DOI: *10.29252/rbs.19.1.116*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 1

The Relationship between Trauma and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Fear of Happiness and Alexithymia

Ali Soleimani[1], Arezou Lashkari[2], Yeghane Torabi[3]

1. (Corresponding author)* Associate professor, Department of Psychology, Science and Culture University, Tehran Iran.
2. PhD. candidate of clinical psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3. Bachelor of psychology, Science and Culture University, Tehran Iran.

Abstract

Aim and Background: Psychological well-being consists of autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relations with others, and purpose in life, and self-acceptance. Numerous factors especially childhood trauma and psychological well-being. Besides this relationship does not seem direct and is influenced by other variables such as fear of happiness and alexithymia. The aim of this research was assessing the mediating role of fear of happiness and alexithymia in relation to trauma and psychological well-being.

Methods and Materials: In a descriptive—correlation study, a sample of 262 students from Alborz and Science and Culture Universities were selected by convenience sampling. Participants answered the battery of questionnaires including psychological well-being, fear of happiness scale (FHS), Toronto alexithymia scale (TAS), childhood traumatic Questionnaire (CTQ). Data were analyses using Structural Equation Modeling (SEM) by LISREL 8.85 software. For evaluating the descriptive statistics SPSS 24 was used as well.

Findings: The analyses revealed that hypothetical model fit the measurement model (RMSEA= 0.55, CFI= 0.92, X2/df= 2.588). The results of the analysis showed that childhood trauma by mediating roles of alexithymia and fear of happiness were able to predict the psychological well- being, so that fear of happiness and alexithymia predicted psychological well-being positively and indirectly**.**

Conclusion: Based on the study, it can be concluded that fear of happiness and alexithymia are mediating the relation of childhood trauma and psychological well-being. Consisting this effect can be useful for improving individual well-being and also can be effective for intervention of childhood traumas.

Keywords: Alexithymia, trauma, fear of happiness, psychological well-being.

Citation: Soleimani A, Lashkari A, Torabi Y. **The Relationship between Trauma and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Fear of Happiness and Alexithymia.** Res Behav Sci 2021; 19(1): 116-127.

* **Ali Ssoleimani,**
Email: alisoleimani42@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

ارتباط تروما و بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای ترس از شادی و ناگویی خلقی

علی سلیمانی[۱]، آرزو لشکری[۲]، یگانه ترابی[۳]

۱- (نویسنده مسئول)* استادیار دانشگاه علم و فرهنگ، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۲- کاندیدای دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- کارشناس روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]

[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

چکیده

زمینه و هدف: بهزیستی روان‌شناختی پذیرش خود، استقلال، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. عوامل متعددی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر دارند؛ بنابراین هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای ترس از شادی و ناگویی خلقی در ارتباط با تروما و بهزیستی روان‌شناختی بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی است. برای این منظور ۲۶۲ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های البرز و علم و فرهنگ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های ترس از شادی (FSH)، بهزیستی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی تورنتو (TAS) و تروما دوران کودکی (CTQ) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار LISREL 8.85 انجام شد. همچنین برای برآورد آمار توصیفی از نرم‌افزار SPSS24 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که مدل فرضی با مدل اندازه‌گیری برازش دارد (x^2/df =۲/۵۸۸،CFI =۰/۹۲ ،RMSEA =۰/۰۵۵). نتایج تحلیل نشان دادند که تروما و آسیب دوران کودکی با میانجی‌گری ناگویی خلقی و ترس از شادی قادرند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند، به‌نحوی‌که ناگویی خلقی و ترس از شادی به‌طور مثبت و غیرمستقیم قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بودند.

نتیجه‌گیری: می‌توان بر اساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفت که ترس از شادی و ناگویی هیجانی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و بهزیستی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای دارند. توجه به این مکانیسم تأثیر می‌تواند در بهزیستی افراد و نیز مداخلات مؤثر بر ترومای دوران کودکی مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: ناگویی خلقی، تروما، ترس از شادی، بهزیستی روان‌شناختی.

ارجاع: سلیمانی علی، لشکری آرزو، ترابی یگانه. **ارتباط تروما و بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای ترس از شادی و ناگویی خلقی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۱): ۱۲۷-۱۱۶.

*- **علی سلیمانی،**

رایان نامه: alisoleimani42@yahoo.com

مقدمه

از ازجمله سازه‌های موردمطالعه در روان‌شناسی مثبت نگر، بهزیستی روان‌شناختی است که به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت عمومی در خلال دو دهه گذشته توجه پژوهشگران بسیاری را جلب کرده است (۱). ریف(۲) بهزیستی روان‌شناختی را به‌عنوان احساس سلامتی و تندرستی در نظر می‌گیرد که آگاهی از تمامیت و یکپارچگی همه جنبه‌های وجود است. به عبارتی بهزیستی روان‌شناختی تلاشی برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد تجلی می‌شود(۳, ۴). عوامل مختلفی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر دارند.

