

Original Article

The Relation Between Domestic Violence and Post-Traumatic Stress Disorder in Women: The Mediating Role of Mentalization

Fereshteh Zaker Anbarani¹, Mahnaz Shahgholian^{1✉}, Hamid Khanipour²

1. Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. Institute of Educational, Psychological & Social Research, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Received: 2023.05.10

Revised: 2024.11.16

Accepted: 2024.11.24

Doi: [10.48308/jfr.2024.231641.1581](https://doi.org/10.48308/jfr.2024.231641.1581)

Extended Abstract

Introduction: Domestic violence with its negative consequences is one of the important issues in the field of mental health (WHO, 2010). Although domestic violence is also perpetrated against men, domestic violence by men against women is the most common form of domestic violence (Boserup et al, 2020; Kofman & Garfin, 2020). The rate of psychiatric disorders in women victims of domestic violence is two to five times higher than the general population, PTSD and depressive disorder having the highest rates (Ozkafaci & Eren, 2020). Studies confirm the relationship between domestic violence with PTSD (Dillon, et al, 2013). The meta-analysis of Trevillion et al (2012) shows that 95% of women with PTSD symptoms had experienced domestic violence. People's vulnerability to traumatic events is not the same. PTSD is twice as in women as in men. Some theories have tried to explain the association of PTSD with female gender (Salcioglu et al, 2017).

So far, various components have been investigated as mediating mechanisms of the relationship between domestic violence and PTSD (Karterud & Kongerslev, 2019). One of the important components is mentalization. Previously, the effect of mentalization on PTSD was theoretically discussed, and recently the conceptual framework of the role of mentalization in family violence has also been discussed (Huang et al, 2020). Mentalization is a process which a person interprets his own and others' actions as meaningful actions according to voluntary mental states such as personal desires, needs, feelings, beliefs, and reasons (Luyten et al, 2012). Since the theory of mentalization is emerging and the use of this theory to explain PTSD is new, more research is needed in this field. The aim of this research was to evaluation the relationship between domestic violence, and mentalization with PTSD.

Methodology: The research design is descriptive and correlational. The statistical population was the women of Tehran in 2019. Due to the presence of covid-19 conditions, 320 women in an accessible way were selected as the sample through virtual space and internet call. The entry criteria were having a partner and marital history (current or past), being 18 years old and above, having a sufficient level of literacy to complete the questionnaires. Due to defects in completing the questionnaires, 14 questionnaires were discarded and finally the data of 306



subjects were included in the analysis. The questionnaires included Composite Abuse Scale (CAS), Impact of Events Scale-Revised (IES-R) and mentalization scale (MentS).

Findings: A significant positive relationship was found between domestic violence and PTSD, and a significant negative relationship was found between self-related mentalization and PTSD. The general score of mentalization had no significant relationship with domestic violence, but showed a significant negative correlation with PTSD and its components.

The fit indices of the initial model indicated the inappropriate fit of the model. After checking the indicators of the initial model, non-significant paths were removed from the model. The fit indices indicate the good fit of the data with the modified model (CFI=0.99, NFI=0.99, RFI=0.97, IFI=0.99, RMSEA=0.046). Domestic violence was able to predict PTSD both directly and indirectly through the self-related mentalization. Therefore, the effect of self-related mentalization on the relationship between domestic violence and PTSD is a relative mediating effect.

Conclusion: The findings of the research are in line with the views that consider exposure to domestic violence to be effective in causing PTSD in women. Also, the negative association between mentalizing and PTSD is consistent with Sharp & Fonagy (2013) which early traumatic experiences with caregivers lead to incomplete mentalizing, and if a person experiences a traumatic event in interpersonal relationships, they are at risk for PTSD. Childhood trauma may lead to loss of epistemic trust. A person with incomplete mentalization has lost the capacity for epistemic trust. This lack weakens a person's ability to receive social support and predicts PTSD in the face of trauma, especially in traumas arising from violent interpersonal relationships (Huang et al, 2020).

The results showed the fit of the modified model of the mediating role of self-related mentalization in the relationship between domestic violence and PTSD. According to Huang et al (2020) and Fonagy & Luyten (2018), domestic violence can cause PTSD experience by disrupting the capacity to mentalize one's mental states. People who have difficulty in mentalizing their states, including feelings, emotions and life experiences, often fail to understand why they are in an emotional state, and this confusion is a risk factor that makes abused women prone to PTSD.

The lack of control over women's social and economic status was one of the limitations of this research. Caution should be exercised in generalizing the results of this study to the clinical population with PTSD and a history of domestic violence.

Keywords: Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), Domestic Violence, Mentalization, Women.

How to cite: Zaker Anbarani, F. , shahgholian, M. and Khanipour, H. (2024). The Relation between Domestic Violence and Post-Traumatic Stress Disorder in Women: The mediating role of Mentalization. *Journal of Family Research*, 20(3), 93-106. doi: 10.48308/jfr.2024.231641.1581

✉Corresponding Author Email Address: mshahgholian@khu.ac.ir

ارتباط تجربه خشونت خانگی و علایم اختلال استرس پس آسیمی در زنان: نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی

فرشته ذاکر عنبرانی^۱، مهناز شاهقلیان^۲✉، حمید خانی پور^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. مؤسسه تحقیقات تربیتی، روانشناختی و اجتماعی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۰۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۱۴۰۳/۰۸/۲۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۲۰

DOI: [10.48308/jfr.2024.231641.1581](https://doi.org/10.48308/jfr.2024.231641.1581)

چکیده: هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط خشونت خانگی و ذهنی‌سازی با علایم اختلال استرس پس آسیمی در زنان بود. طرح پژوهش همبستگی بود. جامعه پژوهش، زنان دارای تجربه زندگی با شریک زندگی در شهر تهران بودند. تعداد ۳۰۶ نفر از افراد جامعه به شیوه در دسترس و از طریق فراخوان اینترنتی انتخاب شدند و مقیاس آزاردیدگی مرکب، مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد و مقیاس ذهنی‌سازی را تکمیل کردند. نتایج حاکی از ارتباط معنادار خشونت خانگی و ذهنی‌سازی با اختلال استرس پس آسیمی بود. نتایج نشان دهنده برازش مدل و تأیید نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی خود در رابطه تجربه خشونت خانگی و علایم اختلال استرس پس آسیمی بود، اما مؤلفه‌های ذهنی‌سازی دیگران و انگیزه ذهنی‌سازی نتوانستند نقش واسطه‌ای در رابطه تجربه خشونت خانگی با علایم اختلال استرس پس آسیمی داشته باشند. به نظر می‌رسد خشونت خانگی یکی از علل اصلی تجربه علایم اختلال استرس پس آسیمی در زنان است و می‌تواند از طریق مختل کردن ظرفیت ذهنی‌سازی مربوط به حالات روانی خود، در پدیدآیی علایم اختلال استرس پس آسیمی نقش داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس آسیمی، خشونت خانگی، ذهنی‌سازی، زنان.

