روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در پژوهش حاضر، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و فن تحلیل مسیر استفاده شد و در تمامی تحلیل‌های آماری از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS و Smart PLS-3 استفاده شد. بررسی اثر میانجی به روش نیتزل، رولدان و سپدا (۲۰۱۶) صورت گرفت. به‌منظور بررسی معنی‌داری ضرایب مسیر از روش بازنمونه‌گیری<sup>۲</sup> استفاده شد. تحلیل مسیر مبتنی بر رویکرد حداقل مربعات جزئی با نرم‌افزار Smart PLS-3 صورت گرفت. برخلاف رویکرد نسل اول، رویکرد نسل دوم مبتنی بر واریانس به‌جای بازتولید ماتریس کوواریانس تجربی، بر بیشینه‌سازی واریانس متغیرهای وابسته که توسط متغیرهای مستقل پیش‌بینی می‌شوند تمرکز دارد و برای حجم نمونه‌های کم بسیار کارآمد است (هایر، سارستد، هاپکینز و کویلویرز، ۲۰۱۴). ضرایب رگرسیون اثرات مستقیم و غیرمستقیم تمامی مسیرهای مدل گزارش شده است.

1. Psychosomatic Symptoms Questionnaire (PSQ) in Nonclinical Context

2. resampling

برای ارزشیابی مدل ساختاری پژوهش از شاخص‌های ضریب تعیین ( $R^2$ )، اعتبار افزونگی<sup>۱</sup> (CV-red)، شاخص اعتبار مشترک<sup>۲</sup> (CV-com)، شاخص کل برازش مدل<sup>۳</sup> (GOF) و شاخص متوسط واریانس استخراج‌شده<sup>۴</sup> (AVE) استفاده شده است.

## یافته‌ها

### الف) توصیف جمعیت شناختی

در مرحله اول، ۵۰۷ دانشجوی به پرسشنامه سنجش نشانه‌های روان‌تنی در محیط غیربالینی به صورت داوطلبانه پاسخ دادند و سپس براساس ملاک ورود، ۱۲۳ نفر (۲۴/۳ درصد) که نمره آنان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه نشانه‌های روان‌تنی بود، شناسایی و وارد مطالعه شدند. میانگین افراد نمونه با نشانه‌های روان‌تنی و بدون نشانه‌های روان‌تنی به ترتیب ۷۶/۷۳ و ۴۶/۴۴ و انحراف استاندارد این دو گروه نیز به ترتیب ۶/۹۴ و ۱۱/۱۸ است. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد با نشانه‌های روان‌تنی ( $n=123$ ) را گزارش می‌دهد. میانگین سنی این شرکت‌کنندگان  $23/92 \pm 4/23$  است که در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال قرار دارند. فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به اختصار در جدول ۱ به نمایش گذاشته شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی ( $n=123$ )

متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۹۵	۷۷/۲
مرد	۲۸	۲۲/۸
وضعیت زناشویی		
مجرد	۱۰۳	۸۳/۷
متاهل	۲۰	۱۶/۳

### ب) توصیف شاخص‌ها

جدول ۲ شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. براساس نظر کلاین (۲۰۱۶)، قدرمطلق مقدار کجی کوچک‌تر از ۳ و قدرمطلق مقدار کشیدگی کوچک‌تر از ۱۰ نشان از صحت تحلیل داده‌ها و نرمال بودن تک‌متغیری است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مقدار قدرمطلق کجی برای هیچ‌کدام از متغیرها، بزرگ‌تر از ۳ نیست. همچنین قدرمطلق کشیدگی برای هیچ‌کدام از متغیرها بزرگ‌تر از ۱۰ نیست؛ بنابراین براساس نظر کلاین (۲۰۱۶) می‌توان گفت توزیع داده‌های متغیر پژوهش نرمال است. ذکر این نکته

1. construct crossvalidated redundancy
2. construct crossvalidated communality
3. Global Goodness of Fit (GOF)
4. Average Variance Extracted (AVE)

اهمیت دارد که نرم‌افزار PLS به نرمال نبودن متغیرهای پژوهش حساس نیست و حتی در صورت برقرار نبودن این پیش‌فرض، توانایی زیادی در برآورد ضرایب مسیرها دارد (هایر و همکاران، ۲۰۱۴).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش (n=۱۲۳)

متغیر	میانگین	SD	کجی	کشیدگی	کمینه و بیشینه
نمره کل ترومای دوران کودکی	۵۷/۱۶	۱۰/۹۱	۰/۵۲۳	۰/۲۱۳	۳۲-۸۹
سوءاستفاده عاطفی	۱۱/۲۶	۴/۷۳	۰/۷۰۹	-۰/۳۳۲	۵-۲۵
سوءاستفاده فیزیکی	۸/۳۲	۴/۰۲	۱/۲۵۹	۰/۶۹۴	۵-۲۱
سوءاستفاده جنسی	۸/۷۸	۵/۲۰	۱/۳۶۵	۰/۹۱۰	۵-۲۵
غفلت عاطفی	۱۷/۲۸	۵/۱۲	-۰/۴۱۹	-۰/۵۰۳	۵-۲۵
غفلت جسمی	۱۱/۵۱	۲/۳۶	-۰/۳۴۰	۰/۲۸۵	۵-۱۷
مکانیسم دفاعی رشدنیافته	۱۲۸/۶۰	۲۱/۷۱	۰/۰۵۲	۰/۱۸۹	۶۸-۱۸۷
مکانیسم دفاعی رشدیافته	۴۰/۰۵	۱۰/۳۳	۰/۰۳۹	-۰/۲۲۷	۱۷-۶۶
مکانیسم دفاعی روان‌آزرده	۴۲/۳۴	۹/۸۷	-۰/۲۴۴	۰/۲۸۸	۹-۶۴
نمره کل سرمایه روان‌شناختی	۹۲/۷۶	۲۲/۲۰	-۰/۱۳۲	-۰/۳۶۴	۳۴-۱۴۴
امیدواری	۲۳/۹۵	۶/۶۵	-۰/۳۹۸	-۰/۰۷۸	۶-۳۶
تاب‌آوری	۲۱/۸۴	۷/۴۳	-۰/۲۱۷	-۰/۵۹۰	۶-۳۶
خودکارآمدی	۲۲/۵۴	۵/۹۰	۰/۱۳۷	-۰/۳۳۱	۸-۳۶
خوش‌بینی	۲۴/۴۲	۵/۶۳	-۰/۰۳۷	-۰/۴۸۴	۱۱-۳۶

