

Research Paper



## The Relationship Between Childhood Trauma and Anger with the Rate of Depression in People over 18 Years Old in Tehran



Mostafa Hassan Esfahani<sup>\*1</sup>, Ahmad Borjali<sup>2</sup>, Abolfazl Ghadami<sup>3</sup>, Mohamad Karimi<sup>4</sup>, Mohadese Akbari<sup>5</sup>

1. Master of General Psychology, Department of Clinics, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
2. Dean of the Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
3. Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
4. Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
5. Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.18.6](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.65.18.6)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15080.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15080.html)



ARTICLE INFO	ABSTRACT
<p><b>Keywords:</b> Depression, Childhood Trauma, Anger</p> <p>Received: 2021/10/18 Accepted: 2022/01/16 Available: 2022/06/10</p>	<p>Many believe that depression is one of the most important psychological challenges of the 21st century. The aim of this study was to investigate the relationship between childhood trauma and anger with depression. This research is in the category of correlational research in terms of applied purpose and methodology. The statistical population of this study included all people over 18 years of age in Tehran, based on which 745 people were sampled using voluntary method and electronic questionnaire. Beck Short Depression Inventory, Childhood Trauma (Bernstein et al., 2003) and Anger Short Form Questionnaire (Novako, 1986) were used to measure the variables. Data were collected using SPSS software and multiple regression statistical method was used. The results showed that there is a significant relationship between sexual abuse with <math>\beta = (0.341)</math>, emotional abuse (<math>\beta = 0.084</math>) and emotional neglect (<math>\beta = 0.020</math>) with depression and also among the components of anger. Feeling angry with <math>(0.122) = \beta</math>; Anger thinking (<math>\beta = 0.461</math>) and anger behavior (<math>\beta = 0.131</math>) were significantly associated with depression. As a result, one can point to the psychoanalytic view of the important role of childhood trauma as well as the internalized anger in developing depressive disorder.</p>



\* Corresponding Author: Mostafa Hasan Esfahani

E-mail: [mostafa7h.esfahani7@yahoo.com](mailto:mostafa7h.esfahani7@yahoo.com)

## مقاله پژوهشی



## بررسی رابطه ترومای کودکی و احساس خشم با میزان افسردگی در افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران



مصطفی حسن اصفهانی<sup>۱\*</sup>، احمد برجلی<sup>۲</sup>، ابوالفضل قدمی<sup>۳</sup>، محمد کریمی<sup>۴</sup>، محدثه اکبری<sup>۵</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۲. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۵. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.18.6](https://doi.org/10.1001.1.27173852.1401.17.65.18.6)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15080.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15080.html)



## مشخصات مقاله

## چکیده

## کلیدواژه‌ها:

افسردگی، ترومای کودکی، خشم

بسیاری معتقدند افسردگی از مهمترین چالش‌های روانشناختی قرن ۲۱ است. هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه ترومای کودکی و احساس خشم با میزان افسردگی است. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شناسی در زمره پژوهش‌های همبستگی قرار دارد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران بود که بر همین اساس با استفاده از روش داوطلبانه و پرسشنامه الکترونیکی ۷۴۵ نفر از این افراد نمونه گیری شدند. جهت اندازه گیری متغیرها از ابزار پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک، ترومای دوران کودکی (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳) و فرم کوتاه خشم (نواکو، ۱۹۸۶) استفاده شد. پس از جمع آوری داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و روش آماری رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج نشان داد بین سوءاستفاده جنسی با  $\beta = (0/341)$ ، سوءاستفاده عاطفی ( $\beta = 0/084$ ) و غفلت عاطفی ( $\beta = 0/020$ ) با افسردگی رابطه معنی‌داری دارد و همچنین از بین مولفه‌های خشم احساس خشم با  $\beta = (0/122)$ ، تفکر خشم ( $\beta = 0/461$ ) و رفتار خشم ( $\beta = 0/131$ ) با افسردگی، رابطه معناداری داشت. در نتیجه می‌توان به دیدگاه روانکاو مینی بر نقش پراهمیت وقوع تروما در دوران کودکی و همچنین خشم درونی شده در ابتلا به اختلال افسردگی اشاره کرد.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۷/۲۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۰/۲۶

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

\* نویسنده مسئول: مصطفی حسن اصفهانی

رایانامه: [mostafa7h.esfahani7@yahoo.com](mailto:mostafa7h.esfahani7@yahoo.com)

نشان می‌دهند این اختلال، رابطه معناداری با احساس خشم دارد (ژنگ، وو، وانگ، آتیوکی، چن و همکاران<sup>12</sup>، ۲۰۲۱؛ یالکین<sup>13</sup>، ۲۰۲۰). پژوهش ترسکاوچ، فارنو و بن<sup>14</sup> (۲۰۲۱) نشان داد افسردگی با احساس خشم واریانس مشترک دارد و این دو متغیر بر یکدیگر تاثیر مثبت دارند. در ایران گزارش‌هایی وجود دارد مبنی بر اینکه خشم می‌تواند نقشی واسطه‌ای در تعیین اختلال افسردگی داشته باشد و این گزارش بر خلاف پژوهش‌های قبلی است که حکایت از تاثیر مستقیم احساس خشم بر افسردگی دارد (بشارت، رئیسی و فرهمند، ۱۳۹۹).

