

ادراک خود در مراجعان ایرانی با سابقه‌ای از ترومای پیچیده: یک مطالعه پدیدارشناسی

مینا باقری‌نژاد^۱، رسول روشن چسلی*^۲، محمدآرش رضانی^۳، کاظم رسول‌زاده طباطبائی^۴

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۰۴

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۰۶

چکیده

سابقه‌ی ترومای پیچیده در کودکان می‌تواند به تأثیرات روان‌شناختی قابل توجهی در بزرگسالی منجر شود که یکی از مهم‌ترین آن‌ها ادراک‌های ناسازگارانه از خود است. هدف مطالعه‌ی حاضر، فراهم کردن درکی عمیق از چگونگی ادراک خود در مراجعان بزرگسال ایرانی است که سابقه‌ای از ترومای پیچیده در کودکی داشته‌اند. روش پژوهش، پدیدارشناسی تفسیری است که یک روش کیفی است. برای این منظور، ۱۲ مراجع (۸ زن و ۴ مرد) با سابقه‌ای از ترومای پیچیده (غفلت هیجانی و فیزیکی و سوء رفتار هیجانی، فیزیکی و جنسی) که به دو کلینیک روان‌شناسی در تهران مراجعه کرده بودند با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق استفاده شد. مصاحبه‌ها ضبط و کلمه به کلمه پیاده شد و با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلایزی تحلیل شد. دو مؤلفه‌ی اصلی به نام‌های درک مرکزی از خود و راهبردهای مقابله‌ای استخراج شد. درک مرکزی از خود، شامل دو طبقه‌ی اصلی شرم ناسازگارانه و ترس ناسازگارانه بود؛ و راهبردهای مقابله‌ای، شامل پنج طبقه اصلی اجتناب، برگرداندن خشم نسبت به خود و رفتارهای جبرانی بود. یافته‌ها مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌است.

واژگان کلیدی: ترومای پیچیده، ادراک خود، پدیدارشناسی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. *استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول) rasolroshan@yahoo.com

۳. استادیار گروه بهداشت خانواده، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران.

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

مقدمه

تروما، تجربه‌ی هیجانی شدیدی است که ممکن است اثرات نامطلوب روان‌شناختی، فیزیکی و اجتماعی را به دنبال داشته باشد و پیامدهای آن از حد معمول فراتر رود و نیازمند مداخلات مؤثر باشد. دامنه‌ی وسیعی از رویدادها ممکن است تروما را موجب شوند که معمولاً در سه طبقه‌بندی بررسی می‌شوند. رویدادهایی که توسط بشر از روی عمد صورت می‌گیرد؛ رویدادهای غیرعمدی که توسط بشر انجام می‌شود؛ و فجایع طبیعی. بهبود اثرات رویدادهایی که به وسیله‌ی انسان از روی عمد ایجاد می‌شود، در مقایسه با رویدادهای غیرعمدی، دشوارتر است (اسچرالدی^۱، ۲۰۰۹).

در پی یافتن ماهیت تروما، متخصصین و بالینگران، تروما را به دو نوع تقسیم می‌کنند. ترومای نوع اول به یک حادثه‌ی واحد برمی‌گردد. برای نمونه، می‌توان از تصادف اتومبیل، فاجعه‌ی طبیعی و یا تجاوز نام برد. آشفتگی‌های ناشی از این رویدادهای تروماتیک، بیش‌تر شبیه به علائم توصیف شده در اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است (پایویو و پاسکال-لئون^۲، ۲۰۱۰). تجربه مجدد حادثه‌ی آسیب‌زا، رفتارهای اجتنابی، کمرختی در پاسخ به بی‌احساسی نسبت به ارتباط با دنیای بیرونی و مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فعالیت بیش از حد دستگاه عصبی خودمختار، نمونه‌ای از این علائم است (ماردپور و نجفی، ۱۳۹۵). ترومای نوع دوم یا ترومای پیچیده^۳، بر اشکال مختلف تروماهای رابطه‌ای (مخصوصاً تروماهای رابطه‌ای اولیه) اشاره دارد که با ویژگی‌های مزمن بودن، متعدد بودن و پیامدهای طولانی مدت در حیطه‌های عواطف، دلبستگی، رفتاری، شناختی و ادراکی مشخص می‌شود (کیسر، پترسون، تورجرسن، دن‌دونن، ویلا و فهرنباخ^۴، ۲۰۱۸؛ و کلیترمس و اسپچات و دریری^۵، ۲۰۱۴). ترومای

1. Schiraldi
2. Paivio, Pascual- Leone
3. Complex trauma
4. Kisel, Patterson, Torgersen, den Dunnen, Vill, Fehrenbach
5. Kliethermes, Schacht, Drewry

پیچیده در اکثر مواقع، در نتیجه‌ی الگوهای تکرارشونده‌ی والدینی با ویژگی‌های غفلت^۱ و سوء رفتار^۲ روی می‌دهد که به پاسخ‌نگرفتن و عدم ارضاء نیازهای اساسی کودک منجر می‌شود (پور^۳، ۲۰۱۴) که در نتیجه‌ی آن ممکن است در فرایند رشد خلل ایجاد شود. برای نمونه، دشواری در شکل‌گیری هویت، یکی از مسائلی که در این رابطه ممکن است روی دهد (صمیمی و حسنی، ۱۳۹۵).

مفهوم تروما به‌عنوان مواجهه‌ای تکرارشونده و تداوم یافته در طول زمان با عامل آزاردهنده‌ای که لزوماً حاد نیست، از دو دهه‌ی پایانی سده‌ی ۱۹۰۰ وارد متون پژوهشی شد. اصطلاح ترومای نوع دوم را اولین بار فیگلی^۴ در سال ۱۹۸۳ به کار برد. در توضیح ترومای نوع دوم، فیگلی ارتباطی تنگاتنگ با عضوی از خانواده را توصیف می‌کند که آسیب‌پذیری‌های هیجانی را در فرد موجب شده و اثرات زیان‌باری را به دنبال داشته است (نلسون^۵، ۱۹۹۸). در ادامه، روسنک^۶ و ناتان^۷ (۱۹۸۵)، در کودکانی که والدین آن‌ها کهنه‌سربازان مبتلا به PTSD بودند، علائمی از قبیل افسردگی و احساس گناه را به‌عنوان ترومای نوع دوم یا ثانویه ذکر می‌کند و توضیح می‌دهد، ارتباط هیجانی نزدیک با فرد تروماتیزه، مانند یک عامل استرس‌زای مزمن عمل می‌کند که اغلب، منجر به تجربه‌ی علائم تروما در دیگر اعضای خانواده می‌شود (نلسون، ۱۹۹۸). سرانجام تر^۸ در سال ۱۹۹۱، ترومای نوع دوم (مزمن) را در مقابل ترومای نوع اول (حاد) تعریف می‌کند و تمایز بین این دو نوع از تروما را برجسته می‌کند (گرنن^۹، ۲۰۱۵).

-
1. Neglect
 2. Abuse
 3. Pur
 4. Figly
 5. Nelson
 6. Rosenheck
 7. Nathan
 8. Terr
 9. Grennan

مفهوم مزمن از تروما در مقابل معنای حاد تروما، بیش از هر چیز، مورد توجه نظریه‌پردازان تحولی قرار گرفت. نظریات تروما که دیدگاهی تحولی دارند. برای نمونه (ون‌در‌کولک^۱، ۲۰۰۵)، از ترومای بین‌فردی^۲ سخن می‌گویند که عبارت است از تجربه‌ای مزمن، انباشته^۳ (متراکم) و امتداد یافته در طول زمان که حاصل تجربیات ناسازگار تحولی در بستری بین‌فردی است و اغلب در دوران کودکی اتفاق افتاده است. اسپچور^۴ (۲۰۰۱) نیز از اصطلاح ترومای رابطه‌ای^۵ نام می‌برد و توضیح می‌دهد، غفلت هیجانی و سوء رفتار فیزیکی در نوزادی و کودکی اولیه، می‌تواند تروماتیک تجربه شود. اصطلاح ترومای پیچیده را اولین بار، جودیث هرمن^۶ برای اشاره به ماهیت تکرارشونده و مزمن تروماهای رابطه‌ای و پیامدهای گسترده‌ی آن به کار برد (کلترمس و همکاران، ۲۰۱۴).

در مورد پیامدهایی که تجربه‌ی تروماهای پیچیده دوران کودکی به دنبال خواهد داشت، نکته حائز اهمیت آن است که تأثیرات منحصربه‌فرد که فقط مربوط به یکی از انواع تروماهای دوران کودکی باشد، کم‌تر مورد بازشناسی قرار گرفته‌است. چراکه، نتایج فراتحلیل‌ها حاکی از آن است که وجه اشتراک در بین تأثیرات انواع تروماهای دوران کودکی، بیش‌تر از تفاوت‌های آن‌ها است که این امر می‌تواند به دلیل همبودی انواع مختلف سوءرفتارها و غفلت‌ها در یک خانواده باشد (کلترمس و همکاران، ۲۰۱۴؛ پویو و پاسکال-لئون، ۲۰۱۰). در واقع، گستردگی استفاده از اصطلاح ترومای پیچیده در متون پژوهشی سال‌های اخیر برای تأکید به ویژگی‌های متعدد بودن و مزمن بودن تجربه‌ی تروماهای دوران کودکی بوده است (کلترمس و همکاران، ۲۰۱۴). برای تأکید بر ترومای پیچیده دوران کودکی، طبقه تشخیص جدیدی به نام اختلال

-
1. Van der Kolk
 2. Interpersonal trauma
 3. Cumulative
 4. Schore
 5. Relational trauma
 6. Herman

ترومای رشدی^۱ (DTD) تدوین شده و مورد مطالعه قرار گرفته و برای وارد شدن در DSM-5 پیشنهاد شده است. اختلال ترومای رشدی به تجربه ی ترومای پیچیده و علائم آن در کودکان می پردازد که در طبقات تشخیصی دیگر مورد توجه قرار گرفته است (اسچمید، پترسون و فگرت^۲، ۲۰۱۳).