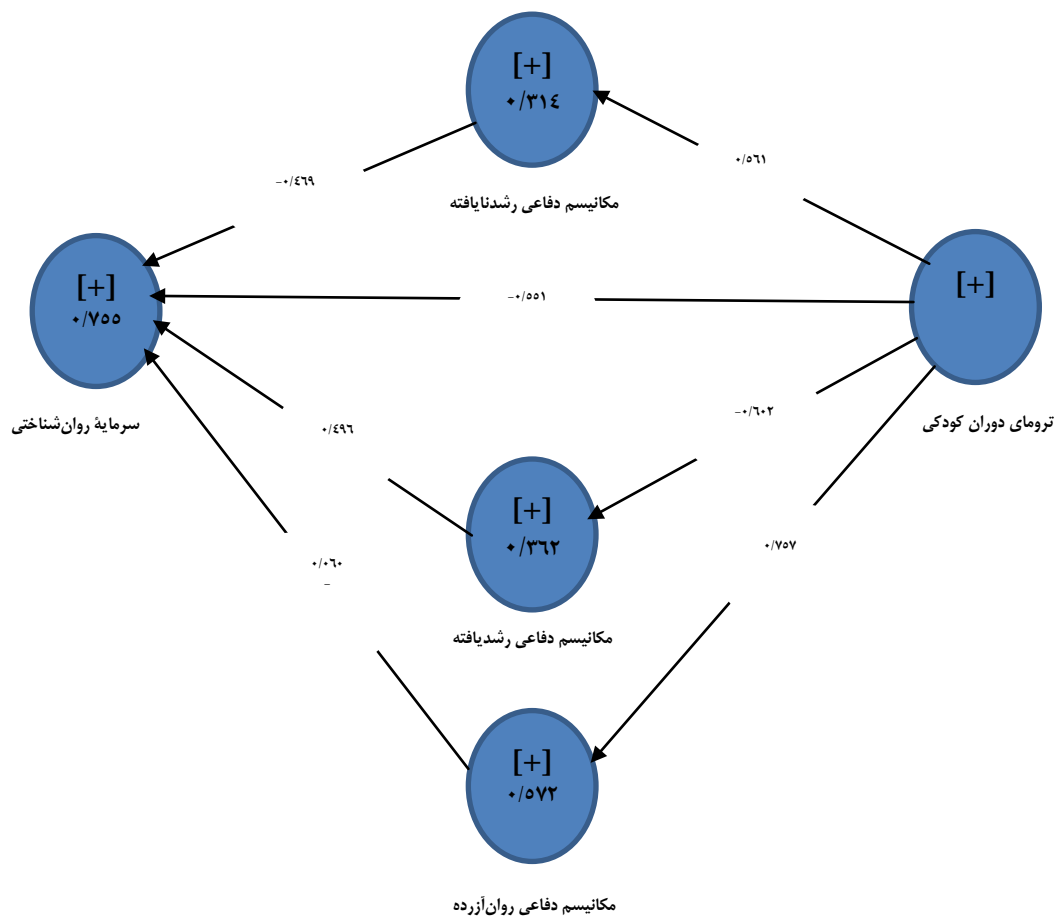
جدول ۳ اطلاعات مربوط به ضرایب همبستگی پیرسون بین ترومای دوران کودکی، سرمایه روان‌شناختی و مکانیسم‌های دفاعی را نشان می‌دهد. ترومای دوران کودکی با سرمایه روان‌شناختی ( $r = -۰/۵۵۶$ ) و مکانیسم دفاعی رشدیافته ( $r = -۰/۶۰۲$ ) رابطه منفی و معنادار و با مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته ( $r = ۰/۵۶۱$ ) و روان‌آزرده ( $r = ۰/۷۵۷$ ) رابطه مثبت و معنادار دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). مکانیسم دفاعی رشدیافته با سرمایه روان‌شناختی ( $r = ۰/۷۷۵$ ) دارای رابطه مثبت و معنادار و مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته ( $r = -۰/۷۷۲$ ) و روان‌آزرده ( $r = -۰/۶۰۴$ ) با سرمایه روان‌شناختی دارای رابطه منفی و معنادار است ( $P < ۰/۰۱$ ).

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین متغیرهای برون‌زا، میانجی و درون‌زای مندرج در مدل مفهومی (n=۱۲۳)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱. ترومای دوران کودکی	۱				
۲. مکانیسم دفاعی رشدنیافته	**۰/۵۶۱	۱			
۳. مکانیسم دفاعی رشدیافته	**۰/۶۰۲	**۰/۵۹۸	۱		
۴. مکانیسم دفاعی روان‌آزرده	**۰/۵۷۵	**۰/۶۵۴	**۰/۵۵۷	۱	
۵. سرمایه روان‌شناختی	**۰/۵۵۶	**۰/۷۷۲	**۰/۷۷۵	**۰/۶۰۴	۱