یکی از عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی، ترومای دوران کودکی است. شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد حوادث نامطلوب زندگی قادرند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهند. تجربه هرگونه حادثه آسیب‌زا و تروماتیک در هر شکلی (مثل سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمانی و فیزیکی، سوءاستفاده جنسی و...) در دوران کودکی می‌تواند بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار دهد(۵). شاو(۶) ، و استار (۷) نشان دادند که افرادی که سابقه تروما در دوران کودکی خود داشتند در کودکی و نوجوانی از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌بردند. همچنین تجربه تروما در دوران کودکی منجر به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب، منجر شوند (۸). ترومای دوران کودکی ابعاد مختلفی دارد سوءاستفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می‌شود(۹). سوءاستفاده جنسی[1]، به تجربه جنسی برنامه‌ریزی‌شده برای عمل جنسی گفته می‌شود که قبل از ۱۸ سالگی و با خویشاوندان یا یک شخص دیگر که حداقل پنج سال بزرگ‌تر باشد، اتفاق افتد. همچنین سوءاستفاده جنسی شامل مواردی نیز می‌شود که کودک به عمل جنسی، بدون تفاوت سنی ، وادار شود(۱۰). سوءاستفاده جسمی، تجاربی مثل ضربه با مشت یا جسم سخت، لگدزدن، سوزاندن غیر تصادفی، لرزاندن، خفه کردن و قربانی درد فیزیکی عمدی شدن را دربر می‌گیرد(۱۱). سوءاستفاده هیجانی[2] به تجاربی همچون طرد، تحقیر، تهدید، منزوی کردن و یا نادیده گرفتن پاسخ‌های هیجانی گفته می‌شود. غفلت هیجانی به‌عنوان اعمال و غفلت-هایی در نظر گرفته می‌شود که باعث اختلال‌های مزمن ذهنی، هیجانی، شناختی و رفتاری در کودک می‌گردد و غفلت فیزیکی به معنای عدم تأمین کافی نیازهای فیزیکی کودک است(۱۲).

اگرچه رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با عوامل بهزیستی روان‌شناختی به‌خوبی نشان داده‌شده است، باوجوداین، توجه کمی به عوامل واسطه‌ای این رابطه شده است. ترس از شادی و ناگویی هیجانی عواملی هستند که می‌توانند تبیین کنند چگونه تروماهای دوران کودکی منجر به‌سلامت یا مشکلات روان‌شناختی می‌شوند. شادی به سبک نگاه افراد به ابعاد متفاوت زندگی‌شان بستگی دارد. هم‌چنین می‌تواند به‌عنوان تظاهر بهزیستی شخصی که ترکیبی از ارزیابی شخص از حالت‌های هیجانی و رضایت از زندگی است، تعریف شود (۱۳). بااین‌وجود، جستجو برای به حداکثر رساندن لذت همیشه انرژی‌دهنده رفتار انسان نیست. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در خیلی از موارد افراد ترجیح می‌دهند به‌جای هیجان‌های خوشایند، هیجان‌های ناخوشایند را تجربه کنند (۱۴). بسیاری از مردم از هیجان‌های مثبت نظیر احساس امنیت و شادی ترس دارند، زیرا بر این باور هستند که شادی نمی‌تواند پایدار باشد یا در صورت شادی بیشتر، اتفاقات بد در انتظار آن‌ها است(۱۵). ترس از شادی، باور به این اعتقاد است که شادی ممکن است پیامدهای منفی داشته باشد. این ترس به‌عنوان نفرت از تجربه و یا تظاهر شادی به خاطر این باور که شادکامی می‌تواند باعث وقوع چیزهای بد شود، تعریف‌شده است (۱۶). پژوهش‌ها نشان دادند که ترس از شادی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی و با افسردگی رابطه مثبت دارد(۱۷, ۱۸). در حقیقت، ترس از شادی، به‌طورکلی با ترس از کل هیجان‌های مثبت در ارتباط است. به‌عنوان‌مثال، ترس و اجتناب از غمگینی و خشم با ترس از شادی مرتبط است(۱۵).

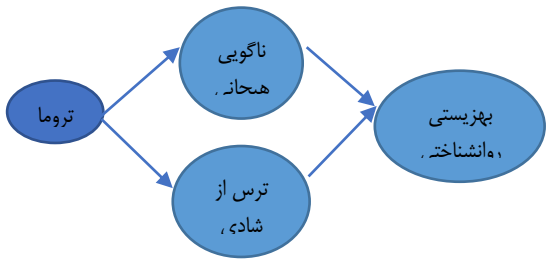
ازجمله متغیرهای مرتبط با ترس از شادی ناگویی هیجانی باشد و به آن دسته از مشکلاتی اطلاق می‌شود که فرد در آن توانایی شناسایی و کنترل و توصیف احساسات و عواطف خود را ندارد. همچنین ناگویی هیجانی به‌دشواری در خود تنظیم‌گری هیجانی و به‌عبارت‌دیگر به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود(۱۹, ۲۰). ناگویی هیجانی یک سازه چندوجهی است و ویژگی‌های اصلی آن ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی و فقر شدید در تفکر نمادین است که آشکارسازی بازخوردها، احساس‌ها، تمایلات و کشاننده‌ها را محدود می‌کند. ناتوانی در به‌کارگیری

1- sexual abuse
2- emotional abuse

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

احساس‌ها یکی از علائم مشکلات هیجانی مانع تفکر انتزاعی و باعث کاهش یادآوری رؤیاها و دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی، حس‌های بدنی ،حالت‌های چهره‌ای خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی می‌شود(۲۰).