مطالعات بسیاری ارتباط بین ترومای پیچیده در دوران کودکی و انواع مختلف دشواری های مرتبط با سلامت روان را در بزرگ سالی مانند، مشکلات بین فردی (پارادیس و بوچلر^۳، ۲۰۱۰؛ هم، کیم، یو و چی^۴، ۲۰۱۴؛ و هس^۵، ۲۰۱۶)، افکار و اقدام به خودکشی (بک، جنگ، چوی و لی^۶، ۲۰۱۷؛ دی متیوسوزا، منیلا، سیلوا، جنسون^۷، ۲۰۱۶؛ لیو^۸ و همکاران، ۲۰۱۷؛ و روکی و اربی^۹، ۲۰۱۸) و آسیب رساندن به خود را مورد بررسی قرار دادند (کلر و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۸؛ و مکلافری و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۹).

همچنین، ارتباط بین ترومای پیچیده دوران کودکی و ابتلا به انواع اختلالات روان پزشکی در بزرگ سالی به فراوانی نشان داده شده است. برای نمونه، می توان از ابتلا به افسردگی (هوفینگر، برکینگ و بوکتینگ^{۱۲}، ۲۰۱۶؛ و نوول و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۸)، اختلال

-
1. Disorder of developmental trauma
 2. Schmid, Petermann, Fegert
 3. Paradis, Boucher
 4. Huh, Kim, Yu, Chea
 5. Hsu
 6. Bahk, Jang, Choi, Lee
 7. De Mattos Souza, Molina, Silva, Janson
 8. Liu
 9. Rukiye, Erby
 10. Cleare, Wetherall, Clark, Ryan, Kirtley, Smiyh, O'Conner
 11. McLafferty, Armour, Bunting, Ennis, Lapsley, Murray, O'Neill
 12. Hopfinger, Berking, Bockting, Ebert
 13. Novelo, Von Gunten, Jardim, Spanemberg, de Lima Argimon, Nogueira

دوقطبی (لی و همکاران^۱، ۲۰۱۴؛ و راس و همکاران^۲، ۲۰۱۵)، اختلال سوء‌مصرف مواد و PTSD (کوک، هان، میر و نجویت و جونگ^۳، ۲۰۱۵؛ و مرگلر و همکاران^۴، ۲۰۱۸)، اختلال هراس (زو و همکاران^۵، ۲۰۱۶)، اختلال خوردن (کیولیوت و همکاران^۶، ۲۰۱۹) و علائم سایکوتیک نام‌برد (هانگ و همکاران^۷، ۲۰۱۹). به‌طور کلی، شواهد دلالت بر آن دارد که فراوانی و شدت تجربه‌ی تروماهای دوران کودکی، در مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی در مقایسه با افرادی که تشخیص روان‌پزشکی ندارند، بیش‌تر است (پارک و همکاران^۸، ۲۰۱۴؛ و ایکسی و همکاران^۹، ۲۰۱۸).

در پژوهش‌های ایرانی نیز شیوع بالای انواع تروماهای دوران کودکی، برای نمونه، سوء رفتار جنسی و جسمی (توفیقی و هوشدار، ۱۳۷۴؛ رحیمی موقر، بابایی و رستمی، ۱۳۷۵؛ سیاری و همکاران، ۱۳۸۰) و سوء رفتار هیجانی و غفلت هیجانی (خوشابی، حبیبی، فرزادفرد و محمدخانی، ۱۳۸۷؛ ویزه، مرادی، فدایی و حبیبی، ۱۳۸۷؛ میکائیلی و زمانلو، ۱۳۹۱؛ و ترکشوند، جعفری، رضائیان و شیخ فتح‌الهی، ۱۳۹۲) نشان داده شده است. همچنین، ارتباط بین تجربه‌ی تروماهای متعدد و مزمن دوران کودکی (ترومای پیچیده) و ابتلا به افسردگی و اقدام به خودکشی نیز در نمونه‌های ایرانی نشان داده شده است (ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام، ۱۳۹۲). با وجود این که شواهد پژوهشی فراوانی، از پیامدهای ترومای پیچیده حکایت دارد، ولی نتایج فراتحلیل‌ها حاکی از آن است که وجود سابقه‌ی ترومای پیچیده دوران کودکی با پاسخ‌های درمانی ضعیف در انواع درمان‌های روان‌شناختی در بزرگ‌سالی رابطه دارد

1. Li, Liu, Zhu, Zhang, Tang, Wang
2. Russo, Mahon, Shanahan, Solon, Ramjas, Turpin, Burdick
3. Kok, Haan, Meer, Najavits, Jong
4. Mergler
5. Zou, Huang, Wang, He, Min, Chen, Wang, Zhou
6. Quilliot, Brunaud, Mathieu, Quenot, Sirveaux, Kahn, Ziegler, Witkowski
7. Huang, Hou, Huang, He, Wang, Chen, Wang, Wang, Jia
8. Park, Hang, Bae, Cho, Lee, Lee, Chang, Jeon, Hahm, Lee, Seong, Cho
9. Xie, Wu, Zheng, Guo, Yang, He, Ding, Peng

(کراتزیاس و همکاران، ۲۰۱۹). حال پرسش مهم آن است که چگونه تجربه‌ی ترومای پیچیده در دوران کودکی به این پیامدهای گسترده در بزرگسالی منجر می‌شود. نظریه‌ی روان‌شناسی خود^۲ با توضیح نوعی از آسیب‌شناسی به نام نقص خود^۳، به این پرسش پاسخ می‌دهد. در این دیدگاه، ترومای رابطه‌ای اولیه‌ی زمانی روی می‌دهد که ایگو هنوز به اندازه‌ای رشد نیافته که دلایل و اثرات آسیب را بازنمایی کند و توانایی خود به‌عنوان یک مرکز راهبردی هنوز گسترش پیدا نکرده است. نتیجه‌ی این عدم تمایز، احساس آشفتگی، گیجی و احساس شکل‌نیافته‌ای^۴ از شرم و گناه است (کوهات، ۱۹۷۱). آسیب‌شناسی نقص خود به‌عنوان دفاعی بر علیه اضطراب اولیه از فروپاشی، برای نمونه، احساس از دست دادن هویت، در نظر گرفته می‌شود (کلینگمو، ۱۹۸۹). از دیدگاه روان‌شناسی خود، تروماهای رابطه‌ای اولیه، بر چگونگی شکل‌گیری خود اثر می‌گذارند و از این طریق در پیدایش آسیب‌شناسی و تداوم آن در سال‌های بعدی زندگی نقش ایفا می‌کنند (لسم، ۲۰۰۵).

مشکلات مرتبط با خود، تحت عنوان درک مرکزی آشفتنه از خود، مهم‌ترین پیامدی است که در افرادی که سابقه‌ی ترومای پیچیده را در دوران کودکی دارند، شناخته شده است (کلترمس و همکاران، ۲۰۱۴). تحت تأثیر این درک مرکزی آشفتنه از خود، توانایی‌هایی از قبیل تنظیم هیجان، تحمل تنها بودن، تحمل انتقاد و ظرفیت خود تسکین‌بخشی و عاملیت، کاهش می‌یابد (پاویو و پاسکال-لئون، ۲۰۱۰). در این ارتباط چگونگی ادراک خود در بزرگسالانی که سابقه‌ای از ترومای پیچیده دوران کودکی دارند، نیاز به بررسی دارد و می‌تواند به شناسایی عواملی که تجربه ترومای پیچیده را به دشواری‌های مرتبط با سلامت روان در

-
1. Karatzias
 2. Self-psychology
 3. Self-deficit
 4. Amorphous
 5. Kohut
 6. Killingmo
 7. Lessem

بزرگ‌سالی ارتباط می‌دهد کمک کند. در پژوهش حاضر، ادراک از خود در مراجعان بزرگ‌سال ایرانی که سابقه‌ای از ترومای پیچیده دوران کودکی داشتند، با استفاده از روش کیفی، مورد بررسی قرار گرفت. در طول این مقاله، اصطلاح ترومای پیچیده برای اشاره به تروماهای مزمن و متعدد دوران کودکی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

روش‌شناسی

مطالعه‌ی حاضر به روش کیفی با رویکرد پدیدارشناسانه تفسیری انجام شده است تا چگونگی ادراک خود در مراجعان بزرگ‌سال ایرانی با ترومای پیچیده جستجو شود. رویکرد پدیدارشناسی تفسیری عبارت است از درک عمیق تجربه‌های انسانی و مفاهیمی که شرکت‌کنندگان به تجربه‌های خود نسبت می‌دهند. در واقع، پژوهش‌گر درک و فهم شرکت‌کنندگان را درباره‌ی یک پدیده تجربه شده، توصیف می‌کند (ویلیگ^۱، ۲۰۰۸). در رویکرد تفسیری اعتقاد بر آن است که درک تجربه زیسته فعالیت دوسویه میان پژوهش‌گر و فرد شرکت‌کننده در مصاحبه است. پژوهش‌گر به دنبال تعامل دوجانبه بین پژوهش‌گر و فرد شرکت‌کننده در مصاحبه است، برای درک بهتر پدیده‌ی مورد مطالعه و تفسیر معانی تجربه‌ی زیسته‌ی افراد، مبتنی بر این درک دوجانبه است (واجنر و اسونسون^۲، ۲۰۰۷).