پدیده ترومای کودکی یکی دیگر از مهمترین عوامل روان شناختی است که می‌تواند تاثیر بسزایی در ایجاد افسردگی داشته باشد (هرت و ایوان<sup>15</sup>، ۲۰۲۰؛ محمودی، ۱۳۹۷). ترومای کودکی معمولاً با سوء استفاده‌های جنسی و جسمی، قرار گرفتن کودکان در شرایط فشار روحی و روانی و حتی بی‌مهری مراقب اصلی می‌تواند ایجاد شود (دی آندرا، فرد، استالباک، اسپینازولا و همکاران<sup>16</sup>، ۲۰۱۲). تخمین زده می‌شود در سرتاسر جهان از هر چهار دختر یک نفر و از هر پنج پسر یک نفر مورد آزار جسمی قرار می‌گیرد (سازمان ملل<sup>17</sup>، ۲۰۰۶، به نقل از دی آندرا و همکاران، ۲۰۱۲).

پدیده CT یا ترومای کودکی<sup>18</sup> از جمله مواردی است که می‌تواند بر روی اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی تاثیر گذار باشد (کازمینس کیت، پنینسک، هارملن، ال زینگا و همکاران<sup>19</sup>، ۲۰۲۱). در جدیدترین پژوهشی که در سال ۲۰۲۱ در کشور چین انجام شد، افرادی که دارای MDD یا اختلال افسردگی اساسی<sup>20</sup> بودند، ترومای کودکی متوسط تا شدید را گزارش کردند. (فن، لیو، ژیا، لی و همکاران<sup>21</sup>، ۲۰۲۱). در پژوهش دیگری که در سال ۲۰۲۱ انجام شد مشخص شد افرادی که دچار ترومای کودکی شده بودند هیپوکامپ کوچکتر از متوسط داشتند و بیشتر به اختلالات روانی از جمله افسردگی مبتلا می‌شدند. (ریت چی، کریر، گرگوریو همکاران<sup>22</sup>، ۲۰۲۱). سوء استفاده‌های عاطفی و جنسی در کودکان که معمولاً به عنوان ترومای کودکی شناخته می‌شوند با افسردگی رابطه مستقیم دارند (برتول، سبری و کالسوو<sup>23</sup>، ۲۰۲۰).

در پژوهش‌های پیشین مشخص شده است که افراد افسرده دارای خشمی فرو خورده هستند که این احساس خشم بیشتر معطوف به خود آن‌ها می‌باشد. یافته‌ها از رابطه خشم و افسردگی حمایت می‌کردند اما در گزارش‌های بشارت (۱۳۹۹)، نقش واسطه‌ای برای خشم در نظر گرفته شد. از سوی دیگر کمبود پژوهش‌هایی که به صورت همزمان رابطه خشم و ترومای کودکی بر میزان افسردگی را بررسی کنند کاملاً مشهود است. به همین دلیل

هرساله در بین جمعیت بزرگسالان تقریباً ۶/۷ درصد افراد تشخیص بالینی افسردگی می‌گیرند و این درحالی است که احتمال مبتلا شدن زنان ۷۰ درصد بیشتر از مردان است و این امر اشاره به تفاوت‌های جنسیتی دارد (هالچین و ویتبورن<sup>1</sup>، ۲۰۱۴، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۸). افسردگی می‌تواند به صورت گسترده باعث ایجاد تغییراتی در بدن از جمله بر هم خوردن سیکل خواب و ایجاد تغییراتی در محور هیپوتالاموس و هیپوفیز و غده آدرنال<sup>2</sup> شود (دات و فانکن<sup>3</sup>، ۲۰۱۹). افسردگی تغییراتی در ناقل‌های عصبی مغز مانند سروتونین و اپی نفرین که نقش بسزایی در تعیین خلق و خوی افراد دارند، ایجاد می‌کند (لیو، ژاو و گوآ<sup>4</sup>، ۲۰۱۸؛ هری و دومان<sup>5</sup>، ۲۰۲۰).

جدیدترین تحقیقات در سال ۲۰۲۱ در ایران نشان داد شیوع افسردگی به شدت رو به افزایش است، به طوری که میزان شیوع آن در بین دختران ۴۲/۲ درصد و در بین مردان ۲۹/۶ درصد می‌باشد. در این میان میزان شیوع افسردگی خفیف ۲۰/۳ درصد، افسردگی متوسط ۱۵ درصد، افسردگی شدید ۱۴/۵ درصد و افسردگی عمیق ۴/۳ اعلام شده است (محمودی، کریمی، ارغوان، شکری و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس گزارش‌های سال ۲۰۱۷ کشور پرتغال، افسردگی در بین افراد مسن پرتغالی ۱۱/۸ درصد گزارش شده است و سالمندان دارای افسردگی، با احتمال بیشتری از سطوح ناتوانی برخوردار بودند (سوسا رودریگو، گرگوری، برانکو و همکاران<sup>6</sup>، ۲۰۱۷). به همین دلیل افسردگی به عقیده برخی از روانشناسان و روان‌پزشکان مهمترین چالش قرن ۲۱ و زندگی مدرنیته محسوب می‌شود.