پژوهش‌ها عنوان کرده‌اند که ناگویی هیجانی یک عامل مهم خطر برای ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی و هم‌چنین روان‌پزشکی و سایکوتیک باشد(۲۱). بر این نکته اذعان شده است که رخ دادن آسیب‌های تروماتیک در دوره کودکی و بزرگ‌سالی به‌عنوان یک عامل و فاکتور مهم خطرناک برای ناگویی هیجانی توجیه می‌شود(۲۲). همچنین مطالعه زیادنی و همکاران (۲۳) نیز عنوان کرده‌اند که ناگویی هیجانی بالا و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد بااحساس بهزیستی پایین و افسردگی رابطه دارد. به‌عبارت‌دیگر ناتوانی فرد در شناسایی و ابراز هیجانات با مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد تنظیم هیجان مرتبط بوده و این موارد خود موجب عدم رضایت شخص از زندگی و بهزیستی پایین می‌گردد. همچنین ترس از شادی با ناگویی هیجانی (۱۸) و بهزیستی (۱۷) رابطه دارد. به نظر می‌رسد رابطه بین تروما و آسیب دوران کودکی و بهزیستی با توجه به روابط گفته شده مستقیم نباشد و فرض می‌شود ناگویی هیجانی و ترس از شادی بتوانند رابطه بین تروما دوران کودکی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری کنند. تاکنون متغیرهای عنوان‌شده در قالب مد فرضی مطرح‌شده و در ارتباط یا یکدیگر در هیچ پژوهشی مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. بررسی روابط مطرح شده اطلاعات و دانش ما را در زمینه عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روانشناسی که یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت مطرح شده ، ارتقا می‌دهد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای ناگویی خلقی و ترس از شادی در ارتباط با تروما و بهزیستی روان‌شناختی است. با توجه به موارد گفته‌شده مدل فرضی پژوهش به‌صورت زیر می‌باشد.



تصویر ۱. مدل مفهومی فرضیه تحقیق

مواد و روش‌ها

این پژوهش ازنظر هدف از نوع بنیادی و ازلحاظ نحوه جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از نوع همبستگی – توصیفی است. جامعه پژوهش حاضر همه دانشجویان در حال تحصیل سال تحصیلی ۹۸-۹۹ دانشگاه علم و فرهنگ و البرز بودند. حداقل حجم نمونه برای پژوهش حاضر بر اساس شاخص هولتر برابر با ۱۱۰ به دست آمد. همچنین بر اساس کلاین (۲۴) حداقل حجم نمونه برای مدل یابی معادلات ساختاری ۲۰۰ و با در نظر گرفتن ۱۰ نمونه برای هر پارامتر میزان حجم نمونه این پژوهش معادل ۴۳۰ می‌باشد. بنابراین با توجه به موارد گفته‌شده حجم نمونه حاضر ۲۶۳ نفر از دانشجویان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از بین دانشگاه‌های علم و فرهنگ و البرز دانشجویان دانشکده‌های علوم انسانی و فنی مهندسی و حقوق به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و پس از کسب رضایت افراد پرسشنامه‌های پژوهش را پر کردند. افرادی که سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی و نیز کمتر از ۱۸ سال سن داشتند از پژوهش کنار گذاشته شدند. ابزارهای پژوهش به شرح زیر هستند.

مقیاس ناگویی خلقی هیجانی تورنتو (TAS):

نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹) یک آزمون ۲۰ ماده‌ای است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد و یک نمره کل از سه زیر مقیاس به دست می‌آید. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأییدشده است (۲۵, ۲۶) در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو(۲۷). آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ،دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲ ، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانی همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت بافاصله ۴ هفته از برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ تائید شد(۲۷). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۴ بود.

پرسش‌نامه آزار کودکی: این پرسش‌نامه توسط برنشتاین و همکاران (۹) ساخته‌شده است و از ۲۸ آیتم

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

تشکیل‌شده است و زیر مقیاس‌های آن کودک‌آزاری‌های جسمی، جنسی، عاطفی و سو تغذیه و بی‌توجهی و غفلت را در یک طیف ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلاً صحیح نیست) تا ۵ (کاملاً صحیح است) می‌سنجد. سه سؤال این پرسشنامه برای سنجش روایی در نظر گرفته‌شده است. هفت سؤال از پرسشنامه به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل پرسشنامه در بازه ۲۵ تا ۱۲۵ است. برنشتاین و همکاران(۹) مدل پنج عاملی را برای پرسشنامه تائید کرده‌اند. همچنین اعتبار ملاک پرسشنامه نیز مناسب گزارش‌شده است. پایایی پرسشنامه در نمونه‌های مختلف پژوهش کانگراسلو (۲۸) در بازه ۰/۵۰ تا ۰/۹۴ گزارش‌شده است .گروسی و نخایی (۲۹) میزان همسانی درونی و روایی همگرا و واگرای مناسبی را برای پرسشنامه گزارش کرده‌اند. در این پژوهش نیز میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ بود.

پرسش‌نامه ترس از شادی: پرسشنامه ترس از شادی یک مقیاس خود گزارش دهی ۵ آیتمی است که توسط جوشنلو و همکاران تهیه شده است(۳۰). آیتم‌های این پرسشنامه به‌صورت مستقیم و بر اساس طیف لیکرتی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) نمره گزاری می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده ترس از شادی بیشتر در فرد است. این پرسشنامه توسط جوشنلو (۱۷) در ۱۳ کشور مختلف بررسی شد. نتایج پژوهش نشان‌دهنده روایی و پایایی مناسب این ابزار است. تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازش مدل تک عاملی بود. این پرسشنامه همبستگی بالایی با افسردگی و همبستگی پایینی با بهزیستی روان‌شناختی نشان دارد که به ترتیب نشان‌دهنده روایی همگرا و نیز روایی واگرا ای ابزار است(۱۷) .همچنین مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ در کشورهای مختلف نشان‌دهنده پایایی مناسب این ابزار است(۱۷).ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۲ بود.