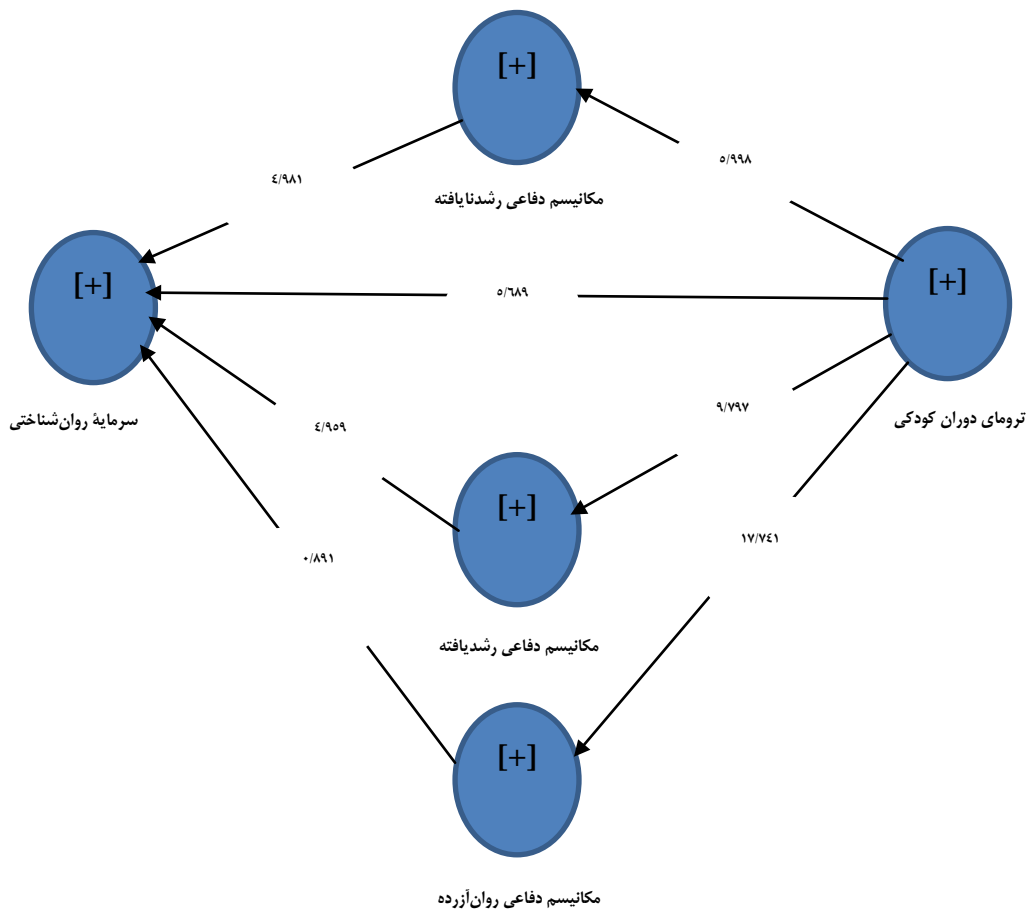
\*\*  $P < ۰/۰۱$

در شکل ۲ مدل ساختاری پژوهش براساس ضرایب رگرسیون استاندارد در دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی در محیط نرم‌افزار PLS-3 نشان داده شده است. در شکل ۳ مدل ساختاری پژوهش براساس مقادیر آماره  $t$  در دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی نشان داده شده است. با افزایش ضرایب استاندارد، مقدار آماره  $t$  افزایش پیدا می‌کند و مقادیر آماره  $t$  بالاتر از  $1/96$  در سطح  $0/05$  بیانگر معناداری مسیر است. همچنین تعدادی از سوالات مدل به دلیل داشتن بارهای عاملی کمتر از  $0/4$  حذف شدند (هایر و همکاران، ۲۰۱۴). به ترتیب در متغیر مکانیسم دفاعی رشدنیافته، سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۲ و ۲۳ در متغیر مکانیسم دفاعی رشدیافته سوالات ۳، ۳۵ و ۳۸ و در متغیر مکانیسم دفاعی روان‌آزرده سوالات ۱، ۷، ۲۸، ۳۲ و ۴۰ از تحلیل خارج شدند.



شکل ۲. مدل ساختاری پژوهش (در حالت ضرایب رگرسیون استاندارد)

شاخص CV-red کیفیت ساختاری مدل و شاخص CV-com، اعتبار مشترک هر مؤلفه پنهان را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها برای تمام متغیرها مثبت شده است که کیفیت مناسب مدل را نشان می‌دهد (هایر و همکاران، ۲۰۱۴). مقادیر AVE نشانگر میانگین واریانس مشترک بین سازه و نشانگرهایشان است (که فورنل و لارکر (۱۹۸۱) بیشتر از ۰/۵ را توصیه می‌کنند)، به این معنی است که سازه مورد نظر حدود ۵۰ درصد یا بیشتر واریانس نشانگرهای خود را تبیین می‌کند؛ بنابراین مقادیر AVE نیز نشان می‌دهد روایی تشخیصی<sup>۱</sup> برای تمامی سازه‌های مدل خوب است.



شکل ۳. مدل ساختاری پژوهش (براساس مقادیر آماره t)

در جدول ۴ شاخص‌های کیفیت مدل ساختاری در گروه دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی نشان داده شده است. شاخص  $R^2$  میزان واریانس تبیین‌شده متغیرهای نهفته درون‌زا را نشان می‌دهد. چین (۱۹۹۸) مقادیر  $R^2$ ، ۰/۶۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ را در معادلات ساختاری به ترتیب قوی، متوسط و ضعیف توصیف می‌کند. ضریب تعیین متغیر سرمایه روان‌شناختی ۰/۷۵۵ محاسبه شد که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای برون‌زا و میانجی یعنی ترومای دوران کودکی، مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته، رشدیافته و روان‌آزرده می‌توانند ۷۵ درصد از تغییرات سرمایه روان‌شناختی را در دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی پیش‌بینی کنند که این میزان زیاد است. همچنین مشاهده می‌شود ضریب تعیین متغیر مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته، رشدیافته و روان‌آزرده به ترتیب ۳۱ درصد، ۳۶ درصد و ۵۷ درصد و در حد متوسط و قوی است.