استناد به این مقاله: ذاکر عنبرانی، ف.، شاهقلیان، م. و خانی پور، ح. (۱۴۰۳). ارتباط تجربه خشونت خانگی و علایم اختلال استرس پس آسیمی در زنان: نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی. خانواده پژوهی، ۲۰(۳)، ۹۳-۱۰۶. doi: 10.48308/jfr.2024.231641.1581

✉ نویسنده مسئول: mshahgholian@khu.ac.ir

مقدمه

افراد ممکن است دچار حوادث رانندگی شوند، قربانی یک تجاوز یا خشونت شوند، یا شاهد یک حادثه دردناک باشند (جانسون، ابراهیمی و هوفارت^۱، ۲۰۲۰). اغلب افراد بعد از مدتی بدون هیچ کمکی با این رویدادها کنار می‌آیند. تجربیات تلخ در بعضی افراد واکنشی را ایجاد می‌کند که ممکن است برای ماه‌ها یا سال‌ها طول بکشد، در این صورت با مفهومی به نام اختلال استرس پس‌آسیبی (PTSD) مواجه هستیم (رامبال، هیپ و گری^۲، ۲۰۲۰). یادآوری مکرر و ناخواسته حادثه، رویاهای تکرار شونده مربوط به حادثه، واکنش‌های گسستگی، واکنش‌های روانی یا فیزیولوژیک محسوس به نشانه‌هایی که نمادی از حادثه هستند، اجتناب از خاطرات و یادآورهای مربوط به حادثه، تغییر منفی در شناخت و خلق، رفتار تحریک‌پذیر و حملات خشم، گوش به زنگی مفرط، مشکلات تمرکز، اختلال خواب و احساس جدایی یا بیگانگی نسبت به دیگران از علائم PTSD هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). این اختلال یکی از اختلالات شایع در زنانی است که درگیر خشونت خانگی می‌باشند. نرخ شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان قربانی خشونت خانگی دو تا پنج برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (اوزکافکی و ایرن^۴، ۲۰۲۰).

اگرچه خشونت خانگی علیه مردان نیز اعمال می‌شود، نتایج تحقیقات نشان می‌دهد اعمال خشونت در خانواده از سوی مردان علیه زنان، شایع‌ترین شکل خشونت خانگی است (بوسروپ، مک‌کنی و البولی^۵، ۲۰۲۰؛ کافمن و گارفین^۶، ۲۰۲۰). خشونت خانگی به معنی رفتار خشونت‌آمیز و سلطه‌گرانه یک عضو خانواده علیه عضو یا اعضای دیگر همان خانواده است (گودمارک^۷، ۲۰۱۸). خشونت خانگی به قشر خاصی محدود نمی‌شود و قربانی‌های آن ممکن است در هر سن و سال با هر جنسیت و در وضعیت‌های اقتصادی مختلفی باشند، اما این خشونت برای زنان بیشتر اتفاق می‌افتد (اولمستگ و اریکسون^۸، ۲۰۱۷). در گزارشی که بخش زنان سازمان ملل متحد^۹ (۲۰۱۹) درباره وضعیت پیشرفت زنان در جهان منتشر کرد، آمده است؛ بیش از یک سوم از زنانی که در سال ۲۰۱۷ به صورت قتل عمد کشته شده‌اند، به دست شریک زندگی فعلی یا قبلی‌شان به قتل رسیده‌اند. سایر تحقیقات نیز تأیید می‌کنند شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان، خشونت از جانب شریک زندگی است (تسیریگوت و لوکزاک^{۱۰}، ۲۰۱۸).

آسیب‌پذیری افراد نسبت به حوادث ضربه‌زننده یکسان نیست. ۴۰ تا ۹۰ درصد انسان‌ها در طول زندگی‌شان دست کم با یک حادثه پراسترس مواجه می‌شوند، ولی تنها ۷ تا ۹ درصد به PTSD مبتلا می‌شوند (میلانی، هافمن، فوسالوزا، جکوفسکی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۷). با این که مردان بیشتر از زنان در معرض وقایع آسیب‌زا قرار دارند، میزان PTSD در زنان دو برابر مردان است. این تفاوت باعث شده جنسیت زنانه یک عامل خطر برای این اختلال در نظر گرفته شود (سالشی‌اوغلو، اورهان، پیرنشی‌اوغلو و آیدین^{۱۲}، ۲۰۱۷؛ دیلون، حسین، لاکستون و رحمان^{۱۳}، ۲۰۱۳). مطالعات متعددی رابطه خشونت خانگی با PTSD را تأیید می‌کنند (سالشی‌اوغلو و همکاران، ۲۰۱۷؛ راگوسی، دراگن، کومو، فاگیلینی و پزا^{۱۴}، ۲۰۲۴). نتایج فراتحلیل ترویلیون، اورم، فدر و هوارد^{۱۵} (۲۰۱۲) نشان می‌دهد ۹۵ درصد از زنانی که علائم PTSD را داشتند دارای تجربه خشونت خانگی بودند.