پرسش‌نامه بهزیستی ریف: مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، یک مقیاس خود گزارشی است که در آن آزمودنی‌ها به تعدادی سؤال در مورد خودشان پاسخ می‌دهند. این مقیاس شامل: پذیرش خود، استقلال، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی و تسلط بر محیط است (۳۱). این پرسشنامه در قالب مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرتی پاسخ داده می‌شود (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) که نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است. برخی سؤالات پرسشنامه به‌صورت معکوس پاسخ داده می‌شوند. ریف و سینگر (۳۲, ۳۳). در مطالعات متعدد وجود شش مؤلفه را تائید کرده‌اند. در پژوهش خان جانی میزان همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) برای ۶ مقیاس در بازه ۰/۵۱ تا ۰/۷۶ و برای مقیاس کل ۰/۷۱ گزارش شد. خان جانی و همکاران (۳۴) مدل شش عاملی را برای پرسشنامه تائید کردند. در این پژوهش ضریب آلفای پرسشنامه برای کل مقیاس ۰/۶۳ بود.

شیوه اجرا و روش تجزیه‌وتحلیل آماری: برای انجام پژوهش از دانشجویانی که علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند دعوت شد تا پرسشنامه‌های موردنظر را پر کنند. قبل از پر کردن پرسشنامه‌ها ابتدا درباره پژوهش و نیز شرایط رازداری و محرمانه بودن اطلاعات برایشان توضیحاتی داده شد و افراد با رضایت کامل وارد پژوهش شده و پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل نمودند. جهت طبقه‌بندی، پردازش و تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از نرم‌افزارهای آماری SPSS-22 و LISREL-8.85 استفاده شد. برازش مدل فرضی با کاربرد روش مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. قبل از انجام تحلیل، پیش‌فرض‌های مرتبط با روش آماری بررسی شدند تا از قابلیت انجام تحلیل روی داده‌ها اطمینان حاصل شود. تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد دو مرحله صورت پذیرفت. در گام اول تحلیل عاملی تأییدی برای ارزیابی برازش مدل اندازه-گیری استفاده شده و در گام دوم با بهره‌گیری از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، الگوی ساختاری فرضی مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر، شامل ۱۹۶ نفر دختر (۷۴/۸٪) و ۶۶ نفر پسر (۲۵/۲٪) بود. میانگین سنی و انحراف معیار سن دختران به ترتیب ۲۱/۷۶ و ۲/۸۰ و میانگین سنی و انحراف معیار سن پسران به ترتیب ۲۱/۱۶ و ۱/۸۱ بود. جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای اصلی پژوهش نشان داده‌شده است. در جدول ۲، ماتریس همبستگی بین متغیرهای آشکار پژوهش نشان داده‌شده است. همان‌گونه که مندرجات این جدول نشان می‌دهند تمامی همبستگی‌های مقدار قابل‌توجهی را شامل می‌شوند (p<۰/۰۰۱). در این میان نشانگر هدفمندی غفلت جسمی کمترین همبستگی (p<۰/۰۰۱) و توصیف و شناسایی احساسات، بیشترین همبستگی را نشان دادند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای آشکار پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱. هیجانی	۱														
۲. جنسی	۰/۳۷۴*	۱													
۳. جسمانی	۰/۵۸۸**	۰/۴۳۰**	۱												
۴. غفلت	۰/۴۴۶**	۰/۱۶۰*	۰/۳۰۹**	۱											
۵. غفلت جسمانی	۰/۲۹۶**	۰/۰۸۳	۰/۳۶۸**	۰//۴۲۳**	۱										
۶. شناسایی	۰/۲۹۹**	۰/۱۳۴*	۰/۱۰۶	۰/۲۴۸**	۰/۱۸۲**	۱									
۷. توصیف	۰/۱۴۷*	۰/۰۷۹	−۰/۰۲۳	۰/۱۴۷**	۰/۲۳۸**	۰/۶۶۴**	۱								
۸. تفکر	۰/۰۸۰	−۰/۰۲۹	۰/۰۲۵	۰/۱۴۶**	۰/۱۶۴*	۰/۲۹۷**	۰/۳۳۳**	۱							
۹. پذیرش	−۰/۱۸۸**	−۰/۱۰۲	−۰/۰۸۳	−۰/۳۱۳**	−۰/۱۹۵**	−۰/۴۲۱**	−۰/۳۵۹**	−۰/۳۲۱**	۱						
۱۰. استقلال	−۰/۰۹۱	−۰/۰۹۵	−۰/۱۰۱	−۰/۱۱۲	−۰/۱۲۱	۰/۰۵۹	−۰/۱۳۷*	۰/۱۳۸*	۰/۲۹۶**	۱					
۱۱. هدفمند	−۰/۰۰۲	۰/۰۱۶	۰/۰۹۱	−۰/۱۴۰*	−۰/۰۰۱	۰/۰۸۳	−۰/۱۶۴*	−۰/۲۱۰**	۰/۴۳۹**	۰/۲۸۶**	۱				
۱۲. رشد	−۰/۱۶۷*	−۰/۰۹۸	−۰/۰۶۱	−۰/۳۲۲**	−۰/۲۷۴**	−۰/۰۳۶	−۰/۲۶۷**	−۰/۱۷۸**	۰/۴۵۳**	۰/۲۶۳**	۰/۳۷۹**	۱			
۱۳. روابط	−۰/۱۱۰	−۰/۰۹۴	−۰/۱۴۵*	−۰/۲۷۲**	−۰/۲۵۲**	−۰/۰۳۷	−۰/۲۵۳**	−۰/۳۵۱**	۰/۳۸۵**	۰/۱۲۶*	۰/۲۰۱**	۰/۳۰۱**	۱		
۱۴. تسلط	−۰/۱۸۱**	−۰/۰۸۲	−۰/۰۱۸	−۰/۲۱۵**	−۰/۱۱۰	۰/۰۰۲	−۰/۳۶۵**	−۰/۲۰۵**	۰/۳۴۰**	۰/۱۱۶	۰/۱۱۳	۰/۱۲۹*	۰/۲۴۸**	۱	
۱۵. ترس از شادی	۰/۱۷۵**	۰/۰۸۱	۰/۱۵۲**	−۰/۲۳۱**	−۰/۰۴	۰/۲۲۱**	۰/۱۹۱**	۰/۱۲۳**	۰/۳۳۵**	−۰/۱۰۳	−۰/۱۱۰	۰/۲۹۲**	۰/۳۵۲**	−۰/۱۷۶**	۱