به منظور بررسی برازش کلی مدل ساختاری، از شاخص معیار نیکویی برازش استفاده شد که برابر مجذور مضروب میانگین واریانس استخراج‌شده و ضرایب تعیین متغیرهای وابسته است. تن‌هاوس، آماتو و اسپوزیتو وینزی (۲۰۰۴) مقادیر ۰/۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای تأیید برازش مدل معرفی کردند. شاخص GOF این مطالعه ۰/۵۶۴ به دست آمده است که با توجه به ملاک تعیین‌شده قوی است؛ بنابراین برازش کلی مدل تأیید می‌شود و مجموع مدل ساختاری و مدل اندازه‌گیری، کیفیت مناسبی در تبیین متغیرهای پژوهش دارند.

$$= \sqrt{0/625 \times 0/500} = \sqrt{\text{ضریب تعیین} \times \text{شاخص اشتراک}} = \text{نیکویی برازش} 0/564$$

با توجه به شاخص‌های برآوردشده، رابطه ساختاری ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی در دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی به میزان ۷۵ درصد تبیین می‌شود.

جدول ۴. شاخص‌های کیفیت مدل ساختاری در گروه دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی

متغیرها	مجذور R	ضریب تعیین مجذور R تعدیل‌یافته	CV – red	CV – com	AVE
مکانیسم دفاعی رشدنیافته	۰/۳۱۴	۰/۳۰۹	۰/۳۰۷	۰/۱۳۴	۰/۵۰۳
مکانیسم دفاعی رشدیافته	۰/۳۶۲	۰/۳۵۷	۰/۳۵۳	۰/۲۰۷	۰/۵۵۷
مکانیسم دفاعی روان‌آزرده	۰/۵۷۲	۰/۵۶۹	۰/۵۵۹	۰/۱۰۷	۰/۶۹۰
سرمایه روان‌شناختی	۰/۷۵۵	۰/۷۴۶	۰/۷۳۶	۰/۵۴۱	۰/۷۴۷
ترومای دوران کودکی	-	-	-	۰/۳۵۷	۰/۶۸۱

جدول ۵ ضرایب رگرسیون استانداردشده و مقادیر t اثرات مستقیم متغیرهای برون‌زا و میانجی را با فاصله اطمینان ۹۵ درصد نشان می‌دهد. براساس نتایج این جدول، ترومای دوران کودکی بر سرمایه روان‌شناختی و مکانیسم دفاعی رشدیافته اثر معنادار و معکوس دارد ( $P < 0/0001$ ) و اثر آن بر مکانیسم‌های دفاعی

رشدنیافته و روان‌آزرده، معنادار و مستقیم است ( $P < 0/0001$ ). اثرات مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و رشدنیافته بر سرمایه روان‌شناختی به‌طور معناداری به‌ترتیب مستقیم و معکوس است ( $P < 0/0001$ )، اما مکانیسم دفاعی روان‌آزرده بر سرمایه روان‌شناختی اثر معناداری ندارد ( $P > 0/05$ ).

جدول ۵. ضرایب رگرسیون استانداردشده و مقادیر t اثرات مستقیم متغیرها

p-value	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		t	B	رابطه متغیرها
	کران بالا	کران پایین			
<0/001	-0/742	0/367	5/805	-0/561	ترومای دوران کودکی ← مکانیسم دفاعی رشدنیافته
<0/001	-0/471	-0/720	9/441	-0/602	ترومای دوران کودکی ← مکانیسم دفاعی رشدنیافته
<0/001	0/839	0/648	15/863	0/757	ترومای دوران کودکی ← مکانیسم دفاعی روان‌آزرده
<0/001	-0/439	-0/641	5/689	-0/551	ترومای دوران کودکی ← سرمایه روان‌شناختی
<0/001	-0/277	-0/626	5/274	-0/469	مکانیسم دفاعی رشدنیافته ← سرمایه روان‌شناختی
<0/001	0/691	0/304	5/140	0/496	مکانیسم دفاعی رشدنیافته ← سرمایه روان‌شناختی
0/403	0/104	-0/190	0/836	-0/600	مکانیسم دفاعی روان‌آزرده ← سرمایه روان‌شناختی

به‌منظور بررسی اثر میانجی مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی با ۹۵ درصد اطمینان از روش نیتزل، رولدان و سپدا (۲۰۱۶) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ مشاهده می‌شود. در این روش، اثر غیرمستقیم از طریق ضرب اثرات مستقیم به‌دست می‌آید و سپس برای بررسی معنی‌داری اثر میانجی، از تکنیک بوت استرپ استفاده می‌شود.

جدول ۶. اثرات غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی

رابطه‌ها	B	t	p-value	فاصله اطمینان	
				کران پایین	کران بالا
ترومای دوران کودکی ← مکانیسم دفاعی رشدنیافته ← سرمایه روان‌شناختی	-0/263	4/800	<0/001	-0/363	-0/150
ترومای دوران کودکی ← مکانیسم دفاعی رشدنیافته ← سرمایه روان‌شناختی	-0/298	4/129	<0/001	-0/459	-0/174
ترومای دوران کودکی ← مکانیسم دفاعی روان‌آزرده ← سرمایه روان‌شناختی	-0/45	0/834	0/405	-0/142	0/084

براساس نتایج جدول ۶، اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مکانیسم دفاعی رشدنیافته با میزان  $-0/298$  معنادار است ( $P < 0/001$ ) و با اضافه‌شدن متغیر میانجی مکانیسم دفاعی رشدنیافته به مدل،  $0/298$  واحد از رابطه بین ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی کاهش می‌یابد. همچنین اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مکانیسم دفاعی رشدنیافته با میزان  $-0/263$  معنادار ( $P < 0/001$ ) به‌دست آمد؛ بدین مفهوم که با اضافه‌شدن متغیر میانجی مکانیسم دفاعی رشدنیافته به مدل،  $0/263$  واحد از رابطه بین ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی کاهش می‌یابد، اما اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری مکانیسم دفاعی روان‌آزرده معنی‌دار مشاهده نشد ( $P = 0/405$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر که با هدف بررسی نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی انجام شد، نشان داد رابطه میان ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی به وسیله مکانیسم‌های دفاعی میانجی می‌شود. در تفسیر نتایج، ترومای دوران کودکی بر سرمایه روان‌شناختی و بر مکانیسم دفاعی رشدیافته تأثیر منفی و معنادار دارد. تأثیر منفی ترومای دوران کودکی بر سرمایه روان‌شناختی در پژوهش‌های ژانگ و همکاران (۲۰۲۰)، فنگ، چانگ و ونگ (۲۰۲۰) و نوگویتسی و همکاران (۲۰۲۰) به شکل تلویحی در استنتاج آنان با نتایج حاضر همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افرادی که در کودکی بد رفتاری دیده‌اند، عاطفه منفی بیشتری را تجربه کرده‌اند. ترومای دوران کودکی به تأثیرات عاطفی، شناختی و رفتاری منفی منجر می‌شود و چنین افرادی شفقت کمتری را نسبت به خود تجربه می‌کنند. در واقع، تجربه ترومای دوران کودکی، عامل خطر برای اختلالات شخصیتی و طیف وسیعی از رفتارهای آشفته‌ساز می‌شود (کوید و همکاران، ۲۰۲۱). چنین افرادی باورهای اشتباهی را درباره هیجان‌های مثبت شکل می‌دهند. عقایدی نظیر ترس از شادی موجب کاهش رضایت از زندگی و سرمایه روان‌شناختی می‌شود. در نتیجه افرادی که سرمایه روان‌شناختی پایینی دارند، از لحاظ جسمانی سلامت و رضایت کمتری را تجربه می‌کنند.