به طور کلی سه دیدگاه درباره رشد اختلال استرس پس‌آسیبی در زنان قربانی خشونت خانگی وجود دارد: دیدگاه اول، آسیب‌پذیری زنان در این‌باره را وابسته به وجود ویژگی‌های شخصیتی و ویژگی‌های زیستی-عصب‌شناختی در جنسیت زنانه می‌داند. این دیدگاه معتقد است ویژگی‌های ذاتی خاص شخصیت زنان باعث می‌شود راهبردهای مقابله با استرس آنان ناکارآمد و تاب‌آوری‌شان در برابر حوادث استرس‌زا ضعیف باشد (آفتاب، کربلایی، و تقی‌لو، ۱۳۹۳؛ جعفرزاده داشبلاغ، بیداری کویچی، بیگ تاش مغانلو، و فریادرس، ۱۳۹۴). دیدگاه دوم معتقد است نوع ترومایی که زنان قربانی خشونت خانگی تجربه می‌کنند با ترومایی که برآمده از حوادث طبیعی یا تصادفی هست، متفاوت است. ترومایی که به‌دست عامل انسانی ایجاد می‌شود پیامدهایی عمیق‌تر و مخرب‌تر بر سلامت روان قربانیان دارد. زنان قربانی خشونت خانگی ترومایی مزمن، تکرار شونده و چندگانه را تجربه می‌کنند که منجر به فرسایش تدریجی روان می‌شود و آن‌ها را مستعد PTSD می‌کند. این دیدگاه بر نقش حمایت اجتماعی تأکید می‌کند و معتقد است قربانیانی که پس از مطرح کردن تجربه خشونت خانگی، از یک سو با واکنش‌های منفی اجتماعی مواجه می‌شوند و از سوی دیگر از حمایت اقتصادی نیز محروم هستند، رشد اختلال استرس پس‌آسیبی در آن‌ها تشدید می‌شود (دار، وانی، مارگوب، هگ^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۵) و دیدگاه سوم بر آسیب‌پذیری زنان در چرخه خشونت خانوادگی تأکید دارد. این دیدگاه معتقد است دخترانی که در کودکی مورد اذیت و آزار قرار گرفته‌اند و یا شاهد تجربه اذیت و آزار مادران‌شان بوده‌اند در بزرگسالی مستعد دوباره قربانی شدن هستند. این دیدگاه همچنین تفاوت جنسیتی کودکانی که هر دو پیشینه آزار دیدگی در کودکی را دارند ولی کودک پسر در بزرگسالی مستعد آزار‌گری، اما کودک دختر در بزرگسالی مستعد دوباره قربانی شدن می‌شود را توضیح می‌دهد. کودک دختر از طریق یادگیری اجتماعی و مدل ذهنی‌سازی در چرخه خشونت، ویژگی‌هایی را پرورش می‌دهد که در نهایت او را نسبت به PTSD آسیب‌پذیر می‌کند. صرف تکرار دوباره قربانی شدن در روابط خشونت‌آمیز در بزرگسالی، باعث افزایش تجربه تروما و رشد پیامدهای پس از تروما است. در قربانیان خشونت‌های جنسی و خانگی، احساس خود از هم می‌پاشد و به دلیل از دست دادن حداقل‌های اعتماد به دیگران، جست‌وجو و دریافت حمایت اجتماعی نیز آسیب می‌بیند (مسینجر، دیار، بیرمنگام، نیوکامب^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۹؛ سیویدن، ملو و ملو^{۱۸}، ۲۰۱۹؛ هرمان^{۱۹}، ۲۰۱۵).

هرچند خشونت خانگی می‌تواند یک عامل مستقیم در شکل‌گیری PTSD باشد اما این اثر به واسطه مکانیسم‌های روان‌شناختی پدیدار می‌شود و از این حیث به لحاظ شدت و ضعف علائم، تفاوت‌هایی در افراد وجود دارد. تاکنون مؤلفه‌های مختلفی به عنوان مکانیسم واسطه این رابطه بررسی شده‌اند (کارترو و کانگرسلف^{۲۰}، ۲۰۱۹). یکی از مؤلفه‌های مهم، ذهنی‌سازی^{۲۱} است (هانگ، فوناگی، فیجنباوم، مونتاگ^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۰). ممکن است تجربه خشونت خانگی از طریق آسیب به بخشی از فرآیندهای ذهنی‌سازی، سبب پدیدآیی علائم PTSD شود.

ذهنی‌سازی فرآیندی است که یک فرد به واسطه آن، اعمال خودش و دیگران را با توجه به حالت‌های ذهنی ارادی همچون امیال شخصی، نیازها، احساسات، باورها و دلایل، به‌عنوان اعمال معنادار تفسیر می‌کند (لویتن، فوناگی، لویک و ورموت^{۲۳}، ۲۰۱۲). ذهنی‌سازی یک سازه چند بعدی است و نوعی ظرفیت روانی برای درک حالات ذهنی (هیجان‌ها، تکنه‌ها، امیال، افکار، باورها) خود و دیگران است (فوناگی و لویتن، ۲۰۱۸). مدل‌های

متعددی برای ذهنی‌سازی مطرح شده است. در یکی از این مدل‌ها ذهنی‌سازی به سه حوزه دسته‌بندی می‌شود. ذهنی‌سازی مربوط به خود^{۲۴}، ذهنی‌سازی مربوط به دیگری^{۲۵} و انگیزه ذهنی‌سازی^{۲۶} (دیمیتری ژویک، هاناک، دیمیتری ژویک، و مرجانویک^{۲۷}، ۲۰۱۸). وقتی همه این‌ها در ترکیب بهینه‌ای با یکدیگر کار کنند، سیستم عصبی زیربنای این مؤلفه‌ها، افراد را قادر می‌سازد روابط علی حالت‌های ذهنی را بازنمایی کنند، واقعیت درونی را از واقعیت بیرونی متمایز سازند و حالت‌های ذهنی دیگران را از روی ظرافت‌های رفتاری و کلیدهای پس‌زمینه‌ای استنباط کنند. فرد در وضعیت ذهنی‌سازی بهینه، قادر است از روی کلیدهای قابل درک، بازنمایی‌هایی را از حالت‌های ذهنی خودش تشکیل دهد و تجربه هیجانی و رفتارش را تعدیل کند. تعادل حساس این سیستم می‌تواند به خاطر غفلت و یا تروما مختل شود (فونانگی و الیسون^{۲۸}، ۲۰۱۳).