** در سطح یک‌صدم معنادار است.

* در سطح ۵ صدم معنادار است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]

[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
ترومای دوران کودکی	۳۶/۶۹	۱۰/۴۳
ترس از شادی	۱۰/۷۲	۷/۵۲
ناگویی خلقی	۴۸/۹۷	۱۲/۳۶
بهزیستی روان‌شناختی	۷۳/۱۱	۱۰/۴۴

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری پژوهش

	خی دو	df	نسبت خی دو به df	RMSEA	SRMR	IFI	CFI	NFI
مدل اندازه‌گیری	۴۱۳/۳۱	۱۴۶	۲/۸۳۰	۰/۰۸	۰/۰۷۷	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۸۸
مدل ساختاری	۳۷۵/۳۰	۱۴۵	۲/۵۸۸	۰/۰۷۸	۰/۰۵۵	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۸۸

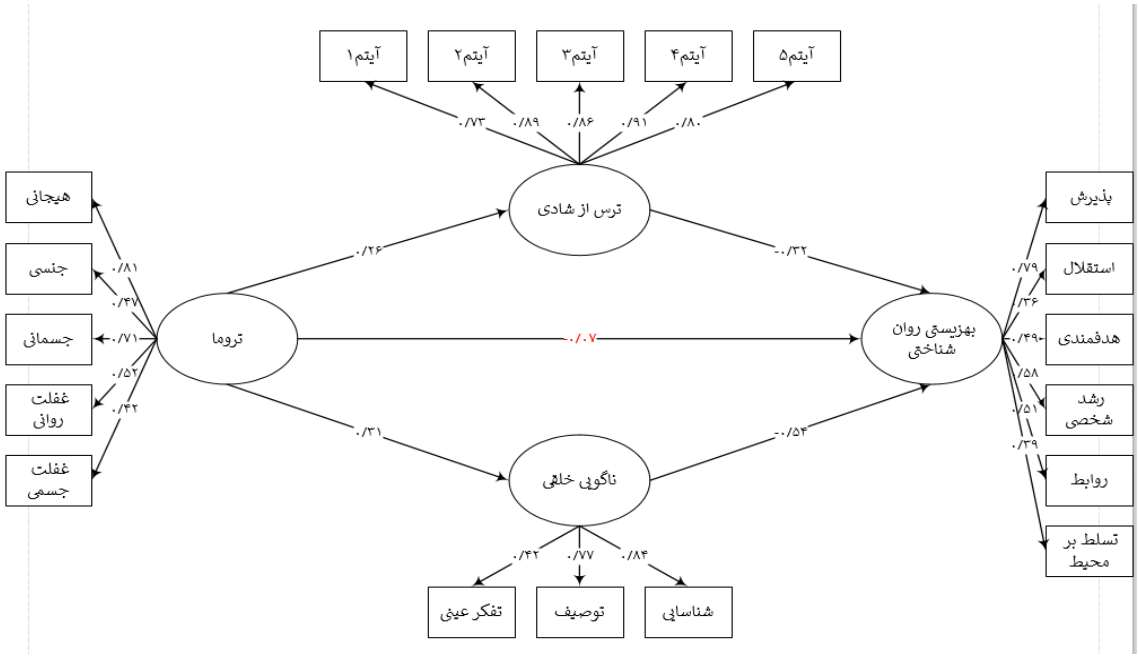
قبل از ارزیابی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری، پیش‌فرض‌های مهم مدل یابی معادلات ساختاری شامل نرمال بودن تک متغیری و چندمتغیری و عدم وجود هم خطی چندگانه موردبررسی قرار گرفت. محاسبه چولگی و کشیدگی هر یک از متغیرهای مشهود، روشی معمول برای ارزیابی نرمال بودن تک متغیری است. در این مطالعه چولگی متغیرهای مشاهده‌پذیر در دامنه ۰/۵۴۹- تا ۳/۰۸ و کشیدگی آن‌ها در دامنه ۰/۲۶۰- تا ۱۰/۰۴ قرار داشت. چو و بنتلر (۳۵) نقطه برش ۳ ± را برای مقدار چولگی مناسب می‌دانند. اگرچه توافق اندکی درباره نقطه برش کشیدگی وجود دارد، بااین‌حال به‌طورکلی مقادیر بیش از ۱۰ ± برای این شاخص مسئله آفرین بوده و مقادیر بیش از ۲۰ ± نتایج به‌دست‌آمده را نامعتبر می‌سازد (۲۴). در این مطالعه فرض نرمال بودن چندمتغیری با محاسبه شاخص کشیدگی چندمتغیری نسبی بررسی شد که مقدار آن برابر ۲/۱۴۷ به دست آمد. بنتلر(۳۶)، معتقد است درصورتی‌که ارزش این شاخص بیشتر از ۳ نباشد، نرمال بودن چندمتغیری محقق شده است. بنابراین توزیع تمامی ترکیب‌های متغیرها نرمال است. بررسی پیش‌فرض عدم وجود هم خطی چندگانه به‌وسیله وارسی ماتریس همبستگی بین متغیرهای مشهود انجام شد. بررسی این ماتریس حاکی از عدم وجود هم خطی چندگانه بین آن‌ها است. ضرایب همبستگی در دامنه $-۰/۰۰۱ \leq r \leq ۰/۸۴۸$ قرار دارند. ضرایب همبستگی که بالای ۰/۸۵ باشند در تخمین صحیح مدل مشکل ایجاد می‌کنند (۲۴). در چنین شرایطی باید یکی از دو متغیر از تحلیل کنار گذارده شود.مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد روش تخمین حداکثر درست‌نمایی برای ارزیابی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری به‌کاربرده شد. مدل اندازه‌گیری ارتباط متغیرهای مشهود را با متغیرهای مکنون مشخص می‌کند. ارزیابی این مدل با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی انجام می‌شود. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری که در جدول ۳ ارائه‌شده است، برازش مطلوب این مدل را نشان می‌دهد. بنابراین متغیرهای مشهود توانایی لازم برای عملیاتی کردن متغیرهای مکنون را دارند.