شرکت‌کنندگان و فرایند اجرا: شرکت‌کنندگان پژوهش افرادی بودند که در فاصله‌ی خرداد تا مهرماه ۱۳۹۷ به دو کلینیک روان‌شناسی وارث و بهسا واقع در تهران، مراجعه کرده و سابقه‌ای از ترومای پیچیده داشتند. پژوهش‌گر کد اخلاق حرفه‌ای را از کمیته‌ی اخلاق حرفه‌ای علوم پزشکی دانشگاه شاهد به شماره IR.SHAHED.REC.1397.114 دریافت کرده بود. نمونه‌گیری هدفمند مورد استفاده قرار گرفت و ۱۲ مراجع (۸ زن و ۴ مرد)، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج در مصاحبه شرکت کردند. نمره‌ی متوسط تا شدید در حداقل سه نوع از

-
1. Willig
 2. Wajnar, Swanson

تروماهای دوران کودکی بر اساس پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی، تحصیلات حداقل دیپلم و اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش و کامل کردن فرم رضایت، به عنوان ملاک‌های ورود در نظر گرفته شدند. انصراف از ادامه‌ی مصاحبه نیز به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد. تمامی شرکت‌کنندگان غفلت هیجانی را در دوران کودکی تجربه کرده بودند. ۱۱ نفر از آن‌ها سوء رفتار هیجانی، ۸ نفر از آن‌ها سوء رفتار جنسی، ۳ نفر سوء رفتار فیزیکی و ۲ نفر غفلت فیزیکی را هم تجربه کرده بودند (جدول ۱). مراجعان مشکلات بین فردی را به عنوان دلیل اصلی مراجعه به کلینیک روان‌شناسی و یا یکی از دلایل مراجعه به کلینیک روان‌شناسی عنوان کرده بودند.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی

سن	جنسیت	تحصیلات	تأهل	انواع تروما
۲۴	مرد	ارشد	مجرد	غفلت هیجانی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار فیزیکی
۳۴	زن	کارشناسی	متأهل	غفلت هیجانی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار جنسی
۳۷	مرد	کارشناسی	متأهل	غفلت هیجانی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار جنسی
۳۲	مرد	کارشناسی	متأهل	غفلت هیجانی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار جنسی
۳۹	زن	دیپلم	متأهل	غفلت هیجانی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار جنسی
۲۵	زن	ارشد	مجرد	غفلت هیجانی، غفلت فیزیکی، سوء رفتار هیجانی
۳۴	زن	کارشناسی	متأهل	غفلت هیجانی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار جنسی
۲۴	زن	کارشناسی	متأهل	غفلت هیجانی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار فیزیکی
۲۳	زن	کارشناسی	متأهل	غفلت هیجانی، غفلت فیزیکی، سوء رفتار هیجانی
۴۱	زن	دیپلم	متأهل	غفلت هیجانی، غفلت فیزیکی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار فیزیکی
۳۵	زن	کارشناسی	متأهل	غفلت هیجانی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار جنسی
۲۴	مرد	دانشجوی ارشد	مجرد	غفلت هیجانی، سوء رفتار جنسی، سوء رفتار فیزیکی

شیوه اجرای پژوهش

داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی فردی نیمه ساختاریافته عمیق جمع‌آوری شد. مصاحبه‌کننده^۱ در اولین دیدار با هر کدام از شرکت‌کنندگان خودش و هدف از مطالعه را معرفی می‌کرد و با توجه به شرایط شرکت‌کنندگان، زمان مصاحبه را با هر کدام از آن‌ها تعیین می‌کرد و شرکت‌کنندگان را در مورد محرمانه بودن نام و اطلاعات آن‌ها مطمئن می‌کرد. همچنین، شرکت‌کنندگان می‌توانستند هر زمان که احساس کردند تمایلی به ادامه مصاحبه ندارند، فرایند مصاحبه را متوقف کنند. قبل از مصاحبه، شرکت‌کنندگان فرم رضایت از شرکت در مصاحبه، به همراه فرم رضایت از ضبط صوتی مصاحبه را کامل کردند. طول مدت مصاحبه، بین ۴۵ تا ۶۵ دقیقه و با میانگین ۵۵ دقیقه بود. مصاحبه با یک سؤال باز پاسخ شروع می‌شد که ادراک مراجعان از خودشان چگونه است؟ و به این ترتیب ادامه پیدا می‌کرد که تجربه ترومای پیچیده در دوران کودکی چگونه بر ادراک آن‌ها از خود تأثیر گذاشته است. انجام مصاحبه‌ها تا حد اشباع^۲ ادامه پیدا کرد تا زمانی که حداقل در سه مصاحبه داده‌ی تازه‌ای مشاهده نشد.

ابزار

مصاحبه نیمه ساختاریافته: سبک مصاحبه نیمه ساختاریافته غیررهنمودی است. با وجود این، هدف مصاحبه، جمع‌آوری اطلاعاتی در مورد سؤالات پژوهش است. از این‌رو، همواره باید تعادلی بین کنترل مصاحبه از سوی مصاحبه‌گر و فرصت دادن به مصاحبه‌شونده برای بیان روایت خود از تجربه‌اش ایجاد شود. در مصاحبه نیمه ساختاریافته از سؤالات باز پاسخ استفاده می‌شود که شامل چهار نوع توصیفی، ساختاری، تقابلی و ارزیابانه را شامل می‌شود. سؤالات توصیفی به آنچه روی داده است می‌پردازد. در سؤالات ساختاری، هدف مصاحبه‌گر آن است که دریابد، مصاحبه‌شونده چطور اطلاعات خود را در مورد تجربه‌اش سازمان می‌دهد و چگونه

۱. نویسنده اول

آن را معنا می‌کند. سؤالات تقابلی به تفاوت آنچه روی داده و تجربه‌ی شخصی می‌پردازد و در سؤالات ارزیابی به احساسات مصاحبه‌شونده پیرامون رویداد و افراد مهم می‌پردازد. در مصاحبه نیمه ساختار یافته، توجه به ارتباط کلامی بسیار اهمیت دارد. مصاحبه ضبط و پیاده‌سازی می‌شود و در پیاده‌سازی مصاحبه، مواردی از قبیل وقفه‌ها، تن و لحن صدا نیز در متن وارد می‌شود (ویلیگ، ۲۰۰۸).

پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی. نسخه کوتاه پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی^۱ (CTQ-SF) یک ابزار ۲۸ سؤالی خود گزارش‌دهی گذشته‌نگر از تعیین سطوح بدر رفتاری در کودکی است و از پنج خرده‌مقیاس سوء رفتار جنسی، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار هیجانی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی تشکیل شده است. عبارت‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره‌دهی می‌شوند (برنستین^۲، ۲۰۰۳). نمرات بالاتر در هر خرده‌مقیاس به معنای سطح بالاتر تجربه‌ی رویداد تروماتیک در کودکی است. به منظور ارزیابی رویدادهای تروماتیک دوران کودکی از نسخه کوتاه پرسشنامه آسیب‌های کودکی که روایی آن در جمعیت ایرانی (گروسی و نخعی^۳، ۲۰۰۹) مورد بررسی قرار گرفته است، استفاده شد. میانگین ضریب آلفای کرونباخ برای کل خرده‌مقیاس‌ها، ۰/۷۹ و همبستگی عبارات مقیاس در همه خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۴ بود. علاوه بر این، ضریب پایایی آزمونی باز آزمون نیز ۰/۹۰ بود. نتایج اعتبار ظاهری، اعتبار همگرا و اعتبار سازه در نسخه‌ی فارسی نیز، قابل قبول گزارش شده است. نقطه برش متوسط تا شدید در خرده‌مقیاس‌ها برای تعیین سابقه‌ی هر نوع ترومای دوران کودکی در نظر گرفته شد که عبارت است از ≥ 10 خرده‌مقیاس سوء رفتار جسمی؛ ≥ 13 خرده‌مقیاس سوء رفتار هیجانی؛ ≥ 8 خرده‌مقیاس سوء رفتار جنسی؛ ≥ 10 خرده‌مقیاس غفلت فیزیکی؛ و ≥ 15 خرده‌مقیاس غفلت هیجانی.

-
1. Childhood Trauma Questionnaire- Short Form
 2. Bernstein
 3. Garrusi, Nakhaee

تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها بر اساس روش ۷ مرحله‌ای کلایزی (مارو، رودریگز و کینگ^۱، ۲۰۱۵) انجام شد. در گام اول، هر مصاحبه ضبط‌شده، کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد. پژوهش‌گر کل هر مصاحبه را بارها و بارها خواند تا یک حس کلی از هر مصاحبه به دست آورد. در گام دوم، همه جملات و عباراتی که با ادراک مراجعان از خود ارتباط داشتند مشخص شد و در برگه‌ی جداگانه‌ای یادداشت شد (۹۶ عبارت). در گام سوم، برای هر جمله و عبارت، یک مفهوم در برگیرنده‌ی معنای ضمنی و آشکار تفکر فرد بود، مفهوم‌سازی شد. در گام چهارم، این معانی فرموله شده در قالب زیرطبقات دسته‌بندی شد. در گام پنجم، درون‌مایه‌های یافت شده در توصیفی منسجم به‌عنوان ادراک مراجعان بزرگ‌سال از خود ادغام شدند (طبقات اصلی). در گام ششم، بر اساس مفاهیم هسته‌ای که از توصیف منسجمی از پدیده‌ی مورد مطالعه به دست آمده بود، ساختار اساسی پدیده‌ی مورد مطالعه یا مؤلفه‌های اصلی تجربه‌ی مراجعان از خود توصیف شد. مرحله هفتم، فرایند اعتباربخشی است. بدین ترتیب که مؤلفه‌های اصلی، طبقات اصلی و زیر طبقات مرتبط با آن‌ها به برخی از شرکت‌کنندگان ارائه می‌شود و از آن‌ها سؤال می‌شود که آیا یافته‌ها واقعاً تجربه‌ی آن‌ها را انعکاس می‌دهد یا نه. مؤلفه‌های اصلی، طبقات اصلی و زیر طبقات مرتبط با آن‌ها به چهار نفر از شرکت‌کنندگان ارائه شد. آن‌ها مؤلفه‌های اصلی، طبقات اصلی و زیر طبقات مرتبط با هر کدام از مؤلفه‌های اصلی را به‌عنوان چگونگی ادراک از خود در ارتباط با تروماهای متعدد و مزمنی که تجربه کرده بودند، تأیید کردند.