به اعتقاد فونانگی و لویتن (۲۰۱۸) ذهنی‌سازی تک‌بعدی نیست و می‌تواند حول چهار بُعد سازمان یابد: (۱) ذهنی‌سازی خودکار در برابر ذهنی‌سازی کنترل شده^{۲۹}. (۲) ذهنی‌سازی معطوف به خود یا معطوف به دیگران. (۳) ذهنی‌سازی مبتنی بر ویژگی‌های بیرونی یا ویژگی‌های درونی خود یا دیگران. (۴) ذهنی‌سازی شناختی در برابر ذهنی‌سازی عاطفی^{۳۰}. در وضعیت نرمال این ابعاد در توازن هستند و بسته به موقعیت به صورت انعطاف‌پذیر به کار گرفته می‌شوند. اصرار بر به کارگیری یکی از ابعاد و غلبه آن بُعد بر بُعد دیگر نشانه‌ای از شکست در ذهنی‌سازی درست است. انواع متفاوت آسیب‌شناسی‌های روانی می‌تواند نتیجه الگوهای متفاوت غلبه نامتناسب یکی از ابعاد یا قطب‌ها بر دیگری باشد. این درک که ذهنی‌سازی از چندین زیرفرآیند^{۳۱} تشکیل شده است که در قالب ابعاد ذهنی‌سازی سازمان یافته‌اند تا این که ذهنی‌سازی یک ظرفیت منفرد در نظر گرفته شود، ضرورت دارد. با افزایش استرس و تنش در موقعیت‌های بین‌فردی و به هنگام مواجهه با تهدید و تجربه ترس، سیستم دلبستگی اولیه فعال می‌شود و یکی از ابعاد ذهنی‌سازی بر بعد دیگر غلبه می‌کند و توازن بین قطب‌ها از بین می‌رود. بر اساس این رویکرد، پس از وقوع حادثه آسیب‌زا و به هنگام فعال شدن پاسخ‌های دفاعی، ذهنی‌سازی خاموش می‌شود و واکنش‌های خودکار و سریع در مقابل خطر افزایش می‌یابد (فونانگی و لویتن، ۲۰۱۸). تروما باعث تحریک و بیش‌فعال شدن نظام دلبستگی اولیه، شکست در ذهنی‌سازی و برانگیختن حالت‌های فکری اولیه، مانند حالت‌های تعادلی و حالت‌های بازنمایی اولیه می‌شود (آلن^{۳۲}، ۲۰۱۸).

با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی در ارتباط بین خشونت خانگی و اختلال استرس پس‌آسیبی انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل زنان شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. به دلیل وجود شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ از طریق فضای مجازی و فراخوان اینترنتی و به شیوه در دسترس تعداد ۳۲۰ زن بعنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن شریک زندگی و سابقه تأهل (چه در زمان حال و چه در گذشته)، داشتن سن ۱۸ سال به بالا، داشتن سطح سواد کافی جهت تکمیل پرسشنامه‌ها بود. به دلیل نقص در پر کردن گویه‌های پرسشنامه‌ها تعداد ۱۴ پرسشنامه کنار گذاشته شد و در نهایت داده‌های ۳۰۶ نفر وارد تحلیل نهایی شد. ابزار پژوهش شامل سه مقیاس به شرح زیر بود:

مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد^{۳۳} (IES-R): این مقیاس توسط وایس و مارمر^{۳۴} (۱۹۹۷) ساخته شد. نسخه اولیه مقیاس هماهنگ با ملاک‌های DSM-IV برای تشخیص اختلال استرس پس‌آسیبی (قبل از این که PTSD به عنوان یک طبقه بالینی پذیرفته شود) تدوین شده بود و تنها دو عامل افکار ناخواسته و اجتناب را برای تشخیص اختلال استرس پس‌آسیبی شامل می‌شد. نسخه تجدیدنظر شده مقیاس شامل ۲۲ گویه است و علاوه بر دو عامل افکار ناخواسته و اجتناب، عامل سوم بیش‌انگیختگی را نیز در بر دارد. این مقیاس برای ارزیابی درماندگی ذهنی به هنگام مواجهه با رویدادهای خاص در زندگی ساخته شده است. نمره‌گذاری به شیوه لیکرت از نمره صفر (اصلاً) تا ۴ (خیلی زیاد) است. نمره بالاتر نشان دهنده میزان بیشتر علایم می‌باشد. مقیاس از پایایی و روایی قابل قبول برخوردار است (وایس و مارمر، ۱۹۹۷). در ایران، پناغی، حکیم شوستری، و عطاری‌مقدم (۱۳۸۵) پایایی هر سه عامل مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ، بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ بدست آوردند و روایی محتوایی مقیاس را تأیید کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس آزاردیدگی مرکب^{۳۵} (CAS): این مقیاس توسط هگارتی، شیهان و شونفلد^{۳۶} (۱۹۹۹) به منظور ارزیابی خشونت خانگی در زنان قربانی خشونت ساخته شد. در سال ۲۰۰۵ نسخه جدید مقیاس به همراه اعتباریابی مجدد آن روی جمعیتی با تعداد و ناهمگونی بیشتر منتشر شد. نسخه جدید مقیاس که در پژوهش حاضر نیز از آن استفاده شد ۳۰ گویه دارد و زنان به شکل خودگزارش‌دهی بدرفتاری‌های شرکای زندگی‌شان را شرح می‌دهند. مقیاس دارای چهار خرده مقیاس شامل بدرفتاری مرکب شدید^{۳۷}، بدرفتاری هیجانی^{۳۸}، بدرفتاری فیزیکی^{۳۹} و اذیت و آزار^{۴۰} است. نمره‌گذاری به شیوه لیکرت از نمره صفر (هرگز) تا ۵ (هر روز) می‌باشد. کسب نمره ۷ یا بالاتر به معنای داشتن تجربه خشونت خانگی است. پایایی و روایی مقیاس مطلوب گزارش شده است (هگارتی، بوش و شیهان^{۴۱}، ۲۰۰۵). اورنگ، عیوقی، موران، غفاری^{۴۲} و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ پایایی کل مقیاس را ۰/۸۹ گزارش دادند و روایی محتوایی و سازه مقیاس را تأیید کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۳ بدست آمد.