هم‌چنین ارزیابی مدل ساختاری با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری نشان داد که تمامی شاخص‌های برازش این مدل فرضی در محدوده برازش مطلوب قرار دارد. شاخص های برازش مربوط به این مدل در جدول ۳ دیده می‌شود. شکل ۱ مدل ساختاری مفهومی را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود ترومای دوران کودکی به‌عنوان متغیر برون‌زا، به ترتیب با ضریب استاندارد ۰/۲۶ (t=۳/۶۲)، ۰/۰۷- (t=-۰/۸۹) و ۰/۳۱(t=۴/۰۷) بر ترس از شادی، بهزیستی روان‌شناختی و ناگویی خلقی تأثیر دارد. ترس از شادی با ضریب استاندارد ۰/۳۲- (t=-۳/۶۳) بر بهزیستی روان‌شناختی و هم‌چنین ناگویی خلقی با ضریب استاندارد ۰/۵۴- (t=-۴/۳۲) بر بهزیستی تأثیر می‌گذارد. با توجه به اینکه در مدل ساختاری، معناداری ضریب مسیر با استفاده از مقدار T مشخص می‌شود. چنانچه مقدار t بیش از ۱/۹۶ باشد ارتباط دو سازه معنادار است، بنابراین تمامی مسیرها به‌غیراز مسیر مستقیم ترومای دوران کودکی به بهزیستی روان‌شناختی (t=-۰/۸۹) معنادار است.

در مطالعه حاضر برای ارزیابی روابط واسطه‌ای از آزمون بوت‌استرپ استفاده شد. زمانی که تعداد نمونه چندان زیاد نباشد، بوت استرپ قدرتمندترین و منطقی‌ترین روش برای دست‌یابی به اثرات غیرمستقیم را فراهم می‌آورد (۳۷). در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هردو مثبت یا هردو منفی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

باشند و مقدار صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علّی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود. مندرجات جدول ۴ نتایج این آزمون را ارائه نموده است. در مدل فرضی برای متغیر تروما دوران کودکی، اثرات غیرمستقیم و برای ترس از شادی و ناگویی خلقی اثرات مستقیم در نظر گرفته‌شده بود. همان‌گونه که مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد مسیر تروما دوران کودکی به بهزیستی روان‌شناختی با واسطه‌گری متغیرهای میانجی با ضریب استاندارد ۰/۲۲۵- در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. به‌عبارت‌دیگر، یک واحد تغییر در انحراف معیار آن باعث می‌شود تا انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی به‌اندازه‌ی ۰/۲۲۵- واحد تغییر کند.



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش

جدول ٤. نتایج آزمون بوت استرپ برای روابط واسطه‌ای

متغیر مستقل	متغیر واسط	متغیر وابسته	حدود بوت استراپ		خطای برآورد	اندازه اثر	p
			حد بالا	حد پایین			
تروما	متغیرهای میانجی	بهزیستی	-۰/۱۰۰	۰/۵۰۹	۰/۰۶۹	-۰/۲۲۵	۰/۰۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش میانجی ترس از شادی و ناگویی هیجانی در رابطه با تروما و بهزیستی روان‌شناختی بود. روابط ساختاری میان متغیرهای پژوهش، نشان‌دهنده برازندگی خوب مدل فرضی بودند. یافته‌های پژوهش نشان دادند که بین تروما و بهزیستی در این پژوهش رابطه‌ای وجود ندارد. براون و همکاران (۳۸)نشان می‌دهند که نوجوانان و جوانانی که در دوران کودکی خود بدرفتاری را تجربه کرده‌اند، تقریباً سه برابر بیشتر از سایر افراد در معرض افسردگی و خودکشی قرار دارند. همچنین براون و همکاران نشان دادند که در بین همه انواع بدرفتاری و آسیب، سوءاستفاده جنسی بیشترین ارتباط را با خودکشی دارد. همچنین مطالعه گرینفیلد و مارکس(۳۹) نیز نشان دادند که افرادی که در دوران کودکی مورد پرخاشگری عاطفی قرارگرفته‌اند حتی اگر پرخاشگری فیزیکی مستقیم را تجربه نکرده باشند، در دوران بزرگ‌سالی عاطفه منفی بیشتر و بهزیستی روان‌شناختی کمتری را گزارش می‌کنند. بااین‌وجود رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و نیز بهزیستی پیچیده به نظر می‌رسد.