در دیگر یافته پژوهش حاضر مشخص شد ترومای دوران کودکی بر مکانیسم دفاعی روان‌آزرده اثر معنادار و مثبت دارد. این یافته با یافته‌های ونگ و همکاران (۲۰۲۰)، آس و همکاران (۲۰۱۷) و ژو و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در پژوهش ونگ و همکاران (۲۰۲۰) نتایج نشان داد تجربه ترومای کودکی با راه‌اندازی مکانیسم‌های دفاعی ناپخته می‌تواند در ایجاد اختلال دوقطبی نقش داشته باشد. آس و همکاران (۲۰۱۷) بر آن‌اند که ترومای کودکی به دلیل ایجاد مکانیسم‌های دفاعی ناپخته، با بیمار شدن زودهنگام و داشتن دوره‌های متعدد بیماری و اختلالات روان‌تنی رابطه معنادار دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که استفاده از مکانیسم دفاعی روان‌آزرده به تحریف واقعیت منجر می‌شود، از میزان آگاهی هشیارانه افراد می‌کاهد و این مهم به نوبه خود امکان دفاع منطقی، مؤثر و توان کسب بینش و جست‌وجو در خویشتن را از افراد سلب می‌کند و زمینه پریشانی روان‌شناختی آن‌ها را فراهم می‌سازد. یکی از راه‌هایی که مکانیسم‌های دفاعی بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر می‌گذارد، ایجاد نشانه‌ها و ناراحتی‌های روان‌شناختی است؛ به این ترتیب که سبک‌های دفاعی رشدنا یافته و روان‌آزرده، اگرچه به طور موقت موجب کاهش اضطراب می‌شوند، مشکل را حل نمی‌کنند. در نتیجه در صورت استفاده مداوم سبب افزایش مشکلات هیجانی و اثرات منفی بر وضعیت سلامتی فرد می‌شوند که خود به عاملی برای تشدید بیماری زمینه‌ای تبدیل می‌شود.

نتایج نشان داد مکانیسم دفاعی رشدیافته بر سرمایه روان‌شناختی اثر مثبت و معنادار و مکانیسم دفاعی رشدنا یافته بر سرمایه روان‌شناختی اثر منفی و معنادار دارد. این یافته از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های مختلف دی‌جوزپ، گنارو، لینگیاردی و پری (۲۰۱۹)، شریعتی و دهقانی (۲۰۱۸) و فنگ، چانگ



و ونگ (۲۰۲۰) به‌طور تلویحی همسو است. در پژوهش دی‌جوزپ، جمیگناتی و کنورسانو (۲۰۲۰) نقش مکانیسم‌های دفاعی بر ظرفیت روانی افراد در مواجهه با ترومای کووید-۱۹ بررسی شد. نتایج نشان داد مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته با تأثیر مثبت بر ظرفیت روانی در اتخاذ واکنش روان‌شناختی به تروما مؤثر است و در مقابل، مکانیسم دفاعی رشدنیافته با تحلیل ظرفیت روانی در مواجهه با تروما به نشانه‌های بیمارگونه جسمانی و روانی منجر می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته مانند سیستم‌های ایمنی بدن، اغلب به‌طور غیرارادی همواره در حال فعالیت و محافظت از سیستم روانی افراد هستند و با کاهش دردهای هیجانی، سرمایه روان‌شناختی بالای افراد را فراهم می‌سازند. در زمان مواجهه با مشکلات، استفاده بیشتر از سبک‌های دفاعی رشدیافته سبب می‌شود با ایجاد تعادل بهینه بین انگیزه‌های متضاد، احساس رضایت بیشتری ایجاد شود. به این معنی که فرد با امید و خوش‌بینی به‌عنوان واکنش‌های مطلوب نسبت به کارآمدی خود در مواجهه با آشفتگی یا حادثه رخ داده عمل می‌کند و در برخی مواقع، انعطاف‌پذیری به‌عنوان سبک دفاعی پخته در پذیرش مسئله یا اتخاذ راه‌حل مسئله به‌دلیل پشتوانه ظرفیت روانی یا همان سرمایه روان‌شناختی به فرد کمک می‌کند (دی‌جوزپ، جمیگناتی و کنورسانو، ۲۰۲۰)؛ درحالی‌که سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است به ناتوانی‌های مزمن در مقابله با نوسان هیجان‌ها و در نتیجه افزایش اختلال‌های هیجانی، از جمله افسردگی و اقدام به خودکشی، اختلال‌های آسیب پس از سانحه، حالت‌های تجزیه‌ای و اختلالات شخصیت منجر شود (وینگفیلد و همکاران، ۲۰۱۱؛ گراتز، لاترمن، توول، رینولدز و لجزو، ۲۰۱۱).