مقیاس ذهنی‌سازی^{۴۳} (MentS): این مقیاس توسط دیمیتری‌ژویک، هاناک، دیمیتری‌ژویک، و مرجانویک (۲۰۱۸) ساخته شد. دارای ۲۸ گویه در سه خرده مقیاس ذهنی‌سازی مربوط به خود، ذهنی‌سازی مربوط به دیگری و انگیزه ذهنی‌سازی است. نمره‌گذاری به شیوه لیکرت از نمره ۱ (کاملاً غلط) تا نمره ۵ (کاملاً درست) می‌باشد. نمره بالاتر به معنای قابلیت بهتر ذهنی‌سازی می‌باشد. پایایی خرده مقیاس‌ها با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۹ و روایی مقیاس با استفاده از تحلیل عامل خوب گزارش شده است (دیمیتری‌ژویک و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران صفری موسوی، صادقی و سپهوندی (۱۳۹۹) آلفای کرونباخ را برای نمره کل و سه خرده مقیاس آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ بدست آوردند و روایی واگرا و همگرایی مقیاس را مطلوب گزارش دادند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۶۱ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۱۹/۵ درصد از شرکت‌کنندگان ۱۸ تا ۲۸ سال، ۴۶/۴ درصد ۲۹ تا ۳۸ سال، ۲۳/۱ درصد ۳۹ تا ۴۸ سال و ۱۱ درصد بالای ۴۹ سال سن داشتند. همچنین ۱۱/۳ درصد از شرکت‌کنندگان مدرک دیپلم

یا پایین تر، ۴۰/۶ مدرک لیسانس و ۴۸/۱ درصد مدرک فوق لیسانس یا بالاتر داشتند. در جدول ۱ مقادیر شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی استرس پس‌آسیبی، ذهنی‌سازی و خشونت خانگی

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشدگی
استرس پس‌آسیبی	برانگیختگی	۷	۵/۸۰	۰/۷۱۱	-۰/۲۳۷
	افکار مزاحم	۸/۴۴	۷/۵۳	۰/۹۰۲	۰/۰۱۷
	اجتناب	۱۱/۶۱	۷/۷۵	-/۰۰۴	-۰/۹۸۱
	کل	۲۷/۰۵	۱۸/۷۳	۰/۳۸۳	-۰/۴۸۵
ذهنی‌سازی	ذهنی‌سازی (دیگری)	۳۹/۵۴	۵/۰۲	۰/۴۶۵	۰/۷۴۵
	ذهنی‌سازی (خود)	۲۰/۲۹	۶/۰۱	۰/۱۸۶	-۰/۲۷۵
	انگیزه ذهنی‌سازی	۳۶/۶۴	۳/۸۸	-۰/۲۴۱	۰/۱۰۵
	کل	۹۶/۴۹	۸/۰۴	۰/۰۸۸	۰/۶۱۰
خشونت خانگی	کل	۱۳۵/۲۳	۱۷/۶۳	-۱/۲۲۴	۱/۴۶۹

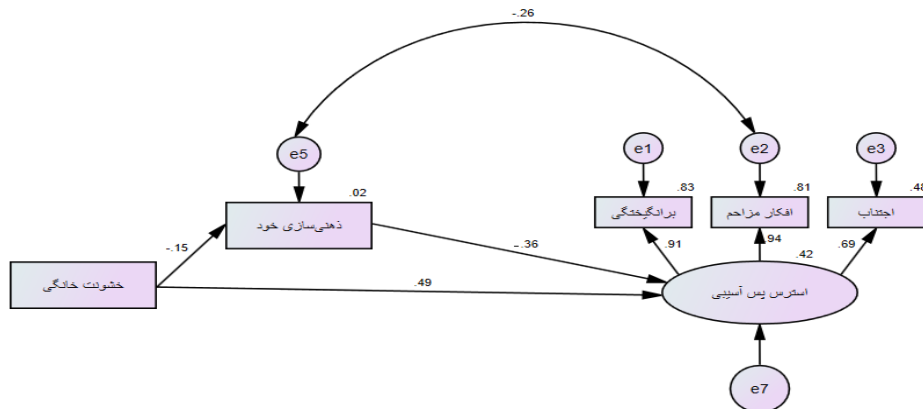
در جدول ۲ ضرایب همبستگی متغیرها گزارش شده است. بین خشونت خانگی با استرس پس‌آسیبی رابطه مثبت معنادار و بین ذهنی‌سازی خود با استرس پس‌آسیبی رابطه منفی معنادار وجود دارد. مؤلفه‌های ذهنی‌سازی دیگری و انگیزه ذهنی‌سازی همبستگی معناداری با خشونت خانگی و استرس پس‌آسیبی نشان ندادند. همچنین نمره کلی ذهنی‌سازی ارتباط معناداری با خشونت خانگی نداشت اما با استرس پس‌آسیبی و مؤلفه‌های آن همبستگی منفی معنادار نشان داد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی خشونت خانگی و ذهنی‌سازی با اختلال استرس پس‌آسیبی

متغیر	خشونت خانگی (کل)	ذهنی‌سازی (دیگری)	ذهنی‌سازی (خود)	ذهنی‌سازی (کل)	برانگیختگی	افکار مزاحم	اجتناب	آسیبی (کل)	استرس پس
خشونت خانگی (کل)	۱								
ذهنی‌سازی (دیگری)	-۰/۰۹	۱							
ذهنی‌سازی (خود)	-۰/۱۵ **	**۰/۴۳	۱						
انگیزه ذهنی‌سازی	-۰/۰۱	**۰/۴۵	**۰/۴۲	۱					
ذهنی‌سازی (کل)	-۰/۰۵	**۰/۵۳	**۰/۵۶	**۰/۵۱	۱				
برانگیختگی	**۰/۴۹	-۰/۰۸	-۳۸ ***	-۰/۰۴	-۰/۲۶ **	۱			

		۱	**۰/۵۳	-۰/۱۹ **	-۰/۰۲	-۰/۳۹ **	-۰/۰۵	**۰/۴۹	افکار مزاحم
	۱	**۰/۵۶	**۰/۵۱	-۰/۲۶ **	-۰/۰۷	-۰/۳۴ **	-۰/۰۴	**۰/۴۲	اجتناب
۱	**۰/۵۷	**۰/۵۵	**۰/۵۷	-۰/۲۷ **	-۰/۰۵	-۰/۳۸ **	-۰/۰۶	**۰/۵۲	استرس پس آسیبی (کل)