به نظر می‌رسد که تجربه مستقیم آسیب در دوران کودکی منجر به کاهش رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

نمی‌شود. بهزیستی روان‌شناختی مفهومی پویا است که تحت تأثیر عوامل مختلفی ازجمله شادی و رضایت از زندگی قرار دارد(۲, ۴۰). از سویی یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر رابطه مثبت و معنی‌دار بین ترس از شادی با تروما و نیز با بهزیستی روان‌شناختی است. ترس از شادی ازجمله عواملی است که می‌تواند رابطه بین تروما و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری کند. این یافته در راستای یافته جوشنلو(۳۰) است که عنوان می‌کند ترس از شادی می‌تواند رابطه بین دل‌بستگی ناایمن و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری کند. افرادی که مورد بدرفتاری در دوران کودکی قرارگرفته‌اند عاطفه منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (۴۱). همچنین بدرفتاری دوران کودکی منجر به تأثیرات عاطفی، شناختی و رفتاری منفی می‌شود(۴۲). چنین افرادی شفقت با خود کمتری را نیز تجربه می‌کنند (۵). می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که چنین افرادی درباره هیجانات مثبت باورهایی را شکل می‌دهند. عقایدی همچون ترس از شادی می‌تواند موجب کاهش رضایت زندگی فرد و بهزیستی افراد گردد(۳۰).

همچنین یکی از یافته‌های این پژوهش رابطه مثبت و معنی‌دار بین تروما و ناگویی خلقی بود. ای یافته همسو با پژوهش‌های(۳۸, ۴۳) بود. از سویی ناگویی خلقی توانست بین تروما و بهزیستی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای داشته باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند بدرفتاری دوران کودکی عامل خطر مهمی برای ناگویی هیجانی است(۴۴) .کودکانی که در محیط‌های خطرناک و مملو از غفلت رشد می‌کنند، یاد نمی‌گیرند که چگونه احساسات و هیجانات خود و دیگران ابراز کنند. چنین مهارت‌هایی برای شکل‌دهی روابط نزدیک با و باثبات با دیگران بسیار مهم تلقی می‌شوند(۴۴) .افراد دارای ناگویی خلقی توانایی کمتری برای پردازش شناختی هیجانات خوددارند. پردازش هیجانات ویژگی مهم رشد روابط بین فردی مهم و این خود عامل مهمی برای بهزیستی روان‌شناختی است. افرادی که بهزیستی روان‌شناختی بالایی دارند، شادتر، ازلحاظ جسمانی سالم‌تر، مولدتر و روابط اجتماعی رضایت‌بخش‌تری دارند (۲). بنابراین می‌توان گفت افرادی که دارای ناگویی خلقی هستند توانایی کمتری برای تنظیم هیجانات خوددارند(۴۵). افرادی که در تنظیم هیجانات خود مشکلاتی دارند نیز رضایت از زندگی، بهزیستی و شادی کمتری را تجربه می‌کنند(۴۶). با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان عنوان کرد باوجوداینکه سایر پژوهش‌ها رابطه بین آسیب دوران کودکی و کاهش بهزیستی را نشان داده‌اند، اما ناگویی هیجانی و باورهایی همچون ترس از شادی می‌تواند به‌عنوان واسطه‌ای برای تبیین این رابطه مطرح شوند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اهمیت دوچندان باورهای منفی درباره شادی و نیز تأثیر آن بر میزان رضایت فرد از زندگی و بهزیستی را در پروتکل‌های درمانی نیز یادآور شود. با توجه به اینکه بسیاری از مداخلات درمانی تکنیک‌های برای بیزاری از شادی ازجمله در درمان مبتنی بر شفقت(۱۸) دارند.

درمجموع نتایج نشان داد که رابطه بین تروما و بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ای مستقیم نیست و متغیرهایی همچون ناگویی خلقی و ترس از شادی می‌توانند رابطه بین تروما و آسیب دوران کودکی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری کنند. این یافته می‌تواند در تدوین پروتکل‌های درمانی و نیز بهبود سطح بهزیستی افراد مورداستفاده قرار گیرد. این پژوهش باوجود حمایت یافته‌ها از مدل فرضی پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از نمونه دانشجویی بود؛ بنابراین تعمیم‌یافته‌ها به محیط‌های بالینی باید بااحتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در جمعیت غیر دانشجو و نیز در جمعیت بالینی صوت گیرد. همچنین ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش از نوع خود گزارشی بودند. استفاده از سایر ابزارها ازجمله مصاحبه‌های بالینی می‌تواند موجب اعتبار بیشتر داده‌ها گردد. همچنین این پژوهش نمی‌تواند بیانگر روابط علی بین متغیرهای موردپژوهش باشد. برای رفع این محدودیت نیز پیشنهاد می‌شود برای بررسی روابط علی بین متغیرها از مطالعات تجربی و طولی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران، از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش که نهایت همکاری را در اجرای این پژوهش داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

1. Van Cappellen P, Toth-Gauthier M, Saroglou V, Fredrickson BL. Religion and well-being: The mediating role of positive emotions. Journal of Happiness studies. 2016;17(2):485-505.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]