از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر افسردگی عوامل روانشناختی است (مارکوس، مونتیرو، کاناوارو و فونسکا<sup>7</sup>، ۲۰۱۸). خشم به عنوان یکی از عوامل روان شناختی مهم می‌تواند بر روی اختلال افسردگی تاثیر گذار باشد (ژنگ، وانگ، آتیوکی و چن<sup>8</sup>، ۲۰۲۱). فروید (۱۹۱۷) درباره خشم چنین اظهار داشت که هرگاه فرد موضوع خود را از دست بدهد، موضوع از دست رفته را درونی سازی می‌کند و این درونی سازی پیامدهای دوگانه ایجاد می‌کند که از سویی عمل مرگ را تسهیل می‌کند و پیامد دوم آن هدفی جایگزین برای خشونت به سمت موضوع از دست رفته است (ریبرو، ریبرو و وندولینگر<sup>9</sup>، ۲۰۱۸). خشم یک هیجان فطری است که می‌تواند یک واکنش به انتظارات برآورده نشده فرد و یا ناکامی در ارضا تمایلات باشد (ان جی، سارنسن، ژنگ و یم<sup>10</sup>، ۲۰۱۹). عصبانیت تجربه احساسی است که فرد پیامدی منفی را تجربه می‌کند که شخص دیگری مسئول آن بوده است (زیتک و جردن<sup>11</sup>، ۲۰۲۱). پژوهش‌هایی که بر روی افراد افسرده انجام شده‌اند

13. YALÇIN
14. Tarescavage, Fomer & Ben-Porath
15. Herts & Evans
16. D'Andrea, Ford, Stolbach & Spinazzola,
17. United Nations
18. Childhood Trauma
19. Kuzminskaite, Penninx, van Harmelen & Elzinga
20. Major depression disorder (MDD)
21. Fan, Liu, Xia & Li
22. Ritchie, Carrière, Gregory, & Watermeyer
23. Bertule, Sebre & Kolesovs

1. Halgin & Whitburn
2. HPA
3. Daut & Fonken
4. Liu, Zhao & Guo
5. Hare & Duman,
6. Sousa, Rodrigues, Gregório, & Branco
7. Marques, Monteiro, Canavarro & Fonseca
8. Zheng, Wu, Wang, & Ngoubene-Atioky
9. Ribeiro, Ribeiro & von Doellinger
10. Ng, Sorensen, Zhang & Yim
11. Zitek & Jordan
12. Zheng, Wu, Wang & Ngoubene-Atioky,

این پژوهش درصدد پاسخگویی به این مسئله است که آیا احساس خشم و ترومای کودکی با میزان افسردگی ارتباط دارد؟

## روش

در این پژوهش از روش پس رویدادی و با بهره‌گیری از طرح‌های همبستگی استفاده شد. تمامی افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. با توجه به فرمول کوکران برای نمونه و برای تعمیم دهی بهتر به افراد شهر بزرگی چون تهران، نمونه‌ای به تعداد ۷۴۵ نفر انتخاب کردیم که با توجه به محدودیت‌های کرونایی در دوران انجام این پژوهش، افراد با روش نمونه‌گیری داوطلبانه و با داشتن رضایت آگاهانه، توسط لینکی به سوالات پژوهش در قالب پرسشنامه اینترنتی پاسخ دادند. از نظر جنسیت ۴۹۱ نفر (۶۵/۹٪) زن و ۲۵۴ نفر (۳۴/۱٪) مرد بودند که از این تعداد ۳۸۷ نفر (۵۱/۹٪) مجرد و ۳۵۸ نفر (۴۸/۱٪) متاهل بودند.

## ابزارها

**مقیاس افسردگی ۱۳-بک:** این پرسشنامه ۱۳ سوال دارد و هر سوال بیان‌کننده حالتی از افسردگی است. هر گزاره یک مقیاس چهارگویه‌ایست که از ۰ تا ۳ مرتب شده است. بیشترین و کمترین نمره دریافتی به ترتیب ۳۹ و صفر است. پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (۱۳-BDI) برای اندازه‌گیری در زمینه‌های مختلف نشانه‌شناسی افسردگی مانند نشانه‌های عاطفی (هیجانی)، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژی (جسمانی یا بدنی) تدوین شده است (رجبی، ۱۳۸۴). تدوین فرم (۱۳ سوالی) بر اساس مطالعه فرم اصلی افسردگی بک (BDI) که یک ابزار ۲۱ ماده‌ای برای ارزیابی کیفی شدت افسردگی هست انجام شده است. فرم کوتاه ۱۳ سوالی افسردگی بک (BDI-۱۳) در جامعه بزرگسالان معمولی (بک، ۱۹۶۷)، در جامعه دانشجویی (گولد<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲؛ منصور و دادستان، ۱۳۶۸) و در گروه آزمودنی‌های نگهداری با متادون (رینولدز<sup>۳</sup> و گولد، ۱۹۸۱) اعتبار یابی شده است (رجبی، ۱۳۸۴). در پژوهش رجبی (۱۳۸۴) پایایی پرسشنامه فرم کوتاه ۱۳ سوالی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و به روش تنصیف ۰/۸۲ بدست آمد. لایت فوت و الیور<sup>۴</sup> (۱۹۸۵)، ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-۱۳) را ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی را به فاصله دو هفته ۰/۹۰ گزارش کردند. رینولدز و گولد (۱۹۸۱) جهت تعیین روایی (اعتبار) فرم کوتاه ۱۳ سوالی، همبستگی بین فرم اصلی و کوتاه را ۰/۹۳ گزارش کردند. بک، ریال و ریکرز<sup>۵</sup> (۱۹۷۴)، همبستگی بین فرم ۲۱ سوالی و فرم کوتاه ۱۳ سوالی را ۰/۸۹ تا ۰/۹۷ بیان کردند و نشان دادند که جانشین قابل قبولی برای فرم بلند است. ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۷۴۵ نفر برای این پرسشنامه مقدار ۰/۹۰ بدست آمد که قابل قبول بود.