اما براساس نتایج پژوهش حاضر، مکانیسم دفاعی روان‌آزرده بر سرمایه روان‌شناختی اثر معنادار ندارد. این نتیجه پژوهش با یافته‌های پیشین ناهمسو است. لازم به توضیح است که هیجان‌ها به‌دلیل ماهیت متغیرشان می‌توانند در سطوح مختلف هوشیار و ناهوشیار تجربه شوند. آن دسته از هیجان‌ها که منبع اضطراب هستند، توسط سازوکارهای دفاعی به ناهوشیار رانده می‌شوند. مکانیسم‌های دفاعی ممکن است هرگز اجازه ندهند که هیجان‌های ناهوشیار، مخصوصاً هیجان‌های مزاحم و نگران‌کننده (یا منفی) در سطح هوشیار تجربه شوند. دفاع‌ها پاسخ‌های روان‌شناختی خودکار یک فرد به تنیدگی‌زاهای درونی یا بیرونی یا تعارضات هیجانی هستند (کاظمی رضایی، شاهقلیان، کاظمی رضایی و کربلایی اسمعیل، ۱۳۹۷). بسیاری از انسان‌ها برای کاستن از این عوامل روان‌شناختی خصوصاً اضطراب، دست به رفتارهای جبرانی یا سازشی می‌زنند. هر فردی برخی از این رفتارها را دارد و این‌گونه رفتارها به‌عنوان سپر یا محافظ در مقابل اضطراب و تشویش شدید به‌کار برده می‌شوند. فقط افراط در به‌کاربردن این مکانیسم‌ها است که سبب ناراحتی‌های روانی می‌شود. جامعه مورد بررسی این پژوهش، دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی بودند که ضمن اینکه نشانه‌های آن‌ها در حد اختلال نبود، این قشر دارای سطح هوشی بالاتر از متوسط جامعه است که می‌تواند در انتخاب رفتارهای سازشی کمک‌کننده بوده و عدم معناداری اثر مکانیسم دفاعی روان‌آزرده بر سرمایه روان‌شناختی این نمونه را تبیین کند.

درخصوص بررسی نقش میانجی، نتایج نشان داد که با احتمال ۹۵ درصد، متغیر مکانیسم‌های دفاعی در

رابطه بین ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان با نشانه‌های روان‌تنی، نقش میانجی‌گری ایفا می‌کند. به عبارت دقیق‌تر، مکانیسم دفاعی رشدیافته از اثر مخرب ترومای دوران کودکی بر سرمایه‌های روان‌شناختی دوران بزرگسالی می‌کاهد یا آن را خنثی می‌کند و بالعکس، مکانیسم دفاعی رشدنیافته اثر مخرب ترومای دوران کودکی بر سرمایه‌های روان‌شناختی دوران بزرگسالی را تشدید می‌کند. این نتیجه با یافته‌های اوزسوی و تاسی (۲۰۲۱) و فنگ، چانگ و ونگ (۲۰۲۰) همسو است. مشابه با پژوهش حاضر، در پژوهش اوزسوی و تاسی (۲۰۲۱) بیماران میگرنی به‌عنوان بیماران دارای نشانه‌های اختلالات روان‌تنی، در مقایسه با افراد سالم، سابقه ترومای کودکی داشته‌اند و به‌دلیل میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی ناپخته در مواجهه با ترومای کودکی، اختلالات روان‌تنی حاصل می‌شود. وقتی اطلاعات هیجانی به‌درستی در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد عملکردی بهینه خواهد داشت و در نتیجه احتمال استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته افزایش می‌یابد. استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته نیز به‌نوبه خود، کنش‌وری و ظرفیت مدیریت هیجانی فرد را افزایش می‌دهد و آن دسته از افرادی که از توانایی تنظیم هیجانی بالایی برخوردارند، قادر خواهند بود تا هیجان‌های خود را با سازگاری روان‌شناختی بالاتر اداره کنند، از سازوکارهایی که انطباقی‌تر هستند، استفاده کنند و هیجان‌ها و احساسات خود را بدون ایجاد ناراحتی برای خود و دیگران به نحو مناسب‌تر و مؤثرتر ابراز کنند (کاظمی رضایی و همکاران، ۱۳۹۷)، اما دفاع‌های رشدنیافته در اوایل زندگی پدیدار می‌شوند و با تحریف شدید، وقوع و اهمیت حادثه را انکار یا با انتقال مسئولیت آن، اضطراب را کاهش می‌دهند. این‌گونه مکانیسم‌های دفاعی، تحریف نارسایی از ادراک ذهنی هستند. براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که افرادی با ترومای دوران کودکی، از نظر رشد هیجانی-اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگسالی از جمله گسترش شناخت‌واره‌های منفی درمورد خود و دیگران، تحت تأثیر ترومای دوران کودکی قرار می‌گیرند. در نتیجه در هنگام مواجهه با اضطراب و حفاظت از من خود، بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته استفاده می‌کنند و با دفاع‌های رشدنیافته و روان‌آزرده مشکلاتی مانند نشانه‌های جسمانی-روان‌تنی برای فرد ایجاد می‌شود. درکل و براساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان ظهور مکانیسم‌های دفاعی را براساس سطح پایین سرمایه روان‌شناختی تبیین کرد. مکانیسم‌های دفاعی به‌منظور به‌جریان‌افتادن، به ظرفیت روانی و سرمایه روانی نیاز دارند. به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی ناپخته به‌دلیل ایجاد تحریف و عدم حذف اضطراب از سرمایه روانی بیشتری استفاده می‌برد و از ظرفیت روانی فرد می‌کاهد. به این ترتیب که کمبود استفاده از مکانیسم‌های دفاعی سالم (رشدیافته) بستر ساز مشکلات روان‌شناختی ترومای دوران کودکی می‌شود و ترومای دوران کودکی، اختلال‌های روان‌تنی را زمینه‌سازی می‌کند؛ بنابراین ضروری است متخصصان بهداشت روانی و والدین به‌منظور حفظ سرمایه‌های روان‌شناختی فرزندان در دوران بزرگسالی به پرورش مکانیسم‌های دفاعی پخته در برابر تروما‌های دوران کودکی بپردازند.