[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

2. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychotherapy and psychosomatics. 2014;83(1):10-28.
3. Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gomez D. Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. Annuary of clinical and health psychology. 2009;5(2009):15-27.
4. Day L, Hanson K, Maltby J, Proctor C, Wood A. Hope uniquely predicts objective academic achievement above intelligence, personality, and previous academic achievement. Journal of research in personality. 2010;44(4):550-3.
5. Tarber DN, Cohn TJ, Casazza S, Hastings SL, Steele J. The role of self-compassion in psychological well-being for male survivors of childhood maltreatment. Mindfulness. 2016;7(5):1193-202.
6. Shaw JA. Children exposed to war/terrorism. Clinical child and family psychology review. 2003;6(4):237-46.
7. Storr CL, Ialongo NS, Anthony JC, Breslau N. Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry. 2007;164(1):119-25.
8. Penza K, Heim C, Nemeroff CB. Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. Archives of women's mental health. 2003;6(1):15-22.
9. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect. 2003;27(2):169-90.
10. Thomas AM. An exploration of the relationship between childhood sexual abuse, caregiver support, and maladaptive cognitive schema among incarcerated women: University of AKRON; 2008.
11. Gibb BE. Childhood maltreatment and negative cognitive styles: A quantitative and qualitative review. Clinical psychology review. 2002;22(2):223-46.
12. Jellen LK, McCarroll JE, Thayer LE. Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases. Child Abuse & Neglect. 2001;25(5):623-39.
13. Luchesi BM, de Oliveira NA, de Morais D, de Paula Pessoa RM, Pavarini SCI, Chagas MHN. Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. Archives of gerontology and geriatrics. 2018;74:83-7.
14. Joshanloo M, Jarden A. Individualism as the moderator of the relationship between hedonism and happiness: A study in 19 nations. Personality and Individual Differences. 2016;94:149-52.
15. Gilbert P, McEwan K, Catarino F, Baião R. Fears of negative emotions in relation to fears of happiness, compassion, alexithymia and psychopathology in a depressed population: A preliminary study. 2014.
16. Joshanloo M. Fear and fragility of happiness as mediators of the relationship between insecure attachment and subjective well-being. Personality and Individual Differences. 2018;123:115-8.
17. Joshanloo M, Lepshokova ZK, Panyusheva T, Natalia A, Poon W-C, Yeung VW-l, et al. Cross-cultural validation of fear of happiness scale across 14 national groups. Journal of Cross-Cultural Psychology. 2014;45(2):246-64.
18. Gilbert P, McEwan K, Gibbons L, Chotai S, Duarte J, Matos M. Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self- criticism. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2012;85(4):374-90.
19. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of psychosomatic research. 1994;38(1):23-32.
20. Taylor GJ, Bagby RM. An overview of the alexithymia construct. 2000.
21. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness: Cambridge University Press; 1999.
22. Eichhorn S, Brähler E, Franz M, Friedrich M, Glaesmer H. Traumatic experiences, alexithymia, and posttraumatic symptomatology: a cross-sectional population-based study in Germany. European journal of psychotraumatology. 2014;5(1):23870.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

23. Ziadni MS, Jasinski MJ, Labouvie-Vief G, Lumley MA. Alexithymia, defenses, and ego strength: Cross-sectional and longitudinal relationships with psychological well-being and depression. Journal of happiness studies. 2017;18(6):1799-813.
24. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications; 2015.
25. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. Personality and Individual differences. 2001;30(1):107-15.
26. Pandey R, Mandal MK, Taylor GJ, Parker JD. Cross- cultural alexithymia: Development and validation of a Hindi translation of the 20- item Toronto alexithymia scale. Journal of clinical psychology. 1996;52(2):173-6.
27. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological reports. 2007;101(1):209-20.
28. Kongerslev MT, Bach B, Rossi G, Trauelsen AM, Ladegaard N, Løkkegaard SS, et al. Psychometric validation of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) in a Danish clinical sample. Child abuse & neglect. 2019;94:104026.
29. Garrusi B, Nakhaee N. Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. Psychological reports. 2009;104(2):509-16.
30. Joshanloo M. The influence of fear of happiness beliefs on responses to the satisfaction with life scale. Personality and Individual Differences. 2013;54(5):647-51.
31. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 1989;57(6):1069.
32. Ryff CD, Singer B. Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. 2003.
33. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. Social science research. 2006;35(4):1103-19.
34. Khanjani M, Shahidi, Sh, Fathabadi, j., Mazaheri, M., Shokri, A. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2014;8(22):27-36. [In Persion]
35. Chou C-P, Bentler PM. Estimates and tests in structural equation modeling. 1995.
36. Bentler PM. EQS structural equations program manual: Multivariate software Encino, CA; 1995.
37. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. Behavior research methods. 2008;40(3):879-91.
38. Brown S, Fite PJ, Stone K, Bortolato M. Accounting for the associations between child maltreatment and internalizing problems: The role of alexithymia. Child Abuse & Neglect. 2016;52:20-8.
39. Greenfield EA, Marks NF. Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. Child Abuse & Neglect. 2010;34(3):161-71.
40. Herrenkohl TI, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ, Dee T. A prospective investigation of the relationship between child maltreatment and indicators of adult psychological well-being. Violence and victims. 2012;27(5):764-76.
41. Shackman JE, Pollak SD. Impact of physical maltreatment on the regulation of negative affect and aggression. Development and psychopathology. 2014;26(4 0 1):1021.
42. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. Child abuse & neglect. 2002;26(6-7):715-29.
43. Hahn AM, Simons RM, Simons JS. Childhood maltreatment and sexual risk taking: the mediating role of alexithymia. Archives of sexual behavior. 2016;45(1):53-62.
44. Spitzer C, Siebel-Jürges U, Barnow S, Grabe HJ, Freyberger HJ. Alexithymia and interpersonal problems. Psychotherapy and psychosomatics. 2005;74(4):240-6.
45. Chung MC, Chen ZS. Gender differences in child abuse, emotional processing difficulties, alexithymia, psychological symptoms and behavioural problems among chinese adolescents. Psychiatric quarterly. 2020;91(2):321-32.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]

46. Benita M, Benish-Weisman M, Matos L, Torres C. Integrative and suppressive emotion regulation differentially predict well-being through basic need satisfaction and frustration: A test of three countries. Motivation and Emotion. 2020;44(1):67-81.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.13.0]

[DOI: 10.52547/rbs.19.1.116]