**مقیاس ترومای کودکی:** پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) توسط برنستاین، استین، نیوکامب، واکر و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۳)، برای سنجش ترومای دوران کودکی ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای

آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوء استفاده و غفلت دوران کودکی است که برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل استفاده است. CTQ پنج نوع بد رفتاری دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، و غفلت عاطفی و جسمی. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). ابراهیمی، دژکام و ثقه‌السلام، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۷۴۵ نفر برای این پرسشنامه مقدار ۰/۹۱ بدست آمد که قابل قبول بود. گزارش آلفای پژوهش برای مولفه‌های سوء استفاده عاطفی مقدار ۰/۷۷۹، برای سوء استفاده فیزیکی ۰/۸۰۳، برای سوء استفاده جنسی ۰/۹۱۴، غفلت عاطفی ۰/۸۶۳ و برای غفلت جسمی مقدار ۰/۶۳۴ بدست آمد لازم به ذکر است که مقدار آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه ۰/۹۱۹ بدست آمد.

**مقیاس احساس خشم نواکو:** این پرسشنامه توسط نواکو<sup>۷</sup> در سال ۱۹۸۶ ساخته شده، شامل ۲۵ ماده است. نمره گذاری برای هر یک از چهار گزینه (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، همیشه)، به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته شده است به جز ماده ۱۸ که بار عاملی منفی دارد و معکوس می‌شود. افرادی که نمره بالاتر از میانگین کسب می‌کنند، پرخاشگری زیاد و افرادی که نمره‌های آنان کمتر از میانگین است، پرخاشگری کم خواهند داشت. این پرسشنامه در لس آنجلس در گروه‌های سنی مختلف از ۹ تا ۸۴ ساله بر روی ۱۵۴۶ نفر بدون در نظر گرفتن جنسیت اجرا شده، پایایی آن برابر ۰/۹۶ و روایی آن برابر ۰/۸۶ محاسبه شده است (نواکو، ۱۹۹۸). گزارش آلفای کلی برای این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۹۱۷ بدست آمد.

## نتایج

یافته‌های جمعیت‌شناسی نشان داد از نظر جنسیت ۴۹۱ نفر (۶۵/۹٪) زن و ۲۵۴ نفر (۳۴/۱٪) مرد بودند که از این تعداد ۳۸۷ نفر (۵۱/۹٪) مجرد و ۳۵۸ نفر (۴۸/۱٪) متاهل بودند. از نظر سنی با توجه به میانگین سنی ۳۴/۸ سال، ۲۶۷ نفر (۳۵/۸٪) در رده سنی ۱۸-۲۸ سال، ۲۵۱ نفر (۳۳/۷٪) ۲۹-۳۹ سال، ۱۶۶ نفر (۲۲/۳٪) ۴۰-۵۰ سال، ۴۴ نفر (۵/۹٪) در رده ۵۱-۶۱ سال و ۱۷ نفر (۲/۳٪) بین ۶۲ تا ۷۲ سال قرار داشتند. از نظر تحصیلات ۱۸۵ نفر (۲۴/۸٪) دیپلم و زیر دیپلم، ۲۹۳ نفر (۳۹/۳٪) لیسانس، ۲۶۷ نفر (۳۵/۸٪) فوق لیسانس و بالاتر بودند. جهت بررسی تفاوت بین جنسیت و وضعیت تأهل در نمرات افسردگی پاسخ‌دهندگان از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد با ۹۹ درصد اطمینان ( $P \geq 0/01$ ) تفاوت

5. Beck, Rial & Rickles

6. Bernstein, Stein, Newcomb & Walker

7. Novaco,

1. Beck

2. Gould,

3. Reynolds,

4. Lightfoot & Oliver

معناداری از نظر جنسیت ( $P=0/327$ ) و وضعیت تأهل ( $P=0/431$ ) در متغیر افسردگی وجود ندارد.