برای بررسی نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی در رابطه بین خشونت خانگی و اختلال استرس پس‌آسیبی از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. پیش از ترسیم مدل، مفروضات مهم این روش بررسی شد. به‌منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد. از آنجا که اندازه این شاخص‌ها در محدوده +۲ تا -۲ بدست آمد، مفروضه نرمال بودن برقرار بود. از شاخص‌های ضریب تحمل و عدم افزایش واریانس جهت بررسی فقدان هم‌خطی چندگانه استفاده شد. برای هیچکدام از متغیرها ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و عامل تورم بزرگتر از ۱۰ نبود، لذا مفروضه عدم وجود هم‌خطی چندگانه برقرار بود. برای بررسی استقلال داده‌ها، دامنه نمرات آزمون دوربین واتسون بین ۱ تا ۲/۰۱ بود و بنابراین مفروضه استقلال رعایت شده بود. شاخص‌های برازش مدل اولیه، نشان دهنده برازش نامطلوب و نامناسب مدل با داده‌ها بود. این برازش نامطلوب را می‌توان به غیرمعناداری بسیاری از مسیرهای مدل نسبت داد. پس از بررسی شاخص‌های مدل اولیه، مسیرهای غیرمعنادار شامل خشونت خانگی به ذهنی‌سازی دیگری، خشونت خانگی به انگیزه ذهنی‌سازی، انگیزه ذهنی‌سازی به استرس پس‌آسیبی، ذهنی‌سازی دیگری به استرس پس‌آسیبی از مدل حذف شد. مدل اصلاح شده در شکل ۱ و مسیرهای معنادار در جدول ۳ ارائه شده است.



X²=4.907 DF=3 P=.179
RMSEA=.046
X²/DF=1.636 CFI=.997

شکل ۱. مدل اصلاح شده نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی در ارتباط خشونت خانگی و اختلال استرس پس‌آسیبی

جدول ۳. وزن‌های رگرسیون مدل اصلاح شده تحلیل مسیر نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی در رابطه بین خشونت خانگی و

اختلال استرس پس‌آسیبی

P	C.R.	S.E.	Estimate	مسیرها	
				<---	خشونت خانگی
۰/۰۰۶	-۲/۷۴۳	۰/۰۱۹	-۰/۱۵۳	ذهنی‌سازی	<---
۰/۰۰۰	۱۰/۳۴۵	۰/۰۱۵	۰/۴۹۳	استرس	<---
۰/۰۰۰	-۶/۷۷۱	۰/۰۴۷	-۰/۳۶۸	استرس	<---
۰/۰۰۰	۲۱/۳۲۲	۰/۰۵۹	۰/۹۴۳	افکار مزاحم	<---
۰/۰۰۰	۱۴/۱۲۳	۰/۰۷۱	۰/۶۹۳	اجتناب	<---

شاخص‌های برازش نشان‌دهنده برازش مطلوب داده‌ها با مدل اصلاح شده است (NFI=۰/۹۹، CFI=۰/۹۹، RMSEA=۰/۰۴۶، IFI=۰/۹۹، RFI=۰/۹۷). با توجه به شکل ۱ خشونت خانگی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق متغیر ذهنی‌سازی مربوط به خود توانست اختلال استرس پس‌آسیبی را پیش‌بینی نماید. بنابراین اثر ذهنی‌سازی مربوط به خود بر رابطه خشونت خانگی و علائم استرس پس‌آسیبی اثر واسطه‌نسی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش ذهنی‌سازی در رابطه خشونت خانگی با علایم استرس پس‌آسیبی بود. یافته‌ها نشان داد خشونت خانگی با همه زیرمقیاس‌های اختلال استرس پس‌آسیبی ارتباط معنادار دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های راگوسی و همکاران (۲۰۲۴)، سالشی‌اوغلو و همکاران (۲۰۱۷)، ترویلیون و همکاران (۲۰۱۲) و قره‌داغی و سید میرزایی (۱۳۹۹) همسو است.

برخلاف پژوهش آفتاب و همکاران (۱۳۹۳) و جعفرزاده داشبلاغ و همکاران (۱۳۹۴) که صفت روان-رنجورخویی در زنان را عامل قرار گرفتن زنان در چرخه خشونت و تحمل پیامدهای ناشی از آن می‌دانند، یافته‌های پژوهش حاضر از دیدگاهی حمایت می‌کند که معتقد است نوع ترومایی که زنان قربانی خشونت خانگی تجربه می‌کنند با ترومای ناشی از حوادث طبیعی متفاوت است. ترومای خشونت خانگی، مزمن، تکرار شونده و چندگانه است و منجر به فرسایش تدریجی روان و رشد اختلال استرس پس‌آسیبی می‌شود (روثر، بری و فیتلسن^{۴۴}، ۲۰۲۳). همچنین یافته‌های پژوهش با دیدگاه‌هایی که قرار گرفتن در چرخه خشونت خانگی را در رشد اختلال استرس پس‌آسیبی در زنان مؤثر می‌دانند، همسو است. کودکان دختر با نقص در ذهنی‌سازی مربوط به خود از طریق یادگیری اجتماعی در چرخه خشونت، مستعد دوباره قربانی شدن می‌شوند و صرف تکرار دوباره قربانی شدن در روابط خشونت‌آمیز در بزرگسالی، باعث افزایش تجربه تروما و رشد اختلال استرس پس‌آسیبی است (مسینجر و همکاران، ۲۰۱۹؛ سیویدن و همکاران، ۲۰۱۹).