به‌منظور بررسی اعتبارپذیری^۲، علاوه بر ارجاع مؤلفه‌های اصلی، طبقات اصلی و زیر طبقات مرتبط با آن‌ها به چهار نفر از شرکت‌کنندگان و مشخص شدن این که تفسیر نتایج، تجربه‌ی آن‌ها را از ادراک خود تأیید می‌کرد، اختصاص زمان نسبتاً طولانی پژوهش‌گر برای

1. Morrow, Rodriguez, King
2. Credibility

درگیری با جزئیات مصاحبه‌ها و تحلیل موارد متناقض، از جمله اقدامات دیگر برای افزایش اعتبارپذیری داده‌ها بود. جهت بررسی قابلیت اطمینان^۱ داده‌ها، از ضریب توافق کدگذاران استفاده شد. این فرمول توافق میان متخصصان در رابطه با کدگذاری محتوای به دست آمده از مصاحبه‌ی کیفی را ارزیابی می‌کند (هومن، ۱۳۹۳). فرمول آن در ادامه ذکر شده است.

$$PAO = \frac{2M}{N_1 + N_2}$$

M: تعداد اشتراک در کدگذاری

N1: تعداد کدگذاری اول

N2: تعداد کدگذاری دوم

پژوهش‌گر از یک متخصص روانشناسی بالینی که از طرفی با ترومای پیچیده و روش کیفی آشنایی داشت و از طرف دیگر در جریان پژوهش قرار نداشت، درخواست کرد که رابطه‌ی بین ۹۶ عبارت کدگذاری شده‌ی اولیه (کدهای باز) و طبقات اصلی مرتبط با هر کدام از کدهای باز را ارزیابی کند. متخصص بالینی و پژوهشگر از بین ۹۶ کدباز، در ۸۱ مورد توافق داشتند. ضریب توافق کدگذاران بین متخصص بالینی و پژوهش‌گر، ۰/۸۴ بود.

یافته‌ها

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی و کدگذاری‌های انجام‌شده به روش هفت مرحله‌ای کلایزی به ۹۶ کد باز، ۲۰ زیر طبقه، ۵ طبقه اصلی و ۲ مؤلفه اصلی منجر شد. دو مؤلفه اصلی عبارتند از: درک مرکزی از خود و راهبردهای مقابله‌ای. نمونه‌هایی از کدهای باز، زیرطبقات و طبقات اصلی مؤلفه‌های اصلی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: کدهای باز، زیرطبقات، طبقات اصلی و مؤلفه‌های اصلی

مؤلفه اصلی	طبقات اصلی	زیر طبقات	کدهای باز	
درک مرکزی از خود	شرم ناسازگارانه	تقصیر / گناه	- همیشه فکر می‌کنم، بقیه ایرادها و ضعف‌های من را می‌بینند ...	
		کمبود / نقص	- حتماً جور خاصی رفتار کردم که همکارم چنین پیشنهاد بی‌شرمانه‌ای به من میده ...	
		کهتری	- خواستنی نیستم، لیاقت بودن با کسی را ندارم ...	
		دوست‌داشتنی نبودن	- از نظر خودم، تو هیچ کاری خوب نیستی ...	
		بی‌ارزشی	- هیچ‌کسی به نیازها و خواسته‌های من توجه نمی‌کنه ...	
		ناتوانی	- هر لحظه‌ای ممکنه بهم آسیب بزنن ...	
	ترس ناسازگارانه	بی‌کفایتی	طرد شدن	- از نظر خودم، تو هیچ کاری خوب نیستی ...
			پاسخ نگرفتن نیازها	- هیچ‌کسی به نیازها و خواسته‌های من توجه نمی‌کنه ...
			آسیب دیدن هیجان / فیزیکی / جنسی	- هر لحظه‌ای ممکنه بهم آسیب بزنن ...
راهبردهای مقابله‌ای	اجتناب	کناره‌گیری	- تحملش رو ندارم، فقط سکوت می‌کنم و باهانش قهر می‌کنم ...	
		حواس‌پرتی		
		فراموش خاطرات آسیب‌زا		
			خود انتقادی	

برگرداندن خشم نسبت به خود	وارد کردن آسیب فیزیکی به خود	- سعی می‌کنم، حواسم رو پرت کنم، خودم بار یک کار دیگه مشغول می‌کنم ...
	افکار خودکشی / اقدام به خودکشی	- تا حالا چند بار آینه رو شکستم، این قدر که از خودم عصبانی بودم که چرا جوابش رو نمی‌دم ...
رفتارهای جبرانی	تلاش افراطی برای به دست آوردن تأیید دیگری	- اگه از من ناراحت باشه، اصلا خود رو نمی‌بخشم، به خودم شک می‌کنم. هر کاری می ...
	تلاش افراطی برای به دست آوردن محبت و توجه دیگری	کنم که ازم راضی باشه ...
	علاقه‌مند شدن به فرد آسیب‌زننده	- هر کاری رو برای آدما انجام می‌دم که حال‌شون خوب باشه و من رو بخوان ...
	رفتارهای ناسازگارانه جنسی به جای جستجوی نیازهای بنیادین	- سکس برام هیچ لذتی نداره، فقط اون توجهه و محبته رو می‌خوام ...

مؤلفه اصلی ۱: درک مرکزی از خود

این مؤلفه اصلی در برگیرنده‌ی چگونگی تجربه‌ی خود در موقعیت‌های مختلف است. چگونگی تجربه‌ی خود در زمان کودکی در مواجهه با ترومای پیچیده، بر چگونگی تجربه خود در سنین بزرگ‌سالی تأثیر زیادی داشته است. مؤلفه‌ی اصلی درک مرکزی از خود دو طبقه‌ی اصلی شرم و ترس را شامل می‌شود.

طبقه اصلی ۱-۱: شرم ناسازگارانه

شرکت کنندگان احساس نامطلوبی را نسبت به خود تجربه می‌کردند. مدام نگران بودند که دیگران متوجه کمبودها و نقص‌هایشان شوند و خجالت‌زده شوند. حتی اگر دیگران موجب

احساسات خوشایند یا ناخوشایند آن‌ها و یا نیازهایشان شوند، نیز دچار خجالت و شرمساری می‌شدند. علاوه بر این، چنانچه مورد بدرفتاری قرار می‌گرفتند، خود را مقصر می‌دانستند و یا به دلیل کمبودها یا نقص‌هایشان خود را مستحق بدرفتاری می‌دانستند. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان خود را موجودی بی‌ارزش در نظر می‌گرفتند و تصور می‌کردند که لیاقت محبت و احترام دیگران را ندارند، برای دیگران دوست‌داشتنی و قابل احترام نیستند و حضوری ثمربخش و فایده‌بخش برای دیگران ندارند و خود را کم‌تر از دیگران احساس می‌کردند. همچنین، تجربه‌ی غالب شرکت‌کنندگان از خود آن است که توانایی‌های خود را به رسمیت نمی‌شناختند. خود را در زندگی، فردی ضعیف در نظر می‌گرفتند که نمی‌تواند موفقیت‌آمیز عمل کند. با وجودی که گزارش می‌کردند که بر اساس شواهد، به‌خوبی از عهده‌ی وظایف‌شان در حیطه‌های مختلف برمی‌آیند، ولی تصور غالب آن‌ها از خودشان احساس بی‌کفایتی و ناتوانی بود. این ویژگی‌ها در برگیرنده‌ی شرم‌نا سازگارانه است.

"اصلاً احساس خوبی نسبت به خودم ندارم. از اون چیزی که هستم، بدم می‌یاد. وقتی تو یک جمعی هستم همش فکر می‌کنم بقیه دارند ایرادها و ضعف‌هایم را می‌بینند. احساس خجالت می‌کنم، نمی‌خوام اون جا باشم. همش به خودم میگم الان میگن این چقدر زشت می‌خنده. همش به خودم میگم چرا من این جوریم، چرا این قدر زشت می‌خندم" (شرکت‌کننده ۵)

"همکارم با وجودی که می‌دونه من همسر و فرزند دارم به من پیشنهاد ارتباط داد. گفت یک گوشی و خط برام می‌خره. از خودم بدم می‌یاد. حتماً جور خاصی رفتار کردم که همکارم همچین پیشنهاد بی‌شرمانه‌ای را به من کرده." (شرکت‌کننده ۹)

"اصلن خودمو با اونا یکی نمی‌بینم، از چیزی خوش‌حال می‌شم، میگم نگو به کسی، الان اونا چی فکر می‌کنن در مورد تو. نکنه یک موقع بفهمن که تو چه جوری هستی." (شرکت‌کننده ۱۱)

"در مقابل جنس مخالف، خیلی به هم می‌ریزم. احساس می‌کنم کم‌تر از اونم، خواستنی نیستم، لیاقت بودن با کسی را ندارم. خودم را خیلی دست پایین می‌گیرم. خیلی وقت‌ها برای خودم اصلاً ارزشی برای خودم قائل نیستم." (شرکت کننده ۱۲)