پس از بررسی یافته‌های جمعیت شناختی در جدول ۱ شاخصه‌های توصیفی «میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی» متغیرهای پژوهش گزارش شد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
سوءاستفاده جنسی	۸/۵۰	۳/۸۹	۰/۵۳	۰/۶۱
سوءاستفاده جسمی	۶/۷۲	۳/۰۰	۰/۰۳	۰/۴۲
سوءاستفاده عاطفی	۷/۴۰	۳/۸۵	۰/۴۳	۰/۶۱
غفلت عاطفی	۱۱/۴۷	۴/۸۹	۰/۶۵	-۰/۳۵
غفلت جسمی	۸/۰۹	۳/۱۸	۰/۳۰	۰/۶۷
نمره کل تروما	۴۹/۷۱	۱۶/۱۴	-۰/۲۸	۰/۷۶
افسردگی	۶/۵۹	۶/۸۵	۰/۵۱	۰/۵۵
خشم	۵۹/۰۲	۱۲/۵۹	۰/۲۵	۰/۲۰

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شد کلیه مؤلفه‌های پژوهش دارای کجی و کشیدگی  $\pm 1$  بودند. جهت بررسی مقادیر پرت چند متغیره نیز از آماره فواصل مهالانویس استفاده شد. این آماره فاصله چند متغیره بین هر فرد و میانگین چند متغیری گروه را اندازه‌گیری می‌کند، هر مورد با استفاده از توزیع مجذور خی با سطح آلفای دقیق  $0/001$  ارزیابی می‌شود. مواردی را که به این آستانه می‌رسند را می‌توان به عنوان مقادیر پرت چند متغیره در نظر گرفت. مقدار بحرانی خی دو با ۵ درجه آزادی (تعداد مؤلفه‌های ترومای دوران کودکی) در سطح  $0/001$  برابر با  $20/515$  بود و هیچ‌کدام از مقادیر از این حد تجاوز نکرده بود و مقادیر مشاهده شده کمتر از مقدار بحرانی بودند. مفروضه استقلال خطاها نیز با استفاده از آماره دوربین واتسون بررسی شد. نتایج نشان داد مقدار این آماره برابر با  $1/951$  گزارش شده است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین خطاهای مدل همبستگی وجود ندارد و خطاها مستقل از یکدیگر هستند. مفروضه هم خطی چندگانه نیز با استفاده از آماره‌های (VIF) و (Tolerance) بررسی شدند و در نتیجه همبستگی چندگانه خطی بین متغیرهای مستقل یافت نشد (مقادیر Tolerance  $0/01$  یا کمتر و مقادیر VIF بزرگ‌تر از  $10$  نشان‌دهنده همخطی چندگانه است). پس از بررسی آمار توصیفی و مفروضه‌های موردنیاز، از روش‌های آماری رگرسیون چندگانه و روش همبستگی جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

جدول ۲: خلاصه مدل رگرسیونی و ضرایب استاندارد شده

متغیر	R	R2	F	خطای استاندارد	$\beta$	معناداری
سوء استفاده جنسی	۵۱	۰/۲۶۸	۵۴/۲۱۹ df(۷۳۹و۵) ( $P \leq 0/01$ )	۰/۰۸۳	۰/۳۴۱	۰/۰۰۱
سوء استفاده جسمی	۰/۸			۰/۱۰۱	-۰/۱۰۶	۰/۹۰۱
سوء استفاده ده				۰/۰۶۶	۰/۰۸۴	۰/۰۲۴
عاطفی				۰/۰۶۱	۰/۱۷۶	۰/۰۰۱
غفلت عاطفی				۰/۰۹۲	۰/۰۲۰	۰/۶۴۸
غفلت جسمی						

با توجه به نتایج جدول ۲ مربوط به خلاصه مدل رگرسیونی می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های ترومای دوران کودکی روی هم‌رفته به مقدار  $26/8$  درصد از تغییرات افسردگی در افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران را پیش‌بینی می‌کند. همچنین ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد، سوءاستفاده جنسی با  $(\beta=0/341)$ ؛ سوءاستفاده عاطفی  $(\beta=0/176)$  و غفلت عاطفی  $(\beta=0/131)$  با  $95\%$  اطمینان رابطه معناداری ( $p \leq 0/05$ ) با افسردگی در افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران دارد.