از سویی دیگر یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند بین ذهنی‌سازی و اختلال استرس پس‌آسیبی رابطه منفی معنادار وجود دارد. این یافته با دیدگاه ذهنی‌سازی شارپ^{۴۵} و فوناگی (۲۰۱۳) همسو است که مطابق با آن تجربه‌های تروماتیک اولیه با مراقبان، منجر به ذهنی‌سازی ناقص می‌شود و اگر فرد با یک حادثه تروماتیک در روابط بین‌فردی مواجه شود، در خطر پرورش اختلال استرس پس‌آسیبی قرار می‌گیرد. ترومای کودکی ممکن است منجر به از دست دادن اعتماد معرفت‌شناختی^{۴۶} شود. اعتماد معرفت‌شناختی باعث گشودگی افراد

نسبت به دریافت شناخت‌های جدید درباره خود و دیگران از طریق شخص مورد اعتماد می‌شود. فرد دارای ذهنی‌سازی ناقص، ظرفیت اعتماد معرفت‌شناختی‌اش را از دست داده است. این فقدان، در مواجهه با تروما به ویژه در تروماهای برآمده از روابط خشونت‌آمیز بین‌فردی، توان فرد را برای دریافت حمایت اجتماعی تضعیف کرده و رشد اختلال استرس پس‌آسیبی را پیش‌بینی می‌کند (هانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج نشان‌دهنده برآزش مدل اصلاح شده نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی خود در ارتباط خشونت خانگی با اختلال استرس پس‌آسیبی بود، اما نقش واسطه معناداری برای ذهنی‌سازی دیگران و انگیزه ذهنی‌سازی بدست نیامد. با توجه به یافته‌ها، خشونت خانگی به صورت مستقیم با اختلال استرس پس‌آسیبی رابطه مثبت معنادار و به صورت غیر مستقیم از طریق ذهنی‌سازی خود با اختلال استرس پس‌آسیبی رابطه منفی معنادار داشت. به عبارت دیگر ذهنی‌سازی در رابطه بین خشونت خانگی و اختلال استرس پس‌آسیبی نقش واسطه‌ای نسبی ایفا کرد.

نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند به صورت فقدان کامل ذهنی‌سازی و یا به شکل بیش‌ذهنی‌سازی، ذهنی‌سازی فروکاسته و یا ذهنی‌سازی تحریف شده باشد. افرادی که دلبستگی‌شان در سطح بالایی از دوسوگرایی یا اضطرابی قرار دارد، در واکنش به موقعیت‌های تنش‌زا، بیشتر تمایل به استراتژی‌های بیش فعال‌سازی دارند که منجر به تشدید حالت‌های هیجانی منفی می‌شود. به عکس، افرادی که دلبستگی‌شان در سطح بالای اجتنابی قرار دارد، بیشتر استراتژی‌های خنثی‌کننده دارند که باعث می‌شود خودشان را از موقعیت‌های هیجانی دور کنند. از سوی دیگر چهارچوب مفهومی نقش ذهنی‌سازی در خشونت‌های خانوادگی نیز مهم است. خشکی معرفت‌شناختی یکی از عواملی است که فرد خشونت‌دیده را در معرض دوباره قربانی شدن قرار می‌دهد. صرف دوباره قربانی شدن خطر رشد اختلال استرس پس‌آسیبی را افزایش می‌دهد (شارپ و فوناگی، ۲۰۱۳؛ پناغی، پیروزی، ملکی، شیرین بیان و باقری، ۱۳۹۱).

بیشترین نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی بین خشونت خانگی و اختلال استرس پس‌آسیبی مربوط به ذهنی‌سازی خود بود. به اعتقاد هانگ و همکاران (۲۰۲۰) و فوناگی و لویتن (۲۰۱۸) خشونت خانگی از طریق مختل کردن ظرفیت ذهنی‌سازی حالات روانی خود می‌تواند سبب‌ساز تجربه علایم اختلال استرس پس‌آسیبی شود. افرادی که در ذهنی‌سازی حالات خود شامل عواطف، هیجان‌ها و تجربیات زندگی مشکل دارند اغلب در فهم این که چرا دچار یک حالت هیجانی هستند ناموفق می‌باشند و این سردرگمی عامل خطری است که زنان خشونت‌دیده را مستعد اختلال استرس پس‌آسیبی می‌کند. ممکن است تجربه خشونت به صورت مستقیم در ایجاد این نقص نقش داشته باشد و یا این نقص نتیجه تجارب آزاردیدگی در دوران کودکی باشد.

عدم کنترل وضعیت اجتماعی، اقتصادی زنان از محدودیت‌های این پژوهش بود. تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش به جمعیت بالینی دارای اختلال استرس پس‌آسیبی با پیشینه تجربه خشونت خانگی، تا حدی دشوار است. پیشنهاد می‌شود سازمان‌هایی مثل سازمان بهزیستی و سایر مراکزی که به زنان خشونت‌دیده خدمات حمایتی ارائه می‌دهند، با در نظر گرفتن یافته‌های پژوهش حاضر، با ارائه خدمات روان‌شناختی حرفه‌ای به زنان خشونت‌دیده کمک کنند تا به صورت مکرر در چرخه تجربه خشونت خانگی قرار نگیرند.

1. Johnson, Ebrahimi & Hoffart
2. Rumball, Happe & Grey
3. American Psychiatric Association
4. Ozkafaci & Eren
5. Boserup, McKenney & Elkbuli
6. Kofman & Garfin
7. Goodmark
8. Ulmestig & Eriksson
9. UN Women
10. Tsirigotis & Łuczak
11. Milani, Hoffmann, Fossaluza, Jackowski
12. Salcioglu, Urhan, Pirinccioglu & Aydin
13. Dillon, Hussain, Loxton & Rahman
14. Ragucci, Dragan, Cuomo, Fagiolini, & Pozza
15. Trevillion, Oram, Feder & Howard
16. Dar, Wani, Margoob, & Haq
17. Messenger, Dyar, Birmingham, & Newcomb
18. Cividanes, Mello, & Mello
19. Herman
20. Karterud & Kongerslev
21. mentalization
22. Huang, Fonagy, Feigenbaum, & Montague
23. Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote
24. self-related mentalization
25. other-related mentalization
26. motivation to mentalize
27. Dimitrijevic, Hanak, Dimitrijevic & Marjanovic
28. Allison
29. automatic versus controlled mentalizing
30. cognitive versus affective mentalizing
31. subprocesses
32. Allen
33. The Impact of Event Scale Revised
34. Weiss and Marmar
35. Composite Abuse Scale
36. Schonfeld
37. Severe combined abuse
38. Emotional abuse
39. Physical abuse
40. Harassment
41. Bush
42. Orang, Ayoughi, Moran, & Ghaffari
43. The Mentalization Scale (MentS)
44. Rowther, Berry, & Fitelson
45. Sharp
46. epistemic trust

References

- Aftab, R. Karbalayi, A. & Taghilo, S. (2015). Gender differences in the structural model of borderline personality, emotional regulation strategies and domestic violence. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psycholog.* 9(34): 7-16. [in Persian].
- Allen, J. G. (2018). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Routledge.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Boserup, B., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2020). Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Emergency Medicine.* 38(12): 2753-2755.
- Cividanes, G. C., Mello, A. F., & Mello, M. F. (2019). Revictimization as a high-risk factor for development of posttraumatic stress disorder: a systematic review of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry.* 41(1): 82-89.
- Dar, M. A., Wani, R. A., Margoob, M. A., Haq, I., et al. (2015). Role of early childhood traumatic stress in the development of PTSD in adulthood: A Review. *Juornal of Psychiatry.* 18(3): 1-4.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine.* 5(313909): 1-15.