"احساس می‌کنم لیاقت هیچ چیزی را ندارم. اگر دیگران بخواهند به من هدیه بدهند، هیچ وقت در خور خودم نمی‌بینم. احساس می‌کنم واقعاً ارزشش را ندارم. بقیه تعجب می‌کنن یا حتی بهشون بر می‌خوره که من اصلاً نمی‌خوان بهم هدیه بدن یا لطفی در حقم بکنن." (شرکت کننده ۲)

"بین شون که هستم، یا اصلاً تو هر جمعی که هستم، احساس باارزش بودن نمی‌کنم اصلاً. خودم رو دوست ندارم. هیچ ارزشی ندارم. احساس می‌کنم در خور احترام هم حتی نیستم." (شرکت کننده ۱۰)

"هیچ وقت نمی‌تونم اون چیزایی که دیگران توی من می‌بینن، خودم تو خودم ببینم. بقیه، همکارام مثلاً میگن تو این جور ای، این توانایی رو داری، تو این کار خوبی، این کارو بلدی؛ اما خودم اصلاً این جور حس رو به خودم ندارم. از نظر خودم تو هیچ کاری خوب نیستم. از عهده کارام بر نمی‌يام. زندگیم رو باختیم." (شرکت کننده ۲)

"همه‌ی کارها را خودم انجام می‌دهم، ولی باز هم فکر می‌کنم که شاید نتوانم و تو پروژه شکست بخورم. احساس می‌کنم نمی‌تونم تنهایی از پس کاری بر بیام." (شرکت کننده ۱)

طبقه اصلی ۱-۲: ترس ناسازگارانه

درک شرکت کنندگان از خود به‌عنوان فردی که نیازهایش پاسخ نمی‌گیرد، طرد می‌شود و یا مورد آسیب قرار می‌گیرد، این طبقه‌ی اصلی را شکل داد. این ویژگی‌ها در کی آسیب‌دیده و طردشده از خود را شکل می‌دهد که ترس‌های ناسازگارانه را شکل می‌دهد.

"هیچ کس برایش مهم نیست که من چی می‌خوام، من چمه، من احساساتم چیه، از چی خوشم می‌یاد، از چی بدم می‌یاد. اصلاً برای کسی اهمیتی نداره." (شرکت کننده ۱)

"می ترسم ارتباطم رو با آدما زیاد کنم. چون می دونم آخرش ترکم می کنن. تحملش رو ندارم. نمی خوام رابطه رو شروع کنم. می ترسم." (شرکت کننده ۱۲)

"هر لحظه ای ممکنه بهت پرخاش کنن، اگه کوچکتترین بهانه ای دست شون بیاد، بهت پرخاش می کنن." (شرکت کننده ۷)

"اگه فقط یک کم به آدما رو بدی، فوراً ازت سوء استفاده می کنن. می ترسم خوش برخورد باشم، به خودشون اجازه بدن که هر جور باهات رفتار کنن، هر پیشنهادی بهت بدن، هر سوء استفاده ای ازت بکنن." (شرکت کننده ۱۱)

"تو این پنج سال، همش منتظرم به من خیانت کنه. همش می ترسم. هیچ چیزی پیدا نکردم تو این سال ها. دعوا داشتیم با هم سر مسائل مختلف ولی در کل آدم با محبت و حمایت کننده ای. ولی من همیشه نگرانم، اعصاب خودم رو خورد می کنم. میگم امروز نکرد فردا ممکنه بهم خیانت کنه. بالاخره بهم صدمه می زنه." (شرکت کننده ۴)

مؤلفه اصلی ۲: راهبردهای مقابله‌ای

این مؤلفه‌ی اصلی شامل راهبردهایی است که فرد بر اساس درک مرکزی مبتنی بر شرم و ترس به کار می‌گیرد. به واسطه‌ی این راهبردها، فرد از تعامل مستقیم با دیگران بر حذر می‌ماند و با نیازهای بنیادینی که به رسمیت شناخته نشده روبرو نمی‌شود.

طبقه اصلی ۲-۱: اجتناب

شرکت کنندگان در مواجهه با موقعیت‌های دشوار، مثلاً هنگامی که نیازهای اساسی شرکت کنندگان در تعاملاتشان پاسخ مناسب نمی‌گرفت و یا در مواجهه با سوء رفتار و غفلت‌ها، سعی می‌کردند ارتباطات خود را کاهش دهند و طرف مقابل را دیگر نبینند، از موقعیت کناره‌گیری یا فرار می‌کردند و یا از سکوت و قهر استفاده می‌کردند. علاوه بر این، سعی می‌کردند خود را به نفهمیدن بزنند و به نوعی حواس خود را پرت کنند. در بعضی از مواقع نیز، از سیگار و مواد مخدر برای پرت کردن حواس خود و فرار از تجربه‌ی احساسات ناخوشایند در

تعاملاتشان استفاده می کردند. علاوه بر این، ممکن بود بخشی از خاطرات را که متعلق به دوره ای آسیب‌زننده بوده است را به‌طور کلی فراموش کرده باشند و یا خاطرات مبهمی از آن داشته باشند.

"هر کاری با من می‌کنه، توهین می‌کنه، کتک می‌زنه. حتی فحش های جنسی می‌ده. اصلاً از خودم دفاع نمی‌کنم. نمی‌تونم ببینمش. تحملش رو ندارم. سکوت می‌کنم. باهاش قهر می‌کنم. نمی‌تونم نگاه به روش بکنم. باهاش حرف بزنم. هیچ کاری نمی‌تونستم بکنم. فقط سکوت می‌کردم. فقط می‌رفتم توی خودم. سعی می‌کردم نبینمش." (شرکت‌کننده ۹)

"ناراحتی که پیش می‌یاد، من بیشتر سکوت می‌کنم. بیشتر قهر می‌کنم. میرم تو خودم. نمی‌خوام کسی رو ببینم. حوصله خودم رو هم ندارم. نمی‌رم باهاش حرف بزنم. نه با همسرم نه با هیچ کس دیگه. مثلاً همکارام تو محل کار. بعد از چند روز با همکارام شاید دیگه فراموش کنم که اصلاً چی می‌خواستم. دیگه هیچ وقت به اون مسئله ای که ناراحتم کرده بر نمی‌گردم. ولی در مورد همسرم تا چند ماه طول می‌کشه این قهر. هیچ وقتم در مورد اون چیزی که ناراحتم کرده حرف نمی‌زنیم. هیچ چیزی درست نمیشه." (شرکت‌کننده ۴)

"رفتار خیلی بدی داره. همه ی فامیل می‌دونن. میگن باهاش چکار می‌کنی. میگن نفهمیدی چی گفت، با تو بود ها. میگم نه. با من بود؟ می‌فهمم ولی چکار باید بکنم. باعث خجالتمه. بهتره حواسم رو پرت کنم. کاری نمیشه کرد باهاش." (شرکت‌کننده ۵)

"دنیا رو سرم خراب شد، وقتی این جور ی باهام حرف زد. از خودم بدم اومد. از بازی اومدم بیرون، هیچی نگفتم. با موبایل با خواهرزادم شروع کردم به بازی. خواستم حواسم رو پرت کنم. ولی توم آشوب بود." (شرکت‌کننده ۱۱)

"بعضی وقتا یک خاطراتی رو فراموش می‌کنم. مثلاً می‌دونم که سفر خیلی بدی بود، کلی مشکل داشتم. ولی دقیقاً یاد نمی‌یاد چرا. خاطرات دوران دبیرستانم رو که کلاً فراموش کردم.

خنده داره ولی حتی یاد نمی‌یاد اسم مدرسم چی بوده، کجا بوده. خنده‌داره ولی انگار همش پاک شده." (شرکت کننده ۱۰)

طبقه‌بندی ۲-۲: برگرداندن خشم نسبت به خود

شرکت کنندگان در مواجهه با موقعیت‌های دشوار که موجب احساس خشم در آن‌ها می‌شود، آن را ابراز نمی‌کنند. به جای آن، خشم را بازداری می‌کنند به شکل سرزنش خود و مقصر دانستن خود برای آنچه روی داده است؛ و یا با وارد کردن آسیب فیزیکی به خود، خشم‌شان را تجربه می‌کنند. حتی از شدت خشم، افکار خودکشی و در مواردی اقدام به خودکشی را هم تجربه کرده بودند.

"خیلی وقتا شده که می‌خوام از عصبانیت بترکم. ولی اصلا اینو نشون نمی‌دم. اصلا کسی باور نمی‌کنه از درون این قدر داغونم. همیشه خودم رو خوب و محکم می‌گیرم. همه چیز خوبه. بعضی وقت‌ها فکر می‌کنم من احمقم که از جلوی کسی بر نمی‌یام. هر جور می‌خوان باهام حرف می‌زنن، هیچی نمیگم، سرشون داد نمی‌کشم." (شرکت کننده ۲)

"همش خودخوری می‌کنم. همش تو ذهن خودم واگویه می‌کنم که الان من باید چکار کنم، چرا آخه اوضاع این جوریه. چرا من این جوریم که نمی‌تونم جوابشو بدم. نمی‌تونم عصبانیتم را نشان دهم." (شرکت کننده ۳)

"بعضی وقت‌ها میرم جلوی آینه با خودم حرف می‌زنم که تو چرا هیچی بهش نمیگی. داد می‌کشم سر خودم. تا حالا چند بار آینه رو شکستم. این قدر که از خودم عصبانیم. خیلی وقت‌ها فکر خودکشی به سرم می‌زنه." (شرکت کننده ۸)

طبقه اصلی ۲-۳: رفتارهای جبرانی

رفتارهای جبرانی، شامل رفتارهایی است که شرکت کنندگان نیازها و هیجانات خود را به رسمیت نمی‌شناختند و در گیر روابطی می‌شدند که نیازها و هیجانات آن‌ها نادیده گرفته می‌شود؛ و در مقابل، به‌طور افراطی سعی می‌کردند نیازهای دیگران را برآورده کنند.