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیونی و ضرایب استاندارد شده

متغیر	R	R2	B (استاندارد نشده)	خطای استاندارد	$\beta$	معناداری
احساس خشم	۰/۵۹۵	۰/۳۵۴	۱۳۵/۶۱۰ df(۷۴۱و۳) ( $P \leq 0/01$ )	۰/۰۹۵	۰/۱۲۲	۰/۰۰۱
تفکر خشم				۰/۰۸۱	۰/۴۶۱	۰/۰۰۱
رفتار خشم				۰/۰۵۱	۰/۱۳۱	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۳ مربوط به خلاصه مدل رگرسیونی می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های خشم روی هم‌رفته به مقدار  $35/4$  درصد از تغییرات افسردگی در افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران را پیش‌بینی می‌کند. همچنین ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد، احساس خشم با  $(\beta=0/122)$ ؛ تفکر خشم  $(\beta=0/461)$  و رفتار خشم  $(\beta=0/131)$  با  $95\%$  اطمینان رابطه معناداری ( $p \leq 0/05$ ) با افسردگی در افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهد میان افسردگی و ابعاد ترومای دوران کودکی که شامل سوء استفاده جنسی، سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی رابطه معنادار وجود دارد. به گونه‌ای که در میان ابعاد ترومای کودکی، سوء استفاده جنسی<sup>۱</sup>، سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی با ۹۵٪ اطمینان می‌توانند پیش بینی کننده خوبی برای افسردگی باشند. بنابراین یافته‌ها همسو با یافته‌های هرت و ایوان (۲۰۲۰) و فن و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر تاثیر ترومای کودکی بر شدت افسردگی است. این یافته‌ها مهر تاییدی است بر فرضیه‌های بنیادی روان پویایی مبنی بر اینکه آسیب‌های دوران کودکی بر آسیب روان‌شناختی تاثیر دارند. هسته اصلی اختلال افسردگی در دوران بزرگسالی، آسیب‌های روان‌شناختی دوران کودکی و یا پدیده CT می‌باشد. سوء استفاده جنسی با بتای ۰/۳۴۱ بیشترین رابطه را با اختلال افسردگی دارد که همسو با یافته‌های فلورس و همکاران (۲۰۱۸)، مبنی بر رابطه سوء استفاده جنسی و افسردگی است. ترومای کودکی می‌تواند با سوء استفاده‌های جنسی، جسمی، عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی، حتی به وسیله بی‌مهری و نادیده گرفته شدن از سوی مراقب اصلی می‌تواند رخ دهد (محمودی، ۱۳۹۸). آسیب‌های دوران کودکی تاثیرات مهلکی بر سلامت روان در بزرگسالی دارند. غفلت عاطفی و یا بی‌محبی مراقب اصلی (مادر) از آسیب‌های مهلک دوران کودکی است که در تبیین بسیاری از اختلالات از جمله افسردگی و اضطراب می‌تواند دخیل باشد. این تبیین با پژوهش محمودی (۱۳۹۸) مبنی بر اینکه بی‌مهری و غفلت عاطفی و بی‌توجهی به کودک به عنوان ترومای دوران کودکی شناخته می‌شود همسو است. پدیده CT در کودکی هرچه شدیدتر باشد، سلامت روان در بزرگسالی به همان اندازه بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرد و فرد در بزرگسالی با احتمال بیشتری به اختلالاتی مانند افسردگی مبتلا می‌شود. این تبیین با فن و همکاران (۲۰۲۱)، مبنی بر اینکه افراد مبتلا به افسردگی حاد دارای ترومای متوسط تا شدیدی در دوران کودکی بودند، همسو است. این پژوهش تاثیرات مشهود دوران کودکی بر بزرگسالی را ثابت می‌کند و نشان می‌دهد بسیاری از افرادی که در دوران خردسالی ترومای کودکی را تجربه کردند در بزرگسالی احتمالاً دچار افسردگی خواهند شد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در خانواده‌هایی که سرد، منزوی و طرد کننده هستند، نیازهای شخص برای مراقبت، امنیت، توجه، محبت، همدلی، بیان احساسات، پذیرش و احترام در دوره کودکی توسط والدین یا مراقب ارضاء نمی‌شود. این افراد قادر به تشکیل دلبستگی‌های ایمن و رضایت بخش نیستند و در واقع، خانواده‌های سرد و منزوی و بی‌عاطفه، از طریق عدم ارضای همدلی، محبت و حمایت و یا حتی آسیب می‌توانند منجر به شکل‌گیری ترومای کودکی شوند. در خانواده‌هایی که عواطف و نیازهای فیزیکی فرد نادیده گرفته می‌شود فرد احساس ناقص، بد، حقیر یا بی‌ارزشی می‌کند و مستعد اختلال افسردگی می‌گردد و فرد را به دنیای درون خود می‌کشاند.

در نظر فریود احساس خشم در افسردگی به دلیل از دست دادن خیالی یا واقعی فردی است که بیمار نسبت به او احساسات دوسویه دارد. برای مقابله با فقدان، بیمار جنبه‌ای از آن فرد را درونی می‌کند. با این حال، عصبانیت از آن شخص اکنون به سمت بخشی از خود که با آن فرد همانند سازی شده است، سوق می‌یابد و منجر به انتقاد از خود، سرزنش و افسردگی می‌شود (فریود، ۱۹۱۷، به نقل از بوش، ۲۰۰۹). این پژوهش، همبستگی بالایی بین خشم و اختلال افسردگی نشان می‌دهد و با پژوهش‌های ترسکاوچ، فرنر وین پراس<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) مبنی بر واریانس مشترک خشم و افسردگی همسو است. همچنین مهر تاییدی بر پژوهش‌های ژنگ و همکاران (۲۰۲۱) و ویالکین (۲۰۲۰) مبنی بر رابطه معنادار احساس خشم و افسردگی می‌باشد. نتایج همچنین با یافته‌های عبدالمنافی و بشارت (۱۳۹۲) که به رابطه احساس خشم و اختلال افسردگی پرداختند کاملاً همسو می‌باشد. در این پژوهش نتیجه‌ای مبنی بر واسطه‌ای بودن نقش خشم پیدا نشد به همین دلیل نتایج پژوهش حاضر در تعارض با یافته‌های پژوهش بشارت، رئیس و فرهمند (۱۳۹۹) که به نقش واسطه‌ای خشم در رابطه با افسردگی و آسیب‌های دلبستگی پرداخته‌اند می‌باشد.