- Dimitrijevic, A., Hanak, N., Dimitrijevic, A. A., & Marjanović, Z. J. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3): 268–280.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2013). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.) *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*, (25-48). Routledge.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. In W. J. Livesley & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, (123-140). The Guilford press.
- Gharadaghi, A., & seyed Mirzaei, M. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on the Symptoms of Emotional PTSD in Women Affected by Infidelity. *Journal of Family Research*, 16(2), 217-229. [in Persian]
- Goodmark, L. (2018). *Decriminalizing domestic violence*. University of California Press.
- Hegarty K, Bush R, and Sheehan M. (2005). The Composite Abuse Scale: Further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. *Violence and Victims*. 20(5): 529-547.
- Hegarty, K. L., Sheehan, M., & Schonfeld, C. (1999). A multidimensional definition of partner abuse: Development and preliminary validation of the Composite Abuse Scale. *Journal of Family Violence*, 14(3), 399-414.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror*. Basic Books. New York.
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T. (2020). Multidirectional Pathways between Attachment, Mentalizing, and Posttraumatic Stress Symptomatology in the Context of Childhood Trauma. *Psychopathology*. 53(1): 48–58.
- Jafarzadeh Dashbolagh, H., Bidari Quiji, M., Beigtash Moghanlo, Z., & Faryadras, S. (2015). Compare Personality Traits and the Perceived Social Support in women victims of intimate partner violence and general population of women. Article presented in the First International Conference on Psychology and Educational Sciences, Kerman University. [in Persian]
- Johnson, S. U., Ebrahimi, O. V., & Hoffart, A. (2020). PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PloS one*. 15(10): e0241032.
- Karterud, S. W., & Kongerslev, M. T. (2019). A temperament-attachment-mentalization-based (TAM) theory of personality and its disorders. *Frontiers in Psychology*. 10: 1-17.
- Kofman, Y. B., & Garfin, D. R. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 12(S1): S199.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (43–65). American Psychiatric Publishing, Inc..
- Messinger, A. M., Dyar, C., Birmingham, R. S., Newcomb, M., & Whitton, S. W. (2019). Sexual and gender minority intimate partner violence and childhood violence exposure. *Journal of Interpersonal Violence*. 1-23.
- Milani, A. C., Hoffmann, E. V., Fossaluzza, V., Jackowski, A. P., & Mello, M. F. (2017). Does pediatric post-traumatic stress disorder alter the brain? Systematic review and meta-analysis of structural and functional magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 71(3): 154–169.
- Orang, T., Ayoughi, S., Moran, J. K., Ghaffari, H., Mostafavi, S., Rasoulia, M., & Elbert, T. (2018). The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence-A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 25(6): 827–841.
- Ozkafaci, A. A., & Eren, N. (2020). Effect of art psychotherapy using marbling art on depression, anxiety, and hopelessness in female survivors of domestic violence with PTSD. *The Arts in Psychotherapy*. 71: 1-11.

- Panaghi, L., Hakim shooshtari, M., & Atari Moghadam, J. (2006). Persian version validation in impact of event-Scale-Revised. *Tehran University Medical Journal*. 64(3): 52-60. [in Persian]
- Panaghi, L., Pirozi, D., Maleki, Gh., Shirin Bayan, M., & Bagheri, F. (2012). A Study on Relationship between Romantic Attachment Styles and Spouse Abuse. *Journal of Family Research*,8(1), 19-31. [in Persian]
- Ragucci, F., Dragan, M., Cuomo, A., Fagiolini, A., & Pozza, A. (2024). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in women survivors of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*. 17, 123-133.doi:10.1016/j.jadr.2024.100802
- Rowther, A., Berry, O. & Fitelson, E.M. (2023). Intimate Partner Violence and Women's Mental Health Across the Life Course: A Clinical Review. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*. 3(1),103-113.doi:10.1016/j.ypsc.2023.03.004
- Rumball, F., Happé, F., & Grey, N. (2020). Experience of trauma and PTSD symptoms in autistic adults: Risk of PTSD development following DSM-5 and non-DSM-5 traumatic life events. *Autism Research*. 13(12): 2122-2132.
- Safari Mousavi, S., Sadeghi, M., & Sepahvandi, M.A. (2020). The Factor Structure and Psychometric Properties of Mentalization Questionnaire: A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Research in Cognitive and Behavioral Sciences*.10(18): 123-134. [in Persian]
- Salcioglu, E., Urhan, S., Pirincioglu, T., & Aydin, S. (2017). Anticipatory fear and helplessness predict PTSD and depression in domestic violence survivor. *Psychological trauma: Theory, Research, and Policy*. 9(1): 117-125.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2013). Social cognition and attachment-related disorders. . In P. Fonagy, and I. M. Goodyer (Eds.), *Social cognition and developmental psychopathology*. Oxford University Press. Oxford.
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-Analysis. *Plos One*. 7 (12): 1-12.
- Tsirigotis, K., & Luczak, J. (2018). Resilience in women who experience domestic violence. *Psychiatric Quarterly*. 89(1): 201-211.
- Ulmestig, R., & Eriksson, M. (2017). Financial consequences of leaving violent men–women survivors of domestic violence and the social assistance system in Sweden. *European Journal of Social Work*. 20(4): 560-571.
- UN Women (2019). *Progress of the world's women 2019-2020: Families in a changing world*. United Nations Entity for Gender Equality and Empowerment of Women.
- Walker, L. E. (2016). *The Battered women syndrome* (4th ed). New York, NY: Springer.
- Weiss, D. S., & Marmar C R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson and T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.