شرکت کنندگان نیاز مفرطی به تأیید دیگری برای خوب بودن داشتند. وقتی دیگری مهم آنها را تأیید نمی کرد یا از آنها راضی نبود، به این معنا بود که آدم خوبی نیستند و به خودشان شک می کردند. تلاش زیادی می کردند که رضایت دیگران را به دست آورند، حتی تا جایی که نیازهای خودشان را نادیده می گرفتند. علاوه بر این، به افرادی که با آنها بدرفتاری می کردند و آنها را مورد سوءاستفاده هیجانی قرار می دادند، به عنوان شریک جنسی، علاقه مند می شدند و نمی توانستند ارتباط با آنها را قطع کنند. شرکت کنندگان برای کسب محبت، توجه و رضایت دیگران به شکل افراطی تلاش می کردند. تلاش های شرکت کنندگان بر اساس نیازهای خودشان نبود و یا بر اساس هیجانات شان به دیگران پاسخ نمی دادند، بلکه همه سعی خود را می کردند که نیازها و خواسته های دیگران را تأمین کنند تا از این طریق، مورد محبت و توجه طرف مقابل قرار بگیرند. همچنین، خودشان را وقف دیگران می کردند تا جایی که رفتارهایش شکل مداخله پیدا می کرد و دیگران را می رنجاند. علاوه بر این، احساس می کردند که به قیمت نادیده گرفتن نیازهای خود، وظیفه دارند که نیازهای دیگران را برآورده کنند و آنها را خوشحال و خشنود سازند. همچنین، احساس وظیفه می کردند که باید مشکلات دیگران را حل کنند و مسئولیت امور مربوط به آنها را به عهده بگیرند.

علاوه بر این، شرکت کنندگان به طور ناخواسته، مرتباً در روابطی گیر می افتادند که به نوعی مورد سوءاستفاده جنسی قرار می گرفتند و یا وارد رابطه ی جنسی می شدند. همچنین، شرکت کنندگانی که روابط جنسی آشفته داشتند، بیان می کردند که در این روابط متعدد و پرخطر، سکس هدف نبوده است، آنچه واقعاً جستجو می کردند، احساس امنیت و محبت بوده است.

"هر کاری ازم بخواد انجام می دم حتی اگه فکر کنم غیر ممکنه، خودم رو مجبور می کنم که انجام بدم. اگه از من ناراحت باشه اصلاً خودم را نمی بخشم. به خودم شک می کنم که آدم

خوبی نیستم؛ که کارام را درست انجام نمی‌دم لابد. فقط زمانی احساس خوبی به خودم دارم که از من رضایت داشته باشه." (شرکت کننده ۷)

"اصلا جووری با من رفتار می‌کنه که شخصیتیم را خورد می‌کنه. می‌فهمم که چقدر بد باهام رفتار می‌کنه، ولی نمی‌تونم ارزش جدا بشم. هر کاری بخواد می‌کنم که ازم جدا نشه. به نظرم خیلی آدم خاصیه. خیلی تو کارش درسته. خیلی دوستش دارم. اصلا نمی‌دونم چرا وقتی بیش‌تر آزارم می‌ده، بیش‌تر بهش علاقه‌مند می‌شم. به هر چیزی که به اون مربوط باشه علاقه‌مند می‌شم. اصلا هر چیزی که اون دوست داشته باشه منم دوست دارم. از میوه‌ی مورد علاقه‌اش گرفته تا کارهایی که دوست داره." (شرکت کننده ۶)

"هر کاری را ازم می‌خواست انجام می‌دادم که فقط دوستم داشته باشه. یا هر کاری که فکر می‌کردم دوست داره. یا هر جووری که اون دوست داشت من باشم، همون جووری رفتار می‌کردم که منو بخواد و بهم توجه کنه." (شرکت کننده ۳)

"من اصلا عین یک آدم آهنی، مکانیزه شدم که حال همه رو خوب کنم. حواسم به ریزترین نکات هر کسی که دور و برم هست. جزئیات. مراقبت به تمام معنا. شما باید با من زندگی کنید. من رو ببینید که هر کاری رو به هر قیمتی برای آدمای می‌کنم که حال شون خوب باشه که من رو بخوان، بدون این که به خودم فکر کنم که چه بلایی سر خودم می‌یاد که این قدر خودمو برای بقیه تیکه پاره می‌کنم." (شرکت کننده ۹)

"تو خوبی کردن اغراق می‌کنم. طوری که بچه‌ها رو آزار می‌دم با این کارام، بعضی اصلا قهر می‌کنن. دعوا می‌کنن. همه کار می‌کنم که با من خوب باشن، قدر من رو بدونن، ولی بدتر رابطه‌مون خراب میشه. بعضی وقتا نمی‌تونم جلوی خودم رو بگیرم." (شرکت کننده ۸)

"اصلا خودم فکر می‌کنم می‌بینم من متأسفم واسه خودم. ولی الان از بیرون که نگاه می‌کنم، من فقط یکی رو می‌خواستم که مواظبم باشه، بهم محبت کنه. فقط همین. ولی به نظر خودم، قشنگ *sex addict* بودم. شاید ۹۰ درصدش، هیچ لذتی هم برام نداشت. فقط اون

توجه و محبتت رو می‌خواستم. ولی فکر می‌کنم برای اون محبت باید خواسته‌ی جنسی طرف رو برآورده کنم." (شرکت کننده ۱۰)

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر چگونگی ادراک خود را در مراجعان ایرانی با سابقه‌ای از ترومای پیچیده دوران کودکی بررسی کرد. تحلیل یافته‌ها به تدوین دو مؤلفه اصلی تحت عنوان درک مرکزی از خود و راهبردهای مقابله‌ای منجر شد. درک مرکزی از خود، شامل دو طبقه‌ی اصلی شرم ناسازگارانه و ترس ناسازگارانه بود. زیر طبقات مربوط به شرم ناسازگارانه عبارت بودند از تقصیر/ گناه، کمبود/ نقص، کهنتری، دوست داشتنی نبودن، بی‌ارزشی، ناتوانی و بی‌کفایتی. این زیر طبقات، ویژگی‌های شرم ناسازگارانه هستند. به‌عنوان مهم‌ترین پیامد تروماهای مزمن و متعدد دوران کودکی در بزرگ‌سالی از ادراک آشفتگی از خود نام برده می‌شود. این ادراک آشفتگی با ویژگی‌هایی از قبیل احساس نادرست بودن، احساس نابسندگی، دوست داشتنی نبودن و در مجموع به‌عنوان احساس فزاینده‌ای از شرم مشخص می‌شود (بیلین و وینت^۱، ۲۰۱۷). شرم به‌عنوان هیجانی شدید و منفی در نظر گرفته می‌شود که تجربیات مرتبط با آن عبارتند از خودآگاهی، خجالت، تحقیر، درکی از خود به‌عنوان فردی بی‌ارزش و حقیر. تمایل به اقدام مرتبط با شرم عبارت است از پنهان شدن از دید دیگران و یا ناپدید شدن و اصطلاحاً فرو رفتن در زمین، برای آن که معایب شخص آشکار نشود (تنجی، میلر، فیکر و بارلو^۲، ۱۹۹۶). لوئیس^۳ (۱۹۷۱)، شرم را به‌عنوان ارزیابی منفی^۴ از خود در نظر می‌گیرد که یک رفتار را در برنمی‌گیرد، بلکه کلیت خود را شامل می‌شود.

-
1. Baylin, Winnette
 2. Tangney, Miller, Ficker, Barlow
 3. Lewis
 4. Self-evaluation

رابطه‌ی بین شرم و ترومای پیچیده از دیرباز مورد توجه بوده است. چنانچه ذکر شد، دیدگاه‌های نظری روان‌شناسی روابط ابژه و روان‌شناسی خود در پرداختن به تروماهای رابطه‌ی اولیه که مفهوم ترومای پیچیده را شامل می‌شود، از نوعی از آسیب‌شناسی با عنوان نقص خود نام می‌برد که به‌عنوان دفاعی بر علیه اضطراب اولیه از فروپاشی، برای نمونه، احساس از دست دادن هویت، در نظر گرفته می‌شود و با ویژگی‌هایی از قبیل احساس آشفتگی، گیجی و احساس شکل نیافته‌ای از شرم و گناه مشخص می‌شود (کلینگمو، ۱۹۸۹). در پژوهش‌های مختلف احساس شرم ناسازگارانه به‌عنوان متغیر میانجی بین تجربه‌ی ترومای پیچیده در کودکی و مشکلات مرتبط با سلامت روان در بزرگ‌سالی از قبیل مشکلات بین‌فردی (کیم، تالبوت و سیچتی، ۲۰۰۹)، پرخاشگری (کنی و اپس، ۲۰۱۶) و علائم آشفتگی جسمانی (کلی، رایس، اوگرونیزک و اسپیدل، ۲۰۱۸) شناخته شده است. این پژوهش‌ها توجه به نقش شرم را در پیامدهای ترومای پیچیده در بزرگ‌سالی برجسته می‌کند.