در کنار اهمیت کاربرد نتایج پژوهش حاضر، برای تعمیم این نتایج باید محدودیت‌های پژوهش را در نظر داشت. محدودیت‌هایی مانند سنجش سازه‌های مورد بررسی از طریق صرفاً پرسشنامه و به‌صورت

خودگزارشی که می‌تواند به بیش‌برآورد و کم‌برآورد نشانه‌ها آغشته باشد. همچنین این پژوهش روی دانشجویان و در فضای مجازی انجام شده است که تعمیم نتایج را به سایر گروه‌های سنی و شغلی با احتیاط همراه می‌کند. از این‌رو به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود به منظور رفع سوگیری پاسخ احتمالی شرکت‌کنندگان، از روش‌های تکمیلی مصاحبه یا آزمون‌های فراقکن در پژوهش‌های آتی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود نقش مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین تجربه ترومای دوران کودکی و سرمایه روان‌شناختی در سایر گروه‌های سنی و شغلی، به صورت غیرمجازی بررسی، و مقایسه‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی انجام شود. براساس نتایج، با تأیید سهم ترومای کودکی در نشانه‌های بیمارگون جسمانی و روانی در بزرگسالی، به متخصصان، معلمان و والدین کودکان پیشنهاد می‌شود با بررسی و واکاوی دقیق و اولیه نشانه‌های تروما در کودکان، به آموزش، مراقبت و درمان کامل این کودکان بپردازند تا بهای روانی و جسمانی زیادی در بزرگسالی توسط این افراد پرداخت نشود. همچنین با تأیید سهم محافظتی سرمایه روانی، پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت و نیز والدین، از راهبردهایی برای حفظ و ارتقای سرمایه روانی کودکان به منظور پیشگیری از آسیب‌های فراگیر در بزرگسالی استفاده کنند. با توجه به تأیید نتایج پژوهش در سطح نظری، به متخصصان سلامت و درمان پیشنهاد می‌شود در سطح بالینی، برنامه‌های آموزشی و درمانی را برای افراد با نشانه‌های روان‌تنی به منظور شناسایی و بینش‌درمانی مکانیسم‌های دفاعی ناپخته تدوین سازند.

## تضاد منافع

بین منافع نویسندگان پژوهش حاضر تعارضی وجود ندارد.

## سپاسگزاری

پژوهش حاضر با حمایت علمی معاونت تحصیلات تکمیلی دانشگاه گیلان - پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول پژوهش - تدوین و اجرا شد. پژوهشگران از حمایت علمی ایشان در پژوهش قدردانی می‌کنند.

## منابع

- ابراهیمی، ح.، دژکام، م.، ثقه‌الاسلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵.
- بابامیری، م.، نیسی، ع.، ارشدی، ن.، مهربانی‌زاده هنرمند، م.، و بشلیده، ک. (۱۳۹۴). بررسی تنش‌زاهای شغلی و ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان پیش‌بین‌های بروز علائم روان‌تنی در کارکنان یک شرکت در اهواز. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*. ۴(۲۲)، ۲۰۸-۱۸۷.
- پورشهریار، ح.، علیزاده، ح.، و رجایی‌نیا، ک. (۱۳۹۷). تجربه آزار هیجانی کودکی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در بزرگسال: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۲۴(۲)، ۱۶۳-۱۵۲.

- حیدری‌نسب، ل.، منصور، م.، آزادفلاح، پ.، و شعیری، م. (۱۳۸۶). روایی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های ایرانی. *دانشور رفتار*. ۱۴(۲۲)، ۲۶-۱۱.
- سارافینو، ا. (۱۳۸۴). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه الهه میرزایی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- کاظمی رضایی، س. ع.، شاهقلیان، م.، کاظمی رضایی، س.، و کربلایی اسمعیل، ا. (۱۳۹۷). رابطه مکانیسم‌های دفاعی و تصور از خود در دانشجویان، مدلسازی معادلات ساختاری. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*. ۱۲(۱)، ۶۷-۷۶.
- ملک‌افضلی، ح.، مجدزاده، س. ر.، فتوحی، ا.، و توکلی، س. (۱۳۸۳). *روش‌شناسی پژوهش‌های کاربردی در علوم پزشکی*. تهران: انتشارات علوم پزشکی تهران.
- میکائیلی، ن.، و زمانلوف خ. (۱۳۹۱). بررسی میزان شیوع کودک آزاری و نیز پیش‌بینی آن از طریق بررسی افسردگی و اضطراب والدین، سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی نوجوانان پسر آنان. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*. ۲(۵)، ۱۴۵-۱۶۶.
- هاشمی نصرت‌آباد، ت.، باباپور خیرالدین، ج.، و خسروشاهی، ج. (۱۳۹۰). نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. *نشریه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*. ۲(۱)، ۱۴۴-۱۲۳.

## References

- Aas, M., Henry, C., Bellivier, F., Lajnef, M., Gard, S., Kahn, J. P., & Etain, B. (2017). Affective lability mediates the association between childhood trauma and suicide attempts, mixed episodes and co-morbid anxiety disorders in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 47(5), 902-912.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense style questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-56.
- Badaye, A., Vaziri, SH., & Lotfi Kashani, F. (2021). Developing a psychosomatic symptoms model based on emotional regulation, defense mechanisms, and attachment styles mediated by distress level in psychosomatic patients. *Hormozgan Medical Journal*, 25(3), 98-103.
- Bernstein, D. P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., & Pogge, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Chinawa, J. M., Nwokocha, A. R., Manyike, P. C., Chinawa, A. T., Aniwada, E. C., & Ndukuba, A. C. (2016). Psychosomatic problems among medical students: a myth or reality?. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1-5.
- Chin, W.W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern Methods for Business Research*, 295(2), 295-336.
- Clapp Smith, R., Vogelgesang, G., & Avey, J. (2009). Authentic leadership and positive psychological capital: The mediating role of trust at the group level of analysis. *Organizational Studies*. 15(3), 227-240.
- Destree, L., Brierley, M.E., Albertella, L., Jobson, L., & Fontenelle, L. F. (2021). The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A

- systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 142, 345-360.
- Di Giuseppe, M., Gemignani, A., Conversano, C. (2020). Psychological resources against the traumatic experience of COVID-19. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 85-87.
- Di Giuseppe, M., Gennaro, A., Lingiardi, V., & Perry, J.C. (2019). The role of defense mechanisms in emerging personality disorders in clinical adolescents. *Psychiatry*, 82(2), 128-142.
- Fang, S., Chung, M. C., & Wang, Y. (2020). The impact of past trauma on psychological distress: The roles of defense mechanisms and alexithymia. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-10.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39- 50.
- Gaweda, T., Goritz, A.S., & Moritz, S. (2019). Mediating role of aberrant salience and self-disturbances for the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in the general population. *Schizophrenia Research*, 206, 149-156.
- Ghazanfari, E., Kazemnejad, A., Feizi, A., Fesharaki, M. G., Dinu, I., Keshteli, A. H., & Adibi, P. (2020). The relationship between personality traits and psychosomatic complaints in a sample of Iranian adults. *Journal of Affective Disorders*, 261, 253-258.
- Gratz, K. L., Litzman, R. D., Tull, M. T., Reynolds, E. K., & Lejuez, C. W. (2011). Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behavior Therapy*, 42(3), 493-508.
- Hair Jr, J. F., Sarstedt, M., Hopkins, L., & Kuppelwieser, V. G. (2014). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): An emerging tool in business research. *European Business Review*, 26(2), 106-121.
- Kalsoom, U., & Hanifa, B. (2021). Depression, anxiety, psychosomatic symptoms, and perceived social support in type D and non-type D individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(1), 92-103.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). Contributions of the psychosocial sciences to human behavior in: Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kline, R. (2016). Data preparation and psychometrics review. *Principles and practice of structural equation modeling* (4<sup>th</sup> ed., pp. 64-96). Guilford.
- Lee, C. W., Lee, J., Jun, J. Y., Lee, S. H., Yu, S. Y., Park, J., & Kim, S. J. (2021). Associations between defense mechanisms and life satisfaction among North Korean refugees. *Annals of General Psychiatry*, 20(1), 1-7.
- Liran, B.H., & Miller, P. (2019). The Role of psychological capital in academic adjustment among university students. *Journal of Happiness Studies*, 20(1), 51-65.
- Lotzin, A., Grundmann, J., Hiller, P., Pawils, S., & Schäfer, I. (2019). Profiles of childhood trauma in women with substance use disorders and comorbid posttraumatic stress disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-13.
- Luthans, B. C., Luthans, K. W., & Jensen, S. M. (2012). The Impact of business

- school students' psychological capital on academic performance. *Journal of Education for Business*, 17(5), 253-259.
- Luthans, F., & Avolio, B.J. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and Satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541-579.
- Mohr, G. B. (2000). The changing significance of different stressors after the announcement of bankruptcy: A longitudinal investigation with special emphasis on job insecurity. *Journal of Organizational Behavior*, 21(3), 337-359.
- Neagu, C.C., Amerio P, & Grossu IV. (2020). Emotional dysregulation mechanisms in psychosomatic chronic diseases revealed by the instability coefficient. *Brain Sci*, 10(10), 673- 689.
- Nitzl, C., Roldan, J. L., & Cepeda, G. (2016). Mediation analysis in partial least squares path modeling: Helping researchers discuss more sophisticated models. *Industrial Management & Data Systems*, 116(9), 1849–1864.
- Nogovitsy, N., Addington. J., Souza, R., Placsko, T. J., Stowkowy, J., Wang, J., ... & MacQueen, G. (2020). Childhood trauma and amygdala nuclei volumes in youth at risk for mental illness. *Psychological Medecine*, 52(6), 1192–1199.
- Ozsoy, F., & Tasci, I. (2021). Defense mechanisms, dissociation, alexithymia and childhood traumas in chronic migraine patients. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39, 101-113.
- Poole, J. C., Kim, H. S., Dobson, K. S., & Hodgins, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and disordered gambling: Assessing the mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), 1187-1200.
- Quide, Y., Girshkin, L., Watkeys, O.J., Carr, V.J., & Green, M. (2021). The relationship between cortisol reactivity and emotional brain function is differently moderated by childhood trauma, in bipolar disorder, schizophrenia and healthy individuals. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(6), 1089-1109.
- Rodríguez-Cifuentes, F., Segura-Camacho, A., García-Ael, C., & Topa, G. (2020). The Mediating role of psychological capital between motivational orientations and their organizational consequences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 1-20.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish*. New York, NY: F
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & Von Bayer, C. (1998). *Learned optimism*. New York.
- Shariati, A., & Dahghani, A. (2018). The comparison of coping styles and defense mechanisms in PTSD veterans and non- PTSD veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 10(2), 99-105.
- Snyder, C. R., Irving, L., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder, & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285-305). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Teixeira, R. J., Brandao, T., & Dores, A. R. (2021). Academic stress, coping, emotion regulation, affect and psychosomatic symptoms in higher education. *Current*

- Psychology*, 7(1), 73-80.
- Tenenhaus, M., Amato, S., & Esposito Vinzi, V. (2004). A global goodness-of-fit index for PLS structural equation modelling. *Proceedings of the XLII SIS Scientific Meeting*, 1(2), 739-742.
- Wang, L., Yin, Y., Bian, Q., Zhou, Y., Huang, J., Zhang, P., ... & Tan, Y. (2020). Immature defense mechanisms mediate the relationship between childhood trauma and onset of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 278, 672-67.
- Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., ... & Meyer, B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 35(8), 647-654.
- Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J., & Peng, H. (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *Journal of Affect Disorder*, 228, 41-48.
- Yousefzadeh, P., & Ebrahimi, A. (2020). The effectiveness of self-differentiation training on cognitive emotion regulation and psychosomatic symptoms of nurses. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 7(3), 140-150.
- Zhang, C., Li, G., Fan, Z., Tang, X., & Zhang, F. (2020). Psychological capital mediating the relationship between childhood trauma and alexithymia in Chinese medical students: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1343-1352.