در ادامه‌ی یافته‌های این پژوهش مولفه تفکر خشم با بتای ۰/۴۶۱، رفتار خشم با بتای ۰/۱۳۱ و احساس خشم با بتای ۰/۱۲۲ به ترتیب بیشترین رابطه را با میزان افسردگی داشتند. این یافته نتایج پژوهش ناکانجاکو، سماکولا و توری<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) را که مبنی بر رابطه خشم و تروما با میزان افسردگی در نوجوانان بود را تایید می‌کند و همچنین با یافته‌های بشارت و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر رابطه احساس خشم و افسردگی کاملاً همسو می‌باشد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که فردی که خود احساس خشم می‌کند این احساس خشم می‌تواند منجر به افسردگی خود فرد شود و این موضوع کاملاً با نظریه روان‌پویایی همسوست. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تفکر پرخاشگری و رفتار آن به ترتیب دارای بیشترین رابطه با میزان افسردگی است و این مسئله با یافته‌های وانگ و بردرز (۲۰۱۸) مبنی بر رابطه رفتار پرخاشگری، تفکر خشم با افسردگی است و شاید بتوان این طور استنباط کرد تفکر پرخاشگری با رفتار پرخاشگری همراه است که در نهایت می‌تواند منجر به افسردگی شود.

نتایج را می‌توان در دو سطح نظری و عملی بررسی کرد. این پژوهش در سطح نظری، علت خشم در افراد افسرده و همچنین تاثیر دوران کودکی در ابتلا به افسردگی در بزرگسالی را تبیین می‌کند. یافته‌های این پژوهش موجب گسترش علم در حیطه روان‌شناختی و آسیب‌شناسی اختلال افسردگی می‌شود. این نتایج همچنین مفروضه‌های اصلی رویکرد روانکاوی و روان‌پویایی را مبنی بر تاثیر خشم در افسردگی را تقویت می‌کند. با توجه به تایید نقش خشم فروخورده در افسردگی و همچنین ارتباط این اختلال با وجود تروما در دوران کودکی، کاربرد نتایج این پژوهش در سطح عملیاتی و بالینی را می‌توان با توجه به مفروضات رویکردهای مختلف، در روان‌درمانی‌هایی همچون روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت و درمان‌های

3. Nakanjako, S., Ssemakula, M., &amp; Turi, A.

1. Sexual abuse  
2. Tarescavage, Forner & Ben-Porath

هیجان‌مدار به کار گرفت و از نتایج این پژوهش در درمان افراد افسرده بهره برد.

در این پژوهش افراد شرکت کننده افراد عادی و غیر بالینی جامعه بودند. با وجود اینکه نمونه این پژوهش شامل ۷۴۵ نفر از افراد شهر تهران بودند که نمونه قابل قبولی است، اما باید در تعمیم نتایج کمی احتیاط انجام داد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روابط موضوعی افراد از جمله دل‌بستگی اشاره کرد که با توجه به پژوهش‌های پیشین می‌تواند در تبیین این اختلال دلالت داشته باشد و از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مشخص نبودن رابطه بین خشم و تروما اشاره کرد و به پژوهشگران برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود رابطه بین دو متغیر خشم و ترومای کودکی را با توجه به روابط موضوعی افراد به خصوص سبک دل‌بستگی مد نظر قرار دهند.

### تقدیر و تشکر

از همه داوطلبین و تمامی عزیزانی که به هر نحوی ما را در این پژوهش یاری رساندند صمیمانه کمال تشکر را داریم.

### منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام محمود، و ثقیلاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹ (۴): ۲۸۲-۲۷۵.
- بشارت، محمدعلی، ریسی، فاطمه، و فرهمند، هادی. (۱۳۹۹). آسیب‌های دل‌بستگی و افسردگی: نقش واسطه‌ای احساس خشم، *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۶ (۲)، ۲۵-۴۰.
- عبدالمنافی، عاطفه، و بشارت، محمد علی. (۱۳۹۲). بررسی نقش واسطه‌ای نشخوار خشم در رابطه خشم با افسردگی در بیماران افسرده با کانون کنترل بیرونی، *نشریه بین المللی علوم رفتاری*، ۷ (۲)، ۱۷۳.
- رجبی، غلامرضا (۱۳۸۴). ویژگی‌های روان‌سنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-۱۳). *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱، ۴، ۲۹۸-۲۹۱.
- منصور، محمود و دادستان، پریخ (۱۳۶۸). بیماری‌های روانی. تهران: انتشارات ژرف.
- محمودی، طیبه. (۱۳۹۸). نقش تنظیم هیجان، ترومای دوران کودکی، افسردگی و چاقی در پیش‌بینی اختلال پرخوری، *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۴ (۵۴)، ۳۱.
- هالچین، ریچارد پی. و ویتبورن، سوزان کراس. (۱۳۹۸). آسیب‌شناسی روانی دیدگاه‌های بالینی درباره‌ی اختلالات. (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: روان. (۲۰۱۴).

- Abdolmanafi, A., & Besharat, M. (2013) The Moderating Role of the Locus of Control in the Relationship between Anger Rumination and Depression in Patients with Major Depression Disorder. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 3(12), 115.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspect*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Rial, W. Y., & Rickles, K. (1974). Short form of depression inventory: Cross-validation. *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 169-190.
- Bertule, M., Sebre, S. B., & Kolesovs, A. (2021). Childhood abuse experiences, depression and dissociation symptoms in relation to suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1-17.
- Besharat, M., Reeisi, F., Farahmand, H. (2021). The relationship between attachment pathologies and depression: Mediating role of anger feeling. *Quarterly Journal of Psychological Studies*; 16(2), 25-40.
- Busch, F. N. (2009). Anger and depression. *Advances in psychiatric treatment*, 15(4), 271-278.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187.
- Daut, R. A., & Fonken, L. K. (2019). Circadian regulation of depression: A role for serotonin. *Frontiers in neuroendocrinology*, 54, 100746.
- Ebrahimi, H., Dejkam, M., Seghatoleslam., T. (2014). Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. *Iranian journal of psychtrich and psychology*, 19(4), 275-282.
- Fan, J., Liu, W., Xia, J., Li, S., Gao, F., Zhu, J., ... & Zhu, X. (2021). Childhood trauma is associated with elevated anhedonia and altered core reward circuitry in major depression patients and controls. *Human Brain Mapping*, 42(2), 286-297.
- Flores, R. J., Campo-Arias, A., Stimpson, J. P., Chalela, C. M., & Reyes-Ortiz, C. A. (2018). The association between past sexual abuse and depression in older adults from Colombia. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 31(1), 13-18.
- Gould, J. (1982). A Psychometric investigation of the standard and long form Beck Depression Inventory. *Psychological Reports*, 51, 1167-1170.
- Halgin, R.P., Whitburn, S. C. (2014). *Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*. 7<sup>th</sup> ed. [Y. Seyed mohamadi, trans]. Tehran: Ravan.
- Hare, B. D., & Duman, R. S. (2020). Prefrontal cortex circuits in depression and anxiety: contribution of discrete neuronal populations and target regions. *Molecular psychiatry*, 25(11), 2742-2758.
- Herts, K. L., & Evans, S. (2021). Schema Therapy for Chronic Depression Associated with Childhood Trauma: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 1534650120954275.

- Kuzminskaite E, Penninx BW, van Harmelen AL, Elzinga BM, Hovens JG, Vinkers C. (2021). Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: an integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of affective disorders*, 283, 179-191.
- Kuzminskaite, E., Penninx, B.W., van Harmelen, A.L., Elzinga, B.M., Hovens, J. G, Vinkers, C. (2021). Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: an integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of affective disorders*, 283, 179-191.
- Lightfoot, S. L., & Oliver, J. M. (1985). The Beck Inventory: Psychometric properties in university students. *Journal of Personality Assessment*, 49, 434-436.
- Liu, Y., Zhao, J., & Guo, W. (2018). Emotional roles of monoaminergic neurotransmitters in major depressive disorder and anxiety disorders. *Frontiers in psychology*, 9, 2201.
- Mahmodi, m. (2019). Role of emotion regulation, childhood trauma, depression and obesity in predicting binge eating disorder. *Modern psychological research*, 14(54), 31.
- Mahmudi, L., Karimi, P., Arghavan, F. S., Shokri, M., Badfar, G., Kazemi, F., & Azami, M. (2021). The prevalence of depression in Iranian children: a systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 102579.
- Mansour, M., Dadsetan, p. (1989). mental illnesses. Tehran: Zharf.
- Marques, R., Monteiro, F., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *Journal of affective disorders*, 238, 39-46.
- Nakanjako, S., Ssemakula, M., & Turi, A. M. (2018). *Trauma, anger and depression among adolescents* (Doctoral dissertation, Makerere University).
- Ng, T. W., Sorensen, K. L., Zhang, Y., & Yim, F. H. (2019). Anger, anxiety, depression, and negative affect: Convergent or divergent? *Journal of Vocational Behavior*, 110, 186-202.
- Novaco, R.W. (1998). Anger and Trauma: conceptualization, Assessment and Treatment. New York: Springer-Verlag.
- Novaco, R.W., & Jarvis, k.L. (2002). Handbook of brief cognitive behavior therapy. New York: Springer.
- Rajabi, G. (2006). Psychometric Properties of Beck Depression Inventory. *Developmental Psychology*, 1(4), 291.
- Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A Psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306-307.
- Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., & von Doellinger, O. (2018). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(1), 105-109.
- Ritchie, K., Carrière, I., Gregory, S., Watermeyer, T., Danso, S., Su, L., ... & T O'Brien, J. (2021). Trauma and depressive symptomatology in middle-aged persons at high risk of dementia: the PREVENT Dementia Study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 92(1), 16-21.
- Sousa, R. D. D., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. D. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., & Dias, S. S. (2017). Anxiety and depression in the Portuguese older adults: prevalence and associated factors. *Frontiers in Medicine*, 4, 196.
- Tarescavage, A. M., Forner, E. H., & Ben-Porath, Y. (2021). Construct Validity of DSM-5 Level 2 Assessments (PROMIS Depression, Anxiety, and Anger): Evidence From the MMPI-2-RF. *Assessment*, 28(3), 788-795.
- Wang, S. B., & Borders, A. (2018). The unique effects of angry and depressive rumination on eating-disorder psychopathology and the mediating role of impulsivity. *Eating behaviors*, 29, 41-47.
- YALÇIN, Ç. (2020). Emotional Awareness, Anger and Depression in Abused Adolescents. *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 230-239.
- Zheng, F., Wu, W., Wang, L., Ngoubene-Atioky, A. J., & Chen, L. (2021). Childhood trauma and suicidal ideation among Chinese female prisoners: The mediating roles of negative emotions and social support. *Personality and Individual Differences*, 168, 110405
- Zitek, E. M., & Jordan, A. H. (2021). Individuals higher in psychological entitlement respond to bad luck with anger. *Personality and Individual Differences*, 168, 110306.