گرینبرگ^۴ (۲۰۱۵) هیجان‌ات سازگارانه و ناسازگارانه را به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌کند. هیجان‌ات اولیه‌ی ناسازگارانه، مانند هیجان‌ات اولیه سازگارانه، اولین پاسخ هیجانی خودکار به موقعیت هستند، ولی تفاوت آن‌ها با هیجان‌ات اولیه سازگارانه آن است که هیجان‌ات اولیه ناسازگارانه، بیشتر بازتابی از مقوله‌های حل و فصل نشده‌ی گذشته هستند، به جای آن‌که واکنشی به موقعیت فعلی باشند. اغلب این هیجان‌ات مبتنی بر یادگیری تروماتیک رشدی می‌باشند و اغلب حاصل شکست در تنظیم عواطف در روابط اولیه فرد می‌باشند. هیجان‌ات ثانویه ناسازگارانه، پاسخی به موقعیت فعلی نیستند و با نیاز اولیه مرتبط نیستند. بلکه، پاسخ‌ها یا مکانیزم‌های دفاعی هستند در برابر یک احساس یا فکر اولیه ایجاد می‌شوند و مانع دستیابی به

1. Kim, Talbot, Cicchetti
2. Keene, Epps
3. Kealy, Rice, Ogrodniczuk, Spidel
4. Greenberg

احساس یا زخم اولیه می شوند. از نظر گرینبرگ (۲۰۱۵)، شرم ناسازگارانه اولیه که با احساسات بی‌ارزشی، کهتری، ناتوانی و مفید نبودن همراه است و بازتابی به موقعیت فعلی است ولی ریشه در مقوله‌های حل و فصل نشده‌ی گذشته دارد. شرم ناسازگارانه ثانویه با احساس گناه، کمبود و خودانتقادگری همراه است و پاسخی به فکر و احساس اولیه هستند و به پاسخی به موقعیت فعلی نیستند. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که درک مرکزی مراجعان ایرانی ترومای پیچیده با ویژگی‌های شرم ناسازگارانه اولیه و ثانویه مشخص شد. نکته حائز اهمیت این است که احساس بی‌کفایتی در اکثر شرکت‌کنندگان نقش عمده‌ای در تعریف آن‌ها از خودشان داشت. احساس ناتوانی، بی‌کفایتی و به تعبیری توانایی‌های خود را به رسمیت نشناختن، حتی با وجود شواهد محکم و آشکاری که خلاف آن را ثابت می‌کرد، هم‌چنان احساس فرد نسبت به خودش را تشکیل می‌داد. احساس بی‌کفایتی به‌عنوان یکی از ویژگی‌های شرم ناسازگارانه اولیه، در پژوهش‌های پیشین کمتر مورد توجه قرار گرفته‌است.

درک مرکزی از خود، علاوه بر شرم ناسازگارانه، ترس ناسازگارانه را نیز شامل شد. درکی از خود به‌عنوان فردی طرد شده و آسیب‌پذیر که به نیازهایش پاسخ داده نمی‌شود، ترس‌های ناسازگارانه که عمدتاً ترس‌های ناسازگارانه اولیه را در بر می‌گیرند که ریشه در روابط دلبستگی دارد. بیلین و وینت (۲۰۱۷) بر اساس یافته‌های مطالعات طولی عنوان می‌کنند، افرادی که در کودکی تروماهای متعدد و مزم‌دوران کودکی را تجربه کردند و الگوهای دلبستگی آشفته‌ای را شکل دادند، احتمال زیادی دارد که در بزرگسالی هم با همان الگوی دلبستگی مشاهده شوند. ترس‌های ناسازگارانه‌ای مبتنی بر روابط دلبستگی ناایمن که درک مرکزی از خود را شکل می‌دهند در بزرگسالی در موقعیت‌های بین فردی فعال می‌شوند و به دشواری‌های ارتباطی منجر می‌شوند (پاویو و پاسکال‌لئون، ۲۰۱۰).

در مواجهه با ترومای پیچیده در دوران کودکی، خود به گونه‌ای سازمان می‌یابد که از کودک در مقابل آسیب‌های ناشی از تروما محافظت کند. این راهبردهای مقابله‌ای تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و هدف آن محافظت از فرد در برابر آگاهی از نیازهای به رسمیت شناخته نشده‌اش می‌باشد (تیمولاک و پاسکال-لئون، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر، مؤلفه‌ی اصلی راهبردهای مقابله‌ای، سه طبقه‌ی اصلی را شامل شد که عبارتند از اجتناب، بازداری خشم و رفتارهای جبرانی.

اجتناب را به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی در افرادی پرداختند که ترومای پیچیده را تجربه کرده بودند، معرفی شده است (اوکوبا و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش حاضر، زیر طبقات مرتبط با اجتناب شامل کناره‌گیری، حواس‌پرتی و فراموش کردن یا خاطرات مبهم از موقعیت‌های دشوار یا آسیب‌رسان استخراج شد که نمونه‌ای از انواع اجتناب رفتاری، هیجانی و شناختی می‌باشند. اجتناب، به‌عنوان تجربه‌ی غالب در افرادی که سابقه‌ی ترومای پیچیده دوران کودکی را دارند، مانع حل و فصل ترومای تجربه‌شده در دوران کودکی و دستیابی به هیجانان سازگاران می‌شود (پاویو و پاسکال لئون، ۲۰۱۰). طبقه‌ی اصلی برگرداندن خشم نسبت به خود با زیر طبقات، خود انتقادی، وارد کردن آسیب‌های فیزیکی به خود و افکار خودکشی و اقدام به خودکشی مشخص شد. تر^۴ (۲۰۰۳)، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین پیامدهای تروماهای متعدد و مزمن دوران کودکی، از برگرداندن خشم نسبت به خود نام می‌برد و آن را مبنایی برای تغییرات عمیق شخصیتی می‌داند. شرکت‌کنندگان به جای آن که خشم‌شان را تجربه و به شیوه‌ای سازگاران ابراز کنند، با مقصر دانستن و سرزنش کردن خود آن را بازداری می‌کردند و یا به شکل فیزیکی به خود صدمه می‌زدند و یا به خودکشی فکر می‌کردند. گالپ^۵ (۲۰۰۲)، کاهش

1. Self
2. Timulak, Pascual-Leone
3. Okub
4. Terr
5. Gallop

ظرفیت خود تسکین بخشی را به عنوان دلیل رفتارهای خودجرحی و صدمه فیزیکی به خود در زنانی که سابقه ی ترومای پیچیده دوران کودکی داشتند، معرفی کرده است.

رفتارهای جبرانی، سومین طبقه ی اصلی بود که به عنوان راهبردهای مقابله ای در شرکت کنندگان شناسایی شد. تلاش افراطی برای به دست آوردن تأیید و جلب توجه و محبت دیگری، علاقه مند شدن به فرد آسیب زنده از نظر هیجانی و رفتارهای پرخطر جنسی به جای جستجوی نیازهای بنیادین، زیر طبقه ای بود که در کدهای باز شناسایی شد. شرکت کنندگان برای به دست آوردن تأیید و محبت دیگری، نیازهای خود را نادیده می گرفتند. این رفتارهای مبتنی بر عدم اعتبار بخشی و مهرطبی، دوباره فرد را در موقعیتی قرار می دهد که به نیازهایش پاسخ داده نشود و حتی مورد سوء رفتار هیجانی و یا جنسی قرار بگیرد. دوباره قربانی شدن، یکی از موضوعات مطرح در ارتباط با افرادی است که سابقه ی ترومای پیچیده را در کودکی داشتند. در دوباره قربانی شدن، فرد در بزرگ سالی مرتباً در ارتباطاتی گیر می افتد که آسیب هیجانی و یا جنسی دوران کودکی، تکرار می شود (پایو و پاسکال-لئون، ۲۰۱۰). بر اساس یافته های پژوهش حاضر، انواع مختلف رفتارهای جبرانی به شکل به رسمیت نشناختن نیازهای خود و به جای آن تلاش افراطی در برآوردن نیازهای دیگران با آرزوی این که دیگری نیز او را به رسمیت بشناسد و نیازهای بنیادینی از قبیل توجه و محبت را برآورده کند، فرد را در موقعیتی قرار می دهد که دوباره از نظر هیجانی و جنسی قربانی شود.

نگنت^۱، آمستادتر^۳ و کینن^۴ (۲۰۱۱) اعتقاد دارند که مدل مقابله با تروما با فرایندهای بین فردی مرتبط است. در واقع، بین فرد، دیگری و تروما تأثیرات متقابلی وجود دارد. به این ترتیب که از یک طرف، تجربه ی تروما، مخصوصاً تروماهای رابطه ای بر روابط فرد با دیگری

-
1. Re victimization
 2. Nugent
 3. Amstadter
 4. Keenen

اثر می‌گذارد و از طرف دیگر، این روابط بین فردی بر چگونگی پاسخ به تروما نیز اثر می‌گذارند. بر اساس این مدل، یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان به این ترتیب توضیح داد که درک مرکزی از خود با ویژگی‌های شرم‌نا سازگارانه و ترس‌نا سازگارانه، به شکل‌گیری راهبردهای مقابله‌ای در ارتباط با دیگری منجر می‌شود. این راهبردهای مقابله‌ای شامل اجتناب، برگرداندن خشم نسبت به خود و رفتارهای جبرانی، از طرفی، به تشدید دشواری‌های بین فردی منجر می‌شود و از طرف دیگر، درک مرکزی از خود با ویژگی‌های شرم‌نا سازگارانه و ترس‌نا سازگارانه را تقویت می‌کند؛ به عبارت دیگر درک مرکزی ناسازگارانه از خود، نه تنها ترمیم نمی‌شود و به شرم و ترس‌نا سازگارانه تبدیل نمی‌شود، بلکه تشدید نیز می‌شود و به بروز مشکلات بیشتری در ارتباطات بین فردی نیز منجر می‌شود. مدل‌های درمانی که به پیامدهای ترومای پیچیده در بزرگ‌سالی می‌پردازند، لازم است به درک مرکزی ناسازگارانه مبتنی بر شرم و ترس بپردازند و راهبردهای مقابله‌ای که نشأت گرفته از این درک مرکزی ناسازگارانه است را مورد توجه قرار دهند.

منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله؛ دژکام، محمود و تفته‌الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگ‌سالی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵.
- ترکاشوند، فاطمه؛ جعفری، فاطمه؛ رضائیان، محسن و شیخ‌فتح‌الهی، محمود. (۱۳۹۲). بررسی شیوع کودک‌آزاری و برخی عوامل جمعیت‌شناختی مؤثر بر آن در دانش‌آموزان مقطع سوم راهنمایی شهر زنجان در سال ۱۳۹۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲(۶)، ۴۶۰-۴۴۷.
- توفیقی، حسن و هوشدار، مهسا. (۱۳۷۴). بررسی موارد کودک‌آزاری جنسی (SCA) در تهران. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۲(۵)، ۲۰-۱۲.

- خوشایبی، کتایون؛ حبیبی عسگرآبادی، مجتبی؛ فرزادفرد، س. زینب و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۷). میزان شیوع کودک آزاری در دانش آموزان دوره راهنمایی شهر تهران. *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۷(۲)، ۱۱۵-۱۳۵.
- رحیمی موقر، آفرین؛ بابایی، نعمت‌الله و رستمی، محمدرضا. (۱۳۷۵). بررسی شیوع کودک آزاری در دو منطقه تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۲(۷)، ۱۶۱-۱۴۱.
- سیاری، علی‌اکبر؛ باقری یزدی، عباس؛ جلیلی، بهروز؛ خوشایبی، کتایون؛ شاه محمدی، داوود؛ ایمان زاده، فرید و کرمی، حسن. (۱۳۸۰). بررسی کودک آزاری جسمانی در مراجعان سه درمانگاه تخصصی اورژانس کودکان در شهرستان تهران. *فصلنامه پژوهشی توانبخشی*، ۲(۶،۷)، ۱۳-۷.
- صمیمی، زبیر و حسنی، جعفر. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش حافظه کاری هیجانی در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۳)، ۱۳۲-۱۱۳.
- ماردپور، علیرضا و نجفی، محمود. (۱۳۹۵). اثربخشی روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیرنظامی. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۳)، ۶۰-۴۱.
- میکاییلی، نیلوفر و زمانلو، خدیجه. (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*، ۵(۲)، ۱۶۶-۱۴۵.
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۹۳). راهنمای عملی پژوهش کیفی. تهران: سمت.
- ویزه، اورزولا؛ مرادی، شهرام؛ فدایی، زهرا و حبیبی عسگرآبادی، مجتبی. (۱۳۸۷). شیوع کودک آزاری در دانش آموزان مقطع متوسطه بر حسب سن، مقطع تحصیلی و سابقه طلاق در خانواده. *خانواده پژوهی*، ۴(۱۴)، ۱۶۵-۱۴۵.

- Bahk, Y. C., Jang, S. K., Choi, K. H., & Lee, S. H. (2017). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investigation*, *14*(1), 37-48. Doi: 10.4306/pi.2017.14.1.37
- Baylin, J., & Winnette, P. (2016). *Working with traumatic memories to heal adults with unresolved childhood trauma: Neuroscience, attachment theory and Pesso Boyden system psychomotor psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Cleare, S., Wetherall, K., Clark, A., Ryan, C., Kirtley, O., Smith, M., & O'connor, R. (2018). Adverse childhood experiences and hospital-treated self-harm. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(6), 12-35. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061235>
- de Mattos Souza, L. D., Molina, M. L., da Silva, R. A., & Jansen, K. (2016). History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression. *Psychiatry research*, *246*, 612-616.
- Gallop, R. (2002). Failure of the capacity for self-soothing in women who have a history of abuse and self-harm. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *8*(1), 20-26. <https://doi.org/10.1067/mpn.2002.122425>
- Garrusi, B., & Nakhaee, N. (2009). Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychological Reports*, *104*(2), 509-516. <https://doi.org/10.2466/PR.104.2.509-516>
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.
- Grennan, M. (2015). *The role of mentalization in the relationship between trauma severity and symptomatology following circumscribed and complex traumatic experience*. Ph.D Thesis, The Richard L. College of Long Island University.
- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L., & Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of Affective Disorders*, *198*, 189-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.050>
- Hsu, E. T. (2016). Child sexual abuse, interpersonal difficulties, and staying in relationships with intimate partner violence: A preliminary study.
- Huang, Z. H., Hou, C. L., Huang, Y. H., He, X. Y., Wang, Q. W., Chen, X., Wang, Z. L., Wang, S. B., & Jia, F. J. (2019). Individuals at high risk for psychosis

- experience more childhood trauma, life events and social support deficit in comparison to healthy controls. *Psychiatry Research*, 273, 296-302. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.060>
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., & Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of general psychiatry*, 13(1), 26.
- Keene, A. C., & Epps, J. (2016). Childhood physical abuse and aggression: Shame and narcissistic vulnerability. *Child abuse & neglect*, 51, 276-283. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.012>
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65-79.
- Kim, J., Talbot, N. L., & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. *Child abuse & neglect*, 33(6), 362-371.
- Kisiel, C., Patterson, N., Torgersen, E., den Dunnen, W., Villa, C., & Fehrenbach, T. (2018). Assessment of the complex effects of trauma across child serving settings: Measurement properties of the CANS-Trauma Comprehensive. *Children and Youth Services Review*, 86, 64-75.
- Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 339-361. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.009>
- Kok, T., de Haan, H., van der Meer, M., Najavits, L., & de Jong, C. (2015). Assessing traumatic experiences in screening for PTSD in substance use disorder patients: What is the gain in addition to PTSD symptoms? *Psychiatry Research*, 226(1), 328-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.014>
- Lessem, P. A. (2005). *Self-psychology: An introduction*. Jason Aronson.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Li, X. B., Liu, J. T., Zhu, X. Z., Zhang, L., Tang, Y. L., & Wang, C. Y. (2014). Childhood trauma associates with clinical features of bipolar disorder in a sample of Chinese patients. *Journal of Affective Disorders*, 168, 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.017>
- Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., He, Y., Shen, Y., & Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 220, 147-155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.060>

- McLafferty, M., Armour, C., Bunting, B., Ennis, E., Lapsley, C., Murray, E., & O'Neill, S. (2019). Coping, stress, and negative childhood experiences: The link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior. *PsyCh journal*.
- Mergler, M., Driessen, M., Havemann-Reinecke, U., Wedekind, D., Lüdecke, C., Ohlmeier, M., Chodzinski, C., Teuniben, S., Weirich, S., Kemper, U., Renner, W & Schafer, I. (2018). Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment, 93*, 57-63.
- Morrow, R., Rodriguez, A., & King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist, 28*(8), 643-644.
- Nelson, B. C. (1998). *Systematic effects of trauma: A quantitative study of individual and relational post-traumatic stress*. Ph.D Thesis, Tech University, Texas.
- Novelo, M., von Gunten, A., Jardim, G. B. G., Spanemberg, L., de Lima Argimon, I. I., & Nogueira, E. L. (2018). Effects of childhood multiple maltreatment experiences on depression of socioeconomic disadvantaged elderly in Brazil. *Child Abuse & Neglect, 79*, 350-357. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.013>
- Nugent, N. R., Amstadter, A. B., & Koenen, K. C. (2011). Interpersonal process and trauma: An interactional model. *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions*, 405-423.
- Okubo, R., Inoue, T., Hashimoto, N., Suzukawa, A., Tanabe, H., Oka, M., Narita, H., Ito, K., Kako, Y., & Kusumi, I. (2017). The mediator effect of personality traits on the relationship between childhood abuse and depressive symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Research, 257*, 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.039>
- Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. American Psychological Association.
- Paradis, A., & Boucher, S. (2010). Child maltreatment history and interpersonal problems in adult couple relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(2), 138-158. <https://doi.org/10.1080/10926770903539433>
- Park, S., Hong, J. P., Bae, J. N., Cho, S. J., Lee, D. W., Lee, J. Y., Chang, S. M., Jeon, H. J., Hahm, B. J., Lee, Y. M., Seong, S., & Cho, M. J. (2014). (2014). Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: single vs. multiple types of psychological trauma. *Psychiatry Research, 219*(3), 443-449. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.009>

- Pur, I. G. (2014). Emotion regulation intervention for complex developmental trauma: working with street children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 159*, 697-701. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.471>
- Quilliot, D., Brunaud, L., Mathieu, J., Quenot, C., Sirveaux, M. A., Kahn, J. P., Ziegler, O., & Witkowski, P. (2019). Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Research, 276*, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.008>
- Rukiye, A. Y., & Erbay, L. G. (2018). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research, 261*, 132-136.
- Russo, M., Mahon, K., Shanahan, M., Solon, C., Ramjas, E., Turpin, J., & Burdick, K. (2015). The association between childhood trauma and facial emotion recognition in adult with bipolar disorder. *Psychiatry Research, 229*, 771- 776.
- Schiraldi, G. R. (2009). *The post- traumatic stress disorder: Source book (5th ed.)*. McGraw Hill, New York.
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC psychiatry, 13*(1), 3.
- Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1-2), 201-269.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?. *Journal of personality and social psychology, 70*(6), 1256. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.70.6.1256>
- Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus, 1*(3), 322-334.
- Timulak, L., Pascual- Leone, A. (2014). New developments for case conceptualization in emotion- focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22* (6), 619- 636.
- Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408.
- Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of holistic nursing, 25*(3), 172-180.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. McGraw-hill education (UK).

- Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J., Ding, Y., & Peng, H. (2018). (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 Affective Disorders*, 228, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.011>
- Zou, Z., Huang, Y., Wang, J., He, Y., Min, W., Chen, X., Wang, J., & Zhou, B. (2016). Association of childhood trauma and panic symptom severity in panic disorder: Exploring the mediating role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 206, 